



Rapport de constat :

5 au 9 septembre 2016 – 1ère visite

**Pôle psychiatrique du
centre hospitalier
universitaire de
Strasbourg
(*Bas-Rhin*)**

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du pôle psychiatrique du centre hospitalier universitaire de Strasbourg (Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) du 5 au 9 septembre 2016. Il s'agissait de la première visite de l'établissement par le CGLPL.

Un rapport de constat a été adressé le 15 mai 2018 au chef d'établissement, au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Strasbourg, au délégué départemental de l'agence régionale de santé et au préfet du Bas-Rhin. Seul le directeur général du centre hospitalier a fait valoir ses observations qui ont été prises en compte pour la rédaction du présent rapport.

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) sont implantés sur quatre sites : l'Hôpital Civil et le Nouvel-Hôpital Civil, l'hôpital situé à HautePierre et l'hôpital de l'Elsau. Les HUS disposent d'un pôle d'activité clinique de psychiatrie qui comporte deux services de psychiatrie adulte (quatre-vingts lits pour une population de 44 383 habitants), un service de psychiatrie pour enfants et adolescents (douze lits pour une population de 47 983 habitants), un service des urgences psychiatriques (quatre lits) et un centre d'addictologie.

L'établissement bénéficie d'effectifs stables. En ce qui concerne le personnel médical, il n'y a quasiment jamais de vacance de postes, car l'hôpital est très attractif et forme de nombreux étudiants. Le personnel non médical, les infirmiers notamment, est très impliqué et s'engage pour plusieurs années.

Sur le plan budgétaire, un contrat de retour à l'équilibre financier a été prévu pour les années 2016 à 2020 compte tenu de l'existence d'un déficit particulièrement élevé.

Une des contraintes importantes qui pèsent sur le fonctionnement du pôle psychiatrique est de nature immobilière. En effet sur le site même du CHU les locaux datent du 19^{ème} siècle et souffrent d'un manque crucial d'espace, qui ne permet pas l'implantation d'un véritable service d'urgences psychiatriques ni la mise en place d'ateliers thérapeutiques. Sur le site de l'Elsau les bâtiments qui accueillent les adolescents sont anciens (1977) et très dégradés (amiante, matériaux peu isolants, fenêtres cassées). L'unité de pédopsychiatrie est très isolée, située dans un quartier sensible de la ville et l'équipe de vigiles du CHU a dû être sollicitée pour assurer une protection extérieure.

S'agissant des droits des patients et de leur notification, le personnel soignant est insuffisamment formé. Les documents présentés aux patients n'étaient pas assez pédagogiques pour être compris par tous et il n'existait pas de livret d'accueil spécifique pour les personnes admises en soins psychiatriques et notamment en soins contraints. Le règlement intérieur qui était présenté aux patients n'avait pas été mis à jour et n'était pas conforme aux textes en vigueur.

S'agissant des droits particuliers des mineurs, il a été constaté que trop souvent les autorisations d'hospitalisation en pédopsychiatrie n'étaient pas signées par les deux parents partageant l'autorité parentale, alors qu'il ne s'agit pas là d'un acte, dit usuel, dans la vie de l'enfant.

Le directeur de l'hôpital indique lors de sa réponse que ces trois derniers points ont fait l'objet de mesures correctrices.

S'agissant de la mesure d'isolement, elle était peu pratiquée, mais le recours à la contention était fréquent et concernait souvent les mêmes patients adultes. Pour les mineurs, il n'y avait pas de chambre d'isolement, mais celle appelée salle « d'apaisement » disposait d'un lit avec sangles sans autre mobilier, d'une porte avec hublot, et n'était équipée ni de sanitaires, ni de point d'eau,

ni d'horloge. Cependant, dans sa réponse, le directeur de l'établissement a indiqué que cette chambre n'est plus utilisée.

Par ailleurs l'admission de mineurs âgés de 11 ans à 15 ans dans l'unité d'hospitalisation complète pour adultes, même si elle est de courte durée, n'est pas acceptable et doit être supprimée.

En conclusion, il semble qu'une meilleure prise en charge des patients sera assurée quand les travaux indispensables sur les bâtiments seront terminés, à condition que les équipes conservent leur dynamisme, leur disponibilité, leur motivation et continuent à réfléchir sur leurs pratiques.

OBSERVATIONS

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 15

Les patients admis en soins contraints doivent être enregistrés conformément à leur statut tel qu'il ressort des catégories et définitions légales.

2. RECOMMANDATION 20

Il est souhaitable de mettre en place une réelle unité d'urgences psychiatriques disposant de locaux adaptés et de lits spécifiques permettant à une équipe spécialisée de réaliser, dans la continuité de l'accueil, une observation approfondie et une prise en charge adaptée aux situations de crise, prenant notamment en compte l'environnement du patient.

3. RECOMMANDATION 20

Le patient doit être informé de la possibilité de désigner une personne de confiance. L'établissement doit mettre au point un dispositif permettant de s'assurer que ce droit lui est effectivement notifié, assorti des informations utiles quant à son rôle et des modalités de l'accord de la personne désignée.

4. RECOMMANDATION 22

L'établissement doit sensibiliser le personnel aux droits des patients et former ceux qu'il charge de la notification des décisions. Il doit élaborer des documents explicites et pédagogiques. Il doit veiller à ce que les patients bénéficient réellement de l'ensemble de leurs droits.

5. RECOMMANDATION 23

Il est impératif que l'établissement se dote d'un règlement intérieur conforme aux textes en vigueur, complète le livret d'accueil et conçoive un livret d'accueil spécifique pour les patients hospitalisés en service de psychiatrie.

6. RECOMMANDATION 40

Les demandes ou autorisations d'hospitalisation en pédopsychiatrie ne constituent pas un acte usuel et doivent être signées par les deux parents dès lors qu'ils partagent l'autorité parentale.

7. RECOMMANDATION 42

Les mineurs doivent être accueillis dans des locaux spécialement conçus et confiés à des équipes spécialisées ; ils doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur âge ; ils ne doivent pas être quotidiennement confrontés à des patients adultes.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	5
RAPPORT	7
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	8
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1 LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT : UNE ORGANISATION AUTOUR DE TROIS ETABLISSEMENTS	9
2.2 L'ORGANISATION INTERNE : UN POLE SANTE MENTALE AVEC UNE MISSION DE SOINS DE PROXIMITE ET UNE MISSION DE SOINS DE RECOURS	10
2.3 DES EFFECTIFS STABLES, AU COMPLET, DANS UN ETABLISSEMENT QUI FAVORISE LES TEMPS DE FORMATION CONTINUE	11
2.4 UN BUDGET QUI PRESENTE UN DEFICIT TRES ELEVE	13
2.5 UNE ACTIVITE IMPORTANTE MAIS QUI FAIT L'OBJET D'UN ENREGISTREMENT NON CONFORME AUX CATEGORIES LEGALES	14
2.6 DES CONTROLES INSTITUTIONNELS REGULIERS PAR LA CDSP	15
2.6.1 Les registres de la loi	15
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	16
2.6.3 La visite des autorités	17
2.7 UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CONTROLEE PAR UNE SEULE ASSOCIATION D'USAGERS	17
2.7.1 La place des représentants des familles et des usagers	17
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	18
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS : UNE ABSENCE DE PROTOCOLE POUR REGLEMENTER LA PROCEDURE D'ADMISSION EN SOINS CONTRAINTS	18
3.1.1 Le passage aux urgences	18
3.1.2 L'arrivée dans les unités d'accueil	20
3.2 UNE NOTIFICATION DES DROITS PAR UN PERSONNEL QUI MANQUE DE FORMATION	21
3.3 LA PERIODE INITIALE DE SOINS ET D'OBSERVATION QUI N'EST PAS SOUMISE A UN PROTOCOLE SPECIFIQUE	22
3.4 LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT FAIT SANS FORMALISME PARTICULIER	22
3.5 UNE INFORMATION DES PATIENTS INCOMPLETE ET QUI NE FIGURE PAS DANS UN LIVRET D'ACCUEIL SPECIFIQUE POUR LES PATIENTS EN SOINS CONTRAINTS	22
3.5.1 Les informations générales	22
3.5.2 Les informations délivrées aux patients admis en unité de psychiatrie pour adultes	23
3.5.3 Les informations relatives aux personnes admises en soins sans consentement	24
3.6 UNE PREPARATION PROGRESSIVE A LA SORTIE AVEC L'OCTROI REGULIER D'AUTORISATIONS DE SORTIES THERAPEUTIQUES	24
3.6.1 Les sorties de courte durée	25
3.6.2 La levée de la mesure	25
3.7 UN CONTROLE EXERCE PAR LE JLD AU COURS D'AUDIENCES TENUES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT, MAIS POUR DES PATIENTS INSUFFISAMMENT PREPARES ET INFORMES	26
3.7.1 L'information et la convocation	26
3.7.2 L'audience	26
3.7.3 Les décisions	27
4. LES DROITS DES PATIENTS	28

4.1	UNE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS MARQUEE PAR UNE PRESENCE INSUFFISANTE DES TUTEURS AUPRES DES PATIENTS.....	28
4.2	L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL : DES DEMANDES RARES.....	28
4.3	LA SEXUALITE : DES SOIGNANTS A L'ECOUTE	28
5.	LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	29
5.1	LA VIE COURANTE : DES CONDITIONS DIFFICILES DANS L'UNITE POUR ADOLESCENTS	29
5.1.1	La sécurité	29
5.1.2	La restauration	29
5.1.3	L'hygiène	29
5.1.4	L'accès au tabac	29
5.1.5	Les transports.....	30
5.2	LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES PAR DES REGLES SOUPLES.....	30
5.2.1	Le téléphone	30
5.2.2	Le courrier.....	30
5.2.3	La télévision	30
5.2.4	L'informatique.....	31
5.2.5	La presse	31
5.2.6	Les visites	31
5.3	UNE ABSENCE D'ESPACES COLLECTIFS POUR LES ADULTES	31
5.4	UNE PRISE EN CHARGE REELLE DES PATIENTS POUR LES SOINS SOMATIQUES	31
5.4.1	L'accès au médecin généraliste.....	31
5.4.2	Les consultations spécialisées	32
5.4.3	La pharmacie.....	32
5.4.4	Le laboratoire.....	32
5.4.5	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	32
5.5	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION : DES PRATIQUES LIMITEES MAIS TOUJOURS PRESENTES	32
5.6	LES INCIDENTS : DES PROCEDURES MISES EN PLACE AVEC BEAUCOUP D'ATTENTION PAR DES CADRES FORMES.....	33
6.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	34
6.1	L'UNITE FERMEE 3011	34
6.1.1	Les locaux.....	34
6.1.2	Le personnel.....	34
6.1.3	Les patients	35
6.1.4	Prise en charge	36
6.2	L'UNITE OUVERTE 3013	36
	• UNE UNITE DE SIX LITS, DESTINEE A LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ;	36
	• UNE UNITE DE DOUZE LITS DE PSYCHIATRIE GENERALE, CENTREE SUR LES TROUBLES DE L'HUMEUR. ...	36
6.3	L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE	37
6.3.1	Présentation générale.....	37
6.3.2	Les différentes modalités d'admission.....	39
6.3.3	La prise en charge	40
6.3.4	Respect des droits du mineur et de l'autorité parentale	41
6.3.5	Les mineurs en unité pour adultes.....	41
7.	CONCLUSION GENERALE.....	43

Rapport

Contrôleurs :

- Dominique LEGRAND, cheffe de mission ;
- Marie-Agnès CREDOZ, contrôleure ;
- Jean-Louis SENON, contrôleur ;
- Bruno REMOND, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle psychiatrique du centre hospitalier universitaire de Strasbourg, du 5 au 9 septembre 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 5 septembre 2016 à 15h30 ; la visite avait été annoncée le 1^{er} septembre. Ils ont été accueillis par le directeur adjoint chargé du pôle de psychiatrie, le médecin chef de pôle et le cadre supérieur de santé. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue à 16h30 ; le président de la commission médicale d'établissement, les médecins chefs de service et responsables d'unité, les cadres de santé, le responsable du département d'information médicale, le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les responsables du service des admissions et du registre de la loi, les représentants des usagers, les représentants d'organisations professionnelles étaient présents ou représentés.

Le cabinet du préfet du Bas-Rhin, le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Strasbourg ont été informés de la visite. Les contrôleurs ont rencontré le représentant de l'agence régionale de santé chargé du suivi de l'établissement et assisté à une audience du juge des libertés et de la détention.

Les contrôleurs ont pu circuler librement au sein de l'établissement, y compris dans les unités fermées, grâce aux clés qui leur avaient été remises ; ils ont pu s'entretenir en toute liberté et confidentialité tant avec des patients qu'avec membres du personnel et des intervenants extérieurs. Une salle de travail a été mise à disposition ; les documents sollicités ont été fournis.

Une réunion de restitution a eu lieu le 9 septembre à 11h en présence de l'ensemble des personnes et services concernés ; les contrôleurs ont quitté les lieux à 17h, après l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD) qui s'est tenue au sein de l'établissement.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT : UNE ORGANISATION AUTOUR DE TROIS ETABLISSEMENTS

Trois établissements hospitaliers publics répondent aux besoins en soins de psychiatrie dans le département du Bas-Rhin :

- les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) qui sont implantés sur quatre sites : l'Hôpital Civil et le Nouvel-Hôpital Civil en centre-ville, l'hôpital à Hautepierre et l'hôpital de l'Elsau ;
- le Centre Hospitalier d'Erstein (CHE) implanté à 24 km au Sud de Strasbourg et à 7 km de la limite Sud de l'Eurométropole de Strasbourg ;
- l'établissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) implanté, au moment de la visite, à 17 km au nord de Strasbourg et qui doit s'étendre, fin 2016, sur un nouveau site dans le quartier Ouest de la ville (Cronembourg).

Chaque établissement est organisé en pôles d'activité clinique.

Les hôpitaux Universitaires de Strasbourg disposent d'un pôle d'activité clinique de psychiatrie comportant plusieurs services :

- pour les adultes, les services de psychiatrie 1 et 2, qui répondent aux besoins des 44 383 habitants du secteur G09 : Strasbourg centre, quartiers de la Kruteneau, de l'Esplanade et de la Canardière, et Meinau. Ces deux services prennent aussi en charge des patients hors secteur ayant déjà bénéficié de soins au CHU pour des pathologies somatiques (50 % de lits occupés) ainsi que les étudiants de l'université ;
- le service de psychiatrie enfants adolescents, qui répond aux besoins des 47 983 habitants du secteur I03 ;
- le service des urgences psychiatriques qui dispose de quatre lits mis à disposition des trois hôpitaux du département par le CHU ;
- le centre d'addictologie qui comporte un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), une équipe de liaison et de soins (ELSA) et une consultation jeunes consommateurs (CJC).

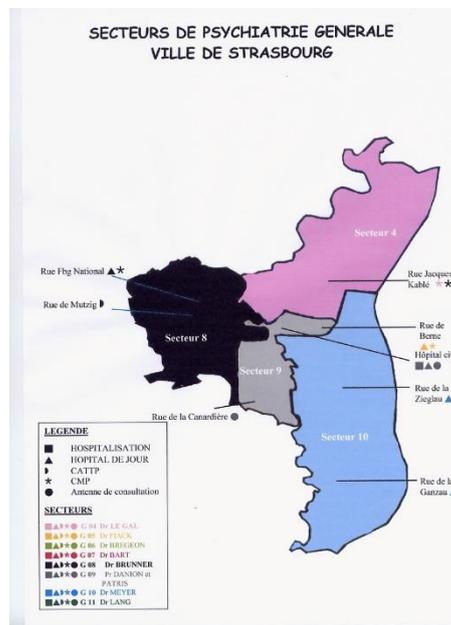
Le Centre Hospitalier d'Erstein (CHE) dispose de trois pôles d'activité clinique :

- le pôle périnatalité enfance et adolescence, répondant aux besoins des 69 111 habitants de l'intersecteur I04 ;
- le pôle de psychiatrie Eurométropole de Strasbourg Sud (EMSS) couvrant un secteur de 120 639 habitants ;
- le pôle personnes âgées, intersectoriel.

L'établissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) dispose de cinq pôles d'activité clinique :

- le pôle psychiatrie enfants adolescents I01 ;
- le pôle de psychiatrie générale du secteur G04 (77 781 habitants) ;

- le pôle de psychiatrie générale G07 (71 090 habitants) ;
- le pôle de psychiatrie générale G08 (72 050 habitants).



2.2 L'ORGANISATION INTERNE : UN POLE SANTE MENTALE AVEC UNE MISSION DE SOINS DE PROXIMITE ET UNE MISSION DE SOINS DE RECOURS

L'Hôpital Civil, implanté en centre-ville de Strasbourg, accueille depuis 1885 la clinique psychiatrique qui, dans le bâtiment historique, au centre du site hospitalier, reste le lieu d'implantation des services de psychiatrie pour adultes. Ces services sont à l'étroit dans les murs historiques et sont en outre éloignés des services de pédopsychiatrie. Implanté au sein d'un CHU, le pôle a, comme tout pôle hospitalo-universitaire, une double mission : d'une part une mission de soins de proximité, exercée sur le secteur de psychiatrie adulte G09, et, d'autre part, une mission de soins de recours et de référence. L'activité de secteur a été maintenue pour contribuer à la qualité des soins de proximité dans les différents quartiers de la ville, notamment pour suivre au long cours des patients psychotiques chroniques, en lien étroit avec les structures médico-sociales de la ville.

Les activités de recours et de référence sont représentées, comme dans tout CHU, par l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques, la psychiatrie de liaison et les pathologies somato-psychiques, mais aussi les prises en charge proposées aux étudiants de l'université de Strasbourg, dans le cadre du bureau d'aide psychologique universitaire et du centre d'accueil médico-psychologique universitaire de Strasbourg (BAPU-CAMUS). Huit filières de référence que l'on retrouve dans les unités de soins ont été mises en place par l'équipe universitaire : périnatalité, troubles du spectre autistique, schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles de l'attention avec hyperactivité, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil et addictologie.

Toutes ces prises en charge privilégient l'ambulatoire et l'insertion du patient dans la ville. Ces filières de référence sont organisées pour favoriser une intégration des soins dans les activités d'enseignement et de recherche. Le pôle est adossé à quatre équipes de recherche labellisées : l'unité INSERM 1114 « neuropsychologie et physiopathologie de la schizophrénie », l'équipe « lumière, rythme circadien, homéostasie du sommeil et neuropsychiatrie », l'équipe d'accueil 3424 « éthique et pratiques médicales » et l'équipe « histoire de la psychiatrie et de la médecine ».

Les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie, santé mentale et addictologie des hôpitaux universitaires de Strasbourg sont composées de trois services :

- le service de psychiatrie pour adultes 1, qui comporte deux unités implantées au rez-de-chaussée du bâtiment :
 - l'unité 3003, unité fermée qui comporte vingt lits (et trois lits supplémentaires physiquement présents), est destinée à la psychiatrie générale et accueille des patients en soins sans consentement ; le service est associé au « centre expert schizophrénie » ;
 - l'unité 3006, unité ouverte qui comporte vingt lits dont huit sont consacrés à la psychiatrie générale et douze – six pour les mères et six pour les enfants – à une unité mère/nourrissons ;
- le service de psychiatrie pour adultes 2, qui comporte deux unités implantées au premier étage du bâtiment :
 - l'unité 3011, unité fermée comportant vingt lits (et trois supplémentaires dont un présent physiquement dans l'unité) est destinée à la psychiatrie générale ; elle accueille également des patients en soins sans consentement ; les pathologies les plus représentées sont les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur ;
 - l'unité 3013, unité ouverte comportant dix-huit lits (outre deux lits supplémentaires non présents) ; six lits y sont réservés aux patients présentant des troubles du comportement alimentaire et douze sont fortement orientés vers l'accueil de patients souffrant d'un trouble de l'humeur ;
- le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, implanté sur le site de l'hôpital de l'Elsau dans le pavillon Esquif, a vocation départementale ; il comporte douze lits d'hospitalisation à temps complet pour adolescents de 10 à 18 ans.

2.3 DES EFFECTIFS STABLES, AU COMPLET, DANS UN ETABLISSEMENT QUI FAVORISE LES TEMPS DE FORMATION CONTINUE

a) Le personnel médical

Le tableau 1 reprend les effectifs seniors (ETP) et le tableau 2 celui des internes et étudiants au 31/12/2015. Il n'y a quasiment jamais de postes vacants, au contraire le service est très recherché par les praticiens, titulaires ou en formation. Le service forme un nombre important d'étudiants

en médecine et de DES de psychiatrie. La formation est très dense et cadrée dans des *staffs* cliniques animés par les professeurs des universités praticiens hospitaliers (PUPH) et chefs de clinique assistant (CCA). La recherche est très active dans le domaine des troubles de l'humeur, du sommeil de l'enfant et de la schizophrénie.

	Psychiatrie adulte	Pédopsychiatrie	Urgences	Total
Ass. Spéc. Associés	1,00			1,00
Ass. Spéc. Hopitaux		1,00		1,00
Attaché TPA	2,90	1,20		4,10
Attaché TPA Ass Sp	0,10			0,10
Attaché TPA ex CCA	1,10			1,10
CCA	2,00	0,50		2,50
PUPH consultant	0	0,50		0,50
Prat. Contract. TPL		1,00		1,00
Prat. Hosp. TPA NCS		1,20		1,20
Prat. Hosp. TPL NCS	8,70	4,00	2,40	15,10
Prat. Hosp Prob TPL		1,00		1,00
PUPH CS	1,00	0,50		1,50
PUPH NCS	0,50			0,50
Total général	17,30	10,90	2,40	30,60

Tableau 1 : effectif seniors TP

	Psychiatrie adulte	Pédopsychiatrie	Total
Etudiant Médecine	32,00	15,00	47,00
Etudiant pharmacie	1,00		1,00
Erasmus médecine	3,00		3,00
FFI médecine	1,00		
Interne spécialité	15,00	6,00	21,00

Tableau 2 : Internes et étudiants

b) Le personnel non médical

Le tableau ci-dessous présente les effectifs du personnel non médical du pôle de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie.

Psychologues	16,15
Infirmier(e)s	73,5
Ergothérapeutes	2,6
Orthophonistes	3,6
Psychomotriciens	5,4

Cadres de santé	7,1
Cadre supérieur de santé	1,0
Aides-soignants	52,9
Agents des services hospitaliers	36,9
Éducateurs spécialisés	2,9
Éducateurs jeunes enfants	4,0
Moniteur-éducateur	5,0
Hôtesse d'accueil	4,8

Dans chaque unité des deux services adultes la composition de l'équipe infirmière est la suivante :

- matin de 6h30 à 14h : deux infirmières et deux aides-soignantes ou trois infirmières et une aide-soignante ;
- après-midi de 13h30 à 21h : deux infirmières et deux aides-soignantes ;
- nuit : une infirmière et une aide-soignante sauf aux urgences (deux infirmières).

c) La gestion des ressources humaines

L'équipe infirmière est marquée par sa très grande stabilité. Les jeunes recrues, infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ou aides-soignants (AS), s'engagent pour longtemps et sont très impliqués dans le programme de formation mis en place après la détermination des besoins et des souhaits de l'ensemble de l'équipe.

Pour les personnels non médicaux la formation disposait, en 2015, d'un budget de 28 000 €. Les axes de formation sont en rapport avec les grandes orientations du pôle : virage ambulatoire, travail sur l'autonomisation et l'insertion du patient en particulier quand il est précarisé, culture de la bienveillance au-delà de la prévention de la maltraitance, prise en charge de situations de crise. En 2015, il est noté parmi les formations les plus suivies : « *visite à domicile programmée et en situation de crise* », « *accueil du patient en situation de précarité* », « *gestion de situations conflictuelles* », « *réhabilitation psychosociale des patients psychotiques* », « *parents et bébé : gestes du quotidien* », « *groupe thérapeutique en institution* ». Des thèmes très proches sont retenus pour 2017.

2.4 UN BUDGET QUI PRESENTE UN DEFICIT TRES ELEVE

Le budget du CHU s'élève à environ un milliard d'euros, avec un déficit fort élevé d'environ 25 millions d'euros. Au sein de cet ensemble, le budget du pôle de psychiatrie est de 20 millions d'euros (15 millions de frais directs et 5 millions de frais indirects) concernant les dépenses et d'environ 25 millions d'euros de recettes.

La mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier couvrant les exercices 2016-2020 impose au CHU de réaliser une économie globale de 57 millions d'euros. Dans ce schéma, le pôle de psychiatrie devrait perdre, dès 2017, deux postes non médicaux. Au moment de la visite, ses effectifs s'élèvent à 362 ETP dont 91 en catégorie A, en forte croissance par rapport aux années précédentes du fait de l'évolution catégorielle des infirmiers. Au sein de cette enveloppe globale,

le personnel médical représente 103 ETP. Rapportées au nombre de lits, ces données paraissent logiques puisque de nombreuses fonctions « support » sont prises en charge par le CHU.

La contrainte la plus importante pesant sur le fonctionnement du pôle psychiatrique est en réalité immobilière : sur le site même du CHU, constitué de locaux datant du 19^{ème} siècle, le manque d'espace est crucial, faisant obstacle à l'implantation d'un véritable service d'urgences psychiatriques et à l'organisation d'ateliers thérapeutiques. À Elsau, les bâtiments dédiés aux adolescents sont très délabrés.

Pour remédier à cette situation, un projet ambitieux (30 millions d'euros) avait été conçu, ayant pour objectif de regrouper sur le même site l'ensemble des activités de nature psychiatrique, dans des bâtiments avec jardin ; compte tenu de son coût, le projet n'a pas été retenu. Au moment de la visite, un autre projet, plus modeste, visait à l'aménagement d'un bâtiment désaffecté jouxtant la clinique psychiatrique, pour y transférer un hôpital de jour et l'unité dédiée aux adolescents, qui y perdrait son jardin.

Ces contraintes immobilières pèsent sur l'organisation du pôle psychiatrique et entravent la réalisation des projets d'une équipe particulièrement dynamique.

2.5 UNE ACTIVITE IMPORTANTE MAIS QUI FAIT L'OBJET D'UN ENREGISTREMENT NON CONFORME AUX CATEGORIES LEGALES

Les chiffres relatifs aux patients admis en soins sans consentement ont été communiqués sous forme de tableaux repris ci-dessous. Au vu des rubriques utilisées pour leur classification, ils sont à prendre avec la plus la plus extrême prudence ; on remarque en effet une rubrique « *soins sur demande du représentant de l'Etat* » dont on ne sait ce qu'elle recouvre exactement, une rubrique « *hospitalisation d'office* » obsolète en son appellation, deux rubriques « *soins sur demande d'un tiers* » et « *hospitalisation à la demande d'un tiers* » dont on ne sait ce qui les distingue ; la rubrique « *irresponsable soins demande préfet* » ne dit pas clairement à quelle catégorie légale elle se rattache ; enfin les chiffres relatifs à la rubrique « *ordonnance provisoire de soins psychiatriques* » (qui vise probablement les ordonnances de placement provisoire prises par le procureur de la République ou le juge des enfants) ne sont pas conformes aux renseignements recueillis directement auprès des unités (il est probable qu'une confusion se soit opérée entre l'accueil à l'hôpital d'un enfant placé et le placement direct à l'hôpital sur le fondement de l'article 375-9 du code civil, seul constitutif d'un placement sous contrainte).

Dénombrement des séjours des patients placés sous contrainte entre le 01/01/2014 et le 30/06/2016

2014

DETENUS RELEVANT DE L'ARTICLE D398	1
SOINS SUR DEMANDE REPRESENTANT DE L'ETAT	7
SOINS SUR DEMANDE D'UN TIERS	16
HOSPITALISATION D'OFFICE SANS PRECISION	26
HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS	119
ORDONNANCE PROVISOIRE DE SOINS PSYCHIAT.	3
SOINS SANS TIERS, CAS DE PERIL IMMINENT	33
SOINS SUR DECISION JUSTICE IRRESP PENALEM.	1
SOINS SUR DEMANDE D'UN TIERS D'URGENCE	12
TOTAL	218

2015

DETENUS RELEVANT DE L'ARTICLE D398	2
SOINS SUR DEMANDE REPRESENTANT DE L'ETAT	12
SOINS SUR DEMANDE D'UN TIERS	63
HOSPITALISATION D'OFFICE SANS PRECISION	19
HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS	48
IRRESPONSABLES - SOINS DEMANDE PREFET	1
OP ORDONNANCE PROVISoire DE SOINS PSYCHIAT	8
PI SOINS SANS TIERS, CAS DE PERIL IMMINENT	51
TU SOINS SUR DEMANDE D'UN TIERS D'URGENCE	16
TOTAL	220

1^{er} semestre 2016

DP SOINS SUR DEMANDE REPRESENTANT DE L'ETAT	10
DT SOINS SUR DEMANDE D'UN TIERS	48
HO HOSPITALISATION D'OFFICE SANS PRECISION	10
HT HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS	15
IR IRRESPONSABLES - SOINS DEMANDE PREFET	1
OP ORDONNANCE PROVISoire DE SOINS PSYCHIAT	4
PI SOINS SANS TIERS, CAS DE PERIL IMMINENT	26
SJ SOINS SUR DECISION JUSTICE IRRESP.PENALE	3
TU SOINS SUR DEMANDE D'UN TIERS D'URGENCE	11
TOTAL	128

Recommandation

Les patients admis en soins contraints doivent être enregistrés conformément à leur statut tel qu'il ressort des catégories et définitions légales.

2.6 DES CONTROLES INSTITUTIONNELS REGULIERS PAR LA CDSP**2.6.1 Les registres de la loi**

Le secrétariat du service de psychiatrie 1 garde les registres de la loi.

D'un modèle standard, chacun comporte 100 folios ; les registres ne sont pas paraphés par le maire de la commune et ceux examinés par les contrôleurs ne comportaient pas mention de la visite de la CDSP.

Toutes les pièces concernant les patients sont photocopiées, puis collées sur le folio correspondant, dans l'ordre de leur réception.

Chaque folio comporte quatre pages : la première est destinée à recevoir, outre l'identité, les renseignements administratifs et judiciaires et la copie des arrêtés du maire et du représentant de l'Etat, tandis que sur les trois autres sont collés les certificats médicaux justifiant le maintien de l'hospitalisation sans consentement et ceux sollicitant une sortie, l'arrêté de mainlevée ou le bulletin de sortie. Au jour du contrôle, il n'existait aucun retard quant à la reproduction de ces documents.

Les arrêtés du préfet mentionnent les voies de recours, mais ne mentionnent pas les coordonnées du CGLPL ni celles de la commission des usagers (CDU).

Les motivations des certificats médicaux sont explicites quant à la nécessité du maintien des soins sans consentement, que ce soit sous forme d'hospitalisation complète ou de programme de soins.

Les admissions, après demande d'un tiers, sont enregistrées conformément aux exigences légales, ainsi la demande du tiers figure bien au registre.

La date et le descriptif des décisions rendues par le JLD sont indiqués ; il n'en est pas de même concernant la notification de la délivrance obligatoire des informations sur les droits déclinés à l'article L 3211-3 du code de la santé publique dont on ne trouve pas trace.

Les registres sont archivés au service des archives médicales à compter du jour où plus aucun des patients répertoriés ne fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement.

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

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Au jour de la mission et conformément à l'article L 3223-2 du CSP, la commission était composée comme suit :

- une magistrate du TGI de Strasbourg, nommée par le premier président de la cour d'appel, présidente ;
- un psychiatre libéral nommé par le procureur général près la cour d'appel ;
- un psychiatre praticien hospitalier aux hôpitaux universitaires de Strasbourg nommé par le préfet ;
- un médecin généraliste ;
- un représentant de l'union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques(UNAFAM) ;
- un représentant d'une association agréée des usagers en psychiatrie (AUBE).

Le siège de l'association est situé à la délégation départementale de l'agence régionale de santé (ARS) à Strasbourg et le secrétariat y est assuré par un agent de cette délégation.

Trois membres de cette commission, dont le praticien hospitalier, le représentant des usagers et le représentant des familles ont rencontré les contrôleurs, accompagnés de l'agent de l'ARS responsable de la logistique de la CDSP.

Les rapports d'activité de 2013 et 2014 ont été communiqués, celui de 2015 n'étant pas encore finalisé.

Ces rapports, contrairement aux dispositions de l'article L 3223-1, sixième alinéa, du CSP n'ont pas été envoyés au CGLPL ; sur remarque des contrôleurs, il a immédiatement été répondu qu'une telle transmission serait, à l'avenir, assurée.

De l'analyse des deux rapports comme des échanges avec les participants à la réunion, il ressort que la commission visite régulièrement les établissements de son ressort.

Concernant le CHU, elle s'efforce de s'y rendre deux fois chaque année pour visiter les unités d'hospitalisation, rencontrer la direction et étudier les dossiers des patients admis en soins sans consentement.

De plus, à chaque visite annoncée par pose d'affiches dans les unités, elle reçoit, à leur demande, une dizaine de patients pour lesquels elle n'a jamais proposé de levée de mesure.

La commission a indiqué estimer les conditions de prise en charge des patients satisfaisantes, tant sur le plan des locaux que sur celui des soins apportés par une équipe pluridisciplinaire compétente et bienveillante.

Elle admet ne pas examiner semestriellement, malgré les exigences de la loi, la situation des personnes admises à la suite d'un péril imminent, mais s'en tenir le plus souvent à un contrôle annuel.

Depuis plusieurs années la commission constate des difficultés persistantes quant à la disponibilité d'experts dans les cas de demandes de levées de mesures pour des patients ayant bénéficié des dispositions de l'article L 122-1 du code pénal.

2.6.3 La visite des autorités

Hormis la CDSP, les unités d'hospitalisation psychiatriques au CHU sont peu, voire jamais, visitées par les autorités.

Nonobstant les dispositions de l'article L3222-4 du code de la santé publique, il n'a pu être donné d'exemples de visites du préfet, du maire, de parlementaires ou de chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Strasbourg.

2.7 UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CONTROLÉE PAR UNE SEULE ASSOCIATION D'USAGERS

2.7.1 La place des représentants des familles et des usagers

La représentation des familles de malades psychiatriques est particulièrement limitée au sein du CHU ; ni l'UNAFAM ni une autre association ne participent à ses instances.

En revanche, une association d'usagers – « AUBE » (aide et union aux blessés de l'existence) – créée en 1997 par un cadre de santé de la clinique psychiatrique entretient, selon les dires de l'un de ses représentants rencontrés par les contrôleurs, des relations de qualité avec les responsables du pôle. Le dialogue est qualifié de satisfaisant et les membres du personnel sont appréciés pour leurs qualités humaines. Si elle estime que sa parole est généralement entendue, l'association déplore toutefois de ne pas parvenir à faire ôter des chambres d'isolement une caméra attentatoire à la dignité des patients.

Les questionnaires de satisfaction sont remis aux usagers, avec une enveloppe pré-timbrée à l'adresse du CHU ; pour autant le retour est peu fréquent. La plainte principale porte sur la restauration dans les unités pour adultes.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS : UNE ABSENCE DE PROTOCOLE POUR REGLEMENTER LA PROCEDURE D'ADMISSION EN SOINS CONTRAINTS

Il ne semble pas que l'établissement ait établi un véritable protocole définissant précisément la procédure d'admission en soins contraints. Seul un aide-mémoire répondant pour l'essentiel à des questions de gestion et de responsabilité (direction de garde etc.) liste les éléments à vérifier lors d'une telle admission ; il n'y est pas fait état des droits des patients.

3.1.1 Le passage aux urgences

Les trois établissements du département – HUS, CH d'Erstein et EPSAN – ont signé, le 19 décembre 2012, une convention de nature à organiser l'accueil en urgence des patients présentant des troubles psychiatriques et résidant dans la communauté urbaine de Strasbourg.

L'unité d'urgence psychiatrique (UUP), unité fonctionnelle, a pour mission d'opérer un diagnostic tenant compte des troubles de toutes natures (psychiatrique, somatique, addiction), d'initier un traitement répondant aux besoins immédiats et de procéder à une orientation adaptée.

Chaque établissement met à disposition du personnel médical et infirmier. Au moment du contrôle, l'équipe de l'UUP comptait quatre ETP de praticiens hospitaliers (six personnes physiques) et deux internes, douze ETP d'infirmiers, un cadre de santé dont la compétence englobe l'ambulatoire et 0,30 % de secrétariat) ; elle est placée sous la responsabilité d'un professeur, praticien hospitalier également responsable de la psychiatrie de liaison et d'une cellule d'urgence médico-psychologique (interventions suite à des événements traumatisants). L'UUP assure aussi des consultations ouvertes.

L'UUP dispose de locaux principaux (bureau et salle de consultation) au rez-de-chaussée de la clinique psychiatrique des HUS et d'un bureau au sein du service des urgences générales du nouvel hôpital civil (NHC)¹ mais elle est dépourvue de lits spécifiques.

L'équipe journalière – médecins, deux infirmières, un cadre de santé – assure une présence physique essentiellement sur le site de la clinique de 8h30 à 18h30 et se déplace sur les deux autres lieux en fonction des accueils ; une présence physique est toutefois systématique aux urgences générales, le matin. En soirée et de nuit, un interne est physiquement présent, un PH et deux IDE assurent une astreinte.

L'orientation vers l'un ou l'autre des sites dépend étroitement de l'appréciation du transporteur (pompiers, police) ; globalement, les patients présentant également des troubles somatiques (tentatives de suicide, intoxication, etc.) sont adressés aux urgences générales où ils bénéficient d'un bilan somatique complet.

A l'arrivée aux urgences générales, le patient revêt une chemise hospitalière et il est placé en zone d'accueil, si possible dans un box (parfois dans le couloir, faute de place). Les patients admis en raison d'intoxication médicamenteuse sont placés dans le box, porte fermée, et privés de leurs effets personnels, après inventaire. Pour les autres, les effets sont rassemblés dans un sac accroché au brancard et la porte du box reste ouverte. Les visites sont admises, sauf prescription contraire du psychiatre ; en pratique, il semble que le psychiatre soit parfois sollicité avant la

¹ Ainsi qu'à HautePierre, unité non visitée par les contrôleurs.

remise éventuelle des effets retirés. La contention est utilisée en cas de risque suicidaire, sur prescription ; elle intervient parfois en cas de violence ; elle est tracée dans le dossier du patient mais aucun registre n'a été mis en œuvre.

Il semble que les médecins psychiatres aient éprouvé quelques difficultés à trouver leur place dans ce lieu où la dimension somatique est prioritaire et parfois vitale. Néanmoins, l'équipe de l'UUP examine quotidiennement la liste des accueils et intervient au terme d'un délai qui dépasse rarement « *quelques heures* », sans obstacle, dans le box, auprès des patients dont la situation laisse présumer une difficulté d'ordre psychiatrique. Le patient est rencontré tantôt par un psychiatre tantôt par une infirmière et par les deux en cas de difficulté ; l'équipe émet un avis et, s'il y a lieu, organise la prise en charge psychiatrique ultérieure, en lien avec la famille.

Si l'état du patient ne permet pas une sortie dans la journée, il intègre une chambre située dans la zone, plus calme, de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Les contrôleurs ont pu y rencontrer des patients disposant de leur téléphone ; les visites sont autorisées, sauf prescription contraire ; en revanche, le tabac n'est pas remis au patient et rien n'est prévu pour qu'il puisse fumer.

Au moment de la visite, les quinze boxes et les dix-huit lits de l'UCHD étaient complets. Sous la pression des arrivées, le personnel s'applique chaque jour à chercher des solutions d'accueil qui ne se révèlent pas toujours satisfaisantes. De fait, les patients stationnent plusieurs heures, dans les boxes ou le couloir avant d'être affectés à l'UHCD où ils restent rarement plus de 48h, le plus souvent en chambre, faute d'une organisation permettant une vie communautaire et des activités. Le jour de la visite, un patient sans domicile fixe s'est entendu annoncer, dans l'après-midi, qu'il sortirait après le repas du soir, bien que n'ayant aucun hébergement (lui-même se montrait opposé aux hébergements collectifs offerts par le 115).

A la clinique, les locaux de l'UUP sont situés au rez-de-chaussée, immédiatement après la porte d'entrée. L'accès est unique, quelles que soient les modalités d'arrivée et l'état du patient. L'ensemble est particulièrement exigu et relativement vétuste (salle d'attente, bureau partagé, salle de consultation et de soins pourvue d'un lit mobile, sanitaires comprenant WC et lavabo). Un accès donne directement vers l'unité fermée 3003 vers laquelle le patient peut être immédiatement orienté en cas de nécessité. Les patients sont généralement reçus en premier lieu par une infirmière, puis par le médecin, dans l'heure ou les heures qui suivent. Outre le recueil de renseignements d'identité, médicaux, familiaux et sociaux, le patient est invité à désigner une personne de confiance.

Certains patients en grande précarité (dont l'un rencontré par les contrôleurs), se présentent régulièrement et trouvent en ce lieu une écoute, éventuellement un traitement et une occasion de prendre une douche et un repas (les deux mobilisant l'unité voisine). Une proportion importante de patients – estimée entre 60 et 70 % – repart au domicile au bout de quelques heures avec, le cas échéant, un rendez-vous en ambulatoire.

Sous réserve de l'accord du patient, un courrier est adressé au médecin traitant. Un contact post urgence est établi dans la semaine qui suit, par téléphone, à moins qu'un rendez-vous de consultation n'ait été donné.

Lorsqu'une hospitalisation s'impose, les soignants de l'UUP disent s'appliquer à donner des explications détaillées (tant sur la maladie que sur les traitements à mettre en place et les conditions de l'hospitalisation) afin de recueillir un consentement éclairé en vue d'une admission en soins libres. En cas de refus et si les conditions leur en paraissent réunies, une procédure de

soins sans consentement est initiée ; il est insisté sur le fait que, même en ce cas, des explications sont autant que possible fournies au patient à propos du cadre juridique. Les notifications officielles, en revanche, ont lieu dans le service d'accueil.

Les patients sont orientés vers l'unité d'hospitalisation de leur domicile qu'ils rejoignent en ambulance lorsqu'il ne s'agit pas de la clinique.

Lors des huit premiers mois de l'année 2016, l'UUP a reçu, en moyenne, 14,6 patients par jour. Cette moyenne était de 12,8 en 2015 et 11,4 en 2014.

Recommandation

Il est souhaitable de mettre en place une réelle unité d'urgences psychiatriques disposant de locaux adaptés et de lits spécifiques permettant à une équipe spécialisée de réaliser, dans la continuité de l'accueil, une observation approfondie et une prise en charge adaptée aux situations de crise, prenant notamment en compte l'environnement du patient.

3.1.2 L'arrivée dans les unités d'accueil

À l'arrivée le patient est reçu par une infirmière et, quelques heures plus tard au maximum, par un médecin.

Les motifs de son hospitalisation et les conditions de celles-ci lui sont expliquées (maladie, traitement, suivi médical, fonctionnement de l'unité). Si l'état du patient le permet, l'inventaire est réalisé dans le cadre d'un dialogue, pendant cet entretien ou lors de la conduite en chambre et le patient est invité à le signer.

L'inventaire est réalisé en quatre exemplaires dont l'un est destiné au patient. La destination des objets est mentionnée sur le formulaire (laissé au patient, remis à la famille, déposé à la trésorerie ou aux services économiques). Le nom de la personne ayant effectué le dépôt à la trésorerie ou aux services économiques est mentionné, accompagné de sa signature. Les modalités de retrait, assorties du numéro de téléphone et des adresses de ces services sont également précisées.

Un document, nommé « *macro cible d'admission* » est rempli avec le patient et les données sont reportées dans son dossier informatique. Outre les éléments relatifs à l'identité, la situation familiale et la protection sociale, les renseignements sollicités sont centrés sur le soin. Ce document comporte une mention « *personne à prévenir* » mais ne fait pas référence à la désignation d'une personne de confiance. Les soignants rencontrés disent cependant poser la question aux patients. Les patients rencontrés éprouvaient, quant à eux, des difficultés à saisir son rôle.

Recommandation

Le patient doit être informé de la possibilité de désigner une personne de confiance. L'établissement doit mettre au point un dispositif permettant de s'assurer que ce droit lui est effectivement notifié, assorti des informations utiles quant à son rôle et des modalités de l'accord de la personne désignée.

3.2 UNE NOTIFICATION DES DROITS PAR UN PERSONNEL QUI MANQUE DE FORMATION

Le service des admissions, le secrétariat des unités et l'ARS entretiennent des relations étroites et les arrêtés et décisions d'admission parviennent sans retard dans les unités de soins, accompagnées du ou des certificats médicaux exigés par la loi. La notification n'en est pas moins problématique.

Le protocole prévoit de faire signer au patient un « *formulaire de notification* » dont il doit être fait retour au secrétariat dans la journée et de lui remettre une copie de la décision. Les aide-mémoire à disposition des services reprennent ces dispositions.

Qu'elles émanent de l'autorité préfectorale ou du directeur, les décisions d'admission consultées par les contrôleurs étaient très succinctes dans leur motivation. Sans référence aux circonstances, elles se contentent généralement d'une appropriation des termes des certificats médicaux. Leur dispositif mentionne la possibilité d'un recours et ses modalités.

En signant « *l'accusé de réception de notification* », le patient atteste avoir reçu copie de la décision d'admission ainsi qu'une copie du ou des certificats médicaux initiaux, ce que la pratique ne semble pas confirmer.

En pratique, la notification incombe généralement à un interne ; elle s'effectue dans le cadre d'un entretien individuel et elle est assortie d'explications qui, manifestement, ne recouvrent pas l'ensemble des droits du patient (« *on leur dit qu'ils n'ont pas le choix et que la loi permet d'imposer l'hospitalisation dans certains cas ; on leur explique pourquoi le médecin estime qu'ils doivent être hospitalisés mais on ne leur remet pas le certificat ; on leur dit que leur situation sera régulièrement revue par le médecin ; on ne leur parle pas de « recours » mais on leur dit qu'ils pourront voir un juge ; certains acceptent de prendre la copie de la décision d'autres non – à ce stade beaucoup sont dans le déni – dans ce cas on classe au dossier ; on n'y revient pas ; en général, on ne leur lit pas les documents ; on n'a pas toujours le temps de les lire nous-mêmes* »).

Plusieurs patients rencontrés par les contrôleurs n'avaient en effet conservé qu'un souvenir très vague voire, pour certains, aucun souvenir de la notification (« *je sais que j'ai signé des papiers* ») ; la majorité semblait avoir totalement oublié les explications données à cette occasion, affirmant n'avoir pas lu la décision et n'en avoir pas reçu ou conservé copie. Si quelques patients savaient disposer d'un recours, aucun de ceux rencontrés par les contrôleurs n'en connaissait les modalités (délai, forme) et aucun ne savait qu'il pouvait prendre l'avis d'un autre médecin, s'adresser à la CDSP, au CGLPL ou aux autorités visées par l'article L3211-3 du code de la santé publique².

² Article L3211-3 :

En outre, elle (la personne) est informée :

- a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;
- b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1.

Il semble que les aspects juridiques de l'hospitalisation sans consentement soient davantage appréhendés en termes de contraintes administratives pour le personnel qu'en termes de droits du patient.

Recommandation

L'établissement doit sensibiliser le personnel aux droits des patients et former ceux qu'il charge de la notification des décisions. Il doit élaborer des documents explicites et pédagogiques. Il doit veiller à ce que les patients bénéficient réellement de l'ensemble de leurs droits.

3.3 LA PERIODE INITIALE DE SOINS ET D'OBSERVATION QUI N'EST PAS SOUMISE A UN PROTOCOLE SPECIFIQUE

La période initiale de soins et d'observation prévue par l'article L3211-2-2 du code de la santé publique ne fait pas l'objet d'un protocole spécifique. En pratique cependant, les premiers jours donnent lieu à une observation plus étroite du personnel soignant et à des échanges plus approfondis lors des transmissions, comme c'est aussi le cas pour les patients admis en soins libres. Un examen somatique est confié à un interne.

3.4 LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DU PATIENT FAIT SANS FORMALISME PARTICULIER

Le processus de recueil des observations du patient prévu par l'article L3211-3 du code de la santé publique³ n'est pas protocolisé. Les observations du malade sont recueillies par le médecin, à l'occasion des entretiens et de la rédaction des certificats ; elles sont consignées dans le dossier du patient (« *avec précision et parfois avec des guillemets* », est-il indiqué) ; elles ne figurent pas *in extenso* au pied du certificat mais il est fait état, dans le corps du document, de la position du patient telle que l'analyse le médecin.

Les médecins rencontrés disent informer les patients du contenu de leur certificat sans pour autant leur en donner lecture. Les patients rencontrés ont confirmé ce point, évoquant généralement un suivi étroit et des échanges réels.

3.5 UNE INFORMATION DES PATIENTS INCOMPLETE ET QUI NE FIGURE PAS DANS UN LIVRET D'ACCUEIL SPECIFIQUE POUR LES PATIENTS EN SOINS CONTRAINTS

3.5.1 Les informations générales

Le livret d'accueil élaboré par l'établissement comporte des données très générales : présentation succincte de l'établissement, formalités d'admission, frais de séjour, présentation générale des équipes, organisation du séjour (visites, interprétariat, services religieux, courrier, téléphone, conservation des objets précieux, droit de vote).

Un chapitre intitulé « *vos droits et obligations* » traite notamment de l'information du malade sur son état de santé, de la désignation d'une personne de confiance, de l'accès au dossier

³ Art L3211-3 CSP :Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.....

médical, de la confidentialité et du secret professionnel, de la commission des usagers et de l'accès au médiateur.

Ce document ne comporte aucune information spécifique aux personnes admises en soins psychiatriques, *a fortiori* aucune information relative aux patients admis sans leur consentement. Au moment de la visite, certaines unités réfléchissaient à l'établissement d'un tel document et avaient établi une ébauche.

Dans l'attente, le livret d'accueil semblait remis de manière quelque peu aléatoire aux patients.

Le règlement intérieur de l'établissement, daté du 29 avril 1976, est, du seul fait de sa date, totalement obsolète.

Recommandation

Il est impératif que l'établissement se dote d'un règlement intérieur conforme aux textes en vigueur, complète le livret d'accueil et conçoive un livret d'accueil spécifique pour les patients hospitalisés en service de psychiatrie.

3.5.2 Les informations délivrées aux patients admis en unité de psychiatrie pour adultes

Les services du pôle de psychiatrie des adultes se sont dotés d'un règlement intérieur ; le document est affiché de manière bien visible sur la paroi vitrée du bureau des infirmiers des unités.

Ce règlement intérieur est complété, d'une part, par un document – commun aux quatre unités – relatif à la consommation de tabac et par une charte d'utilisation du téléphone portable, propre à chaque unité. Ces documents sont en principe remis aux patients lors de l'entretien d'accueil ou, s'il n'est pas en état de les recevoir, dans les jours qui suivent.

Le règlement intérieur comporte des informations sur :

- l'accueil (invitation à remettre les objets dangereux ou de valeur à la famille ou aux soignants pour dépôt à la trésorerie) ;
- les repas (indication des horaires – à partir de 7h45, 12h, 15h30, 18h30 – et de la possibilité, sur demande, de faire valoir des pratiques religieuses, des régimes particuliers ou des habitudes alimentaires) ;
- les horaires de visite (14h-18h30 et 19h-20h ; nécessité d'un avis médical pour la venue « d'enfants ») ;
- le tabac (interdiction stricte de fumer dans les locaux de la clinique ; invitation à se référer à la note d'information affichée dans l'unité ; celle-ci précise les horaires de sortie accompagnée dans la cour, soit six fois par jour, après chaque repas, en milieu de demi-journée et le soir, selon autorisation médicale et disponibilité des soignants) ;
- le téléphone (détention du téléphone portable soumise à autorisation médicale, invitation à prendre connaissance de la charte d'utilisation du téléphone propre à l'unité ; existence d'une cabine à carte dans le hall, avec précision du numéro d'appel mais sans les modalités pour se procurer la carte) ; la charte d'utilisation du téléphone est remise au patient à l'admission ; elle pose en principe le droit d'utiliser le téléphone portable, dans des limites horaires – 7h-21h, sauf temps des repas – et exclut son utilisation en temps qu'appareil photographique ou d'enregistrement ;

- la mise à disposition d'un poste de télévision (dans la salle à manger, jusque « *aux alentours de 23h* ») ;
- les activités et sorties thérapeutiques (soumises à autorisation médicale, possibles de 14h à 18h30, outre l'organisation de sorties à la journée ou sur deux jours ; nécessité d'informer l'équipe soignante des sorties et retours, et de prévenir en cas de retard ; information quant au fait que le médecin, et éventuellement la direction, seront avertis en cas de non-respect des horaires ; la même rubrique précise que la sortie définitive est envisagée en concertation avec « *le médecin qui vous suit* ».

A l'exception, à la fin de la rubrique « *accueil* », d'une phrase invitant les personnes hospitalisées à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat à solliciter le médecin pour toute précision, ce règlement intérieur ne comporte pas d'informations spécifiques à ces patients. On notera qu'en pratique, les dispositions de ce règlement leur sont, pour l'essentiel, effectivement applicables et appliquées.

3.5.3 Les informations relatives aux personnes admises en soins sans consentement

L'information relative aux droits propres aux patients admis sans leur consentement est faite par l'interne, en même temps que la notification de la décision ; elle apparaît tout aussi formelle (Cf. § 3.2).

Elle est en effet dispensée dès l'admission (en pratique dans les deux jours de l'arrivée) ce qui, aux dires des internes qui en ont la charge, correspond à un moment où le patient n'est généralement pas en état de la recevoir.

Un formulaire – curieusement intitulé « *notification-attestation* » – est remis au patient en même temps que la copie de la décision d'admission ou de maintien. On observe que son titre ne renseigne pas sur son contenu et que sa présentation – petites lettres noires et serrées – n'incite guère à la lecture. L'imprimé évoque l'ensemble des droits conférés par l'article L3211-3 du code de la santé publique. Les droits ne sont pas détaillés oralement par la personne qui les notifie ; ils ne sont pas repris par la suite, lorsque l'état du patient le permet. Plusieurs patients rencontrés ont dit ne pas se souvenir de cette notification et n'être pas en possession d'un document à ce sujet. Plusieurs des soignants rencontrés par les contrôleurs ignoraient pareillement l'étendue des droits des patients.

Ni le formulaire remis au patient, ni l'affichage – parcellaire et peu consulté – ne permettent au malade de disposer d'une information complète, claire et précise de ses droits. Aucune disposition n'est prise pour que les proches susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient puissent exercer certains de ses droits, conformément à la loi.

3.6 UNE PREPARATION PROGRESSIVE A LA SORTIE AVEC L'OCTROI REGULIER D'AUTORISATIONS DE SORTIES THERAPEUTIQUES

Des informations recueillies, il apparaît que l'équipe qui prend en charge un patient hospitalisé en soins sans consentement est attentive à ce que la durée du traitement prodigué sous cette forme corresponde à la stricte nécessité de la pathologie et à l'impossibilité d'obtenir l'adhésion éclairée du malade à sa prise en charge.

3.6.1 Les sorties de courte durée

En fonction de la nature juridique de l'admission, le séjour est ponctué de sorties thérapeutiques avec pour objectif de favoriser la réinsertion ou de permettre l'accomplissement de démarches à caractère social ou administratif à l'extérieur de l'établissement.

Sans qu'il puisse avoir été donné aux contrôleurs des statistiques précises, il leur a été affirmé que le directeur de l'établissement ne s'opposait jamais à de telles demandes, étant précisé qu'après un travail de concertation, les médecins prenaient soin d'explicitier soigneusement leurs certificats.

Concernant les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) la demande de sortie est transmise au représentant de l'Etat 48 heures avant la date prévue ; sauf opposition écrite du préfet, notifiée dans les douze heures avant la sortie, celle-ci est considérée comme acquise.

Au cours des deux années précédant le contrôle, le préfet n'a pas formulé d'opposition à l'exception d'un refus, en date du 30 octobre 2014 ; il a explicité sa décision par l'absence d'accompagnement prévu pour une première sortie. Les demandes suivantes ont toutes été acceptées jusqu'à un passage en programme de soins validé par le collège des experts le 24 août 2016.

3.6.2 La levée de la mesure

Les modalités de levée de mesures qui diffèrent en fonction du mode d'admission ne sont jamais utilisées comme entrave à la fin de l'hospitalisation complète sans consentement.

Les patients admis en soins sur décision du directeur voient leur hospitalisation cesser après que le psychiatre en charge de leur suivi a certifié que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies.

Si certes la levée peut être demandée par la famille, une telle hypothèse ne s'est jamais présentée. Il a été indiqué *supra* (Cf. § 2.6.2) que la CDSP n'avait pas prononcé de mainlevée.

Par contre un certain nombre de mesures prennent fin avant le contrôle juridictionnel du juge des libertés et de la détention, soit entre le deuxième et le douzième jour après l'admission.

Ce fut le cas pour treize d'entre elles en 2015 et sept au premier semestre 2016.

Le séjour moyen d'une personne hospitalisée en SDRE est de trente-deux jours, temps semblable à celui d'un patient en soins libres (trente jours). Les médecins, quand ils ne sont pas certains du consentement aux soins, ne maintiennent pas l'hospitalisation complète si elle n'est pas nécessaire mais organisent, par principe de précaution, une obligation de suivre un programme de soins, n'hésitant pas à réadmettre les patients qui se soustraient à leurs obligations.

Au jour du contrôle treize patients étaient hospitalisés sur décision du directeur et dix-huit suivaient un programme de soins. Entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} septembre 2016 quatorze patients ont été réadmis, parfois pour une très courte période d'hospitalisation, permettant un « recadrage » autant qu'un réajustement du traitement.

Quant aux patients hospitalisés suite à une décision préfectorale, au nombre de trois lors de la visite, la demande de levée de leur hospitalisation n'est, selon les dires, qu'exceptionnellement refusée par le préfet et jamais quand elle est proposée assortie d'un programme de soins ; il a ainsi été cité l'exemple d'une personne pénalement irresponsable ayant pu bénéficier d'un programme de soins moins d'un an après l'arrêté d'admission.

Au 10 septembre 2016 dix-neuf patients en SDRE étaient suivis en programme de soins et cinq avaient fait l'objet d'une réadmission temporaire au cours du premier semestre.

3.7 UN CONTROLE EXERCE PAR LE JUGE DES LIBERTE ET DE LA DETENTION AU COURS D'AUDIENCES TENUES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT, MAIS POUR DES PATIENTS INSUFFISAMMENT PREPARES ET INFORMES

3.7.1 L'information et la convocation

Depuis la signature le 14 juillet 2014 d'une convention et de son avenant le 20 février 2015 entre le président du TGI de Strasbourg, le directeur de l'ARS et les directeurs des trois établissements du Bas-Rhin recevant des patients hospitalisés sans leur consentement, les audiences du JLD se tiennent :

- le lundi au centre hospitalier d'Erstein ;
- le mercredi à l'établissement public de santé à Brumath ;
- le vendredi au pôle psychiatrique des hôpitaux universitaire de Strasbourg.

Le CHU a mis à disposition une grande pièce qui, par ailleurs, sert de salle de réunion et un bureau réservé aux avocats respectant les conditions de confidentialité.

L'audience prévue douze jours après l'admission du patient donne lieu à saisine du magistrat dans un délai maximum de cinq jours après l'admission.

Concernant la saisine du sixième mois, elle est exigée au plus tard quinze jours avant l'expiration du délai.

Les échanges entre les services hospitaliers en charge de la préparation de la procédure d'audience (le secrétariat de la psychiatrie 1) et le greffe judiciaire se font sous forme dématérialisée. Les relations entre les deux services sont d'excellente qualité.

Un formulaire standard comportant les renseignements d'identité est transmis au greffe accompagné de la décision d'admission, des certificats médicaux des 24 et 72 heures, de l'avis médical motivé ainsi que de l'avis de compatibilité de l'état de santé du patient avec sa présence à l'audience.

Les coordonnées du tiers, de même que l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique sont toujours indiquées.

A la réception de ces documents, le greffe judiciaire avertit le bâtonnier qui désigne un avocat d'office. Le greffe judiciaire adresse la convocation au patient l'informant de la date d'audience, de la possibilité de faire parvenir ses observations au greffe et de consulter son dossier.

Il a été dit aux contrôleurs que dans la plupart des cas cette convocation était remise au patient par le cadre de santé de l'unité, voire même par le médecin. Les contrôleurs ont toutefois constaté que l'attention du patient n'était pas suffisamment attirée sur le sens de l'audience et sur la possibilité de consulter le dossier judiciaire. Les soignants ont d'ailleurs paru être dans l'ignorance de cette disposition ; il a été dit qu'aucun patient n'avait jamais sollicité la consultation des pièces de son dossier.

3.7.2 L'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du vendredi 9 septembre 2016 : douze patients y étaient convoqués, tous venant des autres centres hospitaliers spécialisés.

Quatre patients se sont présentés accompagnés d'un ou deux soignants selon leur état ; ils étaient bien sûr assistés d'un avocat.

Le JLD dont la connaissance des dossiers était sans faille a fait preuve de qualités d'écoute pour recueillir les informations nécessaires à sa prise de décision.

A l'issue des débats le juge a expliqué aux patients qu'il rendrait sa décision dans la journée et que ses motifs seraient expliqués dans l'ordonnance notifiée et remise au patient.

En effet, sauf exception, le JLD a pour habitude de ne pas statuer « *sur le champ* » mais de se donner un temps de réflexion. Le greffe judiciaire transmet dans la journée à l'établissement l'ordonnance qui comporte l'information sur les voies de recours. Cette décision est notifiée par le soignant ou le cadre de santé, voire par le médecin psychiatre quand il y a un risque d'impact sur l'état psychique du patient.

3.7.3 Les décisions

Au cours de l'année 2015, 110 patients, ayant été hospitalisés sans consentement au CHU de Strasbourg, ont été convoqués à l'audience du JLD qui a prononcé 96 décisions de maintien et 1 décision de mainlevée. Treize requêtes sont devenues sans objet, la levée de l'hospitalisation ayant été prononcée avant l'audience.

La cour d'appel de Colmar (a examiné onze recours qui n'ont pas été suivis de levée de la mesure, les ordonnances ayant toutes été confirmées.

L'activité juridictionnelle est stable en 2016 ; c'est ainsi que soixante-trois patients ont été convoqués au cours du premier semestre, cinquante-cinq décisions de maintien ont été prononcées et une mainlevée ordonnée.

Sept désistements ont été enregistrés compte-tenu de la sortie du patient avant la date d'audience. La cour d'appel de Colmar(Haut-Rhin) a confirmé les deux décisions frappées d'appel.

Selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, la rareté des levées s'explique par la qualité du contenu des certificats médicaux, la vigilance du secrétariat quant à la régularité de la saisine et le projet médical mis en œuvre pour limiter autant que faire se peut, la durée de l'hospitalisation complète sans consentement.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 UNE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS MARQUEE PAR UNE PRESENCE INSUFFISANTE DES TUTEURS AUPRES DES PATIENTS

Les mesures de protection qui concernent sensiblement un quart des patients sont assurées par cinq associations tutélaires, les deux premières étant les plus présentes :

- l'union départementale des associations familiales (UDAF) de Strasbourg ;
- l'association « Tandem de Strasbourg » ;
- l'association « Route Nouvelle Alsace » ;
- le mandataire judiciaire des HUS ;
- un mandataire privé.

Pour l'année 2014, vingt-quatre mesures de sauvegarde de justice et demandes de protection ont été réalisées, dix-sept en 2015 et onze en 2016 au moment du passage de l'équipe du Contrôle.

L'unité fermée du rez-de-chaussée accueillait quatre patients sous tutelle ou curatelle au moment de la visite.

La présence des curateurs ou tuteurs auprès des patients a été décrite comme modeste, les contacts étant essentiellement liés aux questions financières.

4.2 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL : DES DEMANDES RARES

L'information sur les modalités d'accès figure au livret d'accueil général. Mais il n'y a pas d'obstacle à ce qu'une telle information soit aussi donnée oralement.

En pratique, les demandes émanant directement du patient ou de la famille sont dites rares. En revanche un accès est organisé, dans le cadre de groupes d'éducation thérapeutique dont l'objectif est une meilleure connaissance de sa maladie par le patient. Ces groupes concernent généralement des patients souffrant de troubles bipolaires, de troubles du comportement alimentaire ou de psychoses schizophréniques ; l'accès s'effectue avec un médecin, qui lit le dossier avec le patient, explique et répond à ses questions.

4.3 LA SEXUALITE : DES SOIGNANTS A L'ECOUTE

La sexualité n'est pas apparue comme un tabou ; les soignants se disent à l'écoute et attentifs aux interactions affectives entre patients. Des préservatifs sont mis à disposition par le personnel soignant.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 LA VIE COURANTE : DES CONDITIONS DIFFICILES DANS L'UNITE POUR ADOLESCENTS

5.1.1 La sécurité

La principale question relative à la sécurité concerne l'unité de pédopsychiatrie, totalement isolée, qui plus est située dans un quartier sensible. De nuit, seul le pavillon des adolescents est habité et seuls deux adultes y sont présents, pour une dizaine de jeunes patients.

La clinique bénéficie pour sa part des dispositifs du CHU, en particulier de la présence d'une équipe de vigiles dont les interventions n'ont pas fait l'objet de critiques auprès des contrôleurs.

5.1.2 La restauration

A son arrivée, le patient est invité à remplir un document prenant en compte non seulement l'existence d'un éventuel régime alimentaire, qu'il soit lié à des questions d'ordre médical ou religieux mais aussi ses préférences (pour le petit déjeuner) et ses rejets (« *ce que vous ne souhaitez pas trouver sur votre plateau* », suivi de nombreux exemples, des entrées aux desserts, en passant par les sauces).

Les repas sont pris collectivement ; les menus sont affichés ; le placement est libre ; les soignants, présents dans la salle pendant le repas, apportent leur aide à ceux qui sont en difficulté ou interviennent en cas de conflit.

La qualité de la restauration – goût, variété – est objet de plaintes de la part des patients en unité pour adultes. Il en va différemment à l'unité pour adolescents, où l'ordinaire est souvent amélioré sur place.

5.1.3 L'hygiène

Literie et serviettes de toilette sont changés chaque semaine et davantage si nécessaire. A la clinique, une machine à laver est accessible aux patients, librement et gratuitement. En cas de besoin, quelques réserves de linge permettent de dépanner les plus démunis.

L'unité pour adolescents est confrontée à un problème particulier : les flexibles ont été retirés des douches pour des questions de sécurité et, dans le local réservé aux filles, la présence d'amiante empêche d'effectuer dans le carrelage un percement permettant une sortie d'eau à bonne hauteur. Les douches sont donc inutilisables en tant que telles.

5.1.4 L'accès au tabac

L'accès au tabac est tout à fait libre en unité ouverte ; les patients disposent de leur tabac et de leur briquet et fument à l'extérieur des bâtiments. En unité fermée, faute de personnel en nombre suffisant pour accompagner les patients à l'extérieur, une pièce a été affectée à cet effet ; l'accès est organisé à six reprises dans la journée, entre le petit déjeuner et 22h30. Tabac et briquet sont conservés au bureau infirmier.

Chez les adolescents, le livret d'accueil rappelle l'interdit mais l'assortit d'exceptions soumises à l'autorisation des parents. Les jeunes fument sur la terrasse, en dehors des repas et des activités. Dans l'ensemble des unités, les soignants se disent attentifs à d'éventuels excès de consommation et proposent un accompagnement à une consommation raisonnée.

5.1.5 Les transports

Étant donné son implantation en centre-ville, la clinique psychiatrique ne connaît pas de sérieux problèmes liés au transport. L'unité d'adolescents, bien que située dans un quartier excentré, bénéficie d'un accès par le tramway. Le pôle psychiatrique dispose, pour l'ensemble des unités, de deux minicars de quinze places qui, ajoutés aux ambulances et taxis financièrement pris en charge, permettent l'organisation d'activités, l'accès aux soins extérieurs et le transport aux audiences du juge des libertés et de la détention.

5.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES PAR DES REGLES SOUPLES

Dans l'ensemble, il est apparu que la gestion des relations avec l'extérieur s'effectuait avec souplesse, l'interdit apparaissant comme l'exception.

5.2.1 Le téléphone

Les règles de chaque unité indiquent « *la possibilité de conserver votre téléphone portable est soumise à prescription médicale* ».

En pratique, les patients adultes en soins libres peuvent conserver leur téléphone portable, sous réserve d'une utilisation strictement téléphonique (pas de photographie) qui respecte les autres patients et les temps de vie collective. Il est également demandé aux patients de ne pas téléphoner de nuit.

Les patients en unité fermée doivent remettre les cordons d'alimentation (téléphone ou MP3) au bureau des infirmiers et l'accès au téléphone lui-même est subordonné à l'autorisation médicale. En pratique, cet accès a semblé relativement aisé ; les patients n'ont pas formulé de plaintes à ce sujet.

Chez les adolescents, le téléphone portable est déposé au bureau des soignants à l'arrivée. Son utilisation est soumise à l'accord du médecin ; elle a lieu à des moments précis, généralement en présence d'un soignant au début du séjour. Un poste fixe, accessible sur autorisation d'un soignant et situé dans un couloir fermé par une porte, permet en revanche de passer et recevoir des appels dans le respect de la confidentialité des échanges.

5.2.2 Le courrier

Le courrier ne pose pas difficulté car le ramassage et la distribution sont effectués chaque jour. Les patients peuvent en cas de besoin, solliciter les soignants pour l'aide à l'écriture et la remise d'un nécessaire de correspondance, voire faire affranchir leur courrier par l'hôpital. Le courrier « départ » est déposé au bureau des infirmiers ou, pour les patients en unité ouverte, dans une boîte aux lettres située au rez-de-chaussée. Le courrier « arrivée » est remis au patient par l'intermédiaire d'un soignant.

5.2.3 La télévision

Chaque unité dispose d'un poste de télévision unique, situé dans un salon, ce qui ne rend pas aisé le choix du programme, souvent abandonné au hasard ou au patient le plus déterminé. Les horaires sont souples et les patients ne se sont pas plaints de devoir interrompre un programme. De fait, le téléviseur fonctionne souvent bien que personne ne le regarde.

On note le caractère particulièrement convivial du salon de l'unité pour adolescents, aménagé grâce aux fonds provenant d'une association (ENFADO) dont les recettes sont issues de l'activité bénévole de soignants (confection et vente de confitures et de jus de pomme).

5.2.4 L'informatique

Les patients adultes peuvent théoriquement disposer de leur ordinateur portable ; la pratique demeure rare.

Les adolescents ne sont pas autorisés à conserver leur ordinateur ; une exception est possible, en présence des parents. Ils ont théoriquement accès à l'ordinateur de l'unité, en présence et sous le contrôle d'un soignant mais, au moment de la visite, celui-ci était hors d'usage et des problèmes financiers empêchaient son remplacement.

5.2.5 La presse

Les patients des unités ouvertes ont librement accès au point de vente implanté au CHU. Un exemplaire des « *Dernières nouvelles d'Alsace* » est déposé quotidiennement en unité fermée. Il n'est pas pris de disposition particulière, permettant de s'assurer que le journal circule effectivement. Il n'y a pas non plus d'abonnement spécifique.

5.2.6 Les visites

Les visites sont autorisées chaque jour de 14h à 18h30 et de 19h à 20h pour les adultes et, pour les adolescents, de 17h à 18h30 en semaine et de 14h à 18h le week-end. En pratique, les horaires sont interprétés avec souplesse.

Le règlement intérieur du pôle précise que la visite des enfants est soumise à l'accord du médecin.

Chez les adultes, chaque unité ne dispose pas d'un espace de visite et ceux utilisés à cet effet sont exigus et peu conviviaux. Les familles sont autorisées à se rendre dans les chambres des patients.

5.3 UNE ABSENCE D'ESPACES COLLECTIFS POUR LES ADULTES

Les unités de psychiatrie pour adultes ne disposent pas d'espaces collectifs spécifiques. Bien que théoriquement accessibles aux patients accueillis en unités ouvertes, la cafétéria, la bibliothèque et les installations sportives du CHU sont fort peu fréquentées par les patients de psychiatrie. Une petite bibliothèque est placée dans l'une des unités ouvertes, modeste par sa taille et son fonds.

5.4 UNE PRISE EN CHARGE REELLE DES PATIENTS POUR LES SOINS SOMATIQUES

5.4.1 L'accès au médecin généraliste

Les deux services ne disposent pas de PH de médecine générale. Les internes sont en première ligne pour la prise en charge somatique, encadrés par les chefs de clinique pour un examen médical à l'admission et un suivi qui est apparu rigoureux. Les patients présentant des troubles du comportement alimentaire sont suivis conjointement par le service de nutrition du CHU.

5.4.2 Les consultations spécialisées

Le pôle psychiatrie, qui réalise dans les services de somatique un travail de psychiatrie de liaison, obtient des contreparties avec, par exemple, le passage des neurologues dans les unités de psychiatrie ou, si besoin, une évaluation dans le service de médecine interne. Quand une hospitalisation en médecine ou chirurgie s'impose en urgence, le SAMU est chargé de trouver un lit et de transférer la personne. La présence du service aux urgences permet aussi d'obtenir un bilan somatique avant le transfert en psychiatrie.

La prescription de produits de substitution aux opiacés est gérée par l'unité d'addictologie appartenant au même pôle.

Des consultations sommeil sont également assurées, sur place.

5.4.3 La pharmacie

Les unités bénéficient de la pharmacie centrale du CHU. Des pharmaciens interviennent dans les unités, notamment pour des conseils de pharmacovigilance et la gestion des médicaments dans les armoires de chaque unité.

5.4.4 Le laboratoire

Les unités bénéficient de tous les laboratoires du CHU. Les examens en urgence ne posent pas de problème particulier.

5.4.5 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Un échange entre la psychiatrie et l'unité douleur du CHU permet des évaluations rapides. Les sevrages aux opiacés sont réalisés dans ce cadre.

5.5 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION : DES PRATIQUES LIMITEES MAIS TOUJOURS PRESENTES

Le service a indiqué ne pas utiliser la pratique de l'isolement et a précisé avoir une politique de limitation déterminée de la contention. Cependant la seule chambre d'isolement de l'unité fermée du premier étage n'est utilisée que pour des contentions sur un temps limité. Cette chambre est considérée par le service comme une « *chambre de soins intensifs* » ; c'est en réalité une chambre « classique », mais qui ne dispose d'aucun meuble à part un lit, et qui est placée sous vidéosurveillance.

Le service ne pratique pas les prescriptions « si besoin » de contention et jamais une infirmière ne prend de décision en première intention. Un médecin psychiatre est toujours présent pour l'analyse des situations difficiles et c'est lui qui prend la décision. La féminisation des équipes a réduit le recours à la contention et tout est fait pour apaiser et désamorcer les conflits. Toutes les restrictions apportées au patient se discutent. Ces éléments sont repris en groupe de patients avec l'équipe de soins.

Un registre est en place et indique :

- nom du médecin prescripteur (il faudra faire figurer « médecin décideur ») ;
- identification du patient ;
- motif clinique ;
- date et heure de début ;
- date et heure de levée ;

- durée.

Un document « *Procédure de contention* » est à la disposition de tous les professionnels du service. Il est en cours d'actualisation pour intégrer les nouvelles dispositions législatives et les recommandations récentes. Il est très précis et pertinent pour la surveillance médicale. Il est rappelé que « *l'équipe soignante préserve la dignité, l'intimité et la sécurité du patient qui est informé de sa mise en contention et des raisons de ce soin et qui reçoit tout au long de celle-ci des informations claires et précises sur l'évolution de sa prise en charge* ».

Un nombre significatif de contentions est réalisé sur un très petit nombre de patients qui peuvent à eux seuls représenter 80 % des contentions (deux ou trois patients).

L'unité fermée du 1^{er} étage a pratiqué, en 2015, 131 contentions pour 1 187 heures, et en 2016 51 contentions pour 1 078 heures. Si l'on exclut un patient présentant des troubles du comportement très sévères, on retrouve, en 2015, seize contentions pour 271 heures et, en 2016, huit contentions pour 399 heures.

L'unité fermée du 1^{er} étage a pratiqué 126 contentions en 2011, 200 en 2012, 76 en 2013, 65 en 2014, 37 en 2015 et 17 en 2016.

5.6 LES INCIDENTS : DES PROCEDURES MISES EN PLACE AVEC BEAUCOUP D'ATTENTION PAR DES CADRES FORMES

Les plaintes et réclamations sont adressées au directeur qualité, au cadre supérieur de santé et au médecin référent de la structure quand il s'agit d'un problème médical ou aux cadres référents quand il s'agit d'un problème matériel. Le pôle reçoit trois à quatre plaintes par an en prenant en compte ces deux dernières années ; il a reçu deux plaintes depuis le début de l'année 2016.

Les événements indésirables et la gestion des risques sont réalisés grâce au logiciel « Normea » depuis avril 2016. Deux cadres ont été formés à ce logiciel et le cadre supérieur est le référent de l'identito-vigilance. Un professeur extérieur au pôle, chirurgien, est coordonnateur de la gestion des risques.

Les suites après l'analyse des données sont traitées au « COPIL qualité » qui se réunit une fois par mois en présence du psychiatre qualité et de l'encadrement.

Une attention particulière est portée aux tentatives de suicide, aux suicides des patients connus du service, avec une formation de l'ensemble du personnel à la crise suicidaire et la mise en place d'actions institutionnelles de prévention. Une autre action de prévention consiste à travailler le parcours patient traité en électro convulsivothérapie. De la même façon le service est particulièrement attentif au parcours du patient passant par les urgences avec, dans ce domaine, un travail d'équipe en cours.

Les violences dans le service sont l'objet d'un travail institutionnel attentif. Les violences de patients sur d'autres patients font l'objet d'une attention particulière. Les violences de patients sur les membres de l'équipe de soins font l'objet d'une « *fiche d'agression* » envoyée à la direction des ressources humaines (DRH), à la médecine du travail et à l'observatoire des violences du CHU quand ces violences sont d'un niveau supérieur au niveau 2 de gravité. Un débriefing immédiat est systématiquement réalisé. Le cadre supérieur du pôle est très investi dans ce domaine.

6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

6.1 L'UNITE FERMEE 3011

6.1.1 Les locaux

L'unité fermée 3011, située au premier étage du bâtiment, voit sa porte (fermée à clé) s'ouvrir sur un long couloir où l'on retrouve à gauche les bureaux des internes et à droite une petite salle d'activités avec un baby-foot puis la grande salle polyvalente, qui sert de salle d'activités et de réfectoire. Le moindre mètre carré est utilisé. Au fond du couloir, avec une vision centrale sur tout le service, se retrouve le PC infirmier d'où l'équipe peut à la fois voir les entrants et à gauche comme à droite les patients des deux ailes comportant les chambres d'hospitalisation.

L'unité comporte six chambres à un lit, sept chambres à deux lits qui toutes comportent lavabo, douche et WC. Une salle de bains avec baignoire est à disposition dans l'unité. Les chambres ne peuvent pas être fermées de l'intérieur. Par contre le bloc sanitaire peut-être fermé de l'intérieur tout en restant accessible à l'équipe de soins. Les chambres sont munies d'un dispositif d'appel placé au-dessus du lit. Les placards sont librement accessibles aux patients.

Comme noté ci-dessus l'unité est équipée d'une chambre dénommée « de soins intensifs en psychiatrie ». Cette chambre est équipée d'une vidéosurveillance reliée au PC infirmier, dont l'écran n'est pas visible par les autres patients dans le couloir. C'est dans cette chambre que se font les mises sous contention.



Couloir d'entrée (photo de gauche) et PC infirmier (photo de droite)

6.1.2 Le personnel

L'équipe infirmière embauche le matin à 6h30 et termine à 14h. Elle est composée le matin de deux infirmières et de deux aides-soignantes (ou éventuellement de trois infirmières et deux aides-soignantes). L'équipe de l'après-midi commence à 13h30 et termine à 21h. Elle est

composée de deux infirmières et de deux aides-soignantes. Les transmissions se font à 6h30 et à 13h30.

Le matin, entre 9h et 9h30, une brève réunion de synthèse permet à tous les psychiatres (PH, CCA, internes) de faire le point, avec l'équipe des infirmières et les cadres, sur tous les patients, en déterminant les priorités.

Le mercredi, une réunion de synthèse est organisée de 13h à 15h avec l'équipe médicale, l'équipe infirmière, l'assistante sociale, la diététicienne et, éventuellement, l'ergothérapeute.

6.1.3 Les patients

Au moment du passage des contrôleurs se trouvaient six femmes et sept hommes en soins libres, un patient en SDRE, six patients en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (un en SDT, un en SDT d'urgence, un en soins pour péril imminent). Quatre patients faisaient l'objet d'une mesure de protection juridique - tutelle ou curatelle-. Aucun de ces patients n'avait désigné une personne de confiance. Les pathologies étaient toutes des pathologies sévères : psychoses schizophréniques, bouffées délirantes, psychoses paranoïaques, troubles bipolaires avec éventuellement des comorbidités addictives.

Le planning d'une journée de patient est organisé avec un lever à partir de 7h. A ce moment-là, l'équipe infirmière se déploie dans les chambres pour les prises de sang, la prise de tension artérielle et le premier contact avec tous les patients. Le petit déjeuner est pris au plus tard à 8h dans la salle polyvalente qui sert de réfectoire. À l'issue, les patients peuvent retourner dans leur chambre pour faire leur lit (l'équipe ne fait que les lits des patients que leur état clinique rend inaptes à cette tâche). D'autres patients profitent de ce moment pour fumer dans une pièce dédiée ou descendent dans le jardin par l'ascenseur interne, à condition qu'il reste au moins deux soignants dans l'unité.

La distribution des médicaments est réalisée au moment des trois repas avec des piluliers pour chaque patient préparés une heure avant. Les patients peuvent refuser leur traitement et ils sont alors vus par un médecin psychiatre pour une information adaptée.

La matinée est consacrée aux soins : visite du PH, ou du CCA ou entretien avec l'interne. Tous les jours le patient a un entretien avec un psychiatre et un interne est disponible toute la journée pour une demande d'un patient. Il n'y a pas d'infirmière référente pour chaque patient. Toutes les infirmières sont disponibles pour un patient qui les sollicite.

Au moment des transmissions infirmières de 13h30 à 14h15 les patients se reposent dans leur chambre ou dans la salle polyvalente.

De 14h à 18h sont très fréquemment attribuées des permissions dans l'hôpital, en ville ou en famille. Pour les patients qui le nécessitent ces permissions peuvent être accompagnées par des soignants.

Le goûter est donné à 15h30.

Le repas du soir est pris à 18h30.

Une collation est possible à 21h alors que les patients partagent le plus souvent des jeux collectifs dans la salle d'activité.

Le coucher se fait vers 23h au plus tard.

6.1.4 Prise en charge

La visite du psychiatre responsable (PU-PH ou PH) se déroule avec les internes et l'ensemble de l'équipe infirmière le mardi matin. Tous les patients sont rencontrés à l'occasion de cette visite qui fait le point sur l'évolution du patient, sur ses bilans notamment cognitifs pratiqués par les psychologues, sur le travail de réflexion du patient mené avec les infirmières, les internes ou en atelier thérapeutique mais également sur la préparation de la sortie.

La visite du chef de clinique a lieu tous les jeudis avec les internes et l'équipe infirmière. Là aussi, tous les patients sont rencontrés.

Chaque patient est rencontré quotidiennement par un psychiatre mais peut, en plus, solliciter un interne tout au long de la journée en cas de besoin. Les internes et la chef de clinique assurent la prise en charge somatique.

Des ateliers de relaxation sont pratiqués par un kinésithérapeute spécialisé, sur prescription médicale. Plusieurs ateliers sont proposés au patient par l'équipe infirmière : atelier cuisine, atelier couture, atelier esthétique, etc. Un ergothérapeute anime un atelier ouvert à tous. Des ateliers d'éducation thérapeutique sont proposés à chacun selon sa pathologie.

6.2 L'UNITE OUVERTE 3013

L'unité ouverte est localisée au premier étage, face à l'unité fermée et son plan est en miroir de celle-ci. Elle compte dix-huit lits (avec la possibilité de deux lits supplémentaires) accueillant des patients en soins libres. Elle est composée de deux sous-unités cliniques :

- une unité de six lits, destinée à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire ;
- une unité de douze lits de psychiatrie générale, centrée sur les troubles de l'humeur.

L'unité fonctionne sensiblement avec le même effectif infirmier que l'unité fermée. Son fonctionnement est sensiblement identique en ce qui concerne la prise en charge par l'équipe médicale. Le PU-PH voit tous les patients une fois par semaine. Le jeudi matin tous les patients présentant des troubles du comportement alimentaire sont rencontrés. Une réunion de synthèse a lieu tous les vendredis matin avec l'équipe médicale, les cadres, l'équipe des infirmières, pour examiner toutes les admissions, les sorties et les mouvements avant le week-end, de façon à ne pas traiter dans l'urgence les sorties ou les réadmissions. La sous-unité des troubles du comportement alimentaire accueille des patients particulièrement sévères sur des durées longues, avec des prises en charge articulées avec l'unité de nutrition du CHU. L'unité de psychiatrie générale accueille des patients bipolaires mais aussi ceux ayant des troubles de la personnalité.

La prise en charge des patients est diversifiée :

- groupes de paroles de patients ;
- groupes d'éducation thérapeutique pour les patients bipolaires ;
- relaxation ;
- ateliers du goût avec une diététicienne ;
- atelier esthétique ;

- atelier de sport mené par un kinésithérapeute pour tous les patients à l'exception de ceux qui présentent des troubles du comportement alimentaire ;
- atelier cuisine ;
- atelier décoration ;
- atelier de préparation de la sortie, articulé avec des visites à domicile à visée de réhabilitation.

La prise en charge dans l'unité est tournée vers l'extérieur et la préparation de la sortie est réalisée en articulation avec les hôpitaux de jour. Un « *tea time* » est organisé le dimanche pour des patients très isolés autour d'un gâteau.

6.3 L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE

Les mineurs hospitalisés à temps plein sont accueillis sur le site d'Elsau, qui a une vocation départementale ; sur ce même site se trouvent un hôpital de jour et des consultations. Une unité spécifique est par ailleurs implantée à Erstein et accueille des jeunes de 16 à 25 ans⁴. Seul le site de l'Elsau a été visité.

Le nombre de mineurs hospitalisés en pédopsychiatrie s'est élevé à 148 en 2014, 157 en 2015 et 103 pour les huit premiers mois de l'année 2016.

6.3.1 Présentation générale

L'unité pour adolescents est située dans un quartier réputé difficile, très éloigné des autres unités de psychiatrie et des unités de soins somatiques. En revanche, l'unité bénéficie d'un espace et d'un cadre de vie champêtre tout en étant situé aux portes de la ville.

La question d'un rapatriement au sein ou à proximité immédiate de l'hôpital civil se pose. Elle oppose les tenants de la sécurité (les locaux sont isolés des autres unités psychiatriques et de soins somatiques ; ils font régulièrement l'objet d'intrusions et de dégradations, des vitres sont parfois brisées, un véhicule du service a été incendié en 2015) à ceux qui privilégient l'aspect social de la psychiatrie (le service est intégré dans le quartier, des partenariats sont établis avec les structures scolaires et médico-sociales). De manière objective, on observe que le cadre de vie offre des possibilités de promenade et des espaces de décompression outre, pour les parents, des facilités d'accès et de stationnement.

a) Les locaux

Les pavillons sont disséminés sur de vastes espaces verts.

On trouve, pour l'essentiel :

- un bâtiment administratif fraîchement repeint au moment de la visite ;
- un bâtiment abritant des équipements sportifs (gymnase en bon état, piscine vide et inutilisable) et autres salles (bureau d'orthophonistes, salle de relaxation) ;
- le pavillon « Esquif », qui abrite les chambres des adolescents.

⁴ L'idée est de regrouper des jeunes patients dont l'âge et le stade de la pathologie suppose un projet médical spécifique, de construire un réseau partenarial adapté et durable, d'éviter la rupture de soins à l'arrivée de la majorité.

Les locaux datent de 1977 et portent les stigmates des constructions de cette époque (matériaux fragiles, peu isolants, présence d'amiante), aggravés par les atteintes du temps et quelques dégradations liées à l'environnement (fenêtres cassées remplacées par des plaques d'Isorel etc.). S'agissant plus précisément du pavillon « Esquif », malgré une entrée délabrée et peu engageante, les lieux sont investis. Ils ont été rénovés en 2011.

Le pavillon dispose de cinq chambres doubles et deux individuelles. Le papier peint est défraîchi et le mobilier de type internat (lit en métal, armoire, table-bureau).

Deux blocs sanitaires – un pour les filles et un pour les garçons – permettent une toilette dans une intimité et une dignité toutes relatives (dans chaque bloc, deux douches séparées, lavabos alignés côte à côte ; chez les filles, le flexible a été ôté suite à une tentative de suicide et l'arrivée d'eau est située à 1 m du sol, obligeant à s'accroupir). Dans son courrier en réponse au rapport de constat, le directeur a indiqué que le problème des douches des filles a été réglé.

Une baignoire, située côté garçons, est utilisable par tous.

La salle à manger, avec trois tables de quatre, est étroite mais en bon état.

La salle d'activités est vaste et bien équipée (baby-foot, table de ping-pong, jeux de société, livres, mur d'expression libre, etc.) ; la salle de détente est particulièrement chaleureuse (canapé, coussins, décorations, téléviseur).

Une salle dite « d'apaisement », rénovée en juin 2016, est située à l'écart des autres chambres et à proximité de la salle de soins, au bout d'un couloir fermé. Sa conception (lit au centre, pourvu de sangles, absence de mobilier, fenêtre opacifiée, porte équipée d'un hublot) évoque davantage l'isolement qu'elle n'offre les conditions de l'apaisement. Elle ne dispose ni de sanitaire, ni de point d'eau, ni d'horloge.

b) Le personnel

Le médecin responsable de l'unité intervient également en hôpital de jour et en consultation ; il est donc présent chaque jour sur le site et au sein du pavillon ; il est secondé par deux internes à mi-temps.

Le cadre de santé est également responsable d'un hôpital de jour et d'un centre médico-psychologique.

L'équipe soignante est composée de neuf IDE, trois aides-soignants, trois éducateurs, un moniteur éducateur et quatre agents des services hospitaliers (ASH). Une psychologue et un ergothérapeute interviennent respectivement à hauteur de 0,4 et 0,5 ETP.

Les éducateurs sont pleinement intégrés à l'équipe, hormis les soins strictement infirmiers.

En journée, les patients bénéficient de la présence d'au moins trois soignants, à qui s'ajoutent plusieurs adultes (ASH, secrétaire, médecin, interne, etc.). A partir de 21h en revanche, seuls deux soignants assurent le service de nuit.

L'équipe est demandeuse de formation et la majorité a suivi des formations spécifiques aux problématiques adolescentes (psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, addictions, violence, anorexie, etc.). Une IDE est puéricultrice.

L'équipe est complétée par une assistante sociale et une secrétaire médicale.

Des professionnels extérieurs à l'Esquif interviennent régulièrement dans des champs spécifiques (relaxation, psychodrame, musicothérapie etc.).

L'équipe, décrite par le PH responsable comme dynamique, est effectivement apparue particulièrement investie. Elle bénéficie d'une supervision. La réflexion et le dialogue y semblent réels et s'exercent notamment lors des réunions hebdomadaires.

c) Les patients

A l'exception de certaines formes d'autisme sévère, toutes les pathologies sont accueillies. Au moment de la visite, l'un des patients n'avait pas acquis le langage.

Les patients sont admis à partir de 12 ans et jusqu'à 18 ans. En pratique ils sont rarement âgés de plus de 17 ans au moment de l'admission ; ceux qui approchent la majorité sont en effet orientés chez les adultes.

Au moment de la visite, sept patients étaient présents, tous à la demande de leurs parents. Les âges s'échelonnaient entre 12 et 17 ans. L'hospitalisation la plus ancienne datait de six mois.

La durée moyenne de séjour est de l'ordre de deux semaines.

6.3.2 Les différentes modalités d'admission

L'unité n'accueille pas en urgence. En cas de crise, les mineurs de moins de 12 ans sont systématiquement adressés aux urgences pédiatriques ; les mineurs de 12 à 15 ans le sont parfois, selon les symptômes présentés (crise suicidaire) ; les mineurs de plus de 16 ans sont dirigés vers les urgences psychiatriques pour adultes. Les équipes de liaison interviennent sur ces divers sites et, le cas échéant, le jeune patient est secondairement orienté vers l'Esquif.

A Strasbourg comme dans les autres hôpitaux, les mineurs admis en pédiatrie ou en psychiatrie pour adultes sont pris en charge par des équipes non formées aux spécificités de l'adolescence et dans un environnement qui n'est pas adapté à leur âge et à leurs difficultés. Afin d'éviter les hospitalisations en urgence, le médecin responsable de l'unité indique avoir établi des contacts avec les établissements éducatifs et médico-sociaux. L'hospitalisation compte parmi les solutions possibles face aux difficultés que rencontrent parfois les équipes avec certains jeunes ; elle n'est pas considérée comme un dernier recours. La famille – le mineur et ses parents – sont alors reçus par le médecin qui, après entretien, leur propose un projet. S'ils y adhèrent, l'admission est programmée. Mineur, famille et équipe éducatives sont associés.

Aucun mineur n'a été admis en pédopsychiatrie sur décision du préfet lors de ces trois années. En 2015 deux mineurs ont été confiés par le juge des enfants.

Les mineurs sont donc admis, dans leur quasi-totalité, à la demande des représentants légaux.

Avant l'accueil effectif, le médecin rencontre le jeune et ses parents, en présence de l'interne et d'un infirmier qui sera son référent. Il indique évoquer, avec prudence, les hypothèses diagnostiques et, avec autant de précision que possible, le projet de soins. Un soignant expose les règles de vie ; le livret d'accueil est remis aux parents, assorti d'explications. Le médecin insiste sur la nécessité de contacter les deux parents et de répondre à toutes leurs questions. La rencontre donne lieu à une visite du pavillon et à la présentation des autres patients.

S'ils en acceptent le principe, les parents sont invités à signer une autorisation. Selon le formulaire soumis à sa signature, le représentant légal « *autorise tout acte opératoire et tout acte anesthésique indispensable au traitement du mineur* », ce qui, d'une part, ne vise pas l'hospitalisation en psychiatrie, d'autre, part, apparaît fort large. Selon les constats effectués, la majorité des formulaires comporte la signature d'un seul parent.

Recommandation

Les demandes ou autorisations d'hospitalisation en pédopsychiatrie ne constituent pas un acte usuel et doivent être signées par les deux parents dès lors qu'ils partagent l'autorité parentale.

6.3.3 La prise en charge

Le suivi psychiatrique est effectué par l'interne référent, sous le contrôle du PH. Les patients sont reçus chaque jour par l'interne référent. Le médecin responsable de l'unité les rencontre une fois par semaine, en présence de l'interne référent, d'un externe et d'un soignant. Le psychologue les rencontre à la demande du jeune ou de l'équipe, en toute autonomie. Le médecin estime que ces modalités évitent ou limitent le transfert et ouvrent au patient le champ des possibles.

Le traitement médicamenteux est très fréquent mais pas obligatoire. Son intérêt comme ses effets secondaires sont expliqués aux parents et au mineur. Le traitement est régulièrement réévalué en équipe et les ajustements donnent lieu à information des parents et du mineur. L'introduction d'un nouveau traitement ne s'effectue qu'avec leur accord, excepté l'urgence.

Un pédiatre vient au sein de l'unité, une fois par semaine.

Les activités sont considérées comme essentielles dans la mesure où elles permettent une observation du patient et donnent à celui-ci une occasion de réhabilitation psychosociale. Elles sont variées – cuisine, musique, yoga, théâtre etc.– et animées ou coanimées par un soignant qui a contribué à conceptualiser leurs objectifs et leur déroulement.

Elles ne sont pas prescrites par le médecin mais sont décrites par lui comme « *quasi obligatoires* ». L'intérêt d'une activité pour tel ou tel patient est déterminé par l'équipe ; le patient est invité à y participer et, selon les renseignements recueillis, s'y refuse rarement.

Les contrôleurs ont pu assister au « débriefing » – effectué de manière indubitablement sérieuse – d'un atelier « théâtre improvisation » ; les deux animateurs (un membre de l'équipe et un intervenant extérieur) s'étaient rencontrés avant la séance pour choisir des exercices adaptés aux patients présents ; à partir des notes prises pendant la séance, ils ont confronté leurs observations et les ont consignées dans les dossiers afin de les analyser ultérieurement avec une psychologue.

Plus rarement, des activités se déroulent à l'extérieur : bibliothèque, restaurant, piscine, musée etc. L'unité est par ailleurs correctement équipée en livres, jeux de société, matériel de loisirs manuels. La télévision est permise dans des tranches horaires (après le déjeuner, après le goûter et après le repas du soir) ; le choix du programme s'effectue en groupe et sous le contrôle d'un adulte.

L'école est obligatoire, sauf exception relevant du médecin. Trois professeurs des écoles interviennent chacun une heure par semaine. Plus que leur discipline (mathématiques, histoire et SVT), ils redonnent le goût d'apprendre, maintiennent le niveau, facilitent le retour en classe. Ils reçoivent généralement le groupe dans son entier. Au moment de la visite, trois jeunes étaient scolarisés à l'extérieur ; l'une se rendait seul dans son lycée, un autre était conduit par sa mère, un troisième était conduit en institut médico-professionnel (IMPRO) en taxi.

Le déroulement de la **vie quotidienne** n'appelle pas d'observation particulière. L'équipe est apparue attentive, disponible et particulièrement impliquée auprès des jeunes. L'atmosphère est empathique, chaleureuse. Chaque jour après le repas du soir, un groupe de parole réunit

soignants et patients, permettant à ces derniers de faire valoir leurs observations sur la vie de l'unité et le fonctionnement du groupe.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'unité dispose d'une **chambre d'isolement**, nommée chambre d'apaisement bien que présentant toutes les caractéristiques des chambres d'isolement classiquement implantées dans les hôpitaux pour adultes et, en revanche, aucun équipement de nature à apaiser.

Quatre jeunes ont été placés en isolement au cours des huit premiers mois de l'année 2016 ; l'un à quatre reprises pour des durées ne dépassant pas une heure à chaque fois, un deuxième une fois, pour onze heures et vingt minutes (isolement en début de soirée) ; le troisième a été isolé à trois reprises, pour une durée variant d'une heure à deux heures et quarante-cinq minutes ; le dernier a été isolé deux fois (trois heures la première et quarante-cinq minutes la deuxième fois). Le motif porté au registre est majoritairement l'agressivité. Le nom du médecin prescripteur est indiqué au registre, mais il n'est pas fait mention de la surveillance ; la porte est tenue fermée pendant l'isolement ; il est indiqué que les passages d'un soignant sont « *très fréquents* », à proximité et dans la chambre. L'isolement ne semble pas avoir été assorti de contention. Les sangles sont toutefois posées sur le lit. Les motifs et le ressenti font l'objet d'une réflexion ultérieure avec le patient.

6.3.4 Respect des droits du mineur et de l'autorité parentale

Les liens familiaux ne sont suspendus que de manière exceptionnelle. L'alliance thérapeutique est considérée comme essentielle et le médecin évoque une « *co-construction du soin* ». Sauf si le mineur s'y refuse, les parents et la fratrie peuvent venir voir leur enfant ou frère et sœur chaque jour. Les visites se déroulent dans le pavillon, dans le parc, ou dans une salle d'un autre pavillon, notamment si la fratrie compte de jeunes enfants. Si un espacement s'avère indispensable dans l'intérêt du mineur, il sera expliqué plus qu'imposé. Des sorties avec l'enfant, hors du pavillon, sont fréquentes, notamment pour la poursuite des soins classiques (dentaires etc.), l'accompagnement scolaire. Les retours en week-end sont rapidement mis en place, sauf s'ils sont source de souffrance pour le mineur. Au moment de la visite, tous les mineurs étaient autorisés à sortir pour se rendre en famille.

Les parents sont reçus en entretien de manière hebdomadaire par le médecin. Des rencontres des parents avec l'équipe ont lieu de manière informelle (à l'occasion des visites) ; elles peuvent aussi être choisies et approfondies (« *ils choisissent leur interlocuteur* »). Médecin et psychologue pratiquent des thérapies familiales (« *généralement, tout le monde va mal* »).

6.3.5 Les mineurs en unité pour adultes

L'admission des mineurs en unité pour adultes ne concerne pas seulement des jeunes approchant la majorité. Durant les huit premiers mois de l'année 2016, vingt-six patients ont été admis en unité pour adultes dont huit âgés de moins de 15 ans ; le plus jeune avait 11 ans. Les mineurs orientés à partir des urgences vers une unité pour adultes le sont généralement soit en raison d'un comportement particulièrement agité, soit en raison d'un risque suicidaire majeur. Plus rarement, il arrive qu'un mineur qui s'est montré violent ou fugueur au pavillon des adolescents soit adressé chez les adultes, à titre de « *sas* » ; l'effet serait « *calmant* », du seul fait du transfert.

Le pédopsychiatre de l'équipe de liaison est avisé ; une orientation est rapidement mise en place, en lien avec le secteur de pédopsychiatrie. Les parents sont immédiatement contactés.

Les équipes disent adapter leur intervention :

- par une plus grande proximité avec le patient avec une présence plus fréquente et plus personnalisée des soignants (un soignant est parfois « *détaché* »), de la réassurance, une attention au ressenti du patient ;
- par une vigilance particulière apportée à la sécurité avec un contrôle des interactions avec les patients adultes pouvant aboutir à un enfermement en chambre, sans systématisme, et un accueil qui n'est pas systématiquement effectué en unité fermée ;
- par une plus large place accordée aux parents avec une incitation à une présence parentale auprès de l'enfant et une disponibilité des soignants à l'égard des parents.

La grande majorité des séjours n'a pas excédé deux ou trois jours ; on compte un séjour de quatre-vingt-six jours pour un patient de 17 ans et un séjour de 334 jours chez une patiente de 13 ans, en situation particulière (placement précoce, troubles de la personnalité avec agressivité majeure).

La **contention** des mineurs en service pour adultes est dite exceptionnelle. Toutefois, la mineure de 13 ans évoquée ci-dessus, dont il est dit qu'elle se montrait particulièrement agressive à l'égard des autres patients et des soignants, a été contenue, pieds et mains attachés, pendant plusieurs périodes de quinze jours. La question avait été longuement débattue et le médecin avait préféré la contention à l'administration d'un traitement annihilant l'agressivité (et la volonté). Des levées temporaires de contention de quinze minutes étaient faites, trois fois par jour, et augmentées de la même durée les jours suivant de sorte que la contention pouvait être levée au bout de quinze jours en cas de comportement correct. Tel n'était pas toujours le cas et un comportement inadapté (agressivité) faisait repartir le cycle à zéro. Il semble que, faute de prise sur le comportement de la fillette et de solution de type éducatif, l'équipe ait été prise dans une logique « *jusqu'aboutiste* » dont elle n'avait pas mesuré l'exacte portée (des périodes d'isolement/contention total de plusieurs semaines). Lorsqu'un accueil à Esquif avait été évoqué, la fillette aurait déclaré préférer rester chez les adultes « *parce qu'ici on sait mieux me contenir* » (la remarque a été vécue comme un satisfecit par l'équipe ; elle montre pourtant que la fillette a intégré la contrainte comme – seule – modalité de réponse à sa violence ; ce dont il n'y a pas lieu de se satisfaire).

Les courriers adressés par le médecin aux instances judiciaires et sociales chargées du suivi de cette mineure, placée depuis l'enfance, montrent qu'il a été difficile de trouver des interlocuteurs volontaires et un lieu adapté, y compris lorsque son état était stabilisé. Au jour de la visite, elle venait d'être admise en centre éducatif renforcé.

Recommandation

Les mineurs doivent être accueillis dans des locaux spécialement conçus et confiés à des équipes spécialisées ; ils doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur âge ; ils ne doivent pas être quotidiennement confrontés à des patients adultes.

Dans sa réponse en date du 16 juillet 2018 le directeur de l'établissement a fait part de son total désaccord sur les constatations faites par les contrôleurs sur la prise en charge de la mineure de 13 ans.

7. CONCLUSION GENERALE

Les patients sont pris en charge par des équipes dynamiques, disponibles, généreuses et qui, pour la plupart, acceptent d'interroger leurs pratiques. Le savoir-faire et le recul dont ils font preuve autorisent les soignants à intervenir dans la souplesse et avec un esprit d'ouverture ; les soins sont individualisés ; l'intérêt du patient et sa liberté prévalent.

Des efforts restent à accomplir en matière de classification juridique et d'information : le livret d'accueil doit être adapté, les patients admis sans leur consentement doivent être totalement et clairement informés de leurs droits par un personnel formé, de manière à pouvoir effectivement mettre en œuvre ces droits.

Par ailleurs, des contingences économiques ont conduit à repousser les travaux qui avaient été envisagés. Ils sont pourtant urgents et il est regrettable en effet que, par leur étroitesse (CHU) ou leur mauvais état (Elsau), les locaux constituent un frein aux activités ou une entrave au confort, voire à la dignité des patients. Les projets, concernant Elsau notamment, méritent d'être affinés ; les conditions d'un soin de qualité devraient être débattues avec les équipes concernées et les usagers.

Enfin, le CHU devrait disposer d'une véritable unité d'urgences psychiatriques dotée d'une équipe spécialisée, qui soit en mesure de réaliser une observation approfondie, et d'offrir une prise en charge adaptée aux situations de crise. Les mineurs devraient également pouvoir bénéficier de soins d'urgence dispensés par une équipe spécialisée, dans un environnement adapté.