



---

## Rapport de visite :

9 au 13 avril 2018 – 1ère visite

Centre Hospitalier Ravenel

Mirecourt

*(Vosges)*



## SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier Ravenel à Mirecourt (Vosges), du 9 au 13 avril 2018, suite auquel un rapport de constat a été adressé, le 27 juillet 2018, au directeur du CH, à la délégation départementale des Vosges auprès de l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est, au préfet des Vosges et aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance d'Epinal, leur donnant six semaines pour faire connaître leurs observations. Le directeur de site pour l'établissement et le procureur de la République ont transmis leurs observations, qui ont été intégrées dans le rapport de visite.

Installé dans de vastes locaux au sein d'un domaine d'une superficie de 75 hectares, le centre hospitalier (CH) Ravenel comptait, au premier jour du contrôle, 211 patients en hospitalisation complète (pour une capacité de 222 lits) et 1 214 agents (dont 59 % en intra hospitalier). Il est organisé en quatre pôles de psychiatrie pour adultes, avec chacun son unité d'hospitalisation (voire deux) et deux pôles intersectoriels : le premier pour les adultes, avec une unité d'accueil et d'orientation (UIAO) et quatre unités de soins prolongés accueillant de nombreuses personnes âgées ; le second pour les enfants et adolescents (une unité d'hospitalisation). Soit au total, onze unités d'admission, recevant ou susceptibles de recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement dont certaines disposant de chambres d'isolement et pratiquant la contention.

Le 9 avril 2018, 72 % des patients étaient en soins libres et 28 % en soins sans consentement, dont les trois quarts sur décision du directeur, à la demande d'un tiers, en procédure d'urgence, le cas échéant, ou sur le fondement du péril imminent.

Compte tenu d'une mauvaise situation financière, l'établissement est soumis à un plan de retour à l'équilibre qui lui impose une révision profonde de son offre de soins et la prise de mesures drastiques en termes de suppressions d'emplois dès lors que les trois quarts du budget de fonctionnement sont consacrés aux dépenses de personnel. La principale mesure envisagée – la fermeture des « unités de jour » attachées à chaque unité d'admission et la réintégration des activités thérapeutiques dans les unités de soins – cristallise d'autant plus les positions et les appréhensions que ce dispositif est emblématique pour la communauté soignante et constitue une singularité de l'hôpital.

**A côté de six bonnes pratiques, le rapport de constat contenait trente-sept recommandations adressées au chef d'établissement ; seize de ces recommandations ont été maintenues dans le présent rapport de visite au regard des problématiques générales soulevées dans les cinq points suivants.**

### 1. Les droits des patients en soins sans consentement.

Les patients sont globalement bien informés de leur situation, de leurs droits et des voies de recours grâce à une équipe d'infirmiers référents et formés à la problématique des droits des patients.

Toutefois, la décision d'admission est remise au patient mais ne lui est pas notifiée.

### 2. Les restrictions des libertés individuelles.

A l'exception d'une seule unité, toutes les unités sont fermées au mépris de la liberté d'aller et de venir des patients en soins libres. A la suite d'une recommandation faite par la Haute autorité de santé (HAS) lors de sa dernière visite de certification, le CH est censé remettre désormais un badge à chacun des patients en soins libres. Les contrôleurs ont noté que la remise d'un badge était conditionnée à l'accord du médecin et que la majorité des patients n'en disposait pas. En

outre, les patients d'une unité (« Symphonia »), pourtant tous en soins libres, sont maintenus dans leur chambre, porte systématiquement fermée.

Par ailleurs, les médecins considèrent, à tort, que les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat ne peuvent pas aller dans le parc, ce qui les amène à établir des certificats médicaux pour les autoriser à sortir des locaux de l'unité.

### **3. Les conditions de vie.**

La situation est hétérogène selon les unités : certaines ont été refaites sur un modèle standard alors que d'autres attendent de l'être et sont en très mauvais état.

Les chambres d'isolement sont fréquemment utilisées comme chambres supplémentaires pour le dernier admis faute de places disponibles dans l'unité. Au regard des conséquences sur l'intimité et le confort, il doit être mis un terme à cette pratique.

La dispensation des médicaments se fait dans la salle à manger et pendant les repas. Les personnes sont appelées l'une après l'autre au chariot disposé au centre de la pièce au mépris de toute confidentialité et du respect du secret médical.

La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion d'ensemble.

### **4. La prise en charge médicale.**

Plusieurs aspects positifs ressortent de la prise en charge médicale : malgré une pénurie croissante de médecins, les patients sont vus régulièrement ; les filières de soins fonctionnent entre les structures extra et intra-hospitalières ; les « unités de jour » œuvrent à la réhabilitation sociale des patients ; la personne détenue hospitalisée est installée dans une chambre ordinaire au sein de l'unité après une journée d'observation en chambre d'isolement.

D'autres points sont négatifs : beaucoup de patients sont hospitalisés au long cours faute de structures pour les recevoir ; les soins somatiques souffrent du manque de médecins généralistes et de la rareté des consultations spécialisées ; l'équipe de l'unité enfants est mise à mal par son incapacité à prendre correctement un jeune en charge, d'où épuisement, absentéisme et multiplication des demandes de mutation.

### **5. L'organisation et les pratiques au regard de l'intégrité des patients.**

Les contrôleurs ont globalement ressenti un investissement et une bienveillance parmi le personnel. L'UIAO permet une réelle orientation des entrants, qui peuvent éviter une hospitalisation complète ou l'application d'un statut en soins sans consentement. L'isolement est peu pratiqué mais l'est dans des chambres qui, pour la plupart, ne sont pas conformes aux normes (pas de double accès, absence d'horloge, etc. La configuration du registre, créé à l'occasion du contrôle, ne permet pas de disposer d'éléments fiables d'observation et d'analyse des pratiques.

Enfin, l'établissement a connu par le passé plusieurs épisodes dramatiques, notamment des mauvais traitements tels que ceux révélés en 2015 par deux soignants en stage dans une unité composée de patients très déficitaires, ayant abouti à la mise en cause et aux sanctions de cinq soignants. Si des mesures ont été prises – le renouvellement et la rotation du personnel, l'élaboration d'un « projet de vie » dans cette unité, la mise en place d'une analyse des pratiques professionnelles – et la procédure de signalement a été reconsidérée, il est toutefois apparu que toutes les questions posées par cette affaire n'avaient pas été abordées par la communauté hospitalière. Faute d'une telle analyse, il n'existe aucune garantie pour que ce type d'exactions ne se reproduise pas.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE ..... 20**

La formation obligatoire « Gestes préventifs et maîtrise physique des comportements violents » est un atout important pour la prise en charge de patients témoignant de leur souffrance par des comportements imprévisibles et souvent déniés.
- 2. BONNE PRATIQUE ..... 21**

L'information relative aux droits des patients est disponible en cinq langues : anglais, espagnol, russe, arabe, mandarin.
- 3. BONNE PRATIQUE ..... 24**

Lorsqu'un patient ne peut pas être accompagné par ses proches dans son bureau de vote, il peut être accompagné par des soignants.
- 4. BONNE PRATIQUE ..... 49**

L'hôpital organise, par une navette gratuite plusieurs fois par jour, le transport des patients vers la ville de Mirecourt. Ce fil assez libre avec la vie extérieure permet à ces derniers à la fois de lutter contre l'ennui et de favoriser une certaine autonomie.
- 5. BONNE PRATIQUE ..... 55**

La prise en charge individualisée, dans laquelle les activités thérapeutiques effectuées dans les unités de jour tiennent une large part, accompagne les patients dans leur projet de sortie.
- 6. BONNE PRATIQUE ..... 68**

L'introduction de la conciliation médicamenteuse pour une population constituée de patients à forte comorbidité permet une maîtrise des traitements, un contrôle de la iatrogénie et limite les hospitalisations pour surdosage médicamenteux.

### RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION ..... 17**

Les admissions en procédure d'urgence ou en procédure de péril imminent privent le patient de la garantie que constitue la production de deux certificats médicaux. Leur nombre élevé doit conduire à une réflexion sur ce point avec l'ensemble des partenaires.
- 2. RECOMMANDATION ..... 22**

L'information des patients sur leurs droits n'est pas suffisamment et complètement réalisée par l'équipe de trois infirmiers dédiée à cette activité, absents la nuit et le week-end. Une formation doit être réalisée pour l'ensemble du personnel soignant, amené à les suppléer, afin que l'information puisse avoir lieu tout au long de l'hospitalisation.
- 3. RECOMMANDATION ..... 22**

Les décisions d'admission et de prolongation doivent être notifiées au patient.

---

**4. RECOMMANDATION ..... 25**

L'hôpital doit modifier sa procédure afin que les patients sous tutelle ne soient pas de fait exclus du dispositif de vote par procuration.

---

**5. RECOMMANDATION ..... 28**

Les membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) doivent avoir accès librement aux unités d'hospitalisation.

---

**6. RECOMMANDATION ..... 33**

Aucune restriction à la liberté d'aller et de venir ne doit être décidée au regard du statut d'admission. Les restrictions pour les personnes en soins libres ne doivent être qu'exceptionnelles et, comme pour les personnes en soins sans consentement, strictement justifiées par leur seul état clinique.

---

**7. RECOMMANDATION ..... 39**

Le fait de ne jamais permettre aux patients d'ouvrir eux-mêmes la fenêtre de leur chambre constitue une forme de privation de liberté. L'hôpital doit mettre en œuvre un nouveau dispositif d'ouverture des fenêtres, en particulier dans les unités dites « ouvertes ».

---

**8. RECOMMANDATION ..... 44**

Le caractère systématique de la fermeture des portes des chambres de l'unité « Symphonia » fait subir aux patients des restrictions de liberté injustifiées. Tout enfermement d'un patient dans une chambre doit être traité comme une mesure d'isolement.

---

**9. RECOMMANDATION ..... 48**

L'offre d'activités occupationnelles au sein des unités doit être étoffée.

---

**10. RECOMMANDATION ..... 52**

L'hôpital devrait mener une réflexion institutionnelle sur toutes les questions relatives à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles mais aussi les impératifs de santé publique.

---

**11. RECOMMANDATION ..... 53**

L'utilisation des chambres d'isolement comme chambres hôtelières en cas de sur occupation pour pallier le déficit de lits doit être proscrite.

---

**12. RECOMMANDATION ..... 57**

L'établissement doit se donner les moyens de recruter un médecin généraliste ou de développer un réseau de correspondants de proximité afin d'assurer les soins somatiques élémentaires pour une population vieillissante et souvent lourdement handicapée.

---

**13. RECOMMANDATION ..... 62**

Certaines chambres d'isolement ne répondent pas aux normes préconisées par la HAS et doivent être restructurées.

---

**14. RECOMMANDATION ..... 62**

Les chambres d'apaisement ne doivent en aucun cas être fermées.

---

**15. RECOMMANDATION ..... 65**

Les éléments d'observation du recours à l'isolement et à la contention sont inconnus, défaut qui traduit l'absence de réflexion institutionnelle sur la question. L'établissement doit se donner les moyens de connaître et d'analyser les pratiques en cours – notamment en élaborant une version fiable du registre prévu par la loi – pour définir une politique tendant à en limiter l'usage ; il doit vérifier la conformité aux règles des conditions de mise en œuvre. Il doit enfin, conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques et évaluer sa mise en œuvre.

---

**16. RECOMMANDATION ..... 66**

La dispensation des traitements doit être modifiée afin d'être réalisée individuellement dans un lieu fermé permettant le respect de la confidentialité et du secret médical et le partage avec le professionnel administrant le traitement.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>7</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>10</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>11</b>
<b>2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>12</b>
2.1 Le CH de Ravenel assure la prise en charge psychiatrique d'une population au niveau de vie peu élevé, vieillissante et rurale .....	12
2.2 Le CH dispose de 222 lits d'hospitalisation à temps plein répartis en onze unités 13	
2.3 La situation financière soumet le CH à un plan de retour à l'équilibre qui implique une réorganisation de l'offre de soins .....	14
2.4 Un nouveau projet d'établissement est attendu .....	15
2.5 Les quatre cinquièmes des admissions en soins sans consentement sont décidés sur le fondement de l'urgence ou du péril imminent .....	15
2.6 L'établissement fait face à des difficultés de recrutement médical mais parvient à former les soignants à la gestion des comportements violents .....	18
<b>3. LES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>21</b>
3.1 Les patients ne sont correctement informés de leurs droits et voies de recours que dans les cas où cela est fait par une équipe d'infirmiers spécialement formés ....	21
3.2 Les patients ne reçoivent pas tous les certificats médicaux motivant la décision d'admission .....	22
3.3 Les patients sont informés qu'ils peuvent désigner une personne de confiance et rédiger des directives anticipées .....	22
3.4 Le traitement des plaintes, tel que récemment organisé, montre une augmentation significative qui mérite d'être analysée .....	22
3.5 La commission des usagers est facilement accessible aux patients .....	23
3.6 Les sujets traités par le comité d'éthique concernent principalement la liberté d'aller et de venir .....	24
3.7 L'hôpital organise l'accès au vote de plusieurs manières mais méconnaît le droit des patients sous tutelle de voter par procuration .....	24
3.8 Les patients peuvent exercer le culte de leur choix, aucun office n'est célébré à l'hôpital .....	25
3.9 Le séjour est mis à profit pour initier si besoin une mesure de protection juridique 26	
<b>4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE</b> .....	<b>27</b>
4.1 L'audience du juge des libertés et de la détention permet un échange entre le patient et le magistrat .....	27

4.2	La commission départementale des soins psychiatriques rencontre des patients mais n'a pas la possibilité de visiter les unités.....	28
4.3	Les registres de la loi sont incomplètement renseignés.....	28
4.4	Le recours au collège des professionnels est rare et récent .....	29
<b>5.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>30</b>
5.1	Le règlement intérieur n'est pas connu des patients et les règles de vie affichées dans les unités manquent d'une cohérence d'ensemble .....	30
5.2	Les patients sont soumis à des conditions restrictives pour sortir de leur unité ..	31
5.3	Les contraintes imposées aux patients dans leur vie quotidienne ne résultent pas de l'application de règles systématiques .....	33
5.4	La communication des patients avec leurs proches rencontre des obstacles liés à l'organisation.....	35
5.5	Le libre choix de son médecin par le patient est théorique, la consultation de son dossier médical est possible .....	37
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE DU PATIENT .....</b>	<b>38</b>
6.1	Les conditions d'hébergement sont très hétérogènes dans les chambres et s'accompagnent de restrictions injustifiées dans quelques unités .....	38
6.2	L'hygiène personnelle des patients fait l'objet d'une préoccupation manifeste de la part du personnel mais les sanitaires ne présentent pas toujours un équipement ou un état satisfaisants .....	44
6.3	Des repas sont pris en commun entre les patients sous le regard des soignants.	47
6.4	Les moyens de lutter contre l'ennui sont peu inventifs à l'intérieur des unités mais beaucoup plus riches au sein des unités de jour .....	48
6.5	Les biens et valeurs que les patients confient à l'hôpital font l'objet d'une gestion efficace avec toutefois des différences injustifiées entre unités .....	49
6.6	La sexualité des patients est une question toujours en suspens.....	51
6.7	Pour répondre à la sur occupation, les chambres d'isolement sont utilisées et des transferts entre unités d'admission sont pratiqués .....	52
<b>7.</b>	<b>LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....</b>	<b>54</b>
7.1	La prise en charge psychiatrique est marquée par des activités thérapeutiques nombreuses et variées qui témoignent de la forte implication des équipes soignantes dans les processus de réhabilitation psychosociale .....	54
7.2	Le déficit de temps médical limite l'accès aux soins somatiques .....	55
<b>8.</b>	<b>LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE.....</b>	<b>58</b>
8.1	L'unité intersectorielle d'accueil et d'orientation vise à offrir les conditions d'un apaisement après la tourmente du passage par les services d'urgence .....	58
8.2	Aucune réflexion institutionnelle n'encadre les pratiques d'isolement et de contention dont les outils d'évaluation sont dépourvus de fiabilité.....	61
8.3	La délivrance des traitements ne respecte ni confidentialité ni secret médical ...	66



8.4 L'information sur les traitements est apportée par le pharmacien autant à l'adresse des professionnels que des patients .....	66
8.5 La question de la violence est abordée tant sous l'angle de sa prévention et de sa prise en charge que de celui du signalement des maltraitances.....	68
<b>9. AMBIANCE GENERALE .....</b>	<b>70</b>

---

# Rapport

## Contrôleurs :

- Thierry LANDAIS ; chef de mission,
- Dominique BATAILLARD ; contrôleure,
- Alexandre BOUQUET ; contrôleur,
- Anne LECOURBE ; contrôleur,
- Bertrand LORY ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier (CH) Ravenel à Mirecourt (Vosges), du 9 au 13 avril 2018.

A la suite du contrôle, un rapport de constat a été adressé le 27 juillet 2018 au directeur du CH Ravenel, à la délégation départementale des Vosges de l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est, au préfet des Vosges et aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance d'Epinal (président du TGI et procureur de la République), leur donnant six semaines pour faire connaître leurs observations.

Le procureur de la République et le directeur de site du centre hospitalier Ravenel ont transmis, respectivement le 21 août et le 7 septembre 2018, des observations sur le rapport de constat. Celles-ci ont été intégrées dans le présent rapport de visite.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 avril à 15h. Ils l'ont quitté le 13 avril à 12h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au sous-préfet de Neufchâteau, au président du tribunal de grande instance (TGI) d'Epinal ainsi qu'au procureur de la République près la même juridiction.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du CH, également en charge du centre psychothérapique de Nancy (Meurthe-et-Moselle), et par le directeur de site. Une réunion de présentation de la mission s'est ensuite tenue devant une vingtaine d'auditeurs dont la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), les directeurs adjoints, des chefs de pôle, des cadres supérieurs de santé, des représentants du personnel et ceux des usagers.

Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement, le président et les membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les représentants du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et des deux organisations syndicales représentatives, les représentants de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), des représentants des assistants sociaux et du collège des psychologues.

Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) le 12 avril.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail. Tous les documents demandés par l'équipe leur ont été fournis.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités ; ils ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec le personnel de santé et les intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 13 avril, avec la plupart des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble du personnel méritent d'être soulignées.

## 2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier (CH) de Ravenel a été mis en service, en qualité d'hôpital psychiatrique en avril 1947, après que les bâtiments ont été utilisés par les troupes allemandes comme camp pour prisonniers de guerre, puis par les troupes américaines comme hôpital pour les soldats engagés dans la bataille des Vosges durant l'hiver 1944-1945. L'établissement a accueilli jusqu'à 1 500 malades en 1967.

D'une superficie de 80 hectares, l'hôpital est situé à la périphérie de la ville de Mirecourt (6 500 habitants) et est implanté au milieu des champs. Les différents bâtiments, dont la superficie au total est de 42 000 m<sup>2</sup>, ont été construits, selon un modèle architectural représentant un avion, avec un « fuselage » central, regroupant les zones administratives et logistiques communes, et deux « ailes » dans lesquelles se répartissent les différents pavillons hébergeant les unités de soins.

### 2.1 LE CH DE RAVENEL ASSURE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE D'UNE POPULATION AU NIVEAU DE VIE PEU ELEVE, VIEILLISSANTE ET RURALE

Le CH de Ravenel est l'unique établissement de prise en charge psychiatrique des Vosges, département rural, doté d'un territoire étendu (5 874 km<sup>2</sup> de superficie) mais relativement peu peuplé (395 434 habitants au dernier recensement, soit une densité de 67 habitants au km<sup>2</sup>). Aucune des cinq agglomérations du département<sup>1</sup> – Epinal est la plus peuplée avec 35 000 habitants environ – n'est de taille véritablement conséquente. De surcroît, toutes sont éloignées les unes des autres, sans axe routier majeur ni réseau de transport public permettant de les relier facilement, la ville de Mirecourt n'étant plus desservie par le train. La population est en outre vieillissante, son niveau de vie n'est pas élevé et sa précarisation est plus importante que les moyennes régionale et nationale.

Toutes les hospitalisations à plein temps sont donc réalisées dans l'établissement, qui est situé au Nord-Ouest des Vosges.

Au 31 décembre 2016, le CH affichait une capacité de 239 lits d'hospitalisation et de 82 lits en structures médico-sociales. Les ressources humaines sont majoritaires dans l'intra hospitalier : 717 sur un total de 1 214 agents, soit 59 % du personnel. Le secteur privé est peu développé dans le département : 14,5 psychiatres libéraux et salariés pour 100 000 habitants (taux national : 22,9).

Le profil de l'établissement est décrit comme suit dans un document récent<sup>2</sup> : « Pour les Vosges, le CH de Ravenel a le monopole de la prise en charge à temps complet. La densité de lits d'hospitalisation temps plein (adultes et enfants) s'élève à 60 pour 100 000 habitants. Si l'on prend en compte toutes les capacités de prises en charge à temps complet (incluant l'accueil familial thérapeutique et les appartements thérapeutiques), cette densité s'élève à 68 lits et places à temps complet pour 100 000 habitants », ce qui situe l'établissement bien en deçà de la moyenne nationale (110 lits et places pour 100 000 habitants).

---

<sup>1</sup> Mirecourt, Neufchâteau, Remiremont et Saint-Dié.

<sup>2</sup> Rapport de la mission d'analyse des hypothèses de réorganisation de l'offre de soins sur le département des Vosges – J Marescaux, JJ Moitie, N Garret-Gloanec – Mirecourt, 30 novembre 2017.

## 2.2 LE CH DISPOSE DE 222 LITS D'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN REPARTIS EN ONZE UNITES

Le CH de Ravenel compte six pôles : quatre pôles de psychiatrie adultes, qui couvrent les quatre secteurs de psychiatrie du département des Vosges (respectivement dénommés « Ouest vosgien », « Remiremont et ses vallées », « Vosges centrales » et « Déodatie »), un pôle de psychiatrie intersectoriel pour adultes (dit « API ») et un pôle de psychiatrie enfants et adolescents.

Outre les unités d'hospitalisation, chaque pôle dispose de diverses structures extra hospitalières : des centres médico-psychologiques (CMP) – ouverts au public du lundi au vendredi, entre 9h et 17h (18h pour certains) – ou des antennes de CMP ouvertes en demi-journées, des hôpitaux de jour, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), plusieurs dispositifs de psychiatrie de liaison et d'urgence (PLU) dans différents CH, des appartements de réinsertion, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), une unité sanitaire en milieu pénitentiaire à la maison d'arrêt d'Epinal, une structure intersectorielle d'accompagnement psycho-social (SINAPS) et une structure de réhabilitation sociale à Epinal (dite « appartements thérapeutiques »). Ces appartements thérapeutiques hébergent en réalité des patients en soins libres en hospitalisation complète ; il a été indiqué que l'immeuble faisait l'objet depuis quatre ans d'un avis défavorable de la commission de sécurité à la poursuite de l'activité au regard des risques d'incendie et de l'absence de possibilités d'évacuation pour les résidents.

Le CH compte au total onze unités d'hospitalisations, réparties de la manière suivante :

- pour le « pôle de l'Ouest vosgien », l'unité « **Colisée** » (vingt-cinq lits) ;
- pour le « pôle de Remiremont et ses vallées », l'unité « **Chopin** » (vingt-cinq lits) ;
- pour le « pôle des Vosges centrales », les deux unités « **Artaud** » et « **Baudelaire** » (vingt-cinq lits chacune) ;
- pour le « pôle de la Déodatie », l'unité « **Apollinaire** » (vingt-cinq lits) ;
- pour le pôle intersectoriel pour adultes :
  - une unité intersectorielle d'accueil et d'orientation, « **UIAO** » (six lits) ;
  - quatre unités de soins de suite prolongés : « **Ariane** » (vingt-lits lits), « **Esquirol 2** » (quinze lits), « **Prévert** » (vingt-quatre lits) et « **Symphonia** » (vingt lits).
- pour le pôle enfants et adolescents, l'unité « **Tremplin** » (sept lits).

Le CH dispose donc de 222 lits en hospitalisation complète.

Chaque pôle de psychiatrie dispose, à côté de son unité de soins, d'une « unité de jour » où sont organisées les activités thérapeutiques prescrites aux patients de ces unités par les médecins. Tous les professionnels rencontrés ont souligné l'importance et la qualité du travail des unités de jour pour les patients en termes de soin et de préparation à la sortie. Ce dispositif constitue une singularité de l'hôpital et est apparu emblématique à la communauté soignante.

Les données d'activité communiquées pour l'année 2016 font état de 11 290 patients adultes suivis en ambulatoire, de 1 247 patients pris en charge à temps complet et de 294 à temps partiel (hospitalisation de jour, de nuit, atelier thérapeutique). Les mêmes données pour les enfants et les adolescents indiquent 4 607 patients en suivi ambulatoire, 143 patients en hospitalisation de jour et 51 patients hospitalisés à temps complet.

### 2.3 LA SITUATION FINANCIERE SOUMET LE CH A UN PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE QUI IMPLIQUE UNE REORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Confronté à d'importantes difficultés budgétaires, le CH de Ravenel est soumis à un plan de retour à l'équilibre (PRE) sur quatre ans, dont l'objectif est de réaliser des économies d'un montant de plus de 2 millions d'euros, étant précisé que le budget annuel de l'établissement se situe à hauteur de 60 millions d'euros.

Les mesures prises dans le cadre d'un premier plan, qui portaient exclusivement sur des points d'organisation du travail et sur l'optimisation des moyens de fonctionnement, n'ont pas permis un retour à l'équilibre. En accord avec l'agence régionale de santé (ARS), la direction générale du CH a confié une mission d'audit externe à trois personnalités de la fonction publique hospitalière<sup>3</sup> afin de parvenir à l'objectif défini dans le nouveau PRE : une économie de près de 1,9 million d'euros, dont plus de 1,4 million d'euros « *pesant sur les soins* ».

La mission a établi le double constat que « *la psychiatrie publique du département s'est développée de façon adéquate à son environnement et aux exigences de sa population* » et que « *l'hospitalisation à temps complet active est dotée d'un nombre de lits nécessaire et sans excès* ». Elle conclut qu'« *il n'est pas envisageable de les diminuer sans provoquer un défaut de réponses aux besoins, sachant que ceux-ci ne seront pas en diminution* » en saluant « *une politique volontariste notable d'adaptation et de réponse aux besoins de la population* ».

Les propositions émises par la mission tendent à une réorganisation de l'offre de soins du CH dans le département des Vosges. Certaines portent sur des options situées en amont de l'hospitalisation, comme le renforcement de la politique extra hospitalière par un regroupement des structures ambulatoires des pôles des Vosges centrales et de l'Ouest vosgien ou en aval, tels que la création et le développement de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation.

Deux autres mesures concernent directement l'intra hospitalier et faisaient l'objet de la préoccupation de tous au moment du contrôle : d'une part, la fermeture de l'unité de soins prolongés « Prévert », sans toutefois que les patients soient hospitalisés dans les unités de courte durée ; d'autre part, la réorganisation des activités thérapeutiques, jusqu'à maintenant réalisées dans des unités de jour accolées à chacune des unités d'admission, en les réintégrant au sein de celles-ci. Cette dernière mesure est présentée par la direction comme la fermeture des unités de jour alors que l'audit évoque plutôt la création d'une « *unité intersectorielle pour activités thérapeutiques spécifiques [avec] aménagement d'un espace et d'une équipe dédiée* ».

Une diminution de 24,3 ETP et une économie de plus de 1,3 million d'euros étaient attendues pour la seule réorganisation des activités thérapeutiques, couplée à celle des effectifs des unités d'admission de vingt-cinq lits, soit la quasi-totalité de l'effort budgétaire à réaliser (cf. *infra* 7.1.3).

Quelques jours avant le contrôle, un comité de pilotage et cinq groupes de travail ont été constitués pour envisager la mise en œuvre de la nouvelle offre de soins sur ces différents thèmes et leur présentation devant les instances compétentes avant le 30 juin 2018. Les représentants des usagers et des familles n'ont pas été invités à participer aux groupes de travail.

A la suite d'une réunion du directoire du CH survenue pendant le déroulement du contrôle, la direction a indiqué que la fermeture de l'unité « Prévert » pouvait être remise en cause au profit de celle, en juin 2018, de l'unité « Esquirol 2 », notamment en raison de sa vétusté. A terme, en

---

<sup>3</sup> Un directeur d'hôpital, un directeur des soins et une psychiatre des hôpitaux, dont le rapport est cité *supra*.

juin 2019, l'unité « Prévert » serait transformée en une unité de réhabilitation psycho-sociale d'une capacité de quinze lits et l'unité « Symphonia » disparaîtrait. Une maison d'accueil spécialisé (MAS) serait construite.

Dans ses observations, le directeur de site confirme la fermeture « à échéance 2022 » de l'unité « Symphonia » et l'installation des patients « dans une nouvelle MAS psychiatrique ».

## 2.4 UN NOUVEAU PROJET D'ETABLISSEMENT EST ATTENDU

Le dernier projet d'établissement porte sur la période allant de 2012 à 2016. Son élaboration a été inspirée par le contexte des travaux préparatoires de la loi du 5 juillet 2011 relative à la réforme des soins sans consentement, avec la préoccupation de « prendre en compte l'urgence et les soins en amont d'une hospitalisation » afin de « rendre le recours à la nouvelle loi plus rare ». Le document indique que « le projet médical veillera au respect d'aller et venir (sic) pour le patient, à des types particuliers de prise en charge comme les contentions et l'isolement en rendant leur utilisation rare et spécifique et surtout en l'ancrant résolument dans la dimension du soin ». Une réflexion doit en outre être conduite « à propos de la prévention de la violence et de l'agressivité ».

La direction a indiqué qu'un nouveau projet était en cours de lancement pour la période 2018-2023. Ce dernier devrait fixer les orientations suivantes : poursuivre la politique de réhabilitation sociale, terminer le programme de construction des unités, construire une nouvelle MAS pour faire suite à la fermeture des unités « Esquirol 2 » et « Symphonia » et réorganiser le maillage extra hospitalier autour de CMP davantage concentrés.

Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé<sup>4</sup>, le CH de Ravenel a été intégré au groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Lorraine. Un « projet médical partagé » a été rédigé avec le centre psychothérapique de Nancy pour le volet psychiatrie et santé mentale. « Renforcer les liens avec les établissements somatiques », « poursuivre l'évolution vers l'ambulatoire », « renforcer la pédopsychiatrie » et « intensifier la réinsertion psychosociale des patients en séjour prolongé » figurent parmi les dix objectifs opérationnels du projet médical partagé.

## 2.5 LES QUATRE CINQUIEMES DES ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT DECIDES SUR LE FONDEMENT DE L'URGENCE OU DU PERIL IMMINENT

### 2.5.1 L'activité des unités d'admission

Des tableaux établissant les données d'activité par statut d'hospitalisation pour 2016 et 2017 ont été communiqués aux contrôleurs à leur arrivée. Le présent rapport reprend ces éléments qui, toutefois, ne correspondent pas à ceux qui figurent dans le rapport d'activité de l'année 2016 dans la partie intitulée « structures et activités des pôles cliniques ».

86 484 journées d'hospitalisation à temps plein ont été recensées en 2017 pour 83 848 journées en 2016, soit une augmentation de 3 %.

Le nombre de séjours d'hospitalisation à temps plein est resté quasi stable – 2 552 en 2016, 2 580 en 2017 (+ 1 %) – de même que la durée moyenne de séjour : 32,86 jours en 2016, 33,52 jours

---

<sup>4</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

en 2017. La durée moyenne d'hospitalisation est passée de 50,45 jours en 2016 à 52,54 jours en 2017.

Le 9 avril 2018, les onze unités d'admissions comptaient au total 211 patients en hospitalisation complète, qui étaient répartis de la manière suivante :

- 26 patients à l'unité « Colisée » (vingt-cinq lits) ;
- 25 patients à l'unité « Chopin » (vingt-cinq lits) ;
- 26 patients à l'unité « Artaud » (vingt-cinq lits) ;
- 26 patients à l'unité « Baudelaire » (vingt-cinq lits) ;
- 26 patients à l'unité « Apollinaire » (vingt-cinq lits) ;
- 7 patients à l'unité « UIAO » (six lits) ;
- 24 patients à l'unité « Ariane » (vingt-cinq lits) ;
- 9 patients à l'unité « Esquirol 2 » (quinze lits) ;
- 22 patients à l'unité, « Prévert » (vingt-quatre lits) ;
- 17 patients à l'unité « Symphonia » (vingt lits) ;
- 3 patients à l'unité « Tremplin » (sept lits).

Dans quatre des cinq unités rattachées aux pôles de psychiatrie adultes, l'effectif était supérieur à la capacité, les chambres d'isolement étant utilisées pour disposer d'un lit supplémentaire.

Le taux d'occupation des lits d'hospitalisation a été en 2016 de 95 %.

### 2.5.2 L'activité par statut d'hospitalisation

La proportion de patients en soins sans consentement se situe, en moyenne, à moins d'un quart de l'ensemble des hospitalisations : sur les 2 580 séjours enregistrés en 2017, 606 concernaient des patients en soins sans consentement (23,4 %). Une augmentation est toutefois constatée par rapport à 2016 : 2 552 séjours, dont 555 en soins sans consentement, soit 21,7 %.

#### *a) Les soins sur décision du directeur de l'établissement*

Le tableau suivant retrace, pour les années 2016 et 2017, les décisions du directeur du CH, soit :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers - urgence (SPDT-U) ;
- les soins psychiatriques en procédure de péril imminent (PI).



	Nombre de patients		Nombre de journées		Nombre de séjours		Durée moyenne de séjour	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
SPDT	84	54	2 063	1 684	96	59	21,4	28,5
SPDTU	140	124	5 967	7 936	158	144	37,7	55,1
PI	237	207	5 895	6 057	265	224	22,2	27
<b>Total</b>	<b>461</b>	<b>385</b>	<b>13 925</b>	<b>15 677</b>	<b>519</b>	<b>427</b>	<b>26,83</b>	<b>36,71</b>

La proportion des admissions en procédure d'urgence ou en procédure de péril imminent par rapport aux admissions à la demande d'un tiers est élevé : 86 % des patients et des séjours en 2017 (82 % des patients et 81,5 % des séjours en 2016).

Les admissions en procédure de péril imminent représentent à elles seules plus de la moitié des décisions du CH, souvent présentées par différents interlocuteurs « *comme un recours à la facilité dans les services d'urgence* ».

Les admissions en SPDT-U, donc également sur le fondement d'un seul certificat médical, en représentent près du tiers – 32 % des patients et 30,5 % des séjours pour l'année 2017 (respectivement 30,3 % et 30,4 % en 2016) – alors qu'elle est prévue pour des cas exceptionnels.

### Recommandation

*Les admissions en procédure d'urgence ou en procédure de péril imminent privent le patient de la garantie que constitue la production de deux certificats médicaux. Leur nombre élevé doit conduire à une réflexion sur ce point avec l'ensemble des partenaires.*

### b) Les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

Le tableau suivant retrace, pour les années 2016 et 2017, les décisions du représentant de l'Etat :

	Nombre de mesures		Nombre de journées		Nombre de séjours		Durée moyenne de séjour	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
SDRE	61	85	8 633	9 070	93	102	92,83	88,92
Dont à la demande du maire	32	48	3 112	2 388	45	59	69,16	40,47
Dont personnes détenues	6	3	41	17	6	3	6,83	5,67
Dont décision judiciaire	3	3	639	960	3	3	213	320

Le nombre des SDRE est en augmentation avec une part toujours croissante des décisions prises par les maires qui sont supérieures en nombre à celles prises par le préfet. En revanche, on constate une diminution de la durée moyenne de séjour.

### 2.5.3 Les patients en soins sans consentement au moment du contrôle

Le 9 avril 2018, près des trois quarts des patients hospitalisés (151 sur 211, soit 72 %) étaient en soins libres. La répartition des soixante patients en soins sans consentement était la suivante :

- vingt-six en SPDT-péril imminent ;
- dix-sept en SPDRE ;
- quatorze en SPDT-urgence ;
- trois en SPDT.

Ces patients étaient répartis dans huit unités de la manière suivante :

	SPDRE	SPDT	SPDT-PI	SPDT-U	Total
<i>Colisée</i>	1	1	3	0	5
<i>Chopin</i>	0	0	7	2	9
<i>Artaud</i>	0	1	7	2	10
<i>Baudelaire</i>	2	1	1	1	5
<i>Apollinaire</i>	4	0	4	2	10
<i>UIAO</i>	0	0	2	1	3
<i>Ariane</i>	10	0	2	5	17
<i>Prévert</i>	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>60</b>

La durée des hospitalisations des personnes en soins sans consentement s'échelonne entre quelques jours, pour des patients placés à l'UIAO, et plusieurs années, s'agissant de décisions prises par un représentant de l'Etat : un patient est ainsi hospitalisé depuis 35 années en SPDRE, un autre sur décision judiciaire depuis 11 années.

## 2.6 L'ETABLISSEMENT FAIT FACE A DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT MEDICAL MAIS PARVIENT A FORMER LES SOIGNANTS A LA GESTION DES COMPORTEMENTS VIOLENTS

Les moyens humains de l'établissement se composent de 1 214 agents dont 717 travaillent en intra hospitalier. Le personnel se répartit en personnel non médical (1 160) et médical (54).

L'établissement est le premier employeur de la région et n'a aucun problème de recrutement pour ses agents non médicaux. Pendant des années, il a fait preuve d'une réelle attractivité pour les praticiens sur le fondement des conceptions innovantes de ses prises en charge. Aujourd'hui, les difficultés résident dans le recrutement des médecins à l'instar des difficultés rencontrées dans les établissements publics du territoire national.

L'absentéisme représente 33 396 journées en 2016. Le *turn-over* pour le personnel non médical est faible avec 107 entrées et 106 sorties.

### 2.6.1 Le personnel non médical

Les infirmiers (460 postes) et les aides-soignants (128 postes) sont recrutés sans difficulté et il n'est pas fait appel aux agences d'intérim.

L'établissement est terrain de stage pour les instituts de formation en soins infirmiers régionaux ce qui constitue un vivier de recrutement.

Deux journées d'information pour les nouveaux arrivants sont proposées à chaque recrutement.

### 2.6.2 Le personnel médical

Sur cinquante-quatre postes budgétés, quarante postes étaient pourvus, au jour de la visite, dont ceux du médecin généraliste et des trois pharmaciens, et six internes, soit deux médecins en « faisant fonction d'interne » du fait de leur statut de médecin étranger.

Les médecins psychiatres sont au nombre de trente-six, dont vingt-neuf équivalents temps plein (ETP) sous clause d'exercice exclusif en service public. Les temps partiels sont effectués par treize praticiens.

Au moment de la visite, huit postes ETP n'étaient donc pas pourvus, soit 15 % de l'effectif médical, ce qui est inférieur à la moyenne de 20 % annoncé dans un rapport de la Cour des comptes en 2011<sup>5</sup>.

Outre les postes vacants de psychiatres, la problématique est également centrée sur le poste de médecin généraliste (0,7 ETP effectif) au lieu des 2 ETP dotés (cf. *infra* § 7.2).

### 2.6.3 La formation

L'établissement a un programme de formation étoffé avec des formations sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire selon le module du professeur Terra. L'établissement a le statut d'organisme formateur avec une formation de la gestion de la violence intitulée : « *Gestes préventifs et maîtrise physique des comportements violents* ». Il s'agit d'une formation obligatoire, répartie sur plusieurs années, constituée de différentes phases, avec des formateurs internes et incluant des mises en situations réelles dans les services. Cette formation a été suivie par 800 agents, soit 85 % du personnel.

L'équipe de sécurité participe à cette formation et formalise ainsi sa place au sein des soignants. La formation sur les droits des patients hospitalisés se résume en la tenue d'une conférence sur le secret médical et d'une deuxième conférence sur le soin sans consentement ; une des trois sessions se déroulait la semaine de visite des contrôleurs.

Dans ses observations, le directeur de site indique : « *Une présentation synthétique des soins sans consentement est également organisée lors de la journée des nouveaux arrivants.* »

---

<sup>5</sup> Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

**Bonne pratique**

*La formation obligatoire « Gestes préventifs et maîtrise physique des comportements violents » est un atout important pour la prise en charge de patients témoignant de leur souffrance par des comportements imprévisibles et souvent déniés.*

### 3. LES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 LES PATIENTS NE SONT CORRECTEMENT INFORMES DE LEURS DROITS ET VOIES DE RECOURS QUE DANS LES CAS OU CELA EST FAIT PAR UNE EQUIPE D'INFIRMIERS SPECIALEMENT FORMES

Une équipe de trois infirmiers rattachés à la direction des soins, est en charge d'informer tous les patients en soins sans consentement. Dédiés et formés à cet effet, ces infirmiers se déplacent auprès des patients au sein des unités.

Un membre de l'équipe rencontre individuellement la personne hospitalisée dans l'UIAO ou dans une unité d'admission d'un pôle dès son entrée, uniquement en semaine ; les week-ends et jours fériés, les soignants de l'unité ne sont pas formés à apporter l'information en l'absence de l'équipe dédiée.

Au cours de l'entretien, l'infirmier présente et explique le mode d'hospitalisation, informe sur les recours possibles et le droit à recourir aux services d'un avocat et recueille le nom de la personne de confiance. Il remet le livret d'accueil, qui comporte toutes les informations pratiques nécessaires au séjour : notamment, une fiche d'information, de couleur verte, relative à la situation juridique et aux droits, voies de recours et garanties ; ce document ne mentionne toutefois pas les coordonnées du Défenseur des droits ni celles du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Le recueil de la signature de la notification des droits n'est pas fait.

L'équipe est en charge d'apporter les arrêtés d'admission et la notification de comparution devant le juge des libertés et de la détention (JLD). L'équipe des infirmiers référents droits des patients n'intervient pas dans la remise des décisions ou de la convocation à l'audience du JLD. Les arrêtés d'admission sont adressés par courrier, avec accusé de réception, aux patients et leur sont donc transmis en main propre par le vaguemestre. La notification de comparution devant le JLD est transmise par télécopie par le bureau des entrées à l'équipe d'infirmiers de l'unité d'admission du patient, pour remise immédiate et retour par fax du document contresigné par le patient.

Elle s'inscrit dans la recherche du tiers tout en émettant des réserves sur la question du secret de l'hospitalisation. Une réflexion est en cours.

#### **Bonne pratique**

*L'information relative aux droits des patients est disponible en cinq langues : anglais, espagnol, russe, arabe, mandarin.*

Au moment du contrôle, le personnel soignant des services de psychiatrie générale qui accueillent les patients en soins sans consentement avait connaissance de l'activité de cette équipe mais restait imprécis sur les différentes modalités d'hospitalisation et les droits de recours des patients.

Lorsqu'un patient entré en soins libres présente un état de santé nécessitant une transformation de son statut et un passage en une hospitalisation sans consentement, l'équipe dédiée n'est pas informée du changement de statut et ne peut pas apporter les éléments d'explication de la mesure et de ses recours.

**Recommandation**

*L'information des patients sur leurs droits n'est pas suffisamment et complètement réalisée par l'équipe de trois infirmiers dédiée à cette activité, absents la nuit et le week-end. Une formation doit être réalisée pour l'ensemble du personnel soignant, amené à les suppléer, afin que l'information puisse avoir lieu tout au long de l'hospitalisation.*

**3.2 LES PATIENTS NE REÇOIVENT PAS TOUS LES CERTIFICATS MEDICAUX MOTIVANT LA DECISION D'ADMISSION**

L'ARS transmet les arrêtés par courrier avec accusé de réception ; le certificat médical est joint. Pour les décisions du directeur, elles sont adressées au patient, sans le certificat médical, par le courrier interne de l'hôpital. Cette notification n'est pas contresignée par le patient en retour. Un exemplaire de l'arrêté d'admission sans les certificats médicaux est remis aux patients sous enveloppe cachetée.

En outre, certaines décisions font référence au certificat médical sans le citer de sorte que le patient ne conserve pas d'éléments écrits relatifs aux motifs médicaux de la décision.

Ainsi, les patients sont parfois étonnés des informations rapportées dans un certificat médical lu à l'audience par le JLD (cf. *infra* § 4.1).

**Recommandation**

*Les décisions d'admission et de prolongation doivent être notifiées au patient.*

**3.3 LES PATIENTS SONT INFORMES QU'ILS PEUVENT DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ET REDIGER DES DIRECTIVES ANTICIPEES**

Un formulaire détachable du livret d'accueil permet au patient de désigner une personne de confiance.

Le nombre de patients procédant à cette désignation est très variable suivant les unités : quasiment tous dans certaines, une minorité dans d'autres. La personne désignée est rarement contactée.

Un autre formulaire permet au patient d'énoncer ses directives anticipées en application de la loi du 22 avril 2005 dite loi Léonetti.

**3.4 LE TRAITEMENT DES PLAINTES, TEL QUE RECENTMENT ORGANISE, MONTRE UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE QUI MERITE D'ETRE ANALYSEE**

Le paragraphe « *Vos droits – plaintes, réclamations et éloges* » du livret d'accueil mentionne l'existence et le rôle de la commission des usagers. Il ajoute que le personnel de l'établissement est à l'écoute du patient et peut entendre ses griefs mais que si les explications fournies ne sont pas satisfaisantes, le patient a la faculté de formuler une réclamation ou une plainte écrite auprès du directeur. Il a été indiqué que la remise du livret d'accueil était l'occasion d'informer les patients sur la possibilité de formuler une plainte.

Les plaintes et réclamations sont traitées, depuis janvier 2017, par le cadre de santé chargé, à la direction de la qualité, des relations avec les usagers. Il reçoit éventuellement le patient plaignant et sa famille et prend contact avec l'unité si nécessaire.

Il élabore une réponse avec les éléments produits par l'unité.

Soixante-dix plaintes ont été enregistrées pour l'année 2017, deux fois moins l'année précédente. Il a été précisé qu'au-delà de trois plaintes, on ne répond plus à celles des patients « délirants ».

Aucune analyse des motifs des plaintes n'a été fournie aux contrôleurs mais il leur a été indiqué que celles-ci portaient principalement sur l'alimentation et la perte d'objets et qu'aucune ne visait une situation de violence.

Un patient a été abusé par un autre, l'établissement l'a aidé à porter plainte devant la justice.

***Au regard de l'augmentation entre 2016 et 2017 du nombre de plaintes formulées, il a été recommandé dans le rapport de constat d'en analyser les origines et leur objet et à apporter, en tant que de besoin, les corrections qu'ils appellent.***

### 3.5 LA COMMISSION DES USAGERS EST FACILEMENT ACCESSIBLE AUX PATIENTS

#### 3.5.1 Le fonctionnement de la commission

La commission des usagers a été réunie cinq fois en 2017. La responsable des affaires générales, juridique et des admissions y est régulièrement invitée ainsi que les infirmières spécialisées qui informent les patients sur leurs droits.

Elle a examiné cinquante-trois réclamations en 2017 (quatre-vingt-sept en 2016) et dix lettres d'éloges. Des demandes d'information ont été systématiquement adressées aux unités : vingt-cinq médiations ont été programmées avec un cadre de santé et cinq avec un médecin.

La commission reçoit les patients qui le souhaitent tous les jeudis après-midi à la cafétéria de l'hôpital.

Les motifs des venues sont :

- des besoins d'expression ;
- la contestation d'une hospitalisation sous contrainte ;
- des problèmes de traitements médicamenteux ;
- des demandes de permission et d'arrêt d'hospitalisation ;
- des demandes de consultation de dossier médical ;
- l'expression d'un ancien conflit avec un médecin de l'hôpital ;
- un problème administratif (transfert d'espèces du compte de la personne à la banque des résidents.

Les membres de la commission ont participé à l'élaboration de quatre documents portant sur le signalement d'une situation de maltraitance, la gestion des réclamations des patients, la demande de consultation d'information sur la santé et la charte de bientraitance de l'hôpital.

Le délai de consultation d'un dossier médical est de dix jours en moyenne.

#### 3.5.2 Les questionnaires de sortie

L'augmentation du nombre de réponses aux questionnaires est de 15 % en moyenne chaque année : de 168 en 2007 à 324 en 2017.

Globalement, les patients ayant répondu sont très satisfaits pour 39,2 %, assez satisfaits pour 37,7 %, pas très satisfaits 7,1 %, pas du tout satisfaits 4,3 %.

En cas de problèmes de santé mentale pour un proche : 55 % des patients recommanderaient cet hôpital, 27,5 % éventuellement, 11 % les dissuaderaient, 6,5 % ne répondraient pas.

### 3.6 LES SUJETS TRAITES PAR LE COMITE D'ETHIQUE CONCERNENT PRINCIPALEMENT LA LIBERTE D'ALLER ET DE VENIR

En 2008, un premier comité d'éthique pluri professionnel a été créé mais ne semble pas avoir communiqué de compte rendu et d'avis. En 2012, un groupe éthique a été créé avec le support de deux fiches actions inscrites dans le projet d'établissement 2012-2016, l'une intitulée « *Comité éthique et bientraitance* », l'autre « *Promouvoir la bientraitance* ».

Le comité d'éthique a publié trois avis sur l'intranet de l'hôpital sur les questions suivantes :

- « *Peut-on accéder à la demande d'un patient qui refuse que soit ouvert un dossier à son nom pour des raisons de confidentialité ?* » ;
- « *Est-il possible qu'un patient en soins libres voit sa liberté d'aller et venir supprimée, voir restreinte ?* » ;
- « *La remise de la clef de la chambre aux patients sauf contre-indication médicale est-elle pertinente ?* ».

La rédaction de cet avis a été précédée d'une étude dans deux unités qui avaient commencé à expérimenter la remise des clefs aux patients.

Un projet de fusion des deux comités d'éthique est en cours.

### 3.7 L'HOPITAL ORGANISE L'ACCES AU VOTE DE PLUSIEURS MANIERES MAIS MECONNAIT LE DROIT DES PATIENTS SOUS TUTELLE DE VOTER PAR PROCURATION

Lorsqu'un scrutin est organisé, les patients ne sont pas informés par voie d'affichage au sein des unités mais oralement par les soignants. Les patients qui souhaitent exercer leur droit de vote sont d'abord incités à se déplacer dans leur bureau de vote. Pour les patients en soins sans consentement, une sortie accompagnée de moins de 12h ou une sortie accompagnée de moins de 48h est possible sur décision du directeur. Les patients en soins libres qui présentent des difficultés en termes de mobilité sont accompagnés par leur famille ; en l'absence de tiers assurant la prise en charge, ils sont accompagnés par des soignants.

#### **Bonne pratique**

*Lorsqu'un patient ne peut pas être accompagné par ses proches dans son bureau de vote, il peut être accompagné par des soignants.*

Les patients dans l'impossibilité de se déplacer peuvent voter par procuration. Une procédure a été établie, prévoyant la prise de contact avec la gendarmerie (communauté de brigades de Mirecourt) et l'information des unités afin d'obtenir le nom des patients souhaitant voter par procuration. Deux à trois semaines avant le premier tour de chaque scrutin, le bureau des entrées adresse une note d'information aux responsables des unités et des appartements thérapeutiques, précisant la date maximum de retour des noms des patients souhaitant une procuration, ainsi que la procédure à mettre en œuvre.

Cette procédure prévoit, pour chaque patient, que les cadres de l'unité collectent :

- un certificat médical, attestant que la personne souhaitant donner procuration est hospitalisée et que son état de santé contre-indique le déplacement au bureau de vote ;



- une déclaration sur l'honneur du patient, signifiant bien qu'il souhaite donner procuration ;
- le formulaire *CERFA* de vote par procuration (joint à la note d'information), dûment renseigné par le patient, précisant bien tous les renseignements concernant le mandataire.

Lorsque le bureau des admissions dispose des noms des patients concernés, il l'adresse à la gendarmerie en mentionnant pour chacun son unité d'affectation et organise les modalités de leur venue. Les gendarmes se déplacent la semaine précédant les élections « *pour avoir le plus grand nombre de procurations et éviter de devoir revenir* » ; ils se rendent directement dans les unités, où ils sont reçus au secrétariat médical, et récupèrent les certificats médicaux, déclarations sur l'honneur et formulaires *CERFA*. Il a été indiqué aux contrôleurs que les gendarmes étaient bienveillants : si un patient non présent sur la liste envoyée par le bureau des admissions se manifeste le jour de leur venue seulement, ils prennent également en compte sa procuration.

Dans la procédure mise en œuvre, le fait de ne pas être sous tutelle est une condition pour figurer sur la liste des patients désirant une procuration. Or la loi ne prévoit plus qu'un placement sous tutelle emporte de plein droit la déchéance du droit de vote, disposant, depuis 2007, que « *lorsqu'il ouvre ou renouvelle une mesure de tutelle, le juge statue sur le maintien ou la suppression du droit de vote de la personne protégée* » (article L5 du code électoral). Ainsi, seul le jugement de tutelle peut aujourd'hui permettre de savoir si le patient est déchu de son droit de vote. Le personnel du CH ne vérifie pas ces jugements et estime que c'est au tuteur de le faire. Pour prendre acte de la modification législative issue de la loi du 5 mars 2007, la logique devrait être inversée : les personnes protégées ne devraient plus être exclues du dispositif mais pouvoir figurer, comme les autres, dans la liste transmise aux gendarmes. Pour elles, le jugement de tutelle devrait simplement être une pièce supplémentaire à fournir au moment de la demande de procuration.

### **Recommandation**

*L'hôpital doit modifier sa procédure afin que les patients sous tutelle ne soient pas de fait exclus du dispositif de vote par procuration.*

## **3.8 LES PATIENTS PEUVENT EXERCER LE CULTE DE LEUR CHOIX, AUCUN OFFICE N'EST CÉLÉBRÉ À L'HÔPITAL**

Les patients sont informés de l'offre cultuelle du CH de Ravenel au travers du livret d'accueil (page 17) et du règlement intérieur. Pour chacun des cinq cultes représentés (catholique, israélite, musulman, orthodoxe, protestant), le nom de l'aumônier ne figure pas : seul le numéro de téléphone est mentionné. Le numéro de l'aumônier protestant est d'ailleurs erroné : une boîte vocale répond que le numéro demandé n'est plus attribué.

Lorsqu'ils sont sollicités par les patients, les soignants ne peuvent pas leur énumérer les religions représentées. Les familles se réfèrent au règlement intérieur et communiquent le numéro à leur proche hospitalisé ou contactent directement les aumôneries.

Dans la majeure partie des unités, seule la venue de l'aumônier catholique est régulière ; le curé de la paroisse de Mirecourt se déplace au CH.

Il n'y a pas de bâtiment dédié aux aumôneries ni de lieu de culte dans l'établissement et aucun office n'est célébré sur place, même à l'occasion des fêtes religieuses. Les aumôniers se rendent donc directement dans les unités, où ils reçoivent les patients qui le souhaitent dans les salons

de visite, non dans les chambres. Selon l'aumônier contacté par les contrôleurs, l'accueil par les soignants comme par les patients est très satisfaisant.

### **3.9 LE SEJOUR EST MIS A PROFIT POUR INITIER SI BESOIN UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

Les assistants sociaux présents au sein des structures intra et extra hospitalières sont alertés par les soignants et interviennent pour mettre en place des mesures de protection.

En cas d'urgence, des médecins de l'hôpital sont habilités à demander une mesure de sauvegarde justice.

Les tuteurs et curateurs sont invités aux réunions de synthèse et projets de sortie concernant les patients.

Les patients rencontrés n'ont pas exposé de grief relatif à la gestion de leurs biens.

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

### 4.1 L'AUDIENCE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION PERMET UN ECHANGE ENTRE LE PATIENT ET LE MAGISTRAT

Les patients sont bien informés préalablement à l'audience du rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) et de la possibilité d'être assistés par un avocat.

Cependant, tous les tuteurs ne sont pas convoqués à l'audience du JLD car le magistrat n'est pas systématiquement informé de la mesure de tutelle.

Dans sa réponse, le directeur indique : « *Le bureau des entrées mentionne les coordonnées des tuteurs et curateurs, dans le dossier de saisine du JLD et joint une copie de la décision. Une note de rappel de la haute importance de ces informations a été diffusée aux unités de soins en septembre 2017* ».

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que le juge des libertés et de la détention soit informé du nom des patients qui bénéficient d'une mesure de protection juridique .***

Les audiences ont lieu dans un bâtiment situé à l'entrée du parc de l'hôpital, éloigné des unités d'hébergement et à proximité du service de sécurité. Le lieu de l'audience est signalé. Les patients sont transportés en véhicule, non contentionnés, et consultent leur avocat dans une salle adaptée à cet effet pendant les cinq à dix minutes précédant l'audience. Un avocat, désigné par le barreau à partir d'une liste de volontaires, est présent à chaque audience sauf pendant les jours de grève nationale. L'audience est cependant maintenue dans ces circonstances.

L'audience est publique, la porte de la salle d'audience du JLD reste entrouverte. Le magistrat est habillé en civil. Le directeur de l'hôpital n'est pas représenté à l'audience.



*Salle d'audience du JLD*

Selon les indications recueillies, 90 % des patients, en moyenne, assistent aux audiences : ils ne sont pas accompagnés par des soignants et peuvent facilement s'entretenir avec le magistrat. Ce dernier, à l'occasion de l'audience du 12 avril, a proposé à un patient de communiquer par écrit car il n'avait plus l'usage de la parole. De manière générale, les patients écoutés à cette occasion se sont sentis entendus et ont pu exprimer leur point de vue.

Le magistrat leur remet la décision à l'issue de l'audience sauf lorsqu'il prononce une mainlevée : dans ce cas la décision est notifiée l'après-midi du même jour.

Une décision de mainlevée a été prononcée à l'audience du 12 avril à la demande du patient, le magistrat indiquant notamment que « *la persistance de troubles mentaux rendant impossible son consentement et imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante n'est plus établie* ».

Les voies de recours sont indiquées à chaque patient à l'issue de l'audience.

#### 4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES RENCONTRE DES PATIENTS MAIS N'A PAS LA POSSIBILITE DE VISITER LES UNITES

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présidée par un médecin psychiatre libéral. La CDSP est au complet dans sa composition et se réunit quatre fois par an : deux fois dans l'établissement et deux fois au siège de l'ARS, où elle bénéficie de l'assistance de deux gestionnaires de l'agence.

Sa venue est annoncée dans les unités : une douzaine de patients en moyenne s'inscrivent pour rencontrer les membres de la CDSP qui peuvent les recevoir dans la salle d'accueil des familles sans pouvoir pénétrer dans les unités à cette occasion. Les membres de la CDSP regrettent les réserves exprimées par les professionnels lorsqu'ils demandent à visiter les unités après les entretiens.

A ce jour, la seule visite dans l'établissement a été celle d'une chambre d'isolement.

##### Recommandation

*Les membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) doivent avoir accès librement aux unités d'hospitalisation.*

Les membres de la CDSP examinent régulièrement les registres de la loi et y apposent leur signature. Leurs derniers constats ont porté sur les points suivants :

- de manière générale, des transcriptions faites conformément aux dispositions édictées par la loi, sans qu'apparaissent de situations abusives concernant les modes d'hospitalisation sans consentement ;
- la présence des certificats dans les dossiers médicaux mais l'absence de certains dans le registre (par exemple, réunion du 15 mai 2017) ;
- une amélioration dans le suivi et la tenue des registres (réunion du 27 novembre 2017).

#### 4.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT INCOMPLETEMENT RENSEIGNES

Les registres de la loi sont correctement renseignés et régulièrement mis à jour. Une procédure de report de registre à registre permet de suivre facilement la trajectoire médicale du patient.

Cependant, la date de notification des droits aux patients ainsi que les mesures de tutelle, curatelle et sauvegarde de justice n'apparaissent pas.

Les registres sont vérifiés et signés deux fois par an par les membres de la CDSP (cf. *supra*). Ils sont aussi vérifiés par la juge des libertés et de la détention (JLD) ; en revanche, ils ne le sont pas par le procureur de la République ni par le maire de la commune.

Dans ses observations transmises en réponse au rapport de constat, le procureur de la République indique que sa dernière visite du CH remonte à juin 2016 et apporte la précision suivante : « *Le sous-effectif chronique que connaît le parquet d'Epinal depuis cette date ne m'a pas permis de retourner à Mirecourt, ce contrôle m'apparaissant moins prioritaire au regard de mes autres missions compte tenu de la présence désormais hebdomadaire du JLD d'Epinal au sein de ce centre hospitalier.* »

#### 4.4 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS EST RARE ET RECENT

Jusqu'en 2017, le collège des professionnels de santé ne se réunissait que pour les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). L'arrivée d'une juriste dans l'établissement a permis une relecture des textes et une mise en conformité avec la loi de 2011.

Depuis, le collège se réunit chaque fois que nécessaire, en forme et conditions requises, et pour tous les patients dont le régime de soins relève de cette obligation.

Il est constitué du psychiatre traitant, d'un praticien ne participant pas à la prise en charge, d'un personnel soignant.

Le collège reçoit le patient.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LE REGLEMENT INTERIEUR N'EST PAS CONNU DES PATIENTS ET LES REGLES DE VIE AFFICHEES DANS LES UNITES MANQUENT D'UNE COHERENCE D'ENSEMBLE

#### 5.1.1 Le règlement intérieur

Document comprenant une centaine de pages et plusieurs annexes, le règlement intérieur en vigueur a été rédigé en 2011 et sa dernière mise en jour remonte à février 2016. Il comprend quatre chapitres, dont un (le troisième) présente les « *dispositions relatives aux usagers* ». Cinq sections traitent successivement des différents statuts d'hospitalisation, des conditions de séjour, des sorties, de la fin de l'hospitalisation et des personnes décédées.

Le règlement expose très précisément la plupart des informations d'ordre pratique ou juridique nécessaires. On peut lire aux pages 91 et suivantes des développements spécifiques aux personnes hospitalisées sans leur consentement en matière de « *droits* », de « *garanties* » – les contrôles de la CDSP et du JLD – et leur « *suivi* ». Il n'en est pas de même toutefois concernant les personnes détenues hospitalisées, le règlement intérieur se bornant à faire référence au code de procédure pénale sans le faire pour les dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice<sup>6</sup>.

Bien que son caractère opposable à leur égard soit mentionné à la page 114, le règlement intérieur est un document inconnu des patients. Il n'est pas non plus présenté ni même cité dans le livret d'accueil.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que le règlement intérieur soit complété sur le sujet de l'hospitalisation des personnes détenues et fasse l'objet d'une diffusion auprès des patients.***

#### 5.1.2 Les règles de vie dans les unités

Chacune des unités a élaboré un document en général intitulé « *règles de vie* ». Le règlement intérieur y fait référence sous le vocable de « *règlements de fonctionnement* » pour indiquer que ceux-ci « *peuvent exister pour autant qu'ils fassent référence au règlement intérieur et qu'ils ne contreviennent pas à ses dispositions ; ils sont considérés comme étant des annexes au présent règlement intérieur.* »

A l'image de celles en vigueur à l'unité « Colisée », les règles de vie sont, le plus souvent, contenues en une seule page, présentée de manière attractive avec des têtes de chapitre en couleur (repas, visite, etc.). Dans la plupart des unités, elles ne sont pas remises au patient à son arrivée – sauf à l'unité « Apollinaire » – mais sont affichées sur des panneaux vitrés ou sur les portes d'entrée (« Artaud »), dans les chambres (« UIAO ») et les salons de visite (« Colisée ») ou dans les espaces communs (coursives et salles d'activité) à l'unité « Ariane ».

La plupart comporte les mêmes rubriques – repas, visites, télévision, tabac, téléphone, etc. – avec des mentions concernant les interdictions : objets potentiellement dangereux,

---

<sup>6</sup> Référence de l'instruction en vigueur : N° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

consommation d'alcool et de produits stupéfiants, denrées alimentaires et boissons, consommation de tabac ailleurs que dans la cour.

Les documents de présentation des règles de vie sont rarement datés. Si certains ont fait l'objet d'une mise à jour récente (« Artaud », février 2017), d'autres sont plus anciens (« Chopin », (2006) et comportent des informations erronées (heures de visites).

Les règles de vie sont exposées, de manière plus ou moins précise, selon les sujets dans les différentes unités : celles de l'unité « Ariane » mentionnent des « règles à respecter la nuit », notamment l'interdiction des visites en chambre après 20h ou l'extinction des téléviseurs à 23h30, et il est précisé, dans celles de l'unité « Colisée », que la cour peut être ouverte la nuit à la demande des patients. Elles sont souvent incomplètes : celles en vigueur à l'unité « Apollinaire » ne donnent aucune information sur la gestion du linge, la cafétéria, la navette conduisant au centre de Mirecourt. Elles ne correspondent pas toujours aux pratiques observées : par exemple, les règles de vie de l'unité « Symphonia » mentionnent la liberté de sortir dans le parc alors qu'il en est différemment dans la réalité ou bien celles de l'unité « Esquirol 2 » à propos des visites prévues à l'espace de rencontre alors qu'elles ont souvent lieu dans les chambres. Elles peuvent être aussi illégales : les règles de vie de l'unité « Chopin » interdisent les relations sexuelles.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que les règles de vie des unités fournissent des informations complètes, vérifiées et mises à jour sur un ensemble de rubriques communes définies au niveau de la direction du CH, cette dernière devant être attentive à la légalité de leur contenu.***

## 5.2 LES PATIENTS SONT SOUMIS A DES CONDITIONS RESTRICTIVES POUR SORTIR DE LEUR UNITE

### 5.2.1 La configuration et la sécurité de l'établissement

Le centre hospitalier est implanté, en pleine nature, dans un immense parc d'une superficie de 78 hectares. Les accès et les sorties par véhicules s'effectuent par le franchissement d'une barrière, au moyen d'un badge pour le personnel ou en sollicitant, par le biais d'un interphone, son relèvement auprès d'un agent en poste à la porte d'entrée de l'hôpital. Ils existent, en outre, deux autres entrées latérales secondaires, également protégées par des barrières.

Le domaine est parcouru par de longues et larges voies de circulation (8 kilomètres de voirie) permettant de se rendre en voiture jusqu'à chacun des pavillons et aux abords des autres nombreux bâtiments du vaste site de Ravenel. La partie arrière du domaine est protégée d'une route par une clôture grillagée.

Du fait de sa configuration et de sa superficie, l'hôpital est largement ouvert sur la campagne environnante et n'interdit, de fait, aucune allée et venue intempestive. Selon l'ensemble des témoignages recueillis, les intrusions de personnes extérieures à l'hôpital, pour introduire de l'alcool ou des produits stupéfiants, sont cependant rares.

Le centre hospitalier est doté d'une équipe de sécurité, constituée de dix-sept agents, compétente sur le site et sur celui des appartements thérapeutiques à Epinal. Ses missions principales au CH concernent la sécurité incendie et la sécurisation du site par le contrôle de son accès et sa surveillance. L'équipe de sécurité peut, secondairement, être appelée en renfort par le personnel des unités d'hospitalisation, en cas de difficulté avec un patient agité, notamment pour accompagner les soignants dans un placement en chambre d'isolement, mais aussi pour

procéder à la fouille d'une chambre, en présence de son occupant, en cas de suspicion de présence d'objets ou de produits interdits. Les agents de sécurité interviennent dans une tenue d'uniforme similaire à celle portée par les pompiers. Le matériel de sécurité en dotation se résume à des magnétomètres (détecteurs manuels de masses métalliques) et à des boucliers de protection.

Les agents de sécurité peuvent aussi être appelés par le personnel des unités en cas de disparition de patient. Ils procèdent alors à une ronde de surveillance dans le parc de l'hôpital. Selon les indications d'un membre de l'équipe de sécurité, quand une personne est retrouvée à cette occasion, le personnel de l'unité vient la récupérer si elle n'est pas en mesure de rentrer par elle-même : « *on ne transporte jamais un patient* ». Si la gendarmerie peut être contactée par une unité pour lui faire parvenir le signalement d'une personne disparue, elle n'intervient toutefois jamais sur site pour participer aux recherches.

Les patient bénéficient donc d'un cadre de vie agréable et peuvent cheminer tranquillement dans un vaste parc arboré et en sortir à leur guise. De fait, très peu le font.

### 5.2.2 Les règles d'ouverture des unités

Toutes les unités sont fermées, à l'exception de l'unité « Prévert ».

L'unité « Esquirol 2 » est semi-ouverte dans la mesure où les portes sont ouvertes le matin entre 10h et 11h45 et l'après-midi entre 14h30 et 17h30 (18h45 l'été). Toutefois, du fait de l'état clinique des personnes qui y sont hospitalisées, les sorties sont en général accompagnées.

Bien que ses règles de vie affichent un principe d'ouverture<sup>7</sup>, les portes d'accès de l'unité « Symphonia » sont en permanence fermées. Si tous les patients de l'unité sont en soins libres, c'est leur manque d'autonomie et la lourdeur de leur pathologie qui justifient cet état de fait selon les soignants : risque de chute, d'accident, d'acte auto ou hétéro-agressif, de fugue, etc. Le principe qui s'applique est qu'ils n'ont pas le droit de sortir seuls, mais uniquement accompagnés (activités occupationnelles ou plus rarement thérapeutiques) ; ce n'est qu'à titre exceptionnel que certains patients sont autorisés à sortir seuls.

Les horaires de sorties possibles pour les patients diffèrent selon les unités : de 9h30 à 12h et de 14h30 à 18h à l'unité « Ariane » (*idem* aux unités « Colisée » et « Prévert » mais jusqu'à 18h30) ou de 10h à 18h aux unités « Chopin » et « Apollinaire ». Les patients de l'unité « Ariane » ne sont pas autorisés à sortir au cours des deux premières semaines de leur séjour. Les enfants de l'unité « Tremplin » et les patients de l'unité « Esquirol 2 » ne sortent qu'accompagnés (soignants ou famille). Au moment du contrôle, quinze des dix-sept patients de l'unité « Symphonia » n'avaient pas le droit de sortir seuls dans le parc.

Les patients en soins libres peuvent en principe sortir dans le parc, sauf décision médicale contraire : au jour de la visite, aucun ne faisait l'objet d'une contre-indication à l'unité « Ariane », deux à l'unité « Artaud » sur les quatorze patients.

Chaque jour de la semaine, un transport en navette est organisé entre le CH et le centre-ville de Mirecourt permettant aux patients, accompagnés ou non par le personnel, de faire quelques emplettes.

---

<sup>7</sup> « Vous êtes libre de sortir dans le parc de l'établissement, de préférence accompagné d'un soignant afin d'assurer votre sécurité. »



A la suite d'une recommandation faite par la Haute autorité de santé (HAS) lors de sa dernière visite de certification, la restriction de la liberté d'aller et de venir résultant de la fermeture des unités a été relevée et a donné lieu à la décision de remettre aux patients en soins libres un badge leur permettant, en journée, d'entrer et de sortir librement de leur unité. Expérimentée dans un premier temps à l'unité « Chopin » à partir de mars 2017, cette initiative s'est révélée concluante et était, au moment du contrôle, en cours de généralisation dans les autres unités.

L'attribution d'un badge à un patient en soins libres reste cependant soumise à une autorisation médicale. Au moment du contrôle, la remise du badge relevait plutôt de l'exception, y compris au sein de l'unité « Artaud » : cinq patients en soins libres sur les quinze présents en bénéficiaient à l'unité « Chopin » ; en disposaient seulement deux sur vingt à l'unité « Colisée », où le constat était pourtant fait, après deux mois d'expérimentation, qu'il n'y avait eu que très peu de cas d'usage détourné du badge. De surcroît, les quelques personnes détentrices d'un badge reçoivent la consigne d'informer le personnel avant de sortir de l'unité ainsi qu'à leur retour.

Les patients en soins sans consentement ne peuvent sortir de leur unité, pour se rendre dans le parc ou à la cafétéria par exemple, qu'avec l'autorisation écrite d'un médecin, parfois conditionnée à un accompagnement. Les conditions sont plus restrictives à l'unité « Ariane », qui accueille majoritairement des patients en soins sans consentement : aucun patient n'a le droit de sortir seul et ceux en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ne sont pas autorisés à sortir dans le parc, les responsables estimant – à tort – nécessaire une autorisation du préfet pour sortir de l'unité.

Dans ses observations, le directeur de site ajoute que « *pour les patients en SDRE, les sorties dans le parc sont nécessairement accompagnées selon les consignes de l'ARS en la matière* ». Ces consignes n'ont pas été communiquées aux contrôleurs ni pendant ni après la visite.

### **Recommandation**

*Aucune restriction à la liberté d'aller et de venir ne doit être décidée au regard du statut d'admission.*

*Les restrictions pour les personnes en soins libres ne doivent être qu'exceptionnelles et, comme pour les personnes en soins sans consentement, strictement justifiées par leur seul état clinique.*

A l'exception de l'unité « UIAO », chaque unité dispose d'une cour extérieure, dont les dimensions et l'aménagement en font un véritable jardin, très agréable, où les patients peuvent aller librement dans la journée, voire dans la nuit, notamment pour y fumer. La cour est ouverte à partir de 5h à l'unité « Prévert », de 5h30 à l'unité « Ariane », de 7h à l'unité « Colisée » de 8h dans la plupart des autres unités. La fermeture a lieu à 21h (« Colisée »), 23h (« Prévert ») et 23h30 (« Ariane »). L'accès reste en général possible la nuit à la demande, notamment pour fumer. En revanche, l'accès à la cour de l'unité « Esquirol 2 » n'est autorisée qu'au cas par cas.

Faute de cour et d'accès à l'extérieur, une petite salle de l'UIAO a été aménagée en fumeur.

### **5.3 LES CONTRAINTES IMPOSEES AUX PATIENTS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE NE RESULTENT PAS DE L'APPLICATION DE REGLES SYSTEMATIQUES**

Certaines contraintes sont inhérentes à la vie en communauté, telles que l'obligation de prendre collectivement les repas à des heures imposés (avec des exceptions possibles partout) ou l'interdiction de se rendre dans une autre chambre que la sienne. D'autres résultent de la

législation en vigueur : ainsi, l'autorisation de fumer est limitée aux espaces extérieurs ou aux cours des unités.

Il n'existe globalement que peu de restrictions générales et systématiques au niveau de l'hôpital : à titre d'exemple, le port du pyjama n'est jamais imposé, y compris en début de séjour. En revanche, aucune sortie de l'unité n'est autorisée dans les quinze premiers jours du séjour à l'unité « Ariane », y compris pour les patients en soins libres.

Certains éléments de la vie quotidienne peuvent également donner lieu à des règles particulières selon les unités.

Ainsi, la consommation de tabac peut être rationnée en cas d'abus et dans l'intérêt du patient, notamment au regard de ses ressources financières. Bien que mineurs, les patients de l'unité « Tremplin » fument dans la cour un nombre limité de cigarettes par jour, défini par le médecin, le tabac étant acheté par la famille. A l'unité « Colisée », cette régulation s'inscrit aussi dans le cadre d'une prescription médicale : par exemple, une cigarette fumée par heure. Le tabac rationné est alors conservé au bureau des infirmiers, en général, comme dans l'unité « Ariane », où les consommations sont notées sur un tableau rangé avec les paquets de tabac dans un bureau. Quand il n'est pas apporté par la famille ou les proches, le tabac est acheté à l'occasion de sorties accompagnées, en particulier lors des deux transports par navette pour Mirecourt qui ont lieu chaque semaine. En cas d'interdiction de sortie, les soignants de unité « Chopin », de même que ceux de l'unité « Apollinaire », acceptent de faire l'achat ; en revanche, un patient de l'unité « Colisée » doit demander à un autre patient de lui acheter son tabac.

Dans la plupart des unités, les patients peuvent accéder librement à leur chambre tout au long de la journée, sauf entre 10h à 12h30 à l'unité « Prévert » pendant le temps du ménage et « *pour lutter contre la clinophilie*<sup>8</sup> ». A titre d'exception, le médecin peut décider d'une fermeture, ce qui a été confirmé par deux patients de l'unité « Ariane », dont un a indiqué qu'il n'en avait pas compris la raison. L'absence de fermeture des portes, combinée à celle de verrou de confort dans les chambres de la plupart des unités, ne semble pas poser de problème particulier de vols entre patients. A l'inverse, cette situation est considérée comme regrettable pour les jeunes de l'unité « Tremplin » et suffisamment problématique à l'unité « Symphonia » où le maintien des chambres fermées la journée est justifié par le fait que les patients ne puissent le faire eux-mêmes (cf. page 43).

Les portes des chambres ne sont pas verrouillées la nuit, sauf à l'unité « Symphonia » au motif d'éviter des déambulations, une chute dans les couloirs encombrés, une consommation de produits d'hygiène et, de manière générale, tout risque lié à des troubles du comportement. Depuis peu, certaines portes sont ouvertes la nuit, celles de six patients sur dix-sept lors du contrôle.

En soirée, il est possible regarder la télévision jusqu'à 22h45 à l'unité « Apollinaire », 23h à l'unité « Chopin », 23h30 à l'unité « Artaud », minuit à l'unité « Colisée ».

Dans la plupart des unités, les patients peuvent librement se placer à table dans les salles à manger. En revanche, un plan des tables est affiché à l'unité « Prévert » avec révision possible à la demande. En outre, les contrôleurs ont pu noter certaines dispositions particulières motivées par l'état clinique des personnes concernées : ainsi, une patiente de l'unité « Prévert » occupait-

---

<sup>8</sup> La clinophilie désigne le fait de rester allongé de longues heures dans la journée, sans dormir ni pratiquer une activité particulière comme lire ou regarder la télévision.

elle une table seule, installée dans un coin de la salle à manger, face vers le mur, au motif qu'elle envoie la nourriture sur les autres patients quand elle les voit ; une autre patiente de la même unité, qui ne supporte pas non plus la compagnie, prenait ses repas dans le couloir à proximité de la salle ; à l'unité « Tremplin », un enfant, posant difficulté à l'équipe, déjeunait dans la salle commune, mais seul et à distance des autres, en compagnie d'une partie des soignants.

La tolérance est plus ou moins grande s'agissant de la possibilité de conserver et consommer de la nourriture personnelle (biscuits, fruits, boissons) : l'unité « Ariane » autorise, par exemple, un pot de café et des denrées non périssables ; en revanche, les règles de vie de l'unité « Colisée » posent une interdiction<sup>9</sup>.

## 5.4 LA COMMUNICATION DES PATIENTS AVEC LEURS PROCHES RENCONTRE DES OBSTACLES LIES A L'ORGANISATION

### 5.4.1 Le courrier

Aucune restriction de courrier n'a été relevée. Il n'est pas procédé non plus à un contrôle du contenu des plis, même s'il a été indiqué à l'unité « Colisée » que l'ouverture du courrier pouvait être faite en présence d'un soignant.

Le papier à lettres et les enveloppes peuvent être fournis, de même que l'affranchissement peut être pris en charge par le CH comme à l'unité « Ariane ». Des timbres sont en vente à la cafétéria.

### 5.4.2 Le téléphone

La liberté de disposer de son téléphone portable est affirmée dans toutes les unités, sous réserve de prescription médicale contraire liée à l'état d'un patient et à l'exception d'un patient placé en chambre d'isolement.

Toutefois, des nuances existent selon les secteurs. Ainsi, le téléphone est interdit en chambre à l'unité « Ariane », au prétexte que l'on peut enregistrer du son et des images avec les smartphones et les diffuser sur les réseaux sociaux au mépris du droit à l'image des soignants comme des patients ; les téléphones des patients sont entreposés dans le bureau des infirmières et remis à chaque sortie de l'unité (dans le parc ou à l'extérieur). Dans l'unité « Prévert », les téléphones portables sont retirés et ne sont restitués que pour les sorties dans le parc de l'hôpital. L'interdiction est aussi justifiée à l'unité « Tremplin » par la volonté d'empêcher les connections vers les réseaux sociaux mais aussi d'écarter les communications avec des fréquentations jugées peu souhaitables ; il a été cité le cas d'un patient ayant filmé une jeune fille à travers la vitre de la porte de la chambre<sup>10</sup>. Des affiches sur le fait qu'il est interdit de faire des vidéos avec son téléphone sont placardées un peu partout dans l'hôpital.

Quand un patient ne possède pas de portable, certaines unités mettent des téléphones à disposition (unité « Apollinaire ») ou autorisent l'utilisation d'un téléphone du service (unités « Artaud », « Colisée », « Prévert » et « Chopin »). D'autres unités disposent d'une cabine téléphonique (« Ariane », appels gratuits mais cabine indisponible la nuit) ou d'un simple poste

---

<sup>9</sup> « Aucune denrée alimentaire, aucune boisson (soda, café, eau minérale...) ne sera acceptée dans l'unité, en revanche vous pourrez consommer pendant vos temps de visite au salon ou lors de vos promenades. »

<sup>10</sup> Les jeunes de l'unité « Tremplin » conservent dans leur chambre leur téléphone, sans la puce, afin de l'utiliser comme MP3. A chaque sortie de la chambre, le téléphone est remis à un soignant.

mural (« Prévert », dans le couloir face au poste de soins dans sans aucune confidentialité).

### 5.4.3 Les visites

Sauf décision médicale contraire, les visites sont autorisées, en général l'après-midi (à partir de 10h à l'unité « Artaud »), les horaires variant selon les unités qui se montrent souples avec les familles. En revanche, il n'y a en principe pas de visites à l'unité « Apollinaire » pendant le temps d'une activité thérapeutique.

Par principe, tous les patients peuvent être visités ; dans la réalité, un bon nombre d'entre eux ne sont pas visités régulièrement.

Les enfants de moins de 15 ans ne peuvent venir en visite quand celle-ci se fait au sein des unités. Ils restent alors dans les salons de visite qui se trouvent à l'entrée de chaque unité.

L'aménagement de ces locaux diffère selon les unités : les conditions sont satisfaisantes aux unités « Symphonia », « Chopin », « Colisée » ou « Apollinaire » (où le salon est accueillant et bien décoré), parfois dans un cadre suranné (un piano désaccordé se trouve dans un salon de l'unité « Ariane ») ; les locaux de l'unité « Prévert » sont peu accueillants (mais le parc est utilisé), de même que ceux de l'unité « Tremplin », particulièrement tristes, surtout pour des enfants ; ceux de l'unité « Esquirol 2 » sont vétustes.

Certaines unités autorisent les visites dans les chambres des patients, comme depuis peu l'unité « Chopin ». C'est aussi le cas aux unités « Esquirol 2 » et « Symphonia » où, pour rappel, les chambres sont toujours fermées ; au moment de la visite, l'unité « Prévert » prévoyait des visites en chambre sur autorisation médicale. A l'UIAO, les visiteurs ne viennent que dans les chambres. L'équipe de l'unité « Tremplin » estime que les parents doivent pouvoir connaître les locaux dans lesquels ils laissent leur enfant.

Pour ce dernier motif, l'hôpital a le projet de faire davantage entrer les familles à l'intérieur des unités, répondant ainsi à une recommandation faite par la Haute autorité de santé (HAS) lors de sa dernière visite de certification. Sa mise en œuvre ne se fait pas sans réticence de la part de membres du personnel : « *l'accompagnement des familles va être chronophage* » ; « *quelle sera la réaction de la famille vis-à-vis des autres patients ?* ».

### 5.4.4 L'informatique

Sauf prescription médicale contraire, les unités affirment une autorisation de principe à ce le patient puisse conserver son ordinateur portable ou sa tablette (y compris à l'unité « Ariane » où le téléphone portable est interdit en chambre), sous sa responsabilité ; l'unité « Colisée », dont les portes de chambre ne ferment pas, fait signer une décharge de responsabilité au patient qui souhaite disposer de son appareil.

Dans la réalité, très peu de patients en ont. Un mineur dispose de son ordinateur à l'unité « Tremplin » : il passe le bac en juin et a de grandes difficultés pour écrire (apraxie).

Le CH ne possède ni réseau informatique ni accès à la wifi, les patients pouvant seulement faire usage d'une clé 3 ou 4 G s'ils en sont détenteurs.

L'accès à un poste informatique de l'hôpital est peu répandu. Les patients de l'unité « Artaud » souhaitant avoir accès à l'informatique peuvent en faire la demande auprès des infirmiers ; après accord médical, ils sont accompagnés au service informatique où un accès à internet est alors possible, toujours en présence d'un infirmier.

*Il a été recommandé dans le rapport de constat que la communication des patients et leurs proches ne soit pas entravée pour des motifs d'organisation : les postes téléphoniques des unités doivent garantir la confidentialité des communications ; les modalités de visite doivent être repensées ; l'hôpital doit se doter d'un réseau wifi pour les patients.*

#### **5.5 LE LIBRE CHOIX DE SON MEDECIN PAR LE PATIENT EST THEORIQUE, LA CONSULTATION DE SON DOSSIER MEDICAL EST POSSIBLE**

Le libre choix du médecin est en principe possible mais se heurte à la réalité du faible nombre de médecins en fonction.

La procédure de consultation du dossier médical fait l'objet d'un protocole et de développements dans le règlement intérieur et dans le livret d'accueil.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE DU PATIENT

### 6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT TRES HETEROGENES DANS LES CHAMBRES ET S'ACCOMPAGNENT DE RESTRICTIONS INJUSTIFIEES DANS QUELQUES UNITES

Le CH de Ravenel compte 257 lits d'hospitalisation, dont 9 en pédopsychiatrie. Compte tenu à la fois de la variété des prises en charge, de la vétusté de certains bâtiments alors que d'autres sont quasiment neufs, et de l'existence de chambres doubles, les conditions de vie sont très contrastées. Si quelques points communs peuvent être notés, les contrôleurs ont surtout relevé les écarts physiques et les différences d'approche selon les unités.

#### 6.1.1 Les points communs à toutes les chambres

Les contrôleurs ont constaté en premier lieu un état d'hygiène très satisfaisant dans les chambres, quelle que soit l'unité. Une attention manifeste sur le sujet doit être relevée, se traduisant notamment par un nombre important d'agents des services hospitaliers (ASH) dans les organigrammes des unités, souvent plus nombreux le matin que l'après-midi, précisément pour assurer le nettoyage des chambres mais aussi, dans certaines unités, la toilette des patients. En second lieu, les oculi des portes des chambres sont tous identiques. Il s'agit d'oculi longitudinaux, sur lesquels sont apposées des bandes de film opaque sur le tiers de la hauteur seulement. En s'approchant, il est donc tout à fait possible d'avoir une vision précise de l'intérieur de la chambre et du lit du patient. Ce dispositif est identique, que la chambre soit dans une unité ancienne ou une unité remodelisée. Seules les chambres d'isolement bénéficient d'oculi spécifiques. Si cette possibilité de voir à l'intérieur de la chambre est utile pour les soignants, elle soulève une difficulté sérieuse en termes d'intimité, en particulier parce que d'autres patients regardent régulièrement ce qui se passe dans les chambres voisines. Certains patients en sont gênés : ils l'ont indiqué aux contrôleurs dans les unités « Artaud » et « Ariane ». A l'unité « Artaud », les contrôleurs ont même constaté que certains patients accrochaient une serviette au-dessus de la porte afin d'obtenir un peu d'intimité dans la chambre.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat de modifier les oculi des portes des chambres afin de garantir l'intimité des patients.***

Dans le même registre, les fenêtres des chambres de plain-pied – donnant pour certaines dans les cours internes aux unités, pour d'autres dans le parc – permettent aux personnes de voir à l'intérieur des chambres. Rares sont celles qui disposent d'un film translucide sur le bas de la fenêtre : les contrôleurs en ont remarqué quelques-unes à l'unité « Esquirol 2 », pour les chambres qui donnent non dans la cour de l'unité, mais dans le patio de la cafétéria. Un tel dispositif semblerait indispensable pour ces chambres tant il est inadapté que tous les clients de la cafétéria (personnel, patients, familles, visiteurs) puissent voir distinctement les faits et gestes des patients de l'unité « Esquirol 2 » à l'intérieur de leurs chambres. On retrouve également un film plastique en partie basse des fenêtres de certaines chambres de l'unité « Le Tremplin ». Celles qui donnent sur le parc en sont dotées, mais celles qui donnent dans le patio en restent dépourvues, les patients de ces chambres pouvant donc être visibles par d'autres jeunes patients, ce qui n'est guère judicieux. A l'UIAO, en revanche, toutes les fenêtres sont opacifiées jusqu'à 1,80 m. de hauteur.

Ce dispositif de film plastique translucide devrait être généralisé à l'ensemble des fenêtres des chambres de plain-pied. Cette recommandation, visant au respect de l'intimité des patients, est

d'autant plus sensible qu'il n'y a pas de rideaux dans toutes les unités ; par exemple, l'unité « Symphonia » dispose de volets roulants électriques mais leur commande n'est pas accessible aux patients.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que l'intérieur des chambres, et les faits et gestes des patients qui y sont hospitalisés, ne soient pas visibles distinctement de l'extérieur du bâtiment.***

Dans la plupart des cas, seul le personnel soignant peut ouvrir et fermer les fenêtres, à l'aide d'une clef. Ce constat est commun à toutes les chambres que les contrôleurs ont vues, qu'elles appartiennent à une unité ancienne (« Ariane ») ou à une unité remodelisée (« Colisée »). Le patient est donc systématiquement dépendant du soignant pour chaque ouverture ou fermeture de fenêtre, ce qui contrevient aux enjeux de retour à l'autonomie. Par ailleurs, autant un tel dispositif paraît cohérent dans une unité dite « fermée », autant il demeure peu pertinent dans une unité dite « ouverte », *a fortiori* si elle n'héberge aucun patient en soins sans consentement.

#### **Recommandation**

*Le fait de ne jamais permettre aux patients d'ouvrir eux-mêmes la fenêtre de leur chambre constitue une forme de privation de liberté. L'hôpital doit mettre en œuvre un nouveau dispositif d'ouverture des fenêtres, en particulier dans les unités dites « ouvertes ».*

### 6.1.2 Les éléments d'hétérogénéité

#### *a) Chambres individuelles et chambres doubles*

Sur les onze unités du site, neuf disposent de chambres doubles. La proportion de chambres doubles est très variable : 5 % à « Symphonia », 15 % en moyenne dans les unités d'admission sectorielles (comme « Chopin » ou « Colisée »), 39 % à « Ariane », jusqu'à 50 % à « Esquirol 2 ».

Les raisons présidant à l'affectation d'un patient en chambre double diffèrent d'une unité à l'autre. S'il a été indiqué aux contrôleurs que la pathologie et l'aptitude à vivre à plusieurs constituaient des critères déterminants, il semble que le taux d'occupation soit principalement pris en compte dans les unités d'admission. Ainsi, lorsque l'unité est quasiment complète, les arrivants sont très souvent placés en chambres doubles. En tout état de cause, le patient est le plus souvent mis devant le fait accompli lors de l'affectation initiale dans l'unité. Mais ces affectations sont régulièrement révisées, le plus souvent sur décision collégiale de l'équipe (lors des synthèses quotidiennes). Les questions d'affinité entre patients viennent le plus souvent modifier les décisions initiales.

#### *b) Taille des chambres*

Là encore, la situation est très contrastée. Le site comprend, d'une part, des unités anciennes et mal équipées, dont l'une va fermer en 2018 en raison de sa vétusté (« Esquirol 2 »), d'autre part, des unités remodelisées, assurant au patient un niveau de confort satisfaisant.

Dans les unités anciennes, les espaces sont souvent restreints. Si les chambres individuelles sont de taille convenable, les chambres doubles sont en revanche trop petites. Ce constat concerne « Ariane » et surtout « Esquirol 2 », où les déplacements en fauteuil sont quasiment impossibles dans les chambres. Les accès eux-mêmes posent problème : les fauteuils passent à peine dans l'embrasement des portes. De fait, les encadrements de porte sont très abîmés à hauteur des

roulettes des fauteuils. Certaines armoires ont dû être disposées dans le couloir de l'unité ; selon le cadre de santé, tout l'espace doit être « optimisé » en permanence.

L'une des chambres de l'unité « Esquirol 2 », qui se présente presque comme un couloir, ne permet d'assurer ni des conditions d'hospitalisation dignes pour les patients ni des conditions de travail satisfaisantes pour le personnel (pour faire le lit ou le ménage, notamment). Cette chambre n'était toutefois pas occupée au jour du contrôle.



*Une chambre double de l'unité Esquirol*

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que certaines chambres doubles de l'unité « Esquirol 2 », de taille beaucoup trop modeste, soient reconfigurées en chambres individuelles si l'unité n'est pas désaffectée à court terme.***

Dans les unités remodelées en revanche, les chambres sont grandes – voire très grandes – et fonctionnelles.

#### *c) Equipement des chambres*

Le sol des chambres est carrelé dans les unités anciennes ; on trouvera plutôt du linoléum dans les unités remodelées. Cette seconde solution paraît plus adaptée à un hôpital, notamment en cas de chute des patients.

Dans les unités remodelées, des volets électriques ont été installés. La commande électrique est en général à la main du patient (sauf au sein de l'unité « Symphonia » où les patients ne sont pas jugés suffisamment autonomes). Dans les autres unités, il n'y a pas de volets mais des rideaux aux fenêtres, à l'exception de l'unité « Esquirol » qui dispose de quelques chambres avec volets.

Les ouvrants sont très usés dans les unités les plus anciennes : ils sont pour un certain nombre d'entre eux à simple vitrage et l'isolation contre le froid ou la chaleur est mal assurée. Une partie des fenêtres est barreaudée dans les unités historiquement « fermées ».





*La fenêtre de la chambre d'une unité ancienne*

Les contrôleurs n'ont pas constaté de problèmes de température dans les chambres mais ce n'est pas significatif puisque le contrôle a eu lieu au mois d'avril (17° à l'extérieur). Certains soignants ont indiqué que le chauffage pouvait être insuffisant par grand froid, ce qui est assez fréquent dans les Vosges. L'hiver, de nombreux patients demandent d'ailleurs des couvertures supplémentaires. Dans l'unité « Ariane », le personnel a précisé que le stock de couvertures était suffisant en temps ordinaire mais pouvait s'avérer trop faible pour faire face à la demande lors des périodes de grand froid. Inversement, la chaleur peut être étouffante l'été dans les chambres exposées plein Sud. Les chambres ne sont pas équipées de climatisation. Dans les unités qui ne disposent pas de volets, les rideaux servent également à protéger les patients du soleil. Cette solution n'est guère suffisante, ce d'autant que les patients ne peuvent ouvrir ou fermer leur fenêtre qu'en demandant à un personnel (cf. *supra* § 6.1.1).

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que l'isolation thermique des chambres soit revue dans les unités anciennes, aucun patient ne devant être hébergé derrière des barreaux.***

Le mobilier des chambres est variable d'une unité à l'autre. En général, les unités anciennes disposent seulement du strict minimum, dans un état vieillissant (chaises d'écolier avec accoudoirs, tablettes hautes à roulettes en guise de chevet, par exemple). Les unités récemment restaurées sont au contraire correctement équipées : bouton d'appel accessible depuis le lit et relié au bureau infirmier, liseuses, chevets, panneaux en liège pour accrocher des photos. Un effort est constaté en matière de literie : de très nombreux lits sont pourvus de barrières amovibles pour que les patients ne tombent pas. Une partie d'entre eux, quelle que soit l'unité observée, est à hauteur variable, ce qui présente des avantages tant pour les patients que pour le personnel.

Inversement, la décoration des chambres est assez pauvre. Si quelques-unes sont très investies par les patients (photos, objets personnels, peluches), la décoration est assez minimaliste, même dans les unités de long séjour. On peut même parler d'un véritable dépouillement au sein de l'unité « Symphonia », les chambres visitées ressemblant beaucoup à des chambres d'isolement. Les explications des soignants de cette unité tiennent au comportement des patients et à leur(s) pathologie(s). Il a été indiqué aux contrôleurs que pour un grand nombre d'entre eux, tout objet pourrait être ingéré, ou détruit, ou faciliter un geste auto-agressif.



*Chambres individuelles, de droite à gauche, « Ariane », « Esquirol 2 » et « Symphonia »*

Les chambres sont toutes équipées de placards qui ferment à clef. Dans la plupart des unités, le patient peut conserver cette clef. Mais dans deux unités accueillant des patients déficitaires, les règles sont différentes. Au sein de l'unité « Esquirol 2 », les soignants conservent les clefs des placards d'une partie des patients. Cette décision est prise au cas par cas, en fonction de la pathologie et de l'autonomie du patient. A l'unité « Symphonia », aucun patient n'est admis à conserver la clef de son placard. Les contrôleurs ont d'ailleurs constaté que les placards ne sont pas toujours dans les chambres. Inversement, certaines chambres individuelles sont dotées de deux ou trois placards, le prénom des différents patients concernés étant indiqué au feutre sur le placard. En pratique, à « Symphonia », un aide-soignant choisit tous les matins les effets vestimentaires que le patient portera, les lui sort du placard avant ou pendant la douche, puis referme le placard à clef. Certains patients font tout de même part à l'aide-soignant de leurs souhaits en matière vestimentaire. En pareil cas, les aides-soignants sont à l'écoute et satisfont les désirs du patient. L'absolutisme de cette règle – par ailleurs non inscrite dans les règles de vie de l'unité – est infantilisant même pour des patients déficitaires. D'ailleurs, les soignants ont indiqué aux contrôleurs que certains patients seraient suffisamment autonomes pour disposer de leur clef de placard. En outre, les portes des chambres sont aujourd'hui fermées dans l'unité, ce qui limite les risques de vol dans les placards.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que les patients de l'unité « Symphonia » puissent conserver leur clef de placard car le caractère systématique de cette interdiction porte atteinte à leur liberté individuelle. Cette interdiction ne saurait être absolue. Elle doit être au contraire justifiée par des considérations relatives à l'état du patient et être réévaluée régulièrement, au cas par cas.***

Enfin, les contrôleurs n'ont pas remarqué de restrictions générales en matière de radio ou de télévision. Les soignants veillent simplement à ce que le niveau sonore de ceux-ci soit acceptable pour les patients des chambres voisines. La seule exception constatée concerne l'unité de pédopsychiatrie « Le Tremplin », où les postes de télévision sont interdits dans les chambres.

Certains patients ont regretté qu'eux-mêmes ou leurs familles ne puissent louer un téléviseur par l'intermédiaire de l'hôpital. Les patients doivent se faire remettre leur propre téléviseur à l'occasion d'une visite, le faire acheter par leur famille ou éventuellement leur tuteur. A condition qu'il s'agisse d'un écran plat, il n'y a pas de modèle ou de taille préconisée. Le règlement intérieur est muet sur la question des téléviseurs dans les chambres.

#### *d) Ouverture des chambres*

L'absence de fermeture des portes des chambres est le principe affiché au CH de Ravenel ; en pratique, il est tempéré par plusieurs restrictions.

Il va de soi, en premier lieu, que les chambres d'isolement sont fermées. Ce n'est pas systématiquement le cas, en revanche, pour les chambres d'apaisement. A l'unité « Ariane » par exemple, cette chambre, appelée « chambre de surveillance médicale », est ouverte en principe. Sa localisation, un peu à l'écart, permet que le patient y soit au calme sans nécessairement être enfermé. Ce n'est que sur décision médicale, notamment lorsqu'elle est utilisée pour faire retomber l'agressivité d'un patient, qu'elle sera fermée. L'utilisation des chambres d'apaisement reste respectueuse du cadre légal tout en permettant un isolement temporaire et argumenté cliniquement.

En second lieu, l'accès aux chambres est restreint quelques heures dans certaines unités, notamment pour permettre au personnel de faire le ménage, mais aussi pour lutter contre la clinophilie (unité « Prévert »).

En outre, dans au moins deux unités (« Ariane » et « Le Tremplin »), le médecin peut décider que le patient sera hébergé en chambre fermée quelque temps. Il s'agit le plus souvent d'une décision concertée avec l'équipe, liée au comportement auto ou hétéro-agressif des patients. Elle est révisable à tout moment.

Enfin, dans l'unité « Symphonia », les portes des chambres sont fermées. Cette unité intersectorielle a vocation à accueillir en soins libres des patients très déficitaires, la plupart du temps sous tutelle ou curatelle. Les règles de vie présentent celle-ci comme une unité ouverte. Or elle est bien fermée, qu'il s'agisse des portes des chambres, de l'accès dans la cour ou des sorties dans le parc. De fait, peu de patients déambulent dans l'unité même en pleine journée. Pire, en début d'après-midi, ils sont tous enfermés dans les chambres pour une sieste obligatoire (dont il n'est pas fait mention dans les règles de vie) et les volets sont fermés électriquement dans toutes les chambres. La cadre de santé de l'unité a indiqué aux contrôleurs qu'une réflexion était engagée sur la question des fermetures des portes dans l'unité et a transmis des documents en ce sens. Ceux-ci attestent que l'équipe a travaillé le sujet en 2011, puis en 2016, sans aboutir à une modification de la pratique.

Une nouvelle étude est en cours depuis un an, concernant l'expérimentation des ouvertures de nuit. Des progrès ont été accomplis : le jour de la visite, six patients sur dix-sept avaient leur porte de chambre ouverte la nuit. Les portes restent en revanche bien fermées le jour pour tous, ce qu'un soignant a résumé comme suit : « *c'est de l'isolement qui ne dit pas son nom* ». Les arguments pour justifier cette pratique sont essentiellement liés à l'état de déficience des patients et aux risques que présenterait leur déambulation dans l'unité (ingestion de produits, gestes auto-agressifs, comportement déviants, etc.). L'unité « Esquirol 2 », faisant partie du même pôle et accueillant également des publics très difficiles (psychoses chroniques vieillissantes associées à des problématiques somatiques d'importance) ne connaît pourtant pas la fermeture des chambres de jour, et vient de mettre fin à la fermeture des chambres la nuit. Cet exemple ne résonne pas à l'unité « Symphonia ». Le bien-fondé du caractère systématique d'une telle règle n'y est pas non plus interrogé ; l'intérêt de la pose de verrous de confort dans les chambre encore moins. Au surplus, des mauvais traitements ont été recensés il y a quelques années au sein de l'unité, aboutissant d'une part à des sanctions disciplinaires lourdes, d'autre part à l'ouverture d'une information judiciaire. Ce triste épisode est entouré d'un certain mystère : certains cadres nous ont même parlé « *d'omerta* ». Au regard de cet historique, l'opacité constatée autour de cette pratique des portes fermées (absence d'information de la cadre supérieure de santé sur la fermeture le jour ; absence de mention de la fermeture des

portes et des siestes obligatoires dans les règles de vie ou le règlement intérieur) ne manque pas de surprendre, voire d'inquiéter.

### **Recommandation**

*Le caractère systématique de la fermeture des portes des chambres de l'unité « Symphonia » fait subir aux patients des restrictions de liberté injustifiées. Tout enfermement d'un patient dans une chambre doit être traité comme une mesure d'isolement.*

Les chambres de la plupart des unités remodelisées bénéficient, en outre, de verrous intérieurs (sauf dans les chambres d'isolement et d'apaisement). Le dispositif est apprécié par les patients et les soignants, synonyme d'autonomie et de tranquillité en limitant les risques de vol et d'agression. Ce dispositif, qui n'est pas excessivement onéreux, mériterait d'être généralisé à toutes les unités.

Le fait que les portes soient généralement ouvertes trouve en effet sa limite dans les unités anciennes : les patients vulnérables peuvent être ennuyés par les autres, voire agressés, comme cela s'est produit en 2017 à la suite d'une agression prétendue d'un patient sur un autre au sein de l'unité « Ariane ».

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que toutes les chambres soient équipées de verrous intérieurs, voire de clés « de confort ». Ces dispositifs contribuent à des conditions de vie satisfaisantes pour les patients : protection des personnes vulnérables, amélioration de l'autonomie.***

Quelques travaux devraient enfin être effectués dans l'unité « Colisée », pourtant récente, dont la porte de certaines chambres ne ferme plus à la suite de détériorations.

## **6.2 L'HYGIENE PERSONNELLE DES PATIENTS FAIT L'OBJET D'UNE PREOCCUPATION MANIFESTE DE LA PART DU PERSONNEL MAIS LES SANITAIRES NE PRESENTENT PAS TOUJOURS UN EQUIPEMENT OU UN ETAT SATISFAISANTS**

L'état et la configuration des sanitaires sont très variables d'une unité à l'autre. En revanche, quelle que soit l'unité, les patients bénéficient de produits d'hygiène en nombre et en qualité suffisants.

### **6.2.1 Les sanitaires**

Qu'elles soient simples ou doubles, toutes les chambres ne disposent pas d'une salle de douche ni même d'un point d'eau. On peut distinguer la situation des unités remodelisées, d'une part, et celles des unités anciennes d'autre part.

#### **a) Dans les unités remodelisées**

Les chambres de ces unités disposent toutes d'un cabinet de toilette comprenant douche, WC et lavabo.

Des équipements pour personnes à mobilité réduite sont présents, ainsi qu'une ou plusieurs tablettes, une étagère, un miroir, et un porte-serviettes. Le flexible de douche peut être enlevé, au cas par cas, sur décision du médecin ou de l'infirmier. Ces locaux sont propres, fonctionnels, et bien entretenus.



*Salle d'eau dans une chambre individuelle (unité remodelisée)*

Les chambres d'isolement de ces unités sont également dotées d'un cabinet de toilette, mais les équipements sont spécifiques (cf. *infra* § 8.2).

Certaines de ces unités disposent de salles de bains collectives, en plus des salles d'eau individuelles. Les contrôleurs en ont visité une à l'unité « Symphonia », équipée d'une baignoire. Elle est accessible aux patients sur demande, l'après-midi, pour un bain relaxant. Ils en ont également visité une à l'UIAO, mais elle sert uniquement de lieu de stockage, notamment pour entreposer le linge d'un « vestiaire » constitué par les dons des soignants.

#### *b) Dans les unités anciennes*

Dans ces structures de conception plus vétuste, rares sont les chambres qui disposent d'une douche : aucune dans les unités « Prévert » et « Le Tremplin » ; une dans l'unité « Esquirol 2 » ; trois dans l'unité « Ariane ».

L'équipement de ces salles d'eau est différent d'une unité à l'autre et moins fourni que dans les unités modernes. Les portes de ces salles ne ferment pas de l'intérieur. Or dans ces unités, les portes des chambres ne sont pas équipées de verrous de confort. Ainsi, un patient peut surprendre un autre patient dans sa douche, ce qui n'est guère rassurant.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que, dans les unités où les chambres ne sont pas dotées de verrou, les quelques salles d'eau individuelles puissent être fermées de l'intérieur par le patient.***

Certaines chambres ne sont pas dotées de douches mais de WC ; six chambres sont ainsi conçues à l'unité « Prévert ».

La majorité des patients de ces unités doit donc utiliser des espaces collectifs :

- à l'unité « Esquirol 2 », huit patients se partagent deux salles de bains, dont une avec baignoire ;
- à l'unité « Prévert », tous les patients (vingt-quatre lits) se partagent trois salles d'eau, dont une avec baignoire ;
- à l'unité « Ariane », vingt et un patients (sur les vingt-quatre) se partagent trois salles d'eau, dont une avec baignoire ;

– à l'unité « Le Tremplin », il n'existe que deux salles de douches en commun.

Leur équipement est souvent daté et parfois sommaire (pas toujours de miroir ou d'étagère). En revanche, une attention particulière est portée à la propreté de ces locaux. A l'unité « Esquirol 2 », l'accès en fauteuil est périlleux compte tenu de l'étroitesse des portes et le travail des soignants est compliqué par l'inadaptation des locaux. Dans l'unité « Le Tremplin », l'une des salles de bains est en mauvais état : sol abîmé, présence de rouille, quelques éléments du carrelage cassés, fenêtres dont certaines ne sont plus occultées par un film plastique.



*L'une des deux salles d'eau communes de l'unité « Le Tremplin »*

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que les salles de bains communes des unités anciennes soient plus fonctionnelles, mieux équipées et, pour certaines, remises en état.***

Les horaires d'accès aux salles de bains collectives ont été fixés de manière restrictive. Ces salles sont en principe fermées (sauf à « Esquirol 2 ») mais les patients autonomes y sont très peu nombreux). Les créneaux sont en général de deux heures, tôt le matin (exemple : 6h30-8h30 à « Ariane »). Néanmoins, patients comme soignants ont indiqué aux contrôleurs qu'une certaine souplesse prévalait en la matière, ces salles étant souvent accessibles à la demande, pour s'adapter aux activités des patients (sport, sorties, etc.) ou faire face aux fortes chaleurs de l'été.

### 6.2.2 L'hygiène

Alors que le règlement intérieur est très directif, la pratique constatée apparaît judicieusement plus souple.

Le règlement intérieur prévoit en effet que « *les hospitalisés sont tenus d'apporter à l'hôpital leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir), leur linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc.)* » (p. 96). En réalité, un kit d'hygiène est fourni sur simple demande à la première admission (UIAO), puis dans certaines unités (« Colisée », par exemple). Le kit est complet : brosse à dents, dentifrice, gel douche, shampooing, mousse à raser, rasoir, peigne. Du linge est également disponible pour les plus nécessiteux, en particulier durant les premiers jours d'hospitalisation. Pour les séjours plus longs, d'autres solutions sont trouvées pour éviter aux familles de se déplacer : par exemple, pour les patients de l'unité « Apollinaire », les familles peuvent déposer du linge au CMP de Saint-Dié, l'hôpital se chargeant de le rapatrier à Mirecourt. Il est en outre possible d'acheter quelques produits d'hygiène et quelques effets vestimentaires de secours à la cafétéria.

De même, le règlement intérieur fixe la règle selon laquelle « *sauf cas particulier et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'entretien du linge est pris en charge par le malade ou sa famille* » (p. 96). Pourtant, des laveries existent dans certaines unités (UIAO, « Le Tremplin », « Ariane », notamment). Le fait de laver soi-même son linge présente des avantages évidents, en termes d'éducation à l'hygiène et de retour à l'autonomie des patients.

Même lorsque l'unité ne dispose pas de laverie, le lavage du linge est possible à la blanchisserie. Le délai est néanmoins de trois jours entre la remise et la récupération, ce qui est un peu long pour le patient. Les soignants des unités dans lesquelles les laveries ont disparu (en particulier les unités remodelées) déplorent la disparition de celles-ci.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que les solutions – opportunes – mises en place en matière de fourniture et de remise des produits d'hygiène et de linge figurent au règlement intérieur, dans les livrets d'accueil ou dans les règles de vie des unités.***

### **6.3 DES REPAS SONT PRIS EN COMMUN ENTRE LES PATIENTS SOUS LE REGARD DES SOIGNANTS**

Les repas sont pris en commun entre les patients dans toutes les unités. En principe, le patient qui souhaite prendre son repas en chambre n'y est pas autorisé. En revanche, sur prescription médicale, un patient particulièrement perturbé peut être servi en chambre (par exemple, unité « Artaud »).

Les repas arrivent dans les unités en provenance de la cuisine centrale, suivant le principe de la liaison froide. Les contrôleurs n'ont pas constaté de carence majeure en termes d'hygiène. Les patients rencontrés ont indiqué être plutôt satisfaits de la qualité et de la quantité des plats. Selon les soignants, les régimes alimentaires spécifiques sont pris en compte avec réactivité et sens de l'adaptation. Le contact avec la diététicienne du CH est d'ailleurs satisfaisant. Le service se fait à l'assiette. Dans certaines unités du pôle intersectoriel, les patients sont très assistés pour prendre leur repas, quasiment en individuel (un soignant pour un patient).

La configuration et l'état des salles à manger sont hétérogènes. Elles apparaissent bien décorées, lumineuses et fonctionnelles dans les unités remodelées. Elles peuvent présenter un aspect un peu défraîchi dans les unités les plus anciennes. Partout, on trouve des nappes, des couverts en inox, des assiettes et verres en principe incassables. Les places ne sont pas attribuées à l'avance, sauf à l'unité « Prévert ». Pour autant, l'emplacement à table de certains patients, notamment en soins de longue durée, est quasiment « *gravé dans le marbre* ».

Les horaires sont en principe fixes, et inscrits dans les règles de vie internes aux unités. Néanmoins, pour le petit déjeuner, c'est plutôt une heure maximale de service qui est indiquée (exemple : 9h30 à l'unité « Apollinaire »). Des goûters sont proposés dans la majeure partie des unités, autour de 16h. De même, les patients sont invités à boire une tisane le soir : elle a beaucoup de succès.

Les soignants ne prennent pas leurs repas en commun avec les patients, sauf à l'unité « Le Tremplin ». Dans cette unité de pédopsychiatrie, l'équipe fait du temps de repas un temps de convivialité et d'échange où les soignants parlent des sujets des enfants mais les intègrent aussi dans leurs préoccupations d'adultes. Dans les autres unités, les équipes réservent les repas patients/soignants aux activités thérapeutiques autour de la cuisine, comme à l'unité « Ariane » ou à l'unité de jour de « Chopin ».

## 6.4 LES MOYENS DE LUTTER CONTRE L'ENNUI SONT PEU INVENTIFS A L'INTERIEUR DES UNITES MAIS BEAUCOUP PLUS RICHES AU SEIN DES UNITES DE JOUR

Les activités non thérapeutiques, qui ne nécessitent pas l'intervention d'un soignant, ne sont pas particulièrement développées au sein des unités ; le patient qui voudra sortir de l'ennui devra plutôt sortir de l'unité, dans l'enceinte de l'hôpital ou à l'extérieur.

### 6.4.1 Les activités occupationnelles à l'intérieur des unités

La télévision peut être accessible en chambre – ce n'est pas très fréquent, et le patient est alors propriétaire de son téléviseur (cf. *supra* § 6.1.2) – mais elle est surtout utilisée dans des salons TV. Chaque unité est en effet dotée d'un à deux salons de télévision, dans lesquels les patients disposent de la télécommande et choisissent leur programme. Les horaires d'accès à ces salons dépendent des unités : la fermeture a lieu plus tôt dans les unités où sont hospitalisés les patients les plus déficitaires, en début de nuit pour les autres, sans qu'ils n'apparaissent par trop rigides. Il est notamment permis au patient de terminer de regarder son programme.

Les autres activités proposées au sein des unités sont ordinaires : jeux de société, jeux de cartes, bibliothèques dans certaines unités (« Colisée », par exemple, mais située en zone administrative, loin de la zone de vie), quelques baby-foot. De trop rares unités bénéficient du renfort d'un soignant de journée (« Symphonia ») ou d'une animatrice (« Ariane ») à cette fin. Des activités autour de la cuisine et de la restauration sont de temps en temps organisées dans plusieurs unités : barbecue dans le jardin (« Artaud »), cuisine (« Prévert »), parfois à la frontière avec une activité thérapeutique. Au total, l'offre est assez limitée pour les patients, ce qui paraît préjudiciable à ceux qui sortent peu (parce qu'ils bénéficient de soins sans consentement, ou parce que leur mobilité est très réduite, comme à « Esquirol 2 »).

#### **Recommandation**

*L'offre d'activités occupationnelles au sein des unités doit être étoffée.*

L'unité « Le Tremplin » dispose d'une salle de musique et d'une salle de défoulement en plus des espaces classiques. Les jeunes patients peuvent être autorisés à aller seuls en salle de musicothérapie pour jouer de la musique. Un patient jouait d'ailleurs de la guitare électrique pendant la visite des contrôleurs. La salle n'est pas en accès libre néanmoins. A l'étage, il existe également une salle de défoulement (sac de frappe, quelques appareils de musculation) régulièrement utilisée mais assez sale, le tout dans des locaux vétustes et très dégradés (plâtre qui tombe, accès encombré par des archives).

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que la salle de défoulement de l'unité « Le Tremplin » soit régulièrement nettoyée. Si son intérêt n'est pas remis en cause, sa localisation dans un étage non utilisé du bâtiment, vétuste et dégradé, pose également question. A minima, l'escalier et l'accès à cette salle doivent être propres et dégagés.***

Les contrôleurs n'ont pas vu de salle de sport ou de gymnastique à l'intérieur des autres unités.

### 6.4.2 Les sorties aux objectifs variés à l'extérieur des unités

Dans le parc, les patients qui sont libres d'aller et venir peuvent profiter des immenses espaces verts, remarquablement entretenus, d'un mini-golf et d'une cafétéria. Cette dernière est vaste



mais pourrait être rafraîchie et proposer davantage d'activités collectives elle aussi. Le gymnase est ancien et n'est pas en accès libre.

L'accès à la salle informatique s'effectue sur réservation. Un atelier informatique est placé sous la responsabilité d'une animatrice. Les patients qui le désirent peuvent individuellement, à leur demande, accéder à un ordinateur du service informatique.

Dans les unités du pôle intersectoriel, ces sorties nécessitent souvent un accompagnement. A l'unité « Ariane », la moitié des patients est ainsi menée chaque après-midi à la cafétéria. L'activité n'est supprimée qu'en cas de sous-effectif du personnel (une à deux fois par mois). A « Symphonia », l'accompagnement est systématique et très individualisé. Les patients qui ne disposent pas de visites et de sorties familiales sont prioritaires pour sortir, souvent pour une simple balade dans le parc, à leur rythme. En raison de leurs problèmes de mobilité, seulement deux patients d' « Esquirol 2 » sortent de temps en temps de l'unité.

Les patients autorisés peuvent également aller en ville, soit à pied (mais la distance nécessite une bonne condition physique), soit par un bus gratuit qui dessert régulièrement plusieurs « stations » au sein du CH. Accompagnés ou non, ils peuvent ainsi faire une promenade beaucoup plus longue, réaliser quelques emplettes, se rendre à la trésorerie, à *La Poste*, etc.

### **Bonne pratique**

*L'hôpital organise, par une navette gratuite plusieurs fois par jour, le transport des patients vers la ville de Mirecourt. Ce fil assez libre avec la vie extérieure permet à ces derniers à la fois de lutter contre l'ennui et de favoriser une certaine autonomie.*

Enfin, la dynamique association FESTICOM, animée par des agents, organise régulièrement des activités occupationnelles, sur inscription. Les soignants sont très présents pour inscrire leurs patients. Il y a une à deux activités de ce type par mois (barbecue, karaoké, dancing, cinéma etc.). Elles connaissent un franc succès.

## **6.5 LES BIENS ET VALEURS QUE LES PATIENTS CONFIENT A L'HOPITAL FONT L'OBJET D'UNE GESTION EFFICACE AVEC TOUTEFOIS DES DIFFERENCES INJUSTIFIEES ENTRE UNITES**

A leur arrivée à l'hôpital, il est proposé aux patients de remettre leurs biens et valeurs : argent liquide, carte bancaire, chéquier, bijoux, effets personnels.

Cet inventaire est en principe réalisé à la banque de l'hôpital, ouverte jusqu'à 16h du lundi au vendredi. Une fois réalisé contradictoirement, il est contresigné par le régisseur et le patient. Il est édité en trois exemplaires : un pour le patient, un pour l'antenne du Trésor public de Mirecourt, un pour la banque.

En dehors des heures d'ouverture de la banque, ou si le patient est dans l'impossibilité de s'y déplacer, un inventaire est également réalisé à l'arrivée par un agent administratif du bureau des entrées ou par un infirmier de l'UIAO, qui disposent chacun d'un coffre dans leur service. Aucune copie n'est faite pour le patient à ce stade. Ce n'est que le premier jour ouvrable suivant que les biens sont récupérés dans les deux coffres concernés et remis à la banque. L'inventaire est alors réalisé de façon contradictoire et édité en trois exemplaires.

Dans tous les cas, le patient peut demander à ne pas conserver sur lui son inventaire : il est alors placé dans son dossier, au sein de son unité.

Une fois par semaine, tous les biens déposés en banque sont apportés à l'antenne du Trésor public de Mirecourt.

En cours d'hospitalisation, la gestion des biens est assez fluide. Le patient, muni de son inventaire, peut récupérer ce dont il est propriétaire quand il le souhaite. S'il s'agit d'objets (bijoux, par exemple), il doit aller à la Trésorerie de Mirecourt, le cas échéant, accompagné. S'il s'agit d'argent liquide, il doit s'adresser à la régie du CH pendant les heures de bureau. Les retraits sont possibles jusqu'à 1 500 euros. Il est mis à disposition de chaque patient une sorte de chéquier pour retirer de l'argent. Si le patient ne peut pas se déplacer, un soignant le représente. La signature du patient et celle du soignant mandaté sont alors nécessaires pour retirer l'argent. Le soignant revient de la banque avec l'argent liquide du patient sur lui, lui donne cet argent à son retour à l'unité, mais ne lui fait rien signer. En cas de contestation (notamment si le patient prétend que le soignant ne lui a jamais remis l'argent), il n'y a aucune preuve de cette remise d'argent, ce qui semble regrettable.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que, lorsqu'un patient ne peut se déplacer jusqu'à la régie de l'hôpital pour un retrait d'argent et qu'il mandate un soignant pour le faire à sa place, une procédure soit mise en œuvre afin que le soignant, de retour au sein de l'unité, remette les espèces au patient contre signature.***

Le règlement intérieur ne fait pas état d'une limitation de la somme d'argent que peuvent conserver sur eux les patients. La question du vol ne semble d'ailleurs pas constituer un sujet de préoccupation pour les soignants. Néanmoins, au sein de certaines unités, des limitations existent – 5 euros à « Esquirol 2 » ; 20 à 50 euros à « Ariane » – mais elles ne sont pas indiquées dans les règles de vie. En tout état de cause, les cadres de santé ne conservent jamais l'argent des patients dans leur bureau.

Dans certaines unités, des objets sont retirés systématiquement : ceintures (UIAO), briquets (« Ariane »), rasoirs et bombes aérosols (« Artaud »). S'agissant du téléphone, chaque unité à sa propre règle (cf. *supra* § 5.4.2). Par ailleurs, dans toutes les unités, des objets non concernés par une interdiction systématique peuvent néanmoins être retirés au cas par cas, sur décision médicale et en fonction des risques inhérents à chaque patient. Enfin, dans l'unité « Symphonia », on peut considérer que l'ensemble des objets est retiré puisque les placards sont fermés à clef et que seuls les soignants possèdent cette clef (cf. *supra* § 6.1.2).

Ces différences entre unités peuvent surprendre. Les soignants que les contrôleurs ont rencontrés n'ont pas particulièrement justifié ces écarts, même lorsque les unités sont comparables (ex. : Artaud vs. Apollinaire). Par ailleurs, ces interdictions ne sont pas toujours mentionnées dans les livrets d'accueil ou les règles de vie des unités.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que l'hôpital élabore une politique globale quant au retrait éventuel des biens des patients pour rendre plus cohérentes les pratiques constatées dans les unités. Ces restrictions doivent par ailleurs figurer clairement dans les règles de vie des unités.***

Enfin, la gestion des biens des patients protégés n'appelle pas d'observation particulière. Le tuteur alimente le compte du patient en direct, à la Trésorerie (dépôts physiques ou virements à distance ; le virement électronique est autorisé). Selon les soignants, les tuteurs sont assez prompts à réagir pour alimenter les comptes. Les patients rencontrés ne s'en plaignent pas.

## 6.6 LA SEXUALITE DES PATIENTS EST UNE QUESTION TOUJOURS EN SUSPENS

La sexualité des patients est un sujet peu – voire mal – traité au CH de Ravenel. L'un des psychiatres chef de pôle a reconnu lors d'un entretien que ce sujet n'était pas investi : « *On met un peu une chape de plomb sur cette question* ».

De fait, il n'existe pas de règles explicites relatives à la sexualité des patients, à l'exception de l'unité « Chopin », dans laquelle les règles de vie précisent que « *les relations sexuelles sont interdites* » (cf. *supra* § 5.1.2). Même si une unité est un lieu de soins, une telle interdiction générale est une violation des libertés fondamentales des patients<sup>11</sup>. Les soignants de cette unité n'ont pu expliquer pourquoi cette interdiction figurait au règlement intérieur et ont indiqué qu'il allait être mis à jour.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat de veiller à ce que le règlement d'une unité ne puisse proscrire les relations sexuelles des patients de façon générale, les règles de vie de l'unité « Chopin » devant être modifiées en ce sens.***

Sans que les règles de vie des autres unités soient aussi explicites, le principe de l'interdiction se déduit de celles en vigueur à l'unité « Apollinaire » – « *L'accès à d'autres chambres que la vôtre est interdit* » – ou de la pratique de l'unité « Symphonia » où les portes des chambres sont fermées. Dans d'autres unités, les contrôleurs ont constaté des positions beaucoup plus libérales : à « Esquirol 2 », par exemple, les relations sexuelles sont autorisées dans les chambres avec le conjoint sauf avis médical contraire. De même, dans certaines unités, sont quelquefois organisées des « visites sexuelles » dans les salons visiteurs à l'entrée de l'unité : les ouvrants sont alors occultés, en concertation entre le patient, le conjoint, et les soignants.

A l'unité « Prévert », une chambre a été spécialement aménagée pour qu'un couple de patients puisse avoir des moments d'intimité. La sortie d'un patient a même été organisée à l'hôtel par une équipe soignante, afin qu'il puisse avoir un rapport sexuel avec son épouse dans un cadre plus adapté.

En l'absence de règles et de réflexion institutionnelle, les soignants sont livrés à eux-mêmes quant au positionnement à adopter, qu'il s'agisse des relations sexuelles entre patients ou des relations sexuelles entre patients et conjoints. Certains infirmiers et aides-soignants qui travaillent la nuit ont été interrogés par les contrôleurs. S'ils surprennent deux patients en plein acte sexuel, aucun n'a la même réaction : certains font comme s'ils n'avaient rien vu ; d'autres interviennent immédiatement ; d'autres encore laissent le rapport sexuel aller jusqu'à son terme mais reprennent la situation avec les patients à l'issue.

Le souci des soignants tient plus souvent au caractère inapproprié des pratiques (vulnérabilité de certains patients, caractère éclairé du consentement) qu'au respect d'une liberté.

Lorsqu'il est possible d'anticiper (patients érotomanes ; pervers sexuels ; femmes très vulnérables), les équipes échangent en synthèse sur l'opportunité de certaines mesures préventives : placement en chambre individuelle, fermeture de la porte la nuit, le cas échéant, pour un patient potentiellement très actif. De même, les constats opérés, notamment pendant la nuit, sont rapportés dans les temps d'échange quotidiens ou hebdomadaires.

---

<sup>11</sup> La cour administrative d'appel de Bordeaux (Gironde) a annulé le règlement intérieur du centre hospitalier de Cadillac, qui interdisait les relations sexuelles entre patients de manière indifférenciée au sein d'une unité de soins (CAA Bordeaux, 6 novembre 2012).

Pour autant, les décisions tardent parfois : une agression sexuelle entre patients est à déplorer récemment à l'unité « Ariane », sans que cet incident n'ait fait l'objet d'un véritable retour d'expérience partagé avec les soignants, pour tenter d'éviter la reproduction de tels faits.

Les patients ne bénéficient pas d'un libre accès aux préservatifs. Le distributeur de préservatifs masculins de la cafétéria a été enlevé, faute de rentabilité selon le prestataire privé. Un médecin a même dû faire une prescription pour un patient de l'unité « Artaud » afin qu'il ait des préservatifs.

Le sujet de la sexualité est donc plutôt appréhendé du point de vue de la santé publique. Mais là encore, les informations sur la contraception ou les maladies sexuellement transmissibles ne sont pas systématiques, faute notamment d'harmonisation des pratiques entre les unités. Par ailleurs, les patients au temps d'hospitalisation très long ne peuvent plus bénéficier de consultations gynécologiques sur le site, alors que cela était encore possible auparavant dans l'espace médical.

### **Recommandation**

*L'hôpital devrait mener une réflexion institutionnelle sur toutes les questions relatives à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles mais aussi les impératifs de santé publique.*

## **6.7 POUR REpondre A LA SUR OCCUPATION, LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT UTILISEES ET DES TRANSFERTS ENTRE UNITES D'ADMISSION SONT PRATIQUES**

Le CH de Ravenel est régulièrement confronté à des pics d'occupation. Ces difficultés touchent l'unité d'accueil (UIAO) et les unités sectorielles d'admission. Elles ne concernent pas les unités du pôle intersectoriel qui sont des unités de soins de longue durée n'accueillant qu'en provenance des unités sectorielles. Par conséquent, si une unité du pôle API est occupée à 100 %, le patient qui doit y être orienté patientera dans son unité d'admission jusqu'à ce qu'une place se libère.

Lors de leur arrivée, des patients en surnombre peuvent rester la journée dans la salle commune de l'UIAO, en attendant qu'une chambre soit libérée dans leur unité d'accueil, voire dans une autre. Mais ils n'y passent jamais la nuit. La sur occupation chronique est ensuite régulée de deux façons au CH : d'une part, en utilisant les chambres d'isolement, d'autre part, en effectuant des transferts entre unités d'admission même si elles sont en théorie sectorielles.

### **6.7.1 L'utilisation de chambres d'isolement comme chambres ordinaires**

Les unités d'admission disposent toutes d'une chambre d'isolement. Ces chambres sont régulièrement utilisées comme vingt-sixième lit. La pratique est quasi quotidienne à « Artaud » où cette chambre est utilisée beaucoup plus souvent comme chambre ordinaire que comme chambre d'isolement. Elle est régulière à l'unité « Colisée » : lors de leur visite, les contrôleurs ont constaté qu'un patient y était présent du vendredi précédent au mardi après-midi. A peine la chambre d'isolement libérée, une nouvelle patiente y était affectée. A l'UIAO, lorsque l'unité est pleine et qu'il n'est pas possible d'affecter immédiatement le patient qui vient d'arriver dans une unité d'admission, la chambre d'isolement peut servir de chambre ordinaire.

Dans ces hypothèses, la situation est expliquée au patient et la porte de la chambre d'isolement est laissée ouverte. En revanche, les patients ne reçoivent pas toujours d'information sur la durée prévisionnelle de cette affectation et son issue.

### 6.7.2 Les transferts entre unités d'admission

En dépit de leur caractère sectoriel, les unités d'admission se répartissent la sur occupation une fois exploitée la solution de la chambre d'isolement. Certaines unités reçoivent ainsi beaucoup de patients « hors secteur ». A l'unité « Colisée », cinq patients n'étaient pas issus de l'Ouest-Vosgien au jour du contrôle, soit 20 % des patients de l'unité. Inversement, aucun patient de cette région n'était affecté dans une autre unité d'admission, ce qui paraît cohérent. L'hôpital essaie en effet de ne pas pratiquer les affectations croisées. Lorsqu'il est de nouveau possible d'affecter le patient sur l'unité correspondant à son secteur géographique, il est transféré.

Les patients « hors secteur » sont en principe suivis par le médecin du pôle correspondant à leur secteur géographique. Par conséquent, les médecins d'autres pôles viennent régulièrement dans les unités qui accueillent ces patients en surnombre.

Dans ses observations, le directeur de site indique que ces patients sont toujours « *pris en charge par le médecin de l'unité où ils sont hospitalisés* », ce qui n'est pas conforme aux déclarations des soignants auprès des contrôleurs. Il n'existe sans doute pas de pratique unique sur ce point.

#### **Recommandation**

*L'utilisation des chambres d'isolement comme chambres hôtelières en cas de sur occupation pour pallier le déficit de lits doit être proscrite.*

## 7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

### 7.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EST MARQUEE PAR DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES NOMBREUSES ET VARIEES QUI TEMOIGNENT DE LA FORTE IMPLICATION DES EQUIPES SOIGNANTES DANS LES PROCESSUS DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

L'organisation des soins psychiatriques reste marquée par le contexte historique de grande capacité d'accueil de l'hôpital de Ravenel, qui a compté jusqu'à 1 500 patients dans les années 1965 : espaces démesurés, structures hôtelières vieillissantes, lieux de vie pour une importante population de malades porteurs de pathologies chroniques en mal de structure d'hébergement, sont autant de facteurs qui impactent les projets de soins.

De manière relativement uniforme, les projets de service sont en réflexion et en passe de réécriture au regard de la restructuration des unités et du plan de retour à l'équilibre de l'établissement.

#### 7.1.1 L'organisation générale

Les psychiatres sont présents dans les services avec les internes ; les patients sont vus régulièrement, de manière quotidienne, pendant la période d'observation puis de manière plus espacée.

Les patients ont des infirmiers référents dans la plupart des unités. Il existe des liens forts avec les unités extra hospitalières : centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, appartements thérapeutiques pour le secteur des Vosges-centrales.

Les réunions de synthèse sont également présentes dans toutes les unités avec, pour beaucoup, la participation d'un membre du personnel de l'extra hospitalier.

Les psychologues sont présents dans toutes les unités et participent aux différentes réunions et activités.

Les assistants sociaux assurent la continuité entre les unités d'hospitalisation et les unités de prise en charge en extra hospitalier dans les mesures de protection des biens et dans les recherches de logements. L'ensemble des assistants sociaux de l'établissement se réunit une fois par mois pour partager les informations. Un des représentants au cours d'une rencontre avec un contrôleur a déploré le manque de politique commune au sein de l'établissement et l'aspect parfois « cloisonné » des prises en charge d'un secteur sur l'autre.

Les hospitalisations sans consentement représentent un quart des hospitalisations et il n'est pas apparu de différences significatives dans la prise en charge de ces patients.

#### 7.1.2 Les soins en unité intersectorielle d'accueil et d'orientation

La durée de séjour à l'UIAO est courte. Elle traite de la crise, avec parfois des sorties rapides, et oriente vers les unités de psychiatrie générale en fonction du secteur. L'équipe des infirmiers référents droits des patients informe le patient sur le mode d'hospitalisations (cf. *supra* § 3.1).

#### 7.1.3 Les soins dans les unités de psychiatrie générale

L'offre de soins y est similaire même s'il existe quelques singularités liées à l'histoire du pavillon, à la personnalité des chefs de service et aux spécificités des structures du secteur géographique,

comme par exemple l'existence de places en appartements thérapeutiques pour le seul secteur des Vosges-centrales.

Les patients ont le plus souvent un infirmier référent ; ils ont peu le choix du médecin au regard du faible nombre de praticiens.

Très rapidement, ils se voient proposer, sur indication médicale des activités thérapeutiques nombreuses et variées. Chaque secteur possède une unité dite de jour, distincte de l'unité d'hospitalisation, avec une équipe spécifique comprenant des infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, moniteur-éducateur, musicothérapeute : l'unité TERANGA pour le pôle des Vosges-centrales, Agora pour le pôle de l'Ouest Vosgien, Altaïr pour le pôle de la Déodat, Antinea pour le pôle de Remiremont et ses vallées.

Les activités thérapeutiques sont multiples et répondent à un projet spécifique rédigé. A titre d'exemple, peuvent être citées les activités suivantes : musicothérapie ou « miroir sonore », gymnastique douce, relaxation, percussions, atelier culinaire, atelier d'art-thérapie avec poterie, peinture, sortie piscine, achats pour l'atelier culinaire. Diverses, les activités sont différentes d'une semaine sur l'autre, le planning étant affiché dans les services. Elles témoignent d'une volonté de soin et d'accompagnement dans un retour à une vie ordinaire loin de l'hôpital. Elles ont également valeur d'évaluation et d'anticipation pour l'indication des soins proposés sur le secteur extra hospitalier.

Ce dispositif est menacé de fermeture ou de restructuration par les mesures proposées dans l'audit effectué en décembre 2017 dans l'analyse d'un plan de retour à l'équilibre financier de l'hôpital (cf. *supra* § 2.3).

### **Bonne pratique**

*La prise en charge individualisée, dans laquelle les activités thérapeutiques effectuées dans les unités de jour tiennent une large part, accompagne les patients dans leur projet de sortie.*

#### **7.1.4 Les soins dans les unités d'hospitalisation au long court**

Les patients porteurs de pathologies psychiatriques chroniques ont très souvent des pathologies somatiques lourdes et invalidantes. Dans leurs projets de soins, la priorité est donnée aux soins somatiques.

Le soin est très individualisé pour chaque patient. A titre d'exemple, un patient aveugle, qui a compensé son handicap par une ouïe très fine, a besoin de s'isoler des autres ; un autre qui vit nu et souvent souillé, mange tout ce qu'il trouve ; un troisième qui cherche à casser tous les équipements mis à sa disposition n'a que très peu accès à une vie sociale.

Les patients accueillis dans les unités « Symphonia » et « Esquirol 2 » relèvent de soins en maison d'accueil spécialisée, structure qu'ils devraient intégrer d'ici 2021 ou 2022.

## **7.2 LE DEFICIT DE TEMPS MEDICAL LIMITE L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES**

Le déficit en temps médical – 0,7 ETP pourvu pour 2 ETP prévus et une perspective de 0,5 ETP dans les mois à venir – a été, tout au long de la visite des contrôleurs, dénoncé comme une des préoccupations majeures de l'établissement. Cette inquiétude est alimentée par le constat de pathologies somatiques lourdes dans une population vieillissante et hospitalisée au long court.

Les consultations médicales sont réalisées dans les unités ou dans la maison des spécialités.

### 7.2.1 La maison des spécialités

Il s'agit d'un vaste bâtiment, accolé à la pharmacie en position centrale qui a été et qui reste le lieu des consultations médicales de médecine générale et de spécialités.

#### a) Le médecin généraliste

Il consulte avec l'aide de deux infirmiers qui l'accompagnent, pratiquent les prélèvements sanguins et effectuent les électrocardiogrammes (ECG). Cet examen est prescrit systématiquement à chaque patient. Le médecin intervient sur demande dans les services.

Pour la réalisation des ECG, les patients se rendent seuls depuis les différentes unités ou sont accompagnés par des infirmiers selon leur degré de mobilité ou leur statut d'hospitalisation. Si le patient est en chambre d'isolement, l'examen est pratiqué par un des infirmiers au moyen d'un appareil portable. L'UIAO possède également un appareil

Les ECG réalisés par les infirmiers sont adressés au cardiologue situé à Vittel (Vosges). Les ECG faits par les médecins sont lus par eux-mêmes sauf s'ils repèrent une anomalie, auquel cas il est demandé conseil au cardiologue.

Les résultats des examens biologiques sont réceptionnés à la maison des spécialités et transmis dans les services où sont hospitalisés les patients et où ils sont visés par les médecins généralistes ou les psychiatres.

#### b) Les spécialistes

Le bâtiment est composé de nombreux cabinets de consultation de spécialistes : gynécologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, radiologie, cardiologie. Ces différents locaux témoignent d'un temps révolu d'activité médicale diversifiée et importante. A ce jour, la majorité de ces cabinets sont désaffectés et inutilisés. Petit à petit, les temps de présence des praticiens se sont raréfiés jusqu'à disparaître.

L'accueil est assuré par une secrétaire et un infirmier accueille les personnes qui viennent pour les quelques consultations restantes :

- un ophtalmologue vient une demi-journée toutes les trois semaines exclusivement pour les patients hospitalisés ;
- un pédicure est présent pour les patients hospitalisés tous les lundis après-midi ;
- un dermatologue assure une consultation privée tous les jeudis après-midi. Aux dires du personnel présent, les patients de l'établissement n'ont pas d'accès à cette consultation.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que les médecins spécialistes, hébergés par l'hôpital pour leur activité privée, offrent des plages de consultation pour les patients hospitalisés.***

Dans ses observations, le directeur de site indique que le dermatologue « *prend en consultation les patients du CH Ravenel. 21 patients hospitalisés ont été vus au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2018* ».

### 7.2.2 Des pathologies somatiques lourdes

Elles sont corrélées au nombre élevé de patients en soins prolongés parfois depuis plusieurs années, comme dans le pavillon Ariane où un patient séjourne depuis 1992.

Dans les unités Symphonia, Esquirol 2 et Prévert, la présence du médecin généraliste n'est que de deux demi-journées par semaine alors que la demande est importante.



Les pathologies chroniques comme des cancers ou le diabète, nécessitent des suivis réguliers, qui ne peuvent être assurés correctement dans ces conditions. Il est dénoncé des retards dans les consultations qui, par défaut, sont effectuées par l'interne de garde car les consultations spécialisées réalisées à l'extérieur demandent des délais importants et une organisation conséquente avec accompagnement : il faut parfois aller jusqu'à Epinal pour avoir une consultation dentaire, soit une trentaine de kilomètres.

### **Recommandation**

*L'établissement doit se donner les moyens de recruter un médecin généraliste ou de développer un réseau de correspondants de proximité afin d'assurer les soins somatiques élémentaires pour une population vieillissante et souvent lourdement handicapée.*

Dans ses observations, le directeur de site fait part du recrutement, à la date du 1<sup>er</sup> août 2018, d'un médecin généraliste à 40 % d'ETP et de l'accord d'un second avec compétences d'urgentiste pour un poste de praticien temps plein à compter de septembre 2018.

## 8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE HOSPITALISEE

### 8.1 L'UNITE INTERSECTORIELLE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION VISE A OFFRIR LES CONDITIONS D'UN APAISEMENT APRES LA TOURMENTE DU PASSAGE PAR LES SERVICES D'URGENCE

L'unité intersectorielle d'accueil et d'orientation (UIAO) remplit un rôle de limitation de l'hospitalisation, dans la mesure où les personnes admises au CH y passent pour une période d'observation qui ne sera pas nécessairement suivie d'un séjour dans une unité, soit parce que la crise est passée et ne le justifie plus, soit parce qu'elles vont être orientées ailleurs.

Cette unité peut recevoir également à tout moment de la journée et des week-ends des patients venus pour de simple consultation, cet accueil de patients conscients de la nécessité d'une aide psychiatrique permet aussi une orientation extra hospitalière.

#### 8.1.1 L'arrivée

Certains patients suivis en ambulatoire et dont l'hospitalisation est programmée sont admis directement dans l'unité de leur secteur. Les autres, la majorité, commencent leur séjour par un passage dans l'UIAO.

La plupart de ces derniers sont adressés par les services des urgences des hôpitaux généraux du département : Epinal, Vittel, Neufchâteau, Remiremont et Saint-Dié. L'admission peut se faire éventuellement après un entretien téléphonique avec le psychiatre du CH. La « psychiatrie de liaison », peut également se rendre au CHG ; il s'agit de personnes détachées du CMP, plutôt des infirmiers mais également des psychiatres, qui donnent un avis sur l'opportunité de l'hospitalisation ; le cas échéant, l'urgentiste rédige le certificat médical fondant la décision d'admission en soins sans consentement. Il a été indiqué que les motifs de certains certificats sont impropres à leur finalité : ex : « *sevrage d'alcool* ».

La personne est transportée en véhicule sanitaire léger.

Il a été relaté qu'à l'arrivée, des patients en SPDT-PI ou SPDT pensent qu'ils viennent pour une simple consultation, l'urgentiste ne les ayant pas prévenus « *par peur de se faire défoncer son service* ».

Les patients sont rarement attachés pour le trajet ; dans le cas contraire, ils le sont alors, sédatisés (obligation légale). Il arrive néanmoins que des patients soient contenus sans être sédatisés. Il a été indiqué que les médecins du CH sont plus soucieux de rigueur dans le respect des procédures que leurs confrères des CHG. Ayant constaté qu'une patiente en soins libres avait été contentionnée pour le trajet, le médecin de l'UIAO a demandé, après coup, un certificat d'admission au CHG.

Les patients qui sont conduits par les gendarmes sont parfois menottés.

Plus rarement, les patients peuvent être conduits par leur famille ou même arriver seuls.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que des sensibilisations soient conduites auprès des services d'urgence des hôpitaux généraux du département pour permettre que le passage des patients dans ceux-ci et leur transport vers le CH se déroulent plus sereinement.***

### 8.1.2 Le passage dans l'UIAO

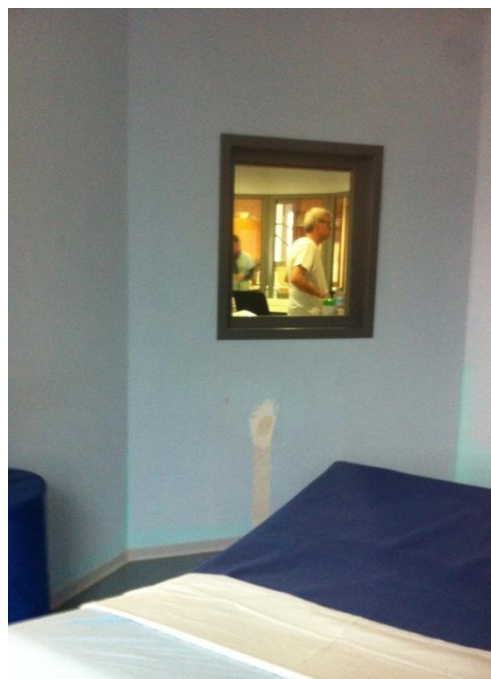
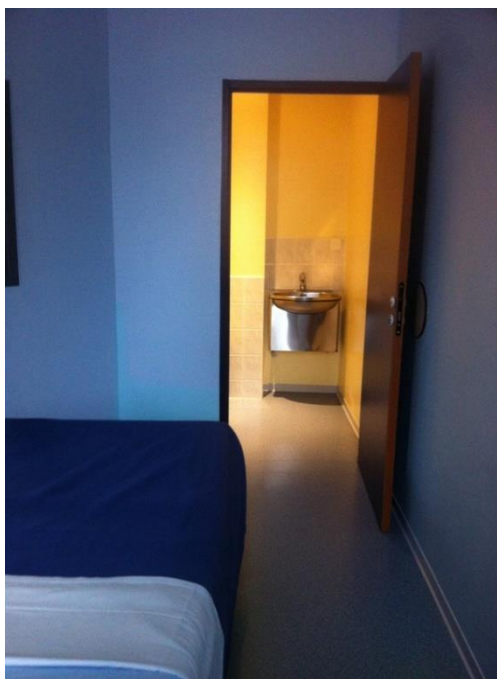
#### a) Les locaux

L'unité est installée dans le bâtiment abritant les services administratifs. Elle dispose de trois accès, l'un communiquant avec le bureau des entrées.

Les six chambres sont réparties de part et d'autre d'un large couloir qui, à une extrémité, s'évase en un large espace commun. Celui-ci comporte un coin cuisine, servant de lieu de repos au personnel soignant, un coin salon – meublé de deux canapés, quatre fauteuils et d'un grand téléviseur, un coin réfectoire pour les patients, meublé d'une table, insuffisante pour tous les patients ; pendant les repas elle est complétée par celle qui est dans le coin repos du personnel.

Le poste de soins, vitré depuis la mi-hauteur, permet la surveillance de l'espace commun.

Une chambre d'isolement (CI) est installée à son arrière, desservie par un petit couloir aboutissant à une porte extérieure, qui tient lieu de sas d'accès. La CI comporte un autre accès, une fenêtre opacifiée et fermée ; un fenestron donne directement dans le poste de soins, il peut être masqué depuis ce dernier. Un cabinet de toilette attenant offre un WC et un lavabo en inox. La porte, qui donne sur le couloir comporte un vitrage qui permet depuis l'extérieur de voir à l'intérieur. En principe, ce sas est fermé quand la CI est occupée.



*Chambre d'isolement de l'UIAO*

Le couloir reprend pour desservir les bureaux des médecins et, à son extrémité, la porte donnant sur le bureau des entrées. Près du coin cuisine, une pièce sert de fumoir.

Toutes les chambres sont individuelles, l'une d'entre elles est adaptée aux personnes à mobilité réduite avec un lit médicalisé. Les chambres sont meublées d'un lit surmonté d'une liseuse, d'une table de chevet, d'une table abattante, d'un fauteuil et d'un grand placard équipé d'étagères ; les fenêtres ne peuvent être ouvertes par l'occupant et sont opacifiées jusqu'à 1,80 m de hauteur mais laissent voir l'extérieur. Les murs sont peints en bleu pâle, le mobilier est bleu et en bois.

La salle d'eau attenante offre un WC, une vasque surmontée d'un miroir, une douche dont le flexible peut être enlevé sur décision médicale ou infirmière. La porte de la chambre ferme à clef de l'intérieur, les patients ne peuvent y être enfermés.

L'accès aux chambres est libre, ainsi qu'à tout l'autre local puisque, en pratique, il n'y a qu'une pièce.

Ces locaux sont agréables mais trop exigus, notamment l'absence de cour est pénalisante pour les patients et l'absence de salle de repos pour les soignants rend le travail un peu pénible en raison de la constante proximité avec les patients. Mais en contrepartie, ceux-ci sont en observation permanente.

### *b) L'accueil*

Le patient est accueilli dans la salle commune par un soignant (aide-soignant ou infirmier). Il lui est expliqué que le séjour à l'UIAO est transitoire. Les règles de vie lui sont précisées, elles sont affichées à l'intérieur de la porte de chaque chambre.

L'inventaire contradictoire de ses effets est fait dans la chambre qui lui est affectée. Les objets dangereux (cordons, ceinture etc.) lui sont retirés. Jusque trois jours avant la visite des contrôleurs, le téléphone était retiré. Il est désormais laissé sauf avis médical. *A priori*, les briquets et cigarettes ne sont pas retirés. Le pyjama n'est imposé qu'en chambre d'isolement.

La feuille d'inventaire n'est pas remise au patient, elle est placée dans le dossier et le suit donc dans le service de prise en charge.

Les patients en soins sans consentement ont, en principe, été vus auparavant par un généraliste dans le service des urgences de l'hôpital général ; un examen somatique par un généraliste est effectué à l'UIAO, si possible dans les 24 heures de leur admission.

Les informations relatives au statut de patient admis en soins sans consentement sont données par les deux agents *ad hoc* qui viennent dans la journée (en semaine) et donnent le livret d'accueil. Ils ont ici un rôle important puisqu'en général, c'est ici que le patient est informé de la mesure de soins sans consentement.

Les soignants de l'unité n'ont pas reçu de formation pour les suppléer.

### *c) Le rythme de vie*

Le séjour dans l'UIAO est destiné à l'observation du patient en vue de son orientation, voire de sa sortie sans prolongation du séjour dans une autre unité si la crise est passée et que l'état clinique ne le nécessite pas. Le rythme de vie est donc organisé de façon à remplir cet objectif et à apaiser des heures qui ont précédé l'entrée.

Chaque patient a chaque jour un entretien médical, le certificat des 24 heures est toujours rédigé alors que le patient est à l'UIAO. Si le séjour s'y prolonge, celui des 72 heures le sera aussi.

L'équipe de soignants présents comporte toujours au moins un infirmier et un aide-soignant.

Les patients sont réveillés en leur annonçant l'heure, parfois on les laisse dormir, surtout s'ils sont entrés au cours de la nuit.

Le petit déjeuner est servi dans la salle, quand les patients le souhaitent puis, à 12h déjeuner, 16h collation (boisson chaude ou sirop et gâteau sec) et 19h dîner.

Aucune activité n'est organisée mais des jeux (cartes, Triomino®) sont à la disposition des patients qui jouent entre eux et avec un soignant si l'un est disponible.

L'unité est fermée. Il a été indiqué que les patients en soins libre peuvent sortir sur décision médicale ; les patients en soins sans consentement peuvent également sortir sur décision médicale, s'ils sont accompagnés par un soignant ou par la famille.

Faute de cour et d'accès à l'extérieur, une petite salle – donnant comme toutes les autres sur la salle commune près de l'entrée – a été aménagée en fumoir, avec quatre chaises et une VMC très forte. Des substituts nicotiniques sont proposés.

Le séjour à l'UIAO est destiné à permettre la redescende d'une crise et éviter, éventuellement une hospitalisation plus longue. Les soignants sont sensibilisés à cette situation. Cependant, le nombre des entrées ne permet pas toujours la disponibilité nécessaire à cette mission, l'exiguïté des locaux, le manque d'espaces extérieurs ne sont pas propices à un apaisement. Si les entrées sont nombreuses, les patients ne peuvent pas toujours prolonger le séjour à l'UIAO le temps qui leur serait nécessaire. L'unité compte parfois plus de patients présents que de lits – y compris la chambre d'isolement qui peut être utilisée comme chambre ordinaire – les patients en surnombre attendent donc dans la salle commune leur transfert dans l'unité où un lit est disponible.

Lorsque la sortie de l'UIAO se fait vers une unité, les soignants de celle-ci viennent chercher le patient, à deux s'il existe un risque d'agitation. Du reste, en pareil cas, si c'est possible, le patient est maintenu à l'UIAO jusqu'à ce qu'il soit « *plus posé* ».

Le patient ne va pas toujours dans son unité de secteur si aucun lit n'y est disponible. Quand une place y est libérée, il est de nouveau transféré.

***Il a été recommandé dans le rapport de constat que les locaux de l'UIAO soient modifiés pour offrir des conditions de séjour moins étouffantes, notamment en aménageant un libre accès à un espace extérieur.***

## **8.2 AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE N'ENCADRE LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION DONT LES OUTILS D'EVALUATION SONT DEPOURVUS DE FIABILITE**

### **8.2.1 Les locaux**

#### ***a) Les chambres d'isolement***

Le CHS comporte sept chambres d'isolement (CI) répertoriées comme telles, une dans chacune des cinq unités d'admission (Apollinaire, Artaud, Chopin, Baudelaire et Colisée), une dans l'unité de pédopsychiatrie Le Tremplin et une dans l'unité intersectorielle d'accueil et d'orientation.

Les CI des unités d'admission répondent aux normes préconisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) : elles sont pourvues de deux accès, d'un sas d'entrée, d'un bouton d'appel, d'une horloge à affichage digital et d'une salle d'eau (pouvant se fermer par un agent) ; le lit est constitué d'un bloc de mousse dense recouvert de plastique bleu épais et pouvant supporter des contentions ; un cylindre de même consistance peut servir de table. Cependant, les dispositifs ne sont pas identiques, ainsi la CI de l'unité Colisée est dépourvue de bouton d'appel.

Les chambres des autres unités sont plus hétéroclites. Dans leur organisation, aucune ne respecte les préconisations de la HAS, aucune n'a de sas ni de bouton d'appel, celle de l'unité Tremplin n'a ni sanitaire ni même double accès. La sécurité des occupants est de façon générale préservée : toutes sont équipées du même matelas de mousse et ne présentent pas d'éléments saillants, le radiateur est supprimé au profit d'un chauffage au plafond ou, s'il est conservé,

recouvert d'un carénage ne permettant pas la pendaison ; la fenêtre ne s'ouvre pas du tout : faute de climatisation, en été la chaleur y est élevée.

Une chambre de l'unité Prévert est réservée à une patiente qui l'occupe depuis son entrée dans l'unité, en 2012, et a été aménagée pour elle : c'est une chambre d'isolement classique comportant le matelas de mousse et la fenêtre fermée à la vitre opacifiée de l'extérieur. Un WC est attenant, à laquelle l'occupante peut accéder librement, ainsi qu'une salle de bains (baignoire, lavabo avec tablette et miroir), cette dernière accessible seulement avec un soignant. L'oculus de la porte, qui donne directement dans le hall, a été fermé avec une planche pour éviter que les autres patients ne regardent à l'intérieur. La chambre est surveillée depuis le poste de soins.



*La salle de bains de la chambre d'isolement  
(Unité Prévert)*

### **Recommandation**

*Certaines chambres d'isolement ne répondent pas aux normes préconisées par la HAS et doivent être restructurées.*

#### *b) Les chambres d'apaisement*

Certaines unités sont équipées de chambres destinées principalement à l'apaisement des patients. Diversement dénommées, « chambre de surveillance médicale » dans l'unité Ariane, elles sont organisées comme une chambre individuelle classique ; outre le lit, fixé ou non au sol, elles sont parfois meublées (un fauteuil, une table adaptable, un lavabo mais pas de bouton d'appel à l'unité Ariane). La porte de la chambre d'apaisement est en principe ouverte. En pareil cas, le patient n'est pas considéré comme en isolement. L'oculus de la porte peut être recouvert d'une planche percée d'un œilleton (Prévert) mais ce n'est pas toujours le cas de sorte que les personnes passant dans le couloir peuvent regarder à l'intérieur.

### **Recommandation**

*Les chambres d'apaisement ne doivent en aucun cas être fermées.*

### 8.2.2 Les pratiques de mise en chambre d'isolement et de contention

Il a été indiqué que le protocole d'utilisation des chambres d'isolement datait de 2005, complété ultérieurement par une note de la direction des affaires juridiques. Les soignants rencontrés ne font jamais référence à un document institutionnel précisant les règles de mise en chambre d'isolement.

Une évaluation des pratiques professionnelles a été conduite sur l'isolement et la contention, n'ayant abouti qu'à la nécessité de pouvoir baisser l'intensité de la lumière dans les CI et à l'installation d'horloge, ce qui n'est pourtant pas généralisé.

En pratique, ce sont le document d'explication de la fonctionnalité « *prescription de l'isolement/contention* » du logiciel Cariatides, mis en œuvre en septembre 2017, ainsi que les contraintes de ce logiciel qui tiennent lieu de protocole. Les soignants questionnés sur les règles de mise en chambre d'isolement y font spontanément référence. Ce logiciel exige sa confirmation dans l'heure de la mesure, lorsqu'elle est initiée par un infirmier ou interne, par une décision médicale ; il sensibilise également à la nécessité d'une surveillance régulière de la personne isolée dans la mesure où les items correspondants sont prévus.

Le contrôle du respect de ces règles n'est pas organisé et l'examen des données enregistrées par le logiciel ne permet pas de l'opérer. Il ressort des entretiens que les pratiques sont différentes selon les unités, notamment en ce qui concerne l'utilisation de chambres d'apaisement ; celles-ci peuvent être utilisées pour les patients nécessitant un isolement, le temps qu'ils soient transférés dans la CI d'une unité qui en dispose ou comme chambre de soins pour les injections retard, les prises de constantes ou les prélèvements pour des bilans sanguins (Ariane). Sur décision médicale, la porte de la chambre peut être fermée. Alors le patient est considéré comme en isolement et le registre d'isolement sur informatique est renseigné.

Les décisions de mises en chambre d'isolement portent sur 12 heures mais il arrive que leur renouvellement soit programmé dès le départ ; de même, il a été indiqué que des praticiens prennent une décision de contention pour deux fois 6 heures « *pour éviter de revenir à 2h du matin* ».

L'isolement séquentiel est également pratiqué avec une traçabilité fonction de la sensibilité des soignants. La prise en charge de certains patients comporte de longue date des isolements ritualisés, notamment dans les unités de réadaptation. Ainsi, l'occupante de la CI de l'unité Prévert y est enfermée quelques moments dans la journée mais jamais la nuit, car elle dort sans problème.

La contention est affirmée comme peu fréquente, mais n'est pas précisément mesurée. Selon les unités, certains soignants témoignent ne l'avoir jamais pratiquée ou une fois dans l'année ; le matériel n'est pas toujours entreposé à proximité des chambres d'isolement. Il n'est pas certain que son usage soit tracé. Selon d'autres interlocuteurs, les unités de soins prolongés ont souvent recours à la contention dans la chambre du patient avec fermeture de la porte, avec une interrogation sur l'existence ou non d'une prescription ou d'une prescription « *si besoin* ».



#### *Matériel de contention unité Artaud*

Il a été indiqué que des isolements en chambre ordinaire sont pratiqués, de même que des contentions pour un court moment. L'un des patients rencontrés a relaté que lorsqu'il a été contenu (pendant une heure) en chambre ordinaire, sa porte n'était pas fermée. Il n'a pas vécu cette séquence comme un placement en isolement. Cette situation n'a pas été analysée comme un isolement par l'équipe, elle n'a pas fait l'objet d'une mention au registre informatique d'isolement. Dans les unités de soins prolongés, des patients sont contenus sur leur lit sans être isolés, pour les motifs de sécurité (éviter les chutes). La porte n'est pas fermée à clef mais alors, ils peuvent être à la merci des autres patients sans pouvoir donner l'alarme.

Dans la mesure du possible, la chambre du patient lui est conservée pendant son séjour en CI. Tel est le cas dans les unités de long séjour ; c'est plus difficile à l'UIAO où les entrées ne sont pas maîtrisées (cf. *supra* § 8.1) et où la CI peut même être utilisée comme chambre ordinaire.

Enfin, des patients en soins libres peuvent être mis en chambre d'isolement ou enfermés en « chambre d'apaisement » sans, ici encore, que l'on enregistre toujours un changement de statut d'admission dans les 12 heures suivant la mesure, règle pourtant rappelée par l'administration.

Selon les propos recueillis, la surveillance médicale est réelle, chaque patient isolé est vu deux fois par jour y compris le week-end par un praticien hospitalier (PH), ces visites sont toutefois irrégulièrement tracées. Il a été assuré que les patients mis en chambre d'isolement étaient nécessairement sédatisés.

Ces constats montrent le flou de l'application de règles partagées et soulignent que le thème de l'isolement n'est pas saisi par l'établissement : selon les interlocuteurs les plus sensibilisés, « *en pratique, on ne sait pas ce qui se passe* ».



### 8.2.3 Le registre d'isolement ou de contention

Le registre d'isolement dont la tenue est prévue par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique<sup>12</sup> consiste, depuis la mise en œuvre du logiciel Cariatides, en une extraction des données qui y sont enregistrées lors d'une mise en chambre d'isolement ou un placement sous contention. Cependant, le logiciel n'étant pas conçu pour produire le registre prévu par la loi, l'extraction utilisée n'est pas fiable. Des mesures d'isolement effectuées n'apparaissent pas dans l'extraction si une opération de « clôture » n'a pas été activée : ainsi, lors de la visite, il a pu être repéré que 243 mesures d'isolement ou de contention prises depuis l'installation du logiciel ne sont pas comptabilisées dans le registre. En revanche, les mesures d'isolement hors de la chambre d'isolement peuvent apparaître.

Au cours du dernier trimestre 2017, le registre comptabilise quarante-neuf mesures de contention et d'isolement, soixante-dix-neuf mesures d'isolement en CI, six mesures d'isolement hors CI et aucune mesure de contention hors CI ; mais les mesures qui n'ont pas été retracées dans le registre mais pourtant mises en œuvre sont respectivement de quarante-deux, cinquante-sept, cinq, deux.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et le jour de la visite, dix-neuf patients de l'unité Symphonia ont fait l'objet d'une mesure d'isolement en chambre ordinaire, puisque cette unité n'a pas de CI, certains d'entre eux ont été enfermés jour et nuit. Ces mesures n'apparaissent pas dans le registre. N'y figurent pas plus les isolements récurrents de certains patients des autres unités du pôle intersectoriel hormis ceux de l'UIAO. Par ailleurs, les alternatives mises en œuvre pour éviter le placement à l'isolement ne sont pas enregistrées.

Enfin, outre le nombre de mesures prises, notamment chez les mineurs dont il a été indiqué qu'ils sont souvent isolés pour des périodes courtes, leur durée moyenne demeure inconnue, tous éléments qui font défaut pour nourrir une réflexion sur les pratiques de l'établissement.

#### **Recommandation**

*Les éléments d'observation du recours à l'isolement et à la contention sont inconnus, défaut qui traduit l'absence de réflexion institutionnelle sur la question. L'établissement doit se donner les moyens de connaître et d'analyser les pratiques en cours – notamment en élaborant une version fiable du registre prévu par la loi – pour définir une politique tendant à en limiter l'usage ; il doit vérifier la conformité aux règles des conditions de mise en œuvre. Il doit enfin, conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques et évaluer sa mise en œuvre.*

Dans ses observations, le directeur de site a souhaité apporter les précisions suivantes : « La thématique "contention – isolement" est régulièrement inscrite et débattue en commission médicale d'établissement. Des évaluations des pratiques professionnelles ont été réalisées sur ce

<sup>12</sup> Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « (...) Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. (...) L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre (...) »

thème. Les recommandations HAS ont fait l'objet de notes de service, largement diffusées auprès des professionnels. »

### 8.3 LA DELIVRANCE DES TRAITEMENTS NE RESPECTE NI CONFIDENTIALITE NI SECRET MEDICAL

Chaque unité dispose d'une dotation pour les besoins urgents. Les traitements des patients sont dispensés par la pharmacie à usage intérieur, sous forme de dispensation individuelle nominative journalière pour les formes orales sèches.

Les modalités de délivrance des traitements sont variables selon les unités.

Dans l'unité Tremplin, la distribution des médicaments se fait individuellement dans le local de pharmacie : la confidentialité est respectée ; les armoires ferment à clef ; les stupéfiants sont dans un coffre, fermant à clef. La pièce est elle-même toujours fermée à clef. Les soignants peuvent apporter des informations sur les prescriptions au patient.

Dans les autres unités, la distribution des traitements se fait au moment des repas, alors que tous les patients sont attablés. Cette pratique ne respecte ni la confidentialité ni le secret de la prescription et n'encourage pas les échanges entre patients et infirmiers alors que le temps de délivrance de traitement doit rester un temps privilégié de la relation soignant-soigné.

Dans les unités Artaud et Baudelaire, seuls les traitements de substitution orale pour la dépendance aux opiacés sont distribués individuellement en salle de soins infirmiers. Cette exception devient une stigmatisation supplémentaire aux yeux des patients qui attendent dans le couloir leur traitement quotidien.

#### **Recommandation**

*La dispensation des traitements doit être modifiée afin d'être réalisée individuellement dans un lieu fermé permettant le respect de la confidentialité et du secret médical et le partage avec le professionnel administrant le traitement.*

### 8.4 L'INFORMATION SUR LES TRAITEMENTS EST APPORTEE PAR LE PHARMACIEN AUTANT A L'ADRESSE DES PROFESSIONNELS QUE DES PATIENTS

Située dans un vaste bâtiment central, la pharmacie est bien pourvue autant en personnel qu'en matériel.

#### 8.4.1 Le personnel de la pharmacie

Le personnel est composé de 3 ETP de pharmaciens, de quatre préparateurs en pharmacie, d'une secrétaire, d'une aide en pharmacie et d'une aide-soignante à mi-temps sur un poste aménagé.

#### 8.4.2 Les moyens

Le logiciel utilisé est le logiciel Pharma.

Un automate de conditionnement prépare l'ensemble des prescriptions en sachets individuels fractionnés selon le moment des prises.

La préparation des traitements est faite pour toutes les unités d'hospitalisation, le foyer d'accueil médicalisé, la maison d'accueil spécialisé, ainsi que les appartements thérapeutiques.

La pharmacie délivre une dotation dans chaque unité d'admission et de long séjour. Une dotation plus conséquente et spécifique, avec des médicaments d'urgence est située à l'UIAO. Elle est accessible, en cas d'urgence et fermeture de la pharmacie générale à tous les services.

Le comité du médicament est actif et se réunit régulièrement avec à sa tête un psychiatre ; il édite un livret des médicaments avec les équivalences entre les différentes molécules.

#### 8.4.3 Le fonctionnement

Un pharmacien assure une permanence physique de 8h à 17h30 ainsi que le samedi matin de 8h30 à 12h. L'astreinte opérationnelle peut se déplacer le reste du temps.

L'équipe des pharmaciens veille à la cohérence des prescriptions, n'hésitant pas à lancer des alertes à l'adresse du prescripteur en cas de dysfonctionnement. Elle vérifie la réalisation des électrocardiogrammes pour toutes les prescriptions le nécessitant ainsi que les surveillances biologiques recommandées.

Avec l'accord du médecin de leur unité, les patients sont autorisés à avoir un traitement personnel en gestion libre avec approvisionnement auprès d'une officine de ville.

#### 8.4.4 L'implication dans l'établissement

Soucieux des bonnes pratiques de prescription et du bon usage du médicament, le pharmacien a mis en place différentes actions à l'intention des professionnels et des usagers.

##### a) La conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse<sup>13</sup> consiste à établir un rapprochement entre l'ordonnance du traitement habituel du patient et l'ordonnance prescrite à son arrivée, afin d'établir une chaîne de prescription dans l'objectif d'éviter les doublons et l'automédication. Le pharmacien de l'hôpital se met en relation avec les médecins traitants et les pharmaciens de ville.

##### b) Des actions de formation- information

Une fois par mois, au sein de l'unité Chopin, le pharmacien anime un groupe de parole avec des patients volontaires orientés par les infirmiers sur le bon usage des médicaments.

Plusieurs fois par an, un autre groupe de parole, dans le pôle des Vosges Centrales, apporte une information à destination des familles et des patients dans le cadre de conférences, informations, formations sur la santé mentale à destination des partenaires et de tous publics.

Les pharmaciens participent également à la formation des médecins généralistes extérieurs sous forme de réunions confraternelles.

##### c) Une charte d'incitation à la déclaration

L'élaboration et la mise en place d'une charte d'incitation à la déclaration ou charte de non-punition ont permis la remontée d'événements indésirables dans la chaîne de distribution des traitements. Malgré cela, le pharmacien déplore l'absence de déclaration d'effets secondaires à

---

<sup>13</sup> En mars 2015, le collège de la HAS l'a défini comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluri professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts ».

la pharmacovigilance. Il estime que cela n'est pas encore dans la culture des infirmiers ou des médecins prescripteurs.

Dans ses observations, le directeur de site indique qu' « un CREX<sup>14</sup> médicaments a été mis en place depuis de nombreuses années ».

#### 8.4.5 Dans les services

Pendant la visite, les contrôleurs ont pu constater que les infirmiers étaient tout à fait disposés à informer les patients sur leurs prescriptions et leurs traitements. Les patients des unités d'entrée ont fait part, au cours des entretiens, de leur connaissance des médicaments qui leur sont prescrits.

#### **Bonne pratique**

*L'introduction de la conciliation médicamenteuse pour une population constituée de patients à forte comorbidité permet une maîtrise des traitements, un contrôle de la iatrogénie<sup>15</sup> et limite les hospitalisations pour surdosage médicamenteux.*

### 8.5 LA QUESTION DE LA VIOLENCE EST ABORDEE TANT SOUS L'ANGLE DE SA PREVENTION ET DE SA PRISE EN CHARGE QUE DE CELUI DU SIGNALEMENT DES MALTRAITANCES

#### 8.5.1 Le circuit de signalement des faits de violence physique ou verbale

L'établissement a élaboré une procédure de « *Signalement d'une situation de maltraitance envers un patient/résident accueilli au CH Ravenel* » qui décrit « *la démarche à suivre pour effectuer un signalement d'une situation de maltraitance envers un patient/résident pris en soin et pris en charge, tant en intra hospitalier qu'en extra hospitalier, au Centre Hospitalier Ravenel* ». Ce document rappelle : « *Tout professionnel peut être amené à être témoin et à constater des actes de maltraitance. (...) Si des soupçons de maltraitance se confirment, le professionnel ne peut se taire alors même que l'intégrité physique et/ou psychologique d'autrui est menacée. Dans ce type de situation, le partage est nécessaire et le signalement doit être une obligation.* ».

La nécessité d'améliorer le circuit de signalement des violences est apparu au décours d'un événement grave et portant, à l'inverse, sur des actes de violence ou de maltraitance de soignants à l'égard de patients. Ces faits, qui duraient, ont été portés à la connaissance de la direction des soins par deux étudiantes qui lui ont signalé, par écrit, des comportements inappropriés de la part de soignants de l'unité à l'égard de patients (propos, insultes, claques, contentions etc.). Elles indiquaient en avoir parlé en vain lors d'une réunion au sein du service.

Outre des poursuites disciplinaires et pénales à l'encontre des auteurs des faits, la direction des soins a analysé les facteurs qui avaient pu favoriser la survenance des actes. Elle a pris des mesures visant à prévenir leur réitération, notamment l'augmentation du temps médical, le renouvellement complet de l'équipe, la mise en place d'une politique de rotation périodique du personnel, la stabilisation des cadres (« *beaucoup de flottements dans l'encadrement avec turn-*

<sup>14</sup> CREX : comité de retour d'expérience.

<sup>15</sup> L'introduction de la conciliation médicamenteuse, pour une population constituée de patients à forte comorbidité et donc possiblement surmédiquée, permet une maîtrise des traitements, un contrôle des effets secondaires, une meilleure information des patients dans l'objectif de limiter les mésusages des médicaments et les hospitalisations pour surdosage.

*over rapide* »), la réécriture du projet de service, la formation des agents à ce projet, formation des soignants aux gestes et postures de violence, la mise en place d'une analyse des pratiques professionnelles avec une psychologue extérieure au CH.

La procédure prévue tire les leçons de cette expérience : elle invite l'agent à signaler la situation à la direction et au cadre de proximité ou à tout autre professionnel ou au responsable des relations avec les usagers. Le cadre de proximité doit alors recueillir les éléments d'information et une première analyse de la situation et les transmettre à l'encadrement supérieur qui en informe le médecin chef de pôle et les médecins concernés. La direction instruit l'affaire et prend les décisions qui s'imposent : création d'une cellule de crise, enquête administrative, procédure disciplinaire, transmission aux autorités judiciaires.

Cependant, les contrôleurs se sont étonnés du silence qui a été fait sur les événements relatés ci-dessus, au point que certains interlocuteurs ont évoqué une « *omerta* », silence qui paraît contredire une politique de signalement. Même s'il est sans doute inopportun de stigmatiser publiquement ceux des protagonistes qui travaillent toujours dans l'établissement, il est étrange que le médecin chef du pôle de l'unité dans lesquels les faits se sont produits ne semble pas en avoir été informé précisément.

Le traitement des violences entre patients est mieux assuré : un patient a été abusé par un autre, l'établissement l'a aidé à porter plainte devant la justice.

### 8.5.2 La prise en charge des situations de violence

L'analyse des déclarations d'événements indésirables (EI) fait apparaître que 95 % d'entre eux sont l'expression de la violence d'un patient envers un soignant. Constatant que certains soignants déclarent beaucoup, la direction des soins entend faire prendre conscience aux équipes que souvent, la violence trouve son origine dans un événement qui s'est mal passé et l'a provoquée. A l'inverse, elle encourage les cadres des unités qui déclarent peu à vérifier que ce bas niveau ne traduise pas une banalisation de la violence.

Une formation sur la violence est organisée depuis une dizaine d'année par l'établissement ; elle est obligatoire pour tous les soignants (85 % du personnel, environ 800 personnes), qui ont donc suivi une formation aux gestes préventifs et à la maîtrise physique des comportements violents. Des IDE sont habilités formateurs pour leurs collègues. Actuellement, la formation se développe, les IDE formateurs se déplaçant dans les unités et adaptant leur enseignement à l'environnement et à l'équipe prise dans son ensemble.

Une nouvelle phase est envisagée et travaillée avec l'analyse des EI qui concernent la violence.

Selon les témoignages recueillis, cette formation a pour effet de donner des outils de réponse et, ce faisant, de rassurer les soignants sur leur capacité à faire face à des situations de violence de patients.

## 9. AMBIANCE GENERALE

Confronté à un déficit budgétaire conséquent, le centre hospitalier est à la veille de prise de décisions qui suscitent certes de l'inquiétude au sein du personnel et des intervenants mais aussi des attentes sur le devenir de l'hôpital. « *Ce rappel à l'ordre financier, c'est un mal pour un bien* », a déclaré un interlocuteur, signifiant ainsi que l'établissement était désormais contraint à une réorganisation. Celle-ci doit le conduire à revoir une offre de soins et à reconsidérer des pratiques, dont il est apparu dans de nombreux domaines qu'elles relevaient moins d'une réflexion sur leur pertinence que d'une reproduction routinière sur le mode : « *ça s'est toujours fait comme ça* ».

Pour autant, il apparaît nécessaire de préserver le dispositif de réhabilitation psychosociale qui limite les ruptures de soins et les nouvelles hospitalisations ou raccourcit les durées des futures hospitalisations parfois inévitables, tel qu'il est organisé avec un personnel formé au sein d'espaces distincts et distanciés des unités de soins.

Le personnel est mis à contribution dans cette dynamique de changement. De façon active avec sa participation aux instances de l'hôpital et dans de nombreux groupes de travail mis en place. Mais aussi « *contre mauvaise fortune bon cœur* » dans le cadre de la mobilité imposée pour les agents durablement en fonction dans les mêmes unités. Compte tenu de l'importance du centre hospitalier dans le bassin de population, son devenir constitue un enjeu qui dépasse son personnel et concerne plus globalement l'ensemble des acteurs concourant à la vie de l'établissement, notamment les associations, dont plusieurs représentants ont fait part de leur désir d'être davantage impliquées dans les réflexions en cours.

Au travers de leurs échanges avec tous les agents rencontrés, les contrôleurs ont ressenti leur investissement personnel et une bienveillance certaine à l'égard des patients nonobstant les graves agissements commis, dans une période récente, au sein d'une unité de soins prolongés (« Symphonia »). Si ces faits ont certes été traités par la direction dès qu'ils lui ont été révélés, il est apparu toutefois que l'ensemble des questions posées par cette affaire n'avait pas été suffisamment abordé avec la communauté hospitalière pour en analyser les causes et imaginer les garanties pour que cela ne se reproduise pas.