

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport définitif :

4 au 7 février 2019 – 1^{ère} visite

Centre Hospitalier

Universitaire François

Mitterrand de DIJON

(Côte-d'Or)



SYNTHESE

Le CHU François Mitterrand de Dijon est l'un des neuf établissements publics de santé rassemblés au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) 21-52, qui, outre la Côte d'Or, couvre le Sud de Haute-Marne. Le service de psychiatrie du CHU de Dijon couvre le secteur n°1 de la Côte-d'Or, soit un habitat urbain de 80 000 habitants, dont 64 000 âgés de plus de 18 ans.

Le service de psychiatrie adulte est rattaché au pôle de neurosciences et de chirurgie réparatrice, alors que la pédopsychiatrie dépend du pôle pédiatrie.

En hospitalisation complète, le service de psychiatrie adulte comporte deux sites : un site intra hospitalier situé depuis 2015 au bâtiment Marion, dans l'enceinte du CHU, incluant deux unités, l'une ouverte et l'autre fermée, de treize lits chacune (plus deux chambres d'isolement dans l'unité fermée), les patients étant répartis dans l'une ou l'autre selon leur statut d'admission, soins libres (SL) ou soins sans consentement (SSC) ; un site extra hospitalier de dix-sept lits et une chambre d'isolement localisé au centre hospitalier de la Chartreuse, accueillant des patients en soins libres. Le service de psychiatrie a, par ailleurs, sous sa responsabilité la prise en charge psychiatrique aux urgences. La pédopsychiatrie, située au sixième étage de l'hôpital pour enfants dans l'enceinte du CHU, avait, au moment du contrôle, une capacité d'accueil de six lits pour des enfants de 13 à 18 ans.

Bien que l'activité psychiatrique ne représente qu'une proportion marginale de l'activité du CHU de Dijon (7 % des lits ; 1,75 % des entrées directes et 4 % des journées d'hospitalisation), la communauté hospitalière exprime un réel attachement à la présence sur le site du CHU des unités d'hospitalisation de psychiatrie.

Cet attachement ne se retranscrit pourtant pas dans les conditions immobilières réservées tant à la psychiatrie adulte – le bâtiment Marion est inadapté – qu'à l'ado-psychiatrie – dont les locaux sont de bonne qualité mais très mal situés.

Au-delà des conditions d'hébergement, de multiples recommandations ont été formulées à l'issue de la visite, portant notamment sur :

- l'association systématique, juridiquement erronée et sans justification médicale, entre soins sans consentement et enfermement ;
- le manque de lisibilité des projets de soins psychiatriques personnalisés et le manque d'activités chez les adultes ;
- le défaut d'information sur les règles de vie et sur les voies de recours ;
- les conditions de prise en charge aux urgences, peu respectueuses des droits ;
- la défaillance dans la prise en charge somatique et dans sa traçabilité ;
- le manque d'outils d'évaluation et l'absence d'analyse sur les pratiques de contention et d'isolement, même si, de fait, celles-ci semblent être de dernier recours.

Une partie de ces recommandations a été prise en compte, à en croire la réponse apportée par la direction du CHU à la suite de l'envoi du rapport provisoire. D'autres ont donné lieu à l'engagement de réflexions dont il faudra mesurer l'aboutissement. Les enjeux immobiliers, enfin, semblent avoir été perçus, avec une réelle volonté d'y apporter une réponse.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 31

Le renouvellement de la convocation devant le collège des professionnels de santé donne une seconde possibilité aux patients absents à une première convocation d'être entendus par ce collège.

BONNE PRATIQUE 2 52

La conclusion d'un accord de partenariat entre le CHU de Dijon et l'établissement de santé mentale situé à proximité, portant sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir les situations d'urgence psychiatrique, répond à de vrais besoins pouvant éviter nombre d'hospitalisations psychiatriques souvent traumatisantes pour ces patients.

BONNE PRATIQUE 3 65

Chaque semaine, une réunion de l'ensemble des enfants placés en pédopsychiatrie avec l'équipe soignante permet de verbaliser sur la vie du service.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 15

Le personnel soignant des unités de psychiatrie doit bénéficier d'une formation accrue sur les aspects juridiques et éthiques des soins sans consentement, de séances de supervision clinique régulières et d'une évaluation de leurs pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 2 26

L'assistance d'un avocat étant obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, les frais d'avocat doivent être pris en charge par le tribunal quand bien-même les ressources du patient dépassent les barèmes de l'aide juridictionnelle.

RECOMMANDATION 3 27

Sauf situation particulière le justifiant expressément, le soignant qui accompagne le patient pour le trajet vers le juge des libertés et de la détention doit s'abstenir d'assister à l'audience et rester dans la salle d'attente attenante.

RECOMMANDATION 4 30

L'administration doit fournir aux agents chargés de la tenue du registre l'ensemble des informations qui doivent y figurer et faire bénéficier ces agents d'une formation qui leur permette de remplir leur mission conformément aux exigences juridiques attendues.

RECOMMANDATION 5 33

L'architecture des unités de soins ouvertes et fermées du bâtiment Marion doit être revue, incluant notamment la suppression des grilles entre les deux unités de soins.

| | |
|--|-----------|
| RECOMMANDATION 6 | 34 |
| Les contraintes architecturales et l'insuffisance de locaux rendent les conditions de vie des patients peu dignes : salle de vie trop exigüe et excessivement sonore, absence de salle permettant d'accueillir des visiteurs avec un minimum d'intimité, chambres quasi exclusivement doubles et sans douche, etc. Il est nécessaire d'augmenter la superficie allouée à cette unité et de procéder à des investissements immobiliers. | |
| RECOMMANDATION 7 | 36 |
| Il doit être mis fin à la confusion entre modalité d'hospitalisation et statut juridique conduisant à associer systématiquement soins sans consentement et enfermement dans une unité. Il doit également être mis un terme à la pratique selon laquelle des patients en soins libres sont hospitalisés au sein de l'unité fermée faute de place dans l'unité ouverte. | |
| RECOMMANDATION 8 | 38 |
| Il convient d'organiser la possibilité d'accéder à internet pour les patients qui ne disposent pas de smartphone. | |
| RECOMMANDATION 9 | 38 |
| Un lieu adapté aux visites des familles permettant leur accueil dans un cadre agréable et garantissant leur intimité doit être aménagé. | |
| RECOMMANDATION 10 | 38 |
| Afin d'éviter que des patients ne soient contraints au port du pyjama y compris dans les parties communes, ce qui est attentatoire à leur dignité, il convient de préciser les règles relatives au port du pyjama imposé aux patients en chambre d'isolement, <i>a fortiori</i> lorsque ces patients peuvent sortir des dites chambres d'isolement. | |
| RECOMMANDATION 11 | 42 |
| L'équipement en douches des chambres – ainsi que des chambres d'isolement – est indispensable pour permettre aux patients de disposer de conditions d'hygiène confortables. | |
| RECOMMANDATION 12 | 45 |
| La dimension thérapeutique des repas doit être davantage explorée en configurant différemment les lieux et en y faisant participer activement le personnel soignant. | |
| RECOMMANDATION 13 | 47 |
| Le programme d'activités thérapeutiques et occupationnelles doit être développé et diversifié pour que chaque patient puisse en bénéficier plus régulièrement. | |
| RECOMMANDATION 14 | 48 |
| La sexualité des patients doit faire l'objet d'une véritable réflexion pour définir des règles claires et partagées. | |
| RECOMMANDATION 15 | 50 |
| Le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie et notamment de ceux placés en chambres d'isolement doit être organisé dans les meilleurs délais. Il doit donner lieu à une traçabilité. | |
| RECOMMANDATION 16 | 54 |
| Un patient ne peut être privé de ses droits et de sa liberté d'aller et venir pour des motifs de sécurisation dans l'attente d'un examen médical ou d'un lit d'hospitalisation. Toutes mesures doivent être prises pour remédier à ces situations. | |

RECOMMANDATION 17 56

L'architecture et la configuration des chambres d'isolement de l'unité fermée du bâtiment Marion, tout comme celle de l'unité de la Chartreuse, doivent être mises aux normes, pour intégrer, notamment, des douches, un bouton d'appel accessible, un dispositif horodateur visible depuis le lit.

RECOMMANDATION 18 58

Les pratiques d'isolement et de contention doivent impérativement faire l'objet d'une réflexion et d'une évaluation. Les procédures concernant ces pratiques doivent être réécrites, en tenant compte, notamment, des recommandations de la HAS. Le personnel médical et soignant doit être formé en la matière.

RECOMMANDATION 19 59

Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par des psychiatres habilités et non par des internes.

RECOMMANDATION 20 60

Les modalités de délivrance des médicaments doivent garantir la confidentialité et permettre un échange avec le patient.

RECOMMANDATION 21 64

L'unité psychiatrique d'hospitalisation complète des adolescents doit être déménagée pour offrir un accès libre à un espace extérieur d'une surface suffisante pour permettre l'installation de matériel d'exercice physique.

RECOMMANDATION 22 66

La chambre d'isolement de l'unité ado-psychiatrie, qui n'est pas aux normes, doit être transformée en chambre d'apaisement.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 18

Les adresses des autorités que les patients admis en soins psychiatriques sans consentement peuvent saisir doivent être mentionnées dans les documents de notification ainsi que dans le livret d'accueil et affichées dans l'unité.

RECO PRISE EN COMPTE 2 18

La notification de la mesure et des droits doit être effectuée par un interprète professionnel indépendant lorsque le patient ne maîtrise pas la langue française. Cette assistance doit aussi être organisée lors des entretiens médicaux.

RECO PRISE EN COMPTE 3 19

Des informations brèves et utiles doivent être affichées à la vue de tous les patients leur indiquant les modalités pratiques pour accéder au culte de leur choix, contacter les représentants des usagers, désigner une personne de confiance, saisir une autorité telle que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou formuler une réclamation.

RECO PRISE EN COMPTE 4 21

La désignation de la personne de confiance doit être abordée avec les patients dès l'admission, s'ils sont en état de comprendre, ou ultérieurement lorsque leur état le permet.

RECO PRISE EN COMPTE 5 22

Le livret d'accueil du service de psychiatrie doit consacrer un paragraphe au droit de vote des patients hospitalisés.

RECO PRISE EN COMPTE 6 35

La cour de promenade réservée à l'unité fermée, seul espace en plein air librement accessible aux les patients, doit offrir un cadre moins carcéral et minéral. A minima, l'implantation de végétaux et de verdure doit pouvoir se faire à peu de frais, l'entretien pouvant, en outre, être l'occasion d'une activité thérapeutique.

RECO PRISE EN COMPTE 7 36

Les règles de vie propres à l'unité fermée doivent être détaillées dans un document *ad hoc* systématiquement remis au patient lors de l'admission et affichées au sein de l'unité.

RECO PRISE EN COMPTE 8 43

Les modalités de gestion des sur occupations doivent être revues pour respecter la dignité et le droit des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 9 44

La gestion des biens que les patients ne peuvent conserver doit être davantage formalisée et sécurisée.

RECO PRISE EN COMPTE 10 49

Le recueil des données d'activités distinctes pour chaque unité de soins psychiatriques intra et extra hospitalière doit être effectif et conduit sous le pilotage du DIM.

RECO PRISE EN COMPTE 11 50

L'équipe soignante doit être structurée et organisée autour d'un projet de soins. Elle doit participer à la prise en charge thérapeutique des patients et pouvoir être entendue en tant que de besoin.

RECO PRISE EN COMPTE 12 53

La prise en charge des urgences psychiatriques ne peut se satisfaire de la seule présence de psychiatres. Il est essentiel d'adjoindre à ce personnel une équipe soignante d'infirmiers.

RECO PRISE EN COMPTE 13 54

Les motifs et les modalités de recours aux box d'isolement doivent être clarifiés et faire l'objet de procédures écrites.

RECO PRISE EN COMPTE 14 55

Le projet de création d'une unité de crise doit prendre en compte les modalités d'accueil et de prise en charge des urgences psychiatriques et notamment la nécessité de compléter l'équipe médicale par du personnel soignant.

RECO PRISE EN COMPTE 15 58

Le dossier patient informatisé et le dossier de soins doivent intégrer les fiches de surveillance isolement et contention, intégrant les décisions médicales initiales et de renouvellement et les fiches de surveillance.

RECO PRISE EN COMPTE 16 59

Le recueil des données concernant les mesures d'isolement et de contention doit être mis en conformité avec les textes et être colligé dans un registre.

Il doit intégrer les données de toutes les unités abritant des chambres d'isolement, les modalités de ce recueil devant permettre l'identification de celles-ci. Le département d'information médicale (DIM) doit être le référent de ce dossier.

Un rapport annuel établi par le CHU doit rendre compte de ces pratiques.

RECO PRISE EN COMPTE 17 61

Les chambres simples des patients doivent être équipées d'un verrou de confort permettant à ceux-ci de s'enfermer et de se protéger des intrusions.

RECO PRISE EN COMPTE 18 62

Le poste de commandement du service de sécurité doit être informé de l'occupation des chambres d'isolement pour lui permettre d'adapter l'organisation des secours à leurs occupants en tant que de besoin.

RECO PRISE EN COMPTE 19 62

Le comité d'éthique doit, comme il en la possibilité, se saisir des questions relatives aux atteintes aux droits et libertés des patients hospitalisés en psychiatrie.

RECO PRISE EN COMPTE 20 67

Les mesures d'isolement et de contention doivent être exceptionnelles et de dernier recours, après échec des mesures alternatives comme la mise en chambre d'apaisement. En tout état de cause, ces mesures doivent être tracées dans un registre et donner lieu à une analyse. Les mineurs isolés doivent être examinés quotidiennement par un médecin généraliste.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| SYNTHESE DES OBSERVATIONS | 3 |
| RAPPORT | 11 |
| 1. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DU POLE DE PSYCHIATRIE..... | 12 |
| 1.1 L'organisation de la psychiatrie en Côte-d'Or s'articule autour de trois hôpitaux publics..... | 12 |
| 1.2 Le service de psychiatrie de l'établissement souffre d'un manque de lits tant en intra qu'en extra-hospitalier..... | 12 |
| 1.3 Les ressources humaines, adaptées en nombre, sont insuffisamment formées sur certains points et ne bénéficient pas de supervision de leurs pratiques..... | 13 |
| 2. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS | 16 |
| 2.1 Les patients admis en soins psychiatriques sans consentement, principalement sous la forme classique de la demande d'un tiers ou en procédure d'urgence, sont toujours placés dans l'unité fermée..... | 16 |
| 2.2 La notification des droits est effectuée sans tarder mais les adresses postales manquent pour rendre effectif le recours à certaines autorités et l'assistance par un interprète est parfois négligée..... | 17 |
| 2.3 Les informations générales utiles aux patients sont diffusées dans différents documents mais les informations pratiques facilement accessibles manquent..... | 18 |
| 2.4 Les plaintes et réclamations provenant des unités de psychiatrie sont peu nombreuses..... | 20 |
| 2.5 Les représentants des usagers, bien intégrés dans l'établissement, sont actifs et écoutés..... | 20 |
| 2.6 La désignation de la personne de confiance est rarement abordée avec les patients..... | 21 |
| 2.7 Les patients qui le souhaitent peuvent exercer leur droit de vote mais le livret d'accueil du service de psychiatrie est muet sur ce sujet..... | 22 |
| 2.8 L'accès aux différents cultes est organisé mais l'information pratique des patients fait défaut..... | 22 |
| 2.9 Les mesures de protection juridique sont gérées avec attention..... | 23 |
| 2.10 La confidentialité de l'hospitalisation fait l'objet d'une réelle vigilance..... | 24 |
| 3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS..... | 26 |
| 3.1 Le contrôle du juge des libertés est stimulé par le professionnalisme des avocats..... | 26 |
| 3.2 Le contrôle exercé par la commission départementale des soins psychiatriques départementale est rare et formel..... | 29 |
| 3.3 La tenue du registre de la loi est ergonomique mais lacunaire..... | 29 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.4 | L'établissement s'efforce de permettre la présentation physique des patients devant le collège des professionnels..... | 31 |
| 3.5 | Les autres contrôles opérés sont sans conséquence | 31 |
| 4. | LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES..... | 32 |
| 4.1 | Les contraintes architecturales de l'unité fermée, qui accueille également des patients en soins libres, nuisent à la qualité de vie..... | 32 |
| 4.2 | Les contraintes dans la vie quotidienne sont souples et modulées selon la personnalité et l'état de santé du patient..... | 36 |
| 4.3 | La liberté de communication est garantie mais l'accueil des visites est rendu très compliqué par les contraintes bâtementaires..... | 37 |
| 4.4 | Le port du pyjama n'est, sauf exception, pas imposé | 38 |
| 5. | LES CONDITIONS DE VIE..... | 40 |
| 5.1 | Les locaux, inadaptés et exigus, n'offrent pas des conditions de vie confortables et respectueuses de l'intimité | 40 |
| 5.2 | La gestion des sur occupations n'est pas respectueuse des droits..... | 43 |
| 5.3 | La gestion des biens du patient est souple mais peu sécurisée..... | 43 |
| 5.4 | Les repas ne sont pas des moments de partage | 44 |
| 5.5 | Les animations thérapeutiques ou occupationnelles sont très insuffisantes pour permettre aux patients d'échapper à l'ennui..... | 45 |
| 5.6 | La vie sexuelle des patients ne donne lieu à aucune réflexion | 47 |
| 6. | LES SOINS..... | 49 |
| 6.1 | Les soins psychiatriques offrent des prises en charge peu personnalisées et diversifiées..... | 49 |
| 6.2 | Les soins somatiques ne sont pas organisés | 50 |
| 7. | LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES | 52 |
| 7.1 | Aux urgences, les modalités de prise en charge des patients relevant de soins psychiatriques doivent être mieux définies, de même que le statut et le recours au box d'isolement | 52 |
| 7.2 | Les mesures d'isolement et de contention ne sont pas tracées, aucune politique n'est définie et le personnel médical est insuffisamment formé | 55 |
| 7.3 | Les modalités de délivrance des traitements doivent être revues | 60 |
| 7.4 | Les procédures de sécurité et de vigilance sont orientées vers la protection des agents..... | 60 |
| 7.5 | Le comité d'éthique n'aborde pas de questions propres à la prise en charge en psychiatrie..... | 62 |
| 8. | LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES..... | 63 |
| 8.1 | L'unité des adolescents offre une prise en charge très soucieuse de qualité malgré des locaux totalement inadaptés | 63 |
| 8.2 | Le CHU n'accueille pas de détenu en service de psychiatrie | 70 |
| 9. | CONCLUSION..... | 71 |

Rapport

Contrôleurs : Matthieu Clouzeau, chef de mission

Michel Clémot ;

Anne Lecourbe ;

Dominique Péton-Klein.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon (Côte-d'Or).

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 4 février 2019 à 14h. Ils l'ont quitté le jeudi 7 février 2019 à 18h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis, par la directrice générale par intérim du centre hospitalier. Il a été procédé à une présentation de la mission devant l'équipe de direction, la coordonnatrice générale des soins, le directeur des affaires financières, la responsable juridique du service droits des patients, le secrétariat des soins sans consentement, la vice-présidente de la commission médicale d'établissement, le directeur délégué du pôle neurosciences, chirurgie réparatrice et psychiatrie, les praticiens hospitaliers chefs de service de psychiatrie et de pédopsychiatrie, les cadres supérieurs de santé des services psychiatrie et pédopsychiatrie, ainsi que deux représentants des usagers au sein de la commission des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Côte-d'Or et le président du tribunal de grande instance de Dijon. Le juge des libertés et de la détention a été rencontré au cours d'une audience qui s'est tenue pendant la visite.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Les documents demandés par l'équipe ont été mis à sa disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été largement diffusées dans l'établissement.

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

Une réunion de fin de visite a eu lieu jeudi 7 février à 17h avec la directrice générale par intérim et la plupart des cadres, médecins et soignants présents lors de la réunion de présentation.

Le rapport provisoire a été adressé le 04 juin 2019 à la directrice générale du centre hospitalier universitaire, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), au préfet de la Côte d'Or, au président du tribunal de grande instance et au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Dijon.

Le directeur général de l'ARS et la directrice générale du CHU ont fait part de leurs observations par courriers en date respectivement des 17 et 12 juillet 2019. Ces observations ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

1. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DU POLE DE PSYCHIATRIE

L'activité psychiatrique ne représente qu'une proportion marginale de l'activité du CHU de Dijon : 7 % des lits et places (116 sur 1 173), 1,75 % des entrées directes (981 sur 55 850, hors EHPAD¹) et 4 % des journées d'hospitalisation (16 461 sur 390 262 hors EHPAD). La durée moyenne de séjour (DMS) est de 16,78 jours en psychiatrie contre 6,99 sur l'ensemble du CHU (hors EHPAD). La situation financière de l'établissement est saine, dégagant même un excédent comptable depuis 2014 et, malgré un fort endettement, des capacités d'autofinancement positives.

1.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE EN COTE-D'OR S'ARTICULE AUTOUR DE TROIS HOPITAUX PUBLICS

Avec une superficie de 8 763 km², la Côte-d'Or est un département étendu, au 4^{ème} rang des départements français. Il compte une population de 545 001 habitants (au 1^{er} janvier 2017) répartie dans 717 communes, dont la ville de Dijon, ville universitaire de 157 738 habitants.

La psychiatrie est organisée en Côte-d'Or sur la base de sept secteurs de psychiatrie générale et de trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ils sont gérés par trois hôpitaux publics : le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Dijon (secteur n°1), le centre hospitalier de Semur-en-Auxois (secteur n°3) et le centre hospitalier de la Chartreuse (CHLC) (secteurs n°2, 4, 5, 6, 7) auquel sont rattachés les secteurs couvrant la ville de Dijon et le Sud du département.

Près de 100 psychiatres exercent dans ce département, dont une trentaine en libéral. Les établissements d'hospitalisation privés en psychiatrie les plus proches sont en Saône-et-Loire et à Lyon (Rhône).

1.2 LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DE L'ETABLISSEMENT SOUFFRE D'UN MANQUE DE LITS TANT EN INTRA QU'EN EXTRA-HOSPITALIER

1.2.1 Structuration et organisation du service de psychiatrie

Le CHU est l'un des neuf établissements publics de santé rassemblés au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) 21-52, qui, outre la Côte d'Or, couvre le Sud de Haute-Marne. La psychiatrie figure parmi les huit parcours de prise en charge prioritaires identifiés par le GHT, avec le projet de création d'une unité de soins des crises suicidaires et d'un centre d'accueil et de soins ambulatoires à Dijon.

Le service de psychiatrie du CHU de Dijon couvre le secteur n°1 de la Côte-d'Or. Ce secteur correspondant à un habitat urbain de 80 000 habitants, dont 64 000 âgés de plus de 18 ans.

Le service de psychiatrie adulte est rattaché au pôle de neurosciences et de chirurgie réparatrice, alors que la pédopsychiatrie dépend du pôle pédiatrie.

Un projet médical de service 2019/2022 finalisé en janvier 2019 a été remis aux contrôleurs. Celui-ci devrait être présenté aux instances à très court terme.

Le service de psychiatrie comporte quatre sites :

- un site intra hospitalier situé au bâtiment Marion, dans l'enceinte du CHU, incluant deux unités, de treize lits chacune, l'une ouverte et l'autre fermée, les patients étant répartis dans l'une ou l'autre selon leur statut d'admission, soins libres (SL) ou soins sans

¹ EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

consentement (SSC) ; l'unité fermée comprend également deux chambres d'isolement. Une unité d'addictologie partage ce bâtiment ;

- un site extra hospitalier de dix-sept lits et une chambre d'isolement localisé au centre hospitalier de la Chartreuse dénommée l'UCC (unité CHU Chartreuse) ; ce site accueille des patients en soins libres pour de longues durées ;
- un site extérieur incluant un hôpital de jour (HJ), un centre de jour et un centre médico-psychologique (CMP) ;
- un site extérieur incluant un centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un CMP.

Le service de psychiatrie a, par ailleurs, sous sa responsabilité la prise en charge psychiatrique aux urgences. Un accord-cadre a été conclu avec le centre hospitalier La Chartreuse (CHLC) le 9 novembre 2017, portant notamment sur la prévention des situations de crise et la prise en charge de l'urgence chez l'adulte, la prise en charge des patients adultes en soins psychiatriques et la prise en charge des enfants et des adolescents.

1.2.2 Organisation et fonctionnement du secteur intra hospitalier

Le contrôle a porté sur le site intra hospitalier du CHU et les urgences psychiatriques. Les contrôleurs se sont également rendus à l'UCC. Le secteur de pédopsychiatrie, notamment l'unité pour adolescents dénommée « Adopsy », est traité dans un chapitre spécifique (cf. § 8.1 *infra*). Il ne relève pas du pôle de neurosciences mais est rattaché au pôle pédiatrie.

Si l'unité ouverte n'accueille jamais de patients en SSC qui sont systématiquement hospitalisés dans l'unité fermée, l'insuffisance de lits dans l'unité ouverte conduit à hospitaliser des patients en SL dans l'unité fermée. Les chambres d'isolement peuvent également être utilisées comme chambre d'hébergement pour gérer un afflux de patients. La pénurie de lits d'aval serait la raison de ce type d'hospitalisation. Des propositions pour pallier ces carences figurent dans l'accord-cadre conclu entre le CHU de Dijon et le CHLC du 9 novembre 2017. Le suivi de la mise en œuvre de celles-ci reste à évaluer.

1.3 LES RESSOURCES HUMAINES, ADAPTEES EN NOMBRE, SONT INSUFFISAMMENT FORMEES SUR CERTAINS POINTS ET NE BENEFICIENT PAS DE SUPERVISION DE LEURS PRATIQUES

1.3.1 Le personnel médical

Le service de psychiatrie compte onze psychiatres – dont le chef de service – un maître de conférences des universités praticien hospitalier (MCUPH), un chef de clinique assistant (CCA), cinq praticiens hospitaliers (PH) dont un détaché aux urgences et deux d'assistants partagés. Neuf internes de psychiatrie sont affectés au secteur de psychiatrie adulte, aux urgences et à la psychiatrie de liaison.

Chaque PH a un secteur d'affectation privilégié, complété par d'autres fonctions. Ainsi chaque unité de soins du bâtiment Marion, l'UCC et les urgences sont sous la responsabilité d'un PH.

Le système des gardes et des astreintes du service de psychiatrie a été réorganisé en 2018. Trois lignes de garde ont été définies : une ligne d'astreinte pour le CHLC ; une deuxième pour le CHU ; et une troisième pour les urgences, organisée avec la participation de l'ensemble des psychiatres du CHU, et sur la base du volontariat des psychiatres du CHLC. Cette troisième ligne de garde inclut une demi-garde sur place de 18h à 24h.

Les médecins seniors du secteur intra-hospitalier se réunissent tous les lundis. Chaque vendredi se tient une réunion des psychiatres de tous les services (addiction, pédopsychiatrie et psychiatrie adulte) dans l'objectif de préparer la garde du week-end.

1.3.2 Le personnel non médical

Les personnels soignants interviennent indifféremment dans les deux unités. En journée, le service est assuré par deux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) dans chaque unité le matin et l'après-midi, assistés d'un aide-soignant (AS). S'y ajoutent un infirmier et un aide-soignant « de journée ».

L'effectif de la nuit, distinct des équipes de jour, est composé de deux IDE et d'un AS pour l'ensemble du bâtiment incluant le secteur d'hospitalisation en addictologie. Il n'est composé que d'agents volontaires pour le travail de nuit.

Les effectifs sont majoritairement féminins (trente IDE femmes pour cinq hommes et cinq AS femmes pour deux hommes, services psychiatrie adulte et adolescents confondus)

Six psychologues cliniciens interviennent également dans le service, ainsi que deux assistants sociaux.

a) Le recrutement et la gestion

Le recrutement d'infirmiers et d'aides-soignants ne présente aucune difficulté : le CHU dispose d'un institut de formation de soins infirmiers qui compte 150 élèves par promotion et d'un institut de formation d'aides-soignants dont les élèves peuvent être recrutés dès leur sortie. Par ailleurs, Dijon est une ville dynamique et attractive.

Les services de psychiatrie, et notamment d'ado-psychiatrie, ont été présentés comme attractifs dans le cadre de la mobilité interne au sein du CHU. De ce fait, personne n'est affecté « par défaut » en psychiatrie.

Un système de suppléance permet d'assurer les remplacements en cas de sous-effectif, en faisant appel à un pool d'IDE – ayant bénéficié de formations en psychiatrie) – du pôle neurosciences pour les adultes ou du pôle pédiatrie pour l'ado-psychiatrie.

b) La formation

Lors de l'affectation en psychiatrie, un tuteur est affecté au nouvel agent, tuteur qui, avec le cadre de santé, détermine les objectifs de compétences à acquérir par l'agent, évalue ses besoins, vérifie la bonne acquisition de ses connaissances par des grilles d'évaluation et effectue des bilans en cours de parcours. L'agent travaille également en doublure, pendant une durée variable selon ses compétences. La formation d'adaptation à la spécialité psychiatrique (différente pour la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie) s'appuie sur des sessions d'e-learning fournies par le GRIEPS (organisme de formation-conseil), notamment utilisées pour la pédopsychiatrie. Une convention avec le CHS de la Chartreuse permet également des immersions d'un ou deux jours dans des unités de cet établissement. Une sensibilisation aux questions juridiques et éthiques (droits des patients, contention et isolement, etc.) est assurée pour les nouveaux agents par le chef de service et le cadre de santé.

En matière de formation continue, les sessions proposées, parfois conjointement avec le centre hospitalier spécialisé de la Chartreuse, sont variées et bénéficient à un nombre important d'agents : en 2018, soixante-quinze inscriptions ont été prises dans les unités de psychiatrie adultes et trente-neuf dans l'unité de psychiatrie des adolescents, portant directement sur les

pratiques comme celles intitulées « *gérer ses émotions dans une prise en charge difficile* » (deux agents participants), « *formation à la gestion des situations d'urgence somatique et aux gestes d'urgence* » (neuf agents), « *intégration des savoirs et des pratiques pour l'exercice paramédical en psychiatrie* » (cinq agents), ou encore « *zéro contention : entre utopie et réalité* » (sept agents) mais également « *ma retraite, un nouveau départ* » (trois agents). Vingt-trois agents de l'unité d'adolescents ont suivi la session intitulée « *renforcement des compétences en psychiatrie enfant-ado et gestion de l'agressivité* ».

Il a toutefois été constaté une formation insuffisante sur la loi de 2011 et une connaissance approximative des mesures relatives à l'isolement et à la contention et des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), alors même que le personnel est relativement stable. Les soignants ont, certes, acquis une certaine expérience du fait de leur pratique quotidienne mais sans vérification et actualisation de ces acquis empiriques.

Par ailleurs, il est regrettable que les agents ne bénéficient d'aucune supervision d'équipe malgré leur demande, ni d'évaluation de leurs pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 1

Le personnel soignant des unités de psychiatrie doit bénéficier d'une formation accrue sur les aspects juridiques et éthiques des soins sans consentement, de séances de supervision clinique régulières et d'une évaluation de leurs pratiques professionnelles.

2. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

2.1 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT, PRINCIPALEMENT SOUS LA FORME CLASSIQUE DE LA DEMANDE D'UN TIERS OU EN PROCEDURE D'URGENCE, SONT TOUJOURS PLACES DANS L'UNITE FERMEE

Selon les statistiques fournies par le CHU pour les trois dernières années (2016, 2017 et 2018), le nombre total des admissions en soins psychiatriques sans consentement a progressivement diminué : 104 en 2016, 94 en 2017 et 87 en 2018. Ces chiffres n'ont toutefois pu être analysés eu regard des admissions en soins libres, l'établissement n'ayant pas été en mesure de les fournir malgré plusieurs demandes.

Parmi les patients admis en soins sans consentement, ceux en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) sont peu nombreux : entre cinq et sept par an au cours des trois dernières années (soit, en moyenne, 5,96 % de ces admissions). Les admissions sur décision du directeur de l'établissement sont les plus fréquentes (94,04 % en moyenne sur les trois années) : celles sur demande d'un tiers (ASPDT) représentent 39,2 % des entrées, celles en urgence (ASPDT-U), 38,4 % et celles en péril imminent (ASPPI), 22,4 %.

Le nombre important des ASPDT-U s'expliquerait par le fait que des personnes se présentent directement aux urgences, sans un premier certificat délivré par un médecin ne relevant pas du CHU.

Le juge des libertés et de la détention (JLD) s'assure que, pour une admission classique en ASPDT, les deux certificats n'émanent pas de deux praticiens de cet hôpital.

S'agissant des admissions en SPPI, le JLD contrôle la réalité de la recherche de tiers. Ainsi, dans un cas, en 2018, le juge a rendu une ordonnance de mainlevée car : « *le directeur ne décrit nullement les démarches qu'il a pu effectuer soit pour vérifier qu'aucun tiers n'était joignable, soit pour dire comment il a procédé à l'information prévue à l'article [L.3212-1 du code de la santé publique] dans les 24 heures de l'admission ; que la seule information de la mère du patient a été faite le [...], soit plus de 24 heures après l'admission* ». Des actions de sensibilisation ont été menées auprès des médecins des urgences sur ce point. Par ailleurs, des soignants ont expliqué que des personnes ne voulaient pas être les tiers de crainte de représailles ultérieures.

Au cours des dernières années, deux mineurs ont été admis en SPDRE : l'un a effectué un premier séjour de deux mois et demi début 2017 puis un second séjour d'un mois et demi, fin 2017 ; l'autre a effectué un séjour de dix jours, interrompu par une décision de mainlevée du JLD – la notification de la mesure et des droits avait été trop tardive et le certificat de 24 heures avait été établi également trop tardivement – , mais l'hospitalisation s'est prolongée après l'accord des parents.

Le 6 février 2019, lors de la visite, parmi les vingt-sept patients hospitalisés (quatorze dans l'unité fermée et treize dans l'unité ouverte), six étaient admis en soins sans consentement : trois en ASPDT, deux en ASPDT-U et un en ASPPI. Ils étaient placés dans l'unité fermée car, a-t-il été indiqué, la règle est de n'affecter aucun patient en soins sans consentement dans l'unité ouverte ; le statut prime.

Tous les patients en soins sans consentement admis dans les unités de psychiatrie du CHU le sont sous la forme d'une hospitalisation complète. Ceux en programme de soins sont suivis à l'extérieur avec la possibilité, si leur état le nécessite, de réintégrer l'établissement en hospitalisation complète, après une décision prononçant la modification de la prise en charge.

L'examen de toutes les mesures inscrites sur le registre de la loi entre le 12 janvier 2017 et le 7 février 2019 (soit 2 ans et 1 mois) a mis en évidence cinq réintégrations, avec des retours à l'hôpital de courte durée : 9 jours dans deux cas et 15 jours dans un troisième cas, avant que les patients soient de nouveau placés en programme de soins ; 1 mois et demi dans un autre cas, avant la levée de la mesure. Dans le cinquième cas, le patient est décédé 2 mois après sa réintégration.

Parmi les dossiers examinés par les contrôleurs, dans un cas, la patiente a été placée en programme de soins avec une hospitalisation limitée à la nuit, durant une courte période, et a ensuite pu vivre totalement à l'extérieur de l'établissement, avec des passages quotidiens de soignants à son domicile.

La durée moyenne de séjour a été de 32,8 jours en 2017 et de 31,25 jours en 2018 dans les deux unités (ouverte et fermée) de psychiatrie adulte et de 32,6 jours en 2017 et de 38,7 jours en 2018 dans l'unité d'hospitalisation complète des adolescents. Par ailleurs, les contrôleurs, qui ont examiné les mesures inscrites sur le registre de la loi ouvert à la date de la visite, ont constaté qu'un patient sur cinq sortait moins de 10 jours après l'admission et près d'un sur deux, moins d'un mois après.

2.2 LA NOTIFICATION DES DROITS EST EFFECTUEE SANS TARDER MAIS LES ADRESSES POSTALES MANQUENT POUR RENDRE EFFECTIF LE RECOURS A CERTAINES AUTORITES ET L'ASSISTANCE PAR UN INTERPRETE EST PARFOIS NEGLIGEE

La notification formelle de la décision d'admission en soins sans consentement et des droits, transmise par le service des droits des patients, est effectuée par un soignant de l'unité. Il en est de même lorsque d'autres documents doivent être notifiés aux patients : convocations devant le JLD ; ordonnances du JLD ; décisions mensuelles de maintien ; décisions modifiant la forme de la prise en charge.

Faute d'installation adaptée, la notification s'effectue généralement dans la chambre du patient après avoir demandé à l'autre occupant de sortir, lorsque deux personnes partagent cette pièce. Il a été indiqué que cette solution présentait cependant un avantage car la chambre constituait un cadre plus apaisant qu'un bureau. La consultation d'un échantillon de dossiers montre que la notification est effectuée le jour même ou le lendemain. La vigilance des avocats et du JLD explique qu'elle soit effectuée sans attendre ; il est arrivé que le juge prononce une mainlevée pour une notification tardive.

Tous ces patients sont appelés à signer un accusé de réception qui accompagne l'arrêté préfectoral ou la décision du directeur et le certificat médical. Lorsque l'un d'eux n'est pas en état de comprendre ou refuse de signer, deux infirmiers en attestent en signant le document. Aucune autre disposition n'est prise ultérieurement pour revenir vers le patient, lorsque celui-ci a recouvré sa capacité de comprendre, pour lui notifier véritablement la mesure. Le document rappelle l'ensemble des droits et énumère les voies de recours mais ne mentionne pas les adresses postales des autorités concernées (juge des libertés et de la détention, représentant de l'Etat dans le département, président du tribunal de grande instance, procureur de la République, Contrôleur général des lieux de privation de liberté et maire de la commune) à l'exception de celle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Ces adresses ne figurent pas, non plus, dans le livret d'accueil et ne sont pas affichées dans l'unité (cf. § 2.3).

RECO PRISE EN COMPTE 1

Les adresses des autorités que les patients admis en soins psychiatriques sans consentement peuvent saisir doivent être mentionnées dans les documents de notification ainsi que dans le livret d'accueil et affichées dans l'unité.

À la suite de l'envoi du rapport provisoire, la directrice générale du CHU a indiqué que « *les adresses des autorités et le détail des voies de recours seront ajoutés au livret d'accueil* ».

Une copie de l'arrêté préfectoral ou de la décision du directeur de l'établissement, celle de la notification avec l'énumération des droits cités à l'article 3211-3 du code de la santé publique et celle des certificats médicaux sont remises au patient. Cette disposition est explicitement rappelée par le service des droits des patients lors de la transmission de ces pièces.

Lors de la visite, l'attention a été attirée sur la situation d'un jeune homme d'origine albanaise ne s'exprimant pas en français. La mesure et les droits n'avaient pas pu lui être notifiés compte tenu de la barrière linguistique et deux infirmiers avaient signé l'accusé de réception pour en attester. Le fait de ne pas parler français ne doit pas être un obstacle aux différentes notifications. Par ailleurs, son frère, qui parlait français, servait d'interprète lors des entretiens médicaux alors que sa position de tiers ayant demandé l'admission en ASPDT pose question.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La notification de la mesure et des droits doit être effectuée par un interprète professionnel indépendant lorsque le patient ne maîtrise pas la langue française. Cette assistance doit aussi être organisée lors des entretiens médicaux.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *pour les patients non francophones, des documents d'information relatifs aux mesures de soins sans consentement en langues étrangères (anglais, russe, espagnol dans un premier temps) vont être rédigés et déployés au sein du service de psychiatrie.* »

Des documents en arabe pourrait être utilement envisagés.

2.3 LES INFORMATIONS GENERALES UTILES AUX PATIENTS SONT DIFFUSEES DANS DIFFERENTS DOCUMENTS MAIS LES INFORMATIONS PRATIQUES FACILEMENT ACCESSIBLES MANQUENT

Plusieurs documents regroupent les différentes informations utiles aux patients pour connaître les règles applicables au sein du CHU en général et du service de psychiatrie en particulier.

Le règlement intérieur du CHU est un document volumineux de soixante et onze pages regroupant 147 articles, dont la dernière mise à jour date de décembre 2018. Outre diverses dispositions relatives à l'organisation du CHU, il consacre un chapitre aux patients hospitalisés, abordant notamment l'admission, les conditions de séjour, la sortie et les relations avec les médecins. Il est disponible sur le site internet du CHU mais semble mal connu des soignants. Il a été indiqué qu'aucun patient de psychiatrie ne l'a jamais demandé.

Le livret d'accueil du CHU, remis à l'arrivée, est un document de format plus réduit, de trente-cinq pages, destiné à l'ensemble des patients de l'établissement. Après une présentation de l'hôpital, il aborde l'accueil et l'admission, le séjour, la qualité et la sécurité des soins, les droits

et devoirs des patients et la sortie. La charte de la personne hospitalisée y est jointe. Ce livret n'aborde pas les spécificités de l'hospitalisation en psychiatrie ni les droits des personnes admises en soins sans consentement.

Le livret d'accueil du service de psychiatrie est un court document de huit pages, de format A5, qui aborde des aspects pratiques, notamment en citant les obligations (l'utilisation du téléphone, l'usage du tabac, etc.) et les droits (confidentialité, personne de confiance, accès au culte, etc.). Le paragraphe relatif aux modes d'hospitalisation distingue « l'hospitalisation libre » (en fait les soins libres), « l'hospitalisation sans consentement » (en fait, sur décision du directeur d'établissement) et « l'hospitalisation sur demande d'un représentant de l'Etat » (en fait, sur décision et non sur demande), la terminologie utilisée laissant supposer que seule la deuxième catégorie est prononcée sans le consentement du patient. Par ailleurs, les droits plus spécifiques des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sont très brièvement traités : seule la présentation devant le juge des libertés et de la détention, en étant assisté d'un avocat, et la saisine de la commission départementale des soins psychiatriques (toujours dénommée « commission départementale des hospitalisations psychiatriques » dans le document) sont rapidement abordées. Rien ne mentionne les possibilités de contester immédiatement la mesure devant le JLD ou de saisir différentes autorités, notamment le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Aucune adresse des différentes autorités n'est indiquée. Ce document est normalement remis à chaque patient admis mais les contrôleurs ont rencontré un patient qui indiquait ne pas l'avoir reçu.

Au sein de l'unité, aucun tableau d'affichage ne permet d'offrir une information brève mais utile, comme cela existe dans d'autres établissements. Dans l'unité fermée, seuls, le programme des activités de la semaine, la charte de la personne hospitalisée, la charte de confidentialité et de discrétion et la délégation de signature de la directrice générale par intérim – « pour toutes les pièces relatives à la procédure de prise en charge et à la situation des patients en soins sans consentement, que ce soit sur décision du représentant de l'Etat ou sur décision du directeur de l'établissement », datée du 20 décembre 2018 –, sont affichés sur les murs du couloir central. Rien ne fait état de la possibilité d'accéder à un culte en s'adressant aux soignants, de faire appel aux représentants des usagers, de formuler une réclamation en s'adressant à la direction, de désigner une personne de confiance ou de saisir différentes autorités.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Des informations brèves et utiles doivent être affichées à la vue de tous les patients leur indiquant les modalités pratiques pour accéder au culte de leur choix, contacter les représentants des usagers, désigner une personne de confiance, saisir une autorité telle que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou formuler une réclamation.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'une « affiche est en cours d'élaboration afin d'informer les patients de psychiatrie sur leurs droits : droit de contacter un représentant du culte de leur choix, possibilité de désigner une personne de confiance. (...) Des dépliants d'informations concernant les représentants des cultes intervenant au CHU, avec leurs numéros de téléphone, seront mis à disposition dans le service. »

2.4 LES PLAINTES ET RECLAMATIONS PROVENANT DES UNITES DE PSYCHIATRIE SONT PEU NOMBREUSES

Au cours des trois dernières années (2016, 2017 et 2018), seules 1,6 % des plaintes enregistrées au sein du CHU provenaient des unités de psychiatrie : 10 sur 349 en 2016 ; 9 sur 496 en 2017 ; 1 sur 395 en 2018.

Ces plaintes ont été transmises le plus souvent par les patients (neuf sur vingt) et par la famille (huit sur vingt, essentiellement pour des enfants mineurs), plus rarement par les conjoints (trois sur 20).

Elles ont essentiellement porté sur des pertes et des détériorations (quatre fois) et sur les conditions d'accueil lors de la prise en charge (quatre fois). Les autres motifs sont divers : un manque de place n'ayant pas permis une hospitalisation ; une autorisation de sortie jugée trop prématurée par un parent ; un manque de confidentialité des internes ; un défaut de surveillance ayant conduit à une fugue, etc..

Les plaintes sont adressées à la direction du CHU et sont instruites par le service des droits des patients qui transmet, ensuite, en retour, un courrier de réponse. Si nécessaire, les médiateurs médicaux et non médicaux sont saisis ; au cours des trois dernières années, cinq des vingt plaintes concernant la psychiatrie (soit un quart) ont été traitées par le médiateur (pour l'ensemble du CHU, ce taux est de 23,4 %).

La commission des usagers se réunit quatre fois par an : le matin, les représentants de usagers, qui y siègent (cf. § 2.5), examinent les plaintes et sélectionnent celles qui seront plus particulièrement abordées en séance plénière. Durant plusieurs années, des patients, choisis en fonction de la nature de leur réclamation, sont venus s'expliquer devant la commission. Cette pratique a été abandonnée car, a-t-il été indiqué, l'exposé de griefs en séance était très éprouvant pour les patients et les familles, ces personnes ayant souvent beaucoup de difficulté à s'exprimer devant une assemblée de plus de quinze personnes, parfois perçue comme un tribunal.

Le faible nombre des plaintes enregistrées dans les unités de psychiatrie (une seule en 2017) a conduit les contrôleurs à s'interroger sur l'information donnée aux patients. Le livret d'accueil du CHU aborde les réclamations en indiquant les coordonnées postales et téléphoniques du service des droits des patients, présente le rôle des médiateurs médicaux et non médicaux (avec un numéro de téléphone pour les contacter), mentionne la présence des représentants des usagers (avec un numéro de téléphone pour les joindre) et consacre un paragraphe à la commission des usagers. Le livret d'accueil du service de psychiatrie traite également des réclamations, conseillant de s'adresser au cadre de santé de l'unité. En revanche, aucun affichage, dans l'unité, ne rappelle, de façon synthétique et pratique, ces informations, certes contenues dans des livrets mais difficiles d'accès pour un patient hospitalisé dans ces unités (cf. recommandation au § 2.3).

2.5 LES REPRESENTANTS DES USAGERS, BIEN INTEGRES DANS L'ETABLISSEMENT, SONT ACTIFS ET ECOUTES

Des représentants de deux associations siègent à la commission des usagers, chacune ayant désigné un titulaire et un suppléant : « dépendances 21 » et « l'association des diabétiques de Bourgogne ». L'un d'eux est également membre du conseil local de santé mentale de Dijon.

Ces personnes sont également membres de diverses instances du CHU, notamment du conseil de surveillance, du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et du comité de lutte contre la douleur (CLUD).

Elles sont bien intégrées au sein de l'établissement et ont facilement accès aux différents responsables du CHU. Des informations concordantes provenant de plusieurs sources différentes, montrent qu'elles sont souvent présentes au sein de l'hôpital et que leurs avis sont pris en considération. La présidence de la commission des usagers leur a ainsi été proposée, comme le permet l'article R.1112-81-1 du code de la santé publique, mais elles ont décliné l'offre compte tenu de la lourde charge que cela représente.

L'un de représentants des usagers est plus orienté vers le service de psychiatrie où il tient une permanence, le jeudi après-midi, au titre de son association. Il convient aussi d'observer que l'UNAFAM (Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques) y tient également une permanence le mardi après-midi, une semaine sur deux.

L'existence des représentants des usagers est signalée brièvement dans le livret d'accueil du CHU et le numéro de téléphone du collectif inter associatif sur la santé (CISS) en Bourgogne², point d'entrée pour contacter l'un d'eux, est fourni. Le livret d'accueil du service de psychiatrie, dans un paragraphe relatif aux réclamations, ne renvoie qu'à l'UNAFAM, sans toutefois mentionner de numéro de téléphone (cf. recommandation au § 2.3).

2.6 LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST RAREMENT ABORDEE AVEC LES PATIENTS

Ce sujet est traité dans le livret d'accueil du CHU et dans celui du service de psychiatrie. Toutefois, la désignation d'une personne de confiance est difficile à recueillir à l'arrivée compte tenu de l'état du patient, souvent en crise.

La situation observée lors de la visite montre que, ultérieurement, lorsque leur état s'est stabilisé, les patients ne sont pas interrogés sur leur souhait de procéder à une telle désignation, après leur avoir expliqué la distinction entre « personne de confiance » et « personne à prévenir ». Au sein des deux unités, ouverte et fermée, parmi les vingt-sept patients alors présents, un seul avait désigné une personne de confiance, deux autres avaient indiqué ne pas vouloir en désigner et trois, récemment arrivées, ne s'étaient pas encore prononcées. Ainsi, pour vingt et une personnes, aucune information n'avait été recueillie.

RECO PRISE EN COMPTE 4

La désignation de la personne de confiance doit être abordée avec les patients dès l'admission, s'ils sont en état de comprendre, ou ultérieurement lorsque leur état le permet.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'« une procédure institutionnelle générale est en place depuis 2016 (...). La mise en œuvre est effective en psychiatrie depuis mars

² « Le CISS regroupe des associations intervenant dans le champ de la santé, à partir des approches complémentaires de personnes malades et handicapées, de personnes âgées et retraitées, de consommateurs et de familles. [Son] rôle est de défendre les usagers du système de santé en les informant sur leurs droits et en apportant appui et conseil à leurs représentants dans les instances de santé » (cf. [www. ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org](http://www.ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org)).

2019. La traçabilité est assurée dans la fiche d'accueil du dossier de soins. Un audit sera réalisé fin 2019 pour en évaluer la mise en œuvre. »

La procédure et le formulaire de désignation étaient joints à la réponse.

2.7 LES PATIENTS QUI LE SOUHAITENT PEUVENT EXERCER LEUR DROIT DE VOTE MAIS LE LIVRET D'ACCUEIL DU SERVICE DE PSYCHIATRIE EST MUET SUR CE SUJET

Le livret d'accueil du CHU traite du droit de vote, indiquant que le vote par procuration est possible et que le patient doit s'adresser au cadre de santé de son unité. En revanche, le livret du service psychiatrie ne reprend pas ce thème.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Le livret d'accueil du service de psychiatrie doit consacrer un paragraphe au droit de vote des patients hospitalisés.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *le droit de vote des patients va être rappelé dans un paragraphe qui sera inséré dans la prochaine mise à jour du livret d'accueil destiné aux patients. La procédure de procuration à suivre sera détaillée et accompagnée du lien internet permettant d'accéder au formulaire CERFA.* »

Cette seule mention ne sera toutefois pas suffisante, les patients en psychiatrie n'ayant pas d'accès à internet et pas toujours la possibilité de désigner un mandataire. Il faudra donc les accompagner dans cette démarche.

Avant chaque élection, le service des droits des patients du CHU diffuse une note d'information aux différents services pour rappeler la possibilité offerte aux personnes hospitalisées de voter par procuration et la procédure à suivre. La nécessité de faciliter ces démarches y est soulignée.

Un fonctionnaire du commissariat de Dijon se déplace à l'hôpital pour établir ces procurations.

Tel a été le cas lors des élections de 2017 mais le nombre des patients concernés a toutefois été faible : selon les informations recueillies, deux ou trois patients des unités de psychiatrie ont formulé une demande. Il a aussi été indiqué que des patients peuvent bénéficier d'autorisation de sortie, si leur état le permet, pour se rendre dans leur bureau de vote.

2.8 L'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES EST ORGANISE MAIS L'INFORMATION PRATIQUE DES PATIENTS FAIT DEFAULT

L'aumônerie catholique est bien implantée avec quatre personnes présentes en permanence au sein de l'établissement ou facilement joignables grâce à un téléphone mobile. Un prêtre vient au CHU deux fois par semaine et douze bénévoles complètent l'action des quatre permanents. Un membre de l'équipe passe chaque semaine dans le service de psychiatrie.

Des aumôneries musulmane, israélite et protestante sont facilement joignables et les représentants de ces cultes se déplacent à la demande. L'aumônier musulman a ainsi indiqué s'être déplacé trois fois en trois ans au sein des unités de psychiatrie.

Au sein de l'établissement, une chapelle est à la disposition des fidèles qui souhaitent s'y rendre mais elle est excentrée. En revanche, une salle omni-culturelle est installée au rez-de-chaussée du hall A. Ouverte en libre accès en journée, elle est à la disposition des différents cultes ; la

décoration y est sobre, sans signe ostentatoire, avec des photographies de personnes de différentes religions en prière. Sur une table, un Coran et une Bible sont posés l'un à côté de l'autre ; sur une autre, des dossiers avec des prières de chaque religion sont à la disposition de ceux qui le souhaitent. Selon les informations recueillies, un patient de psychiatrie en soins sans consentement peut s'y rendre en étant accompagné.



La salle omni-culturelle

Un paragraphe du livret d'accueil du CHU est consacré aux différents cultes et des numéros de téléphone permettant un contact (fixe, avec répondeur, et mobile) y sont fournis. L'accès aux cultes est également abordé dans le livret d'accueil du service de psychiatrie.

Un dépliant de présentation des aumôneries, avec les noms des aumôniers ainsi que des numéros de téléphone fixes et mobiles est également remis, selon les informations recueillies, aux patients du CHU, à leur arrivée. Il ne l'est pas à ceux de psychiatrie. Des aumôniers ont fait part de leur réticence à communiquer ainsi aux patients de psychiatrie des numéros de téléphone joignables en permanence, jour et nuit.

L'information existe donc mais elle nécessite l'exploitation de la documentation, ce qui peut être plus problématique dans des services de soins psychiatriques. Dans ces unités, aucune information, simple et pratique, relative à la possibilité de joindre un représentant de son culte n'est affichée (cf. recommandation au § 2.3). Les soignants ont cependant indiqué qu'ils recueillaient les demandes exprimées par les patients et qu'ils en informaient alors les aumôneries.

2.9 LES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE SONT GERÉES AVEC ATTENTION

Lors de leur admission dans les unités de psychiatrie, des patients sont déjà sous protection juridique et bénéficient d'un suivi. D'autres ne le sont pas et sont détectés par l'assistante sociale affectée au service, en lien avec les soignants. Cette assistante sociale participe, en effet, aux différentes réunions de synthèse et dialogue avec les médecins et les infirmiers. Au sein du service social du CHU, une assistante sociale référente vient en appui de ses collègues pour les aider lors de l'élaboration du dossier destiné au juge des tutelles et, avant sa transmission, elle en vérifie la conformité.

Selon les informations recueillies, le nombre des personnes protégées est variable. A la date de la visite, il était restreint : parmi les vingt-sept patients hospitalisés dans les deux unités (ouverte et fermée), un seul, en soins libres, en bénéficiait. Toutefois, un dossier était en préparation pour demander cette protection pour un autre patient (en ASPDT) et la situation d'un troisième, récemment admis en ASPDT, devait être examinée.

Des mandataires judiciaires du centre hospitalier La Chartreuse ou ceux de l'union départementale des associations familiales (UDAF) de Côte-d'Or peuvent être désignés par le juge des tutelles. Aucune difficulté n'a été signalée.

Il a été indiqué que les tuteurs étaient fréquemment les pères ou mères ; tel était le cas de la seule personne protégée des deux unités. Cette solution est généralement retenue par le juge lorsque cette requête est formulée par le patient et sa famille. Dans ce cas, l'assistante sociale apporte son aide pour la gestion administrative, et les achats (notamment des paquets de cigarettes) sont effectués par le cadre de santé.

2.10 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION FAIT L'OBJET D'UNE REELLE VIGILANCE

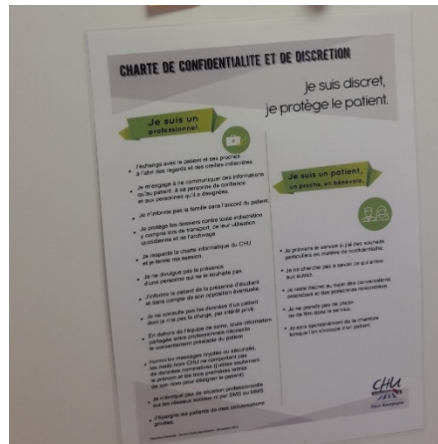
La demande des patients de ne pas communiquer leur présence vis-à-vis de l'extérieur est recueillie, dès l'arrivée, par le bureau des entrées, soit directement soit par l'intermédiaire des urgences, selon le mode d'arrivée. Lorsque la demande est formulée ultérieurement, l'information est transmise au bureau des entrées, seul compétent pour renseigner les fiches des patients.

Les agents en poste au standard téléphonique du CHU et ceux chargés de l'accueil dans les différents halls ont indiqué disposer de l'information sur leurs écrans lorsqu'ils interrogeaient la base de données. Une mention, faisant état de la confidentialité de l'hospitalisation, apparaît alors. Les agents rencontrés ont indiqué y être très vigilants.

De même, les soignants des unités de psychiatrie ont précisé que, lors d'un appel téléphonique, ils ne se présentaient jamais en indiquant leur appartenance à ce service mais en se limitant à « allo », attendant que leur interlocuteur y fasse référence.

Chacune des personnes interrogées par les contrôleurs a ajouté que la confidentialité était également respectée lorsqu'un service de police ou de gendarmerie téléphonait car rien ne permettait alors de connaître l'identité réelle de l'interlocuteur. Un contre appel est ensuite effectué après vérification du numéro de téléphone.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté qu'une charte de confidentialité et de discrétion était affichée dans le couloir de l'unité de psychiatrie, affirmant « *je suis discret, je protège le patient* ». Différentes précautions y sont regroupées dont : « *je m'engage à ne communiquer des informations qu'au patient, à sa personne de confiance et aux personnes qu'il a désignées* » ; « *je ne divulgue pas la présence d'une personne qui ne le souhaite pas* ».



La charte de confidentialité et de discrétion

La confidentialité de l'hospitalisation est également abordée dans le livret d'accueil du CHU et dans celui du service de psychiatrie.

3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES EST STIMULE PAR LE PROFESSIONNALISME DES AVOCATS

3.1.1 La préparation de l'audience

Le JLD est saisi par le service des soins sans consentement de la prolongation des mesures prises par le directeur de l'établissement et par les services de l'agence régionale de santé (ARS) pour les décisions prises par le préfet. La date de saisine est fonction de celle de l'audience, étant précisé que deux ont lieu par semaine, le mardi et le jeudi matin.

Avant la saisine, l'assistante sociale du service rencontre le patient pour lui demander s'il désigne un avocat ou prend un avocat d'office (majorité des cas). Il a été indiqué certaines demandes de levée de la mesure par le tiers étaient motivées par le souci de faire l'économie de la dépense des frais d'avocat, ceux-ci n'étant pas pris en charge si le patient n'entre pas dans les conditions de ressources de l'aide juridictionnelle. La saisine précise également si le patient nécessite un interprète dont la recherche incombe au greffe du juge.

Le tiers demandeur comme le mandataire judiciaire, le cas échéant, sont toujours convoqués à l'audience.

L'avis d'audience est notifié au patient par les soignants et renvoyé signé au greffe.

Le dossier est communiqué par fax aux avocats.

Il a été précisé que tous les mails échangés avec le tribunal et l'ARS à l'occasion de la préparation de l'audience étaient cryptés pour assurer leur confidentialité.

RECOMMANDATION 2

L'assistance d'un avocat étant obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, les frais d'avocat doivent être pris en charge par le tribunal quand bien-même les ressources du patient dépassent les barèmes de l'aide juridictionnelle.

Les audiences JLD se tiennent au centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Chartreuse, situé à 5 km du CHU. Les patients y sont conduits en véhicule, accompagnés par un soignant.

Des panneaux indicateurs permettent de se rendre vers la salle d'audience depuis l'entrée du CHS.

La salle d'audience est signalée au moyen d'une plaque fixée au mur dans le couloir. On y accède en traversant la salle d'attente, de 20 m², équipée de chaises et dont les murs blancs sont nus à l'exception des délégations de signatures des directeurs du CHS et du CHU de Dijon, collées sur un des murs.

La salle d'audience, d'une surface de 33 m², est lumineuse, éclairée par trois grandes fenêtres. Le juge et le greffier s'y tiennent derrière une grande table rectangulaire ; trois rangées de chaises destinées au patient, à l'avocat et au public leur font face. Une salle de délibéré est contiguë à la salle d'audience ; elle est équipée d'un ordinateur, d'un téléphone et d'un télécopieur.

Une pièce destinée aux avocats est accessible depuis la salle d'attente et depuis la salle d'audience par une porte percée d'un fenestron. Cette pièce est aveugle mais bien éclairée au moyen d'un plafonnier ; elle est meublée d'une table rectangulaire et de trois chaises. L'avocat peut s'y entretenir avec son patient en toute confidentialité.



La salle d'audience et le local « entretien avocat »

Pendant l'audience, le juge et le greffier ne portent pas de robe. Ils désignent au patient sa situation de SSC comme « *hospitalisation que vous n'avez pas choisie* ».

Au cours de l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs, le JLD qui officiait a pris soin de préciser son rôle au patient, insistant notamment sur le fait qu'il n'avait pas de compétence médicale et ne pouvait remettre en cause le bien-fondé du soin. Il a précisé que son ordonnance ne serait pas rendue sur le siège et que le patient pouvait faire appel de sa décision.

Pendant cette audience, le soignant accompagnant le patient, qui était calme et lucide, est resté à proximité de ce dernier dans la salle. De ce fait, la liberté de parole laissée ainsi au patient pour s'exprimer sur ses conditions de prise en charge est restreinte, sinon dans les faits, potentiellement dans les conséquences de son usage.

Les mandataires judiciaires, qui sont toujours convoqués à l'audience, ne s'y rendent pas lorsqu'il s'agit de mandataires institutionnels, les autres viennent parfois, de même que la personne de confiance désignée – et informée – par le patient ou ses proches.

RECOMMANDATION 3

Sauf situation particulière le justifiant expressément, le soignant qui accompagne le patient pour le trajet vers le juge des libertés et de la détention doit s'abstenir d'assister à l'audience et rester dans la salle d'attente attenante.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'«après échanges avec les interlocuteurs concernés, il a été jugé que la présence d'un soignant dans la salle d'audience auprès du patient était nécessaire. Elle répond principalement à un impératif sécuritaire, puisque la présence d'un membre de l'équipe paramédicale ayant connaissance du dossier médical du patient peut permettre de sécuriser les échanges. »

3.1.2 Les décisions rendues

L'établissement a communiqué le bilan de l'activité du JLD est retracé dans le tableau suivant :

| | 2017 | 2018 |
|--|--|--|
| Nombre de patients convoqués | 71 | 58 |
| Nombre de patients présents à l'audience | 62 | 46 |
| Nature des décisions rendues par le JLD | 59 maintiens 6 sans objet 6 levées | 45 maintiens 5 sans objet 6 levées (*) |
| Nombre d'appels | 1 | 2 |
| Nature des décisions rendues par la cour d'appel | 1 maintien | 1 sans objet 1 main levée |

(*) La nature de 2 décisions en 2018 n'a pas été précisée.

Il a été indiqué que les non-présentations des patients à l'audience sur avis médical étaient très rares.

Cinq des décisions de mainlevées ont été communiquées aux contrôleurs pour l'année 2017 et autant pour 2018. Dans ces diverses décisions, le JLD a relevé les irrégularités suivantes relatives à la procédure :

- le certificat initial d'admission en SPDRE émanant d'un praticien exerçant dans l'établissement ;
- l'établissement par un même médecin du certificat initial d'admission et du certificat de 72 heures ;
- un certificat médical établi 24 heures et 4 minutes après la décision d'admission en SPDRE dépassant le délai légal ; de même un certificat de 24 heures établi plus de 35 heures après l'admission en SPI et un certificat de 72 heures établi à plus de 81 heures de l'admission ;
- l'absence de qualité pour agir dans l'intérêt du malade de son conjoint demeurant dans un autre département que celui-ci, dans l'impossibilité – en raison de son absence – de constater les troubles et, par ailleurs, en conflit avec son conjoint ;
- le certificat initial d'admission en procédure de péril imminent qui ne caractérise pas l'existence d'un quelconque péril pour le patient ni son caractère imminent ;
- le certificat initial d'admission en procédure d'urgence insuffisamment circonstancié faute de caractériser le risque à l'intégrité physique ou psychique du patient ;
- le certificat de 72 heures qui caractérise insuffisamment les troubles mentaux du patient ;
- le défaut de précision sur les démarches effectuées pour vérifier qu'aucun tiers n'était joignable ;

- le défaut de notification de la décision d'admission au patient ; un délai de trois jours pour la lui notifier et de six jours pour lui notifier la décision de maintien ;
- l'absence de la notification de SPDRE aux représentants légaux d'un mineur et des droits attachés.

La vigilance du JLD est stimulée par des avocats très impliqués, dont les interventions montrent une étude du dossier en amont suffisante pour leur permettre, dans certains cas, de déposer avant l'audience des conclusions écrites.

L'ordonnance est rendue le soir de l'audience, sauf délibéré prolongé qui n'est pas rare, et notifiée au patient par les soignants.

3.2 LE CONTROLE EXERCE PAR LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DEPARTEMENTALE EST RARE ET FORMEL

La dernière visite de la commission départementale des soins psychiatriques de la Côte-d'Or date du 6 décembre 2017, la précédente étant intervenue le 31 mai 2017. Sa visite n'est pas annoncée par voie d'affichage dans les unités mais les patients en sont informés par les soignants et la liste de ceux qui souhaitent être entendus est transmise au service des patients sans consentement qui prévient la commission.

Lors de sa dernière visite, la commission a reçu un patient et examiné les dossiers des trois patients dont la mesure de soins se prolongeait au-delà d'un an. Le compte rendu de cette visite ne fait aucune remarque sur l'état des locaux au regard des droits des patients ou la tenue des registres de la loi examinés par les membres de la commission.

3.3 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI EST ERGONOMIQUE MAIS LACUNAIRE

L'établissement tient un même registre de la loi pour toutes les mesures de soins sans consentement, qu'elles soient décidées par le représentant de l'Etat ou par le directeur. Le bureau « service clientèle » est chargé de sa tenue.

Les deux derniers registres ont été examinés.

Le registre est formellement correctement renseigné : les copies, réduites au format A5, des documents relatifs au déroulement de la mesure y sont collés : arrêtés du préfet, demande du tiers, certificats d'admission, de 24 heures, de 72 heures et mensuels, décisions de maintien, avis pour l'audience devant le JLD, demandes de sortie de 12 heures et 48 heures et réponses du préfet ou du directeur, les avis du collège de professionnels de santé et les programmes de soins.

Lorsque la place vient à manquer pour coller ces pièces, la suite du déroulement de la mesure est reportée au premier folio libre du registre en cours, où les éléments d'identité sont de nouveau mentionnés ainsi que la nature de la mesure et un renvoi est indiqué dans le registre de départ ainsi qu'à la nouvelle page utilisée. Le suivi des mesures est ainsi aisé.

Si la tenue formelle est très correcte et permet de vérifier aisément la régularité des pièces de la procédure, des omissions sont constatées : la date de délivrance des informations relatives aux

droits – prévue par le 4° de l'article L.3212-11 du code de la santé publique³ – n'est jamais précisée, pas plus que la mention de protection juridique prévue au 5° du même article.

Par ailleurs, en cas de mesure de SSC prise sur décision du directeur de l'établissement, les décisions de levée ne figurent pas au registre – en méconnaissance du 8° du même article, ce qui est expliqué par le fait que ces décisions ne sont jamais prises formellement.

En cas d'admission sur demande d'un tiers, lorsque la levée de la mesure est demandée par ce dernier et que le directeur y fait droit, il est simplement mentionné, de façon erronée, « *levée par le tiers* » ; de même si l'initiative a été prise par un médecin la mention tout aussi erronée « *levée par le médecin* » est inscrite.

Il a été constaté le 6 février 2019 que la dernière mesure du registre en cours est en date du 6 janvier 2019. Les éléments relatifs aux deux patients admis ultérieurement, les 30 et 31 janvier, ne sont pas encore inscrits, le délai de 24 heures pour y procéder prévu par l'article L.3212-11 est largement dépassé.

La CDSP et le directeur de cabinet du préfet ont visé le registre en mentionnant qu'il n'y avait rien à signaler.

Les agents chargés de la tenue du registre de la loi n'ont pas reçu la formation qui leur permettrait de remplir leur mission avec régularité et exactitude juridique.

RECOMMANDATION 4

L'administration doit fournir aux agents chargés de la tenue du registre l'ensemble des informations qui doivent y figurer et faire bénéficier ces agents d'une formation qui leur permette de remplir leur mission conformément aux exigences juridiques attendues.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a communiqué des éléments relatifs au plan de formation proposé aux professionnels dans le cadre du GHT 21-52. Elle indique également que « *la cadre de santé de psychiatrie ayant en charge la tenue du registre est formée à son contenu. Un outil destiné à remplir automatiquement le registre à l'aide des données renseignées dans DxCare™ est en cours de mise en place. A terme cet outil sera pris en charge par le département de l'information médicale (DIM) également formé.* »

A ce stade, ces éléments ne sont pas corroborés par les constats effectués lors de la visite.

³ Article L.3212-11 du code de santé publique : « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures ;

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; (...)

4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ;

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;

7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;

8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ; (...).

L'examen des pièces figurant dans ces registres permet de constater qu'il n'est jamais fait objection, ni par le préfet ni par le directeur de l'établissement, aux demandes de sorties temporaires ou définitives présentées par les médecins.

Il est constaté également qu'il est fait recours à un médecin extérieur à l'établissement (SOS 21) pour établir le certificat initial d'admission en procédure de péril imminent.

3.4 L'ETABLISSEMENT S'EFFORCE DE PERMETTRE LA PRESENTATION PHYSIQUE DES PATIENTS DEVANT LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS

Pour la réunion du collège des professionnels de santé qui doit effectuer une évaluation médicale approfondie de l'état mental de certains patients dont la durée des soins sans consentement excède une période continue d'un an, le bureau des soins sans consentement prévient le chef de pôle et le cadre de santé afin qu'ils prévoient la réunion de ce collège. Ces derniers lui indiquent en retour sa composition et le bureau des soins convoque les membres du collège et le patient concerné.

Il a été indiqué que si le patient ne se rendait pas à la convocation, le collège était de nouveau convoqué à une autre date pour permettre l'audition et que seuls les patients « *perdus dans la nature* » c'est-à-dire ceux qui ne se rendent plus aux visites médicales de suivi, n'étaient pas vus par le collège.

L'avis du collège est porté dans le registre de la loi ; il a été constaté que, pour un patient en SDRE, le collège avait préconisé une mainlevée « *pour la fin de l'année* » et que cette levée avait été demandée par le médecin en septembre et décidée par le préfet dans les jours suivants.

Au jour de la visite, quatre patients étaient sous la même mesure de soins sans consentement depuis plus d'un an ; ils étaient tous quatre en programme de soins.

BONNE PRATIQUE 1

Le renouvellement de la convocation devant le collège des professionnels de santé donne une seconde possibilité aux patients absents à une première convocation d'être entendus par ce collège.

3.5 LES AUTRES CONTROLES OPERES SONT SANS CONSEQUENCE

La visite du procureur de la République était attendue le 14 février 2019 ; elle n'a pas lieu chaque année. Le directeur du cabinet du préfet s'est également rendu au cours de l'année 2018 dans le service psychiatrique et a visé le registre de la loi. Aucune conséquence sur le fonctionnement du service n'a été signalée à la suite de ces visites.

4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

4.1 LES CONTRAINTES ARCHITECTURALES DE L'UNITE FERMEE, QUI ACCUEILLE EGALEMENT DES PATIENTS EN SOINS LIBRES, NUISENT A LA QUALITE DE VIE

4.1.1 L'organisation architecturale

L'implantation en étage et le manque d'espace sont très contraignants pour les patients et ont des incidences fortes sur leurs conditions de vie.

Les deux unités de soins psychiatriques pour adultes sont situées au premier étage du bâtiment Marion, au Sud-Est du site du CHU. Ce bâtiment qui accueille, au rez-de-chaussée, les bureaux des psychiatres, les salles de consultation de l'unité de psychologie médicale et des salles d'activités et, au deuxième étage, le service d'addictologie.

Le bâtiment est en accès libre sauf la nuit de 20h à 8h, pour des raisons de sécurité afin d'éviter les intrusions extérieures.

Le premier étage se décompose en deux unités distinctes :

- l'unité ouverte, qui comprend treize lits, sans chambre d'isolement et qui n'accueille jamais de patients en soins sans consentement ; cette unité a été, de ce fait, exclue du champ du contrôle ;
- l'unité fermée, qui comprend treize lits et deux chambres d'isolement.

La séparation entre les deux unités se fait par un sas composé d'une grille et une porte, trop étroite pour permettre le passage d'un lit médicalisé. Un badge est nécessaire pour ouvrir ce sas. La grille et la porte sont asservies et placées sous vidéosurveillance.

Cinq autres caméras sont réparties au sein de l'unité fermée, permettant de contrôler les accès, le couloir de l'unité, l'escalier d'accès à la cour et celle-ci. Le moniteur de visionnage des images est situé dans le local infirmier, sans renvoi d'images vers le poste de sécurité de l'hôpital.



Le sas d'entrée de l'unité fermée au 1^{er} étage du bâtiment Marion

En amont du sas, une porte latérale, dont l'ouverture est actionnée par un badge, permet d'accéder à la salle de soins et de stockage des médicaments, commune aux deux unités et qui dispose d'un accès direct à l'unité fermée.

Vis-à-vis des patients comme des familles la symbolique de cette grille est difficile à accepter et le barreaudage systématique aux fenêtres aggrave cette impression d'enfermement.

RECOMMANDATION 5

L'architecture des unités de soins ouvertes et fermées du bâtiment Marion doit être revue, incluant notamment la suppression des grilles entre les deux unités de soins.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *des propositions architecturales seront proposées au service en lien avec les autres recommandations. La grille pourra être remplacée par une porte blindée assurant la sécurité des patients.* »

L'unité fermée est constituée de six chambres doubles et d'une chambre simple, auxquelles s'ajoutent deux chambres d'isolement, réparties le long d'un couloir en forme de « T ».



Le couloir central de l'unité fermée

Outre les chambres, la grande barre du « T » du couloir dessert la salle de vie collective et le local infirmier, alors que la petite barre donne accès à la salle de douche (une seule pour toute l'unité fermée) et à un escalier extérieur menant vers la cour.

D'à peine 52 m² (7 m sur 7,5 m), la salle de vie est meublée de tables et chaises permettant la prise en commun des repas pour douze personnes simultanément au maximum, et de six chaises, peu confortables, placées face à un écran de télévision de grand format. Un vélo d'appartement, remis derrière la porte d'entrée, un baby-foot, une bibliothèque composée d'une quarantaine de livres et de quelques vieux magazines et un meuble bas avec quelques puzzles et jeux de société, meublent cette salle de vie. Un de ses coins est encombré par une imposante armoire rustique fermée à clé servant à entreposer les valises et sacs personnels des patients. L'insonorisation est inexistante, rendant la pièce très bruyante.



La salle de vie

Par manque d'espace, l'unité ne dispose d'aucun local permettant d'accueillir les familles ou d'organiser des entretiens individuels dans le respect de l'intimité, ce que ne permettent ni la salle de vie ni les chambres doubles.

RECOMMANDATION 6

Les contraintes architecturales et l'insuffisance de locaux rendent les conditions de vie des patients peu dignes : salle de vie trop exiguë et excessivement sonore, absence de salle permettant d'accueillir des visiteurs avec un minimum d'intimité, chambres quasi exclusivement doubles et sans douche, etc. Il est nécessaire d'augmenter la superficie allouée à cette unité et de procéder à des investissements immobiliers.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'« une étude sera engagée afin de déterminer l'ensemble des besoins (...). Le choix se portera alors soit sur une extension de l'existant, soit sur un nouveau bâtiment nécessitant dans tous les cas un investissement immobilier important. Des mesures correctives de l'existant seront menées à fin 2019 sur l'acoustique, la grille et la cour ».

Un escalier extérieur conduit directement de l'unité fermée vers une cour, fermée elle aussi, réservée à cette unité. Si l'escalier n'est pas accessible la nuit ou quand le temps ne permet pas de sortir, l'accès au palier reste possible ; il sert alors de fumoir, couvert mais très peu accueillant et en plein vent.



Le palier-fumoir, vu de l'intérieur et de l'extérieur

La cour, d'une superficie de 260 m² environ (20 m sur 13 m), est entièrement ceinte d'un grillage, en partie occulté par une bâche verte. Goudronnée, elle est totalement dépourvue de verdure et dégage une ambiance assez carcérale. Elle accueille deux tables de pique-nique, deux bancs et une table de ping-pong. Largement ensoleillée, cette cour serait, aux dires des interlocuteurs et patients rencontrés, une « fournaise » en été, l'auvent installé trop en hauteur n'offrant pas une ombre suffisante.



La cour réservée à l'unité fermée et son escalier d'accès depuis le 1^{er} étage

RECO PRISE EN COMPTE 6

La cour de promenade réservée à l'unité fermée, seul espace en plein air librement accessible aux les patients, doit offrir un cadre moins carcéral et minéral. *A minima*, l'implantation de végétaux et de verdure doit pouvoir se faire à peu de frais, l'entretien pouvant, en outre, être l'occasion d'une activité thérapeutique.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *ce point est dans le tableau d'action au CHSCT avec un travail sur une éducation thérapeutique adaptée. Des aménagements sont prévus à l'automne compatibles avec une plantation adaptée à la saison.* »

4.1.2 L'accueil au sein de l'unité fermée

L'unité fermée accueille indifféremment des patients en soins sans consentement comme en soins libres lorsqu'il n'y a plus de place dans l'unité ouverte. Le jour du contrôle, quatre patients sur douze y étaient en soins libres. Le patient en soins libres signe alors un document par lequel il « *accepte une hospitalisation dans le secteur fermé de l'unité de psychiatrie en attendant une place dans le secteur ouvert* » ; ce document précise que le patient « *conserve l'intégralité de [ses] droits et libertés individuelles, et notamment le droit de conserver [son] téléphone, [ses] vêtements ainsi que le droit de recevoir [sa] famille et [ses] proches. [Il] dispose par ailleurs du droit de sortir aux heures prévues par le règlement intérieur de l'établissement ou sur demande auprès de l'équipe soignante* ». On peut toutefois s'interroger sur le caractère éclairé du consentement donné par une personne ainsi hospitalisée.

Cet enfermement généralisé est, toutefois, compensé par un régime de contraintes imposées dans la vie quotidienne des patients qui ne relève, lui, jamais du systématique mais est modulé de façon relativement souple sur prescriptions médicales (cf. § 4.2 *infra*).

A l'inverse, il est inenvisageable pour l'équipe médicale que des patients en soins sans consentement (SSC) soient hospitalisés dans l'unité ouverte, SSC et unité fermée étant systématiquement associés.

RECOMMANDATION 7

Il doit être mis fin à la confusion entre modalité d'hospitalisation et statut juridique conduisant à associer systématiquement soins sans consentement et enfermement dans une unité.

Il doit également être mis un terme à la pratique selon laquelle des patients en soins libres sont hospitalisés au sein de l'unité fermée faute de place dans l'unité ouverte.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *pour tenir compte des recommandations générales du CGLPL, en accord avec la direction du CHU, le service souhaite engager une réflexion quant à une évolution structurelle qui tendrait à faire disparaître la notion de secteur « fermé » pour ne conserver qu'un seul et unique secteur « ouvert » où tous les patients seraient accueillis, quel que soit leur statut légal d'admission (service [sic] libre ou soins sans consentement).* »

Le CGLPL ne peut que s'en réjouir, en espérant que cette réflexion sera engagée rapidement, en lien et concomitamment avec celle sur les structures immobilières.

4.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT SOUPLES ET MODULEES SELON LA PERSONNALITE ET L'ETAT DE SANTE DU PATIENT

Aucun règlement intérieur n'est affiché dans l'unité. Seul un petit livret de huit pages en format A5, commun à l'ensemble du service de psychiatrie adulte (unités ouverte, fermée et addictologie) indique de façon sommaire le fonctionnement de l'unité et les « obligations » du patient, renvoyant, s'agissant des « droits » du patient, à la charte du patient hospitalisé. Ce fascicule est, selon l'équipe soignante, remis au patient lors de son hospitalisation ; toutefois, plusieurs malades rencontrés n'en avaient pas le souvenir et n'ont pas été en mesure de le produire aux contrôleurs.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les règles de vie propres à l'unité fermée doivent être détaillées dans un document *ad hoc* systématiquement remis au patient lors de l'admission et affichées au sein de l'unité.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'« *il est prévu à l'initiative de la cadre du service que les règles de vie fassent l'objet d'un document spécifique interne au service, sous forme de règlement intérieur.* »

Si ces règles ne sont pas formalisées, elles sont plutôt libérales et appréciées avec une grande souplesse par l'équipe médicale et soignante qui veille à les adapter à chaque patient. La

philosophie générale qui prévaut est de proposer « *un cadre contenant mais ni contraignant ni rigide* » selon l'un des interlocuteurs des contrôleurs, la responsabilité de gérer les éventuels conflits ou dangers pour la sécurité de certains patients du fait de ces régimes différenciés incombant au personnel.

Ainsi les patients peuvent-ils, en règle générale, conserver en permanence la quasi-totalité de leurs vêtements personnels – y compris leurs ceintures –, leurs produits d'hygiène – y compris coupe-ongles et flacons de parfum –, et leurs effets, seuls les objets considérés comme dangereux (couteaux, rasoirs, etc.) étant écartés. Aucune règle fixe ne régit la conservation de l'argent et des objets de valeur. Si les patients sont invités à les confier à l'équipe soignante pour éviter toute disparition, il arrive que certains conservent de fortes sommes d'argent pouvant aller jusqu'à plusieurs centaines d'euros. Les appareils radio, MP3, etc. peuvent être conservés.

De même, les modalités d'accès au tabac sont très libérales, les patients conservant, sauf exception motivée par le besoin de réguler la consommation de certains malades, leurs cigarettes ainsi que – bien que cela soit en principe interdit selon le livret d'accueil –, leurs briquets (le fumoir extérieur est, par ailleurs, doté d'un allume-cigarette électrique).

Les patients peuvent librement se rendre dans leur chambre à tout moment, à l'exception toutefois, pour les chambres doubles (c'est-à-dire six chambres sur sept) pendant une partie de la matinée lorsque le médecin ou l'interne effectue la visite au pied du lit, afin de respecter l'intimité du patient visité.

Enfin, il est toléré que les patients puissent conserver friandises ou alimentation dans leurs chambres, exceptées, pour des raisons d'hygiène, les denrées périssables.

4.3 LA LIBERTE DE COMMUNICATION EST GARANTIE MAIS L'ACCUEIL DES VISITES EST RENDU TRES COMPLIQUE PAR LES CONTRAINTES BATIMENTAIRES

Les téléphones portables sont, sauf contre-indication médicale, laissés à la disposition des patients, y compris les smartphones à la condition qu'aucune photographie ou vidéo du service ou des autres patients ne soit prise. Les chargeurs sont toutefois conservés par l'équipe soignante et remis à la demande.

Les patients qui ne disposent pas de téléphone personnel peuvent, sauf contre-indication médicale, solliciter le personnel soignant pour passer ou recevoir librement des appels depuis un téléphone sans fil de service.

S'agissant du courrier, il ne fait l'objet d'aucun contrôle particulier systématique, tant à l'arrivée qu'au départ, et des timbres peuvent être fournis aux patients qui n'en disposent pas.

En revanche, hormis les smartphones personnels des patients qui en disposent, il n'existe pas de possibilités d'accéder à internet, aux messageries ou aux réseaux sociaux ; cette carence semble toutefois relever davantage d'une absence de réflexion sur le sujet que d'une position de principe.

RECOMMANDATION 8

Il convient d'organiser la possibilité d'accéder à internet pour les patients qui ne disposent pas de smartphone.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *Ce point sera revu avec le prestataire en charge de la couverture et l'accès à internet au CHU.* »

Il semble pourtant que la solution relève davantage d'une organisation interne au service (mise à disposition d'un ordinateur) que du prestataire technique.

Les visites sont autorisées de 13h30 à 20h. La configuration des lieux les rend toutefois compliquées pour les patients n'ayant pas l'autorisation de sortir de l'unité. En effet, en l'absence de salle dédiée, les visites ne peuvent se faire que dans la salle de vie –, qui n'est absolument pas conviviale ni adaptée –, dans les chambres –, qui sont presque toutes doubles, ou, lorsque le temps le permet, dans la cour fermée de l'unité. L'intimité des visites est donc impossible et la venue d'enfants ne paraît pas concevable – même si le bureau du cadre de santé est parfois utilisé à cette fin.

RECOMMANDATION 9

Un lieu adapté aux visites des familles permettant leur accueil dans un cadre agréable et garantissant leur intimité doit être aménagé.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'« *il n'y a pas de locaux disponibles dans le bâtiment. Ce point est aussi à intégrer à une réflexion immobilière d'extension ou de nouveau bâtiment.* »

4.4 LE PORT DU PYJAMA N'EST, SAUF EXCEPTION, PAS IMPOSE

Le port du pyjama n'est imposé qu'aux patients placés en chambre d'isolement « *lors du premier contact* » selon les interlocuteurs.

Il a toutefois été constaté la présence de deux patients en pyjama dans les parties communes plusieurs jours consécutifs. Cette situation est consécutive aux modalités de gestion des chambres d'isolement, utilisées pour des patients faisant l'objet d'un isolement très relatif avec des portes ouvertes une bonne partie de la journée, voire comme chambres de « *délestage* » – selon l'expression utilisée par un interlocuteur – lorsqu'aucune chambre hôtelière n'est disponible. De ce fait, ces deux patients, en principe en isolement, passaient une bonne partie de leur journée dans la salle commune, en pyjama.

RECOMMANDATION 10

Afin d'éviter que des patients ne soient contraints au port du pyjama y compris dans les parties communes, ce qui est attentatoire à leur dignité, il convient de préciser les règles relatives au

port du pyjama imposé aux patients en chambre d'isolement, *a fortiori* lorsque ces patients peuvent sortir des dites chambres d'isolement.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *les procédures ont débuté et sont en cours de rédaction* », sans toutefois en préciser la teneur.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES LOCAUX, INADAPTES ET EXIGUS, N'OFFRENT PAS DES CONDITIONS DE VIE CONFORTABLES ET RESPECTUEUSES DE L'INTIMITE

5.1.1 Les chambres

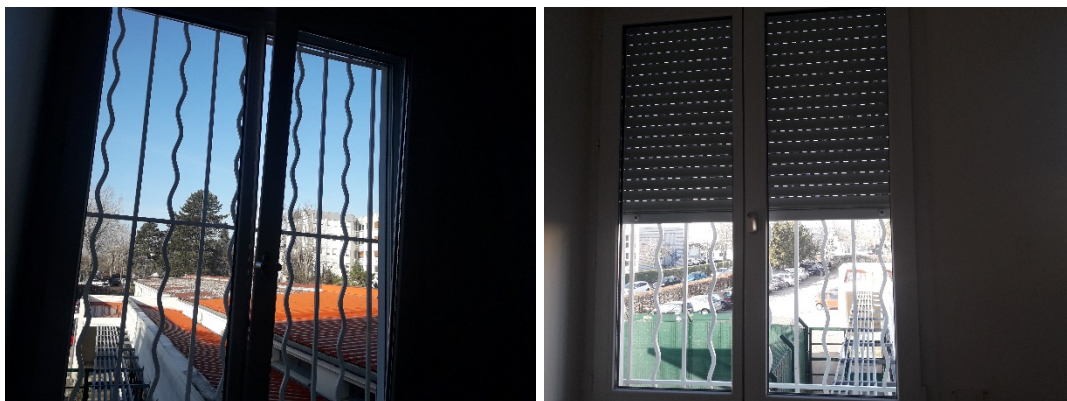
Du fait des contraintes immobilières, l'unité fermée du bâtiment Marion ne dispose que d'une seule chambre individuelle, les six autres chambres étant doubles. En bon état et propres, les chambres sont toutefois peu chaleureuses et anonymes. Si les décorations personnelles sont autorisées, elles demeurent exceptionnelles. Le mobilier, très « hospitalier », se limite pour chaque patient à un lit non fixé au sol, une table de chevet, un placard qu'il peut fermer avec son propre cadenas, une table roulante, une chaise et parfois un fauteuil.

Les patients ne peuvent pas disposer de téléviseur.



Deux exemples de chambres doubles

Bien que l'ouverture des fenêtres oscillo-battantes permette d'empêcher toute défenestration, elles sont barreaudées. Elles ne disposent pas de rideau mais d'un volet électrique commandable depuis la chambre.



Fenêtres d'une des chambres

Globalement, les conditions de vie au sein de l'unité Marion sont donc peu agréables qui plus est pour des séjours souvent de longue durée. Bien que propres et en bon état, les locaux, anonymes et exigus, sont peu adaptés au respect de l'intimité et au bien-être des patients. L'absence de véritable salle de vie et d'un espace de promenade accueillant (cf. §.4.1 *supra*) contraint les patients à rester très longtemps en chambre, souvent sur leur lit, où la cohabitation et l'inoccupation ont été déplorées par plusieurs d'entre eux.

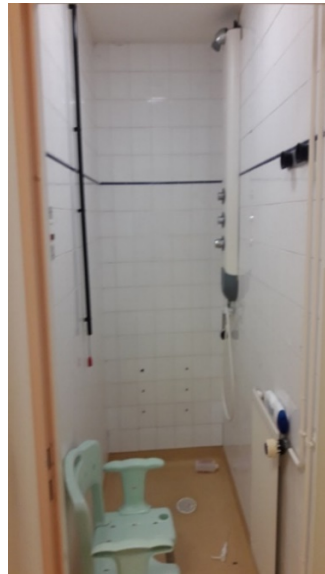
5.1.2 Les sanitaires

A l'exception de la chambre individuelle et d'une chambre double qui disposent de leur propre douche, les chambres ne bénéficient que d'un cabinet de toilette comportant un WC et un lavabo. Si des patères sont bien disponibles, la plupart des patients font sécher leurs serviettes de toilette sur les radiateurs dans la chambre.



Cabinet de toilette d'une chambre double

La quasi-totalité des patients de l'unité fermée doit donc utiliser la seule douche collective disponible. Munie d'une porte fermant à clé, d'un bouton d'appel, d'un flexible, d'un réglage de la température de l'eau, de patères et d'une chaise, cette douche est nettoyée quotidiennement et était propre lors de la visite. Si les horaires d'accès à cette douche sont libres en journée (obérés par le temps de ménage), son usage n'en demeure pas moins contraint compte tenu de sa forte fréquentation par une dizaine de patients.



La seule douche collective de l'unité fermée

Les deux chambres d'isolement sont également dépourvues de douche, ne disposant chacune que d'une salle d'eau équipée d'un WC et d'un lavabo en inox. Chaque salle d'eau est desservie par deux portes, l'une permettant un accès direct depuis dans la chambre d'isolement et l'autre donnant sur un sas. Cette porte est munie d'un fenestron ne garantissant pas l'intimité du patient lorsqu'il utilise les toilettes.



*Les sanitaires d'une chambre d'isolement vus depuis la chambre (à gauche)
et à travers le fenestron depuis le sas d'entrée (à droite)*

RECOMMANDATION 11

L'équipement en douches des chambres – ainsi que des chambres d'isolement – est indispensable pour permettre aux patients de disposer de conditions d'hygiène confortables.

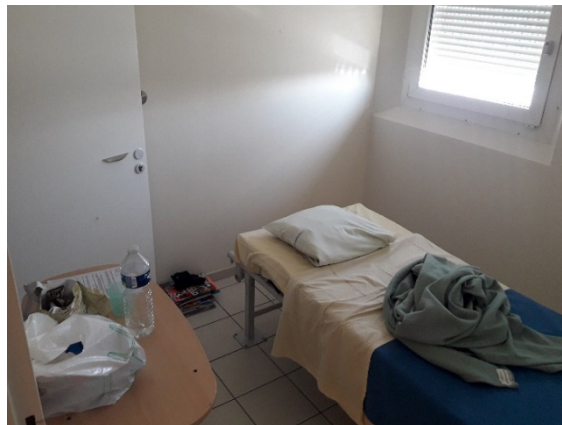
Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « Cette recommandation implique la fermeture de l'unité et des travaux lourds sur l'existant en zone amiantée. De plus, la place disponible dans les sanitaires existants est insuffisante et conduit notre réflexion à un nouveau projet d'implantation. »

5.2 LA GESTION DES SUR OCCUPATIONS N'EST PAS RESPECTUEUSE DES DROITS

Les patients en soins sans consentement sont systématiquement affectés au sein de l'unité fermée, l'équipe médicale considérant qu'il n'est pas envisageable d'hospitaliser au sein de l'unité ouverte des personnes en soins contraints du fait de la configuration des lieux qui ne permet pas d'assurer la sécurité des patients.

Comme vu précédemment (cf. §.4.1 *supra*), il est fréquent, à l'inverse, que des patients en soins libres soient hospitalisés dans l'unité fermée, faute de place dans l'unité ouverte, ce qui était le cas d'un tiers des patients de l'unité le jour de l'arrivée des contrôleurs. Même si ces patients signent un document acceptant cette prise en charge, cette modalité de gestion des sur occupations n'est pas admissible au regard des libertés individuelles.

Comme indiqué *supra*, il a également été constaté que les chambres d'isolement pouvaient servir de chambre de « délestage » selon l'expression d'un des interlocuteurs rencontrés. Durant la présence des contrôleurs, deux patients y étaient accueillis sans disposer de chambre par ailleurs, les portes des chambres d'isolement restant alors ouvertes. Justifiée par une philosophie, certes louable, « *d'accueillir tous ceux dont les autres établissements ne veulent pas s'occuper* », cette modalité de gestion des sur occupations n'est là-encore pas respectueuse de la dignité des patients.



Une des chambres d'isolement utilisée comme chambre d'hospitalisation classique.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les modalités de gestion des sur occupations doivent être revues pour respecter la dignité et le droit des patients.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *La procédure de gestion des isolements au sein du service Psychiatrie sera mise à jour afin de préciser que les chambres d'isolement ne peuvent en aucun cas être utilisées comme chambres de délestage.* »

5.3 LA GESTION DES BIENS DU PATIENT EST SOUPLE MAIS PEU SECURISEE

Comme indiqué *supra*, les patients peuvent conserver assez librement leurs biens personnels, la règle étant de « *tout leur laisser sauf ce que qui peut être dangereux* ». Les rasoirs électriques et chargeurs de téléphones portables sont également écartés et restitués à la demande en tant que de besoin.

Les objets de valeur et les sommes d'argent peuvent également être conservés par les patients qui le souhaitent, sans limite fixe de montant. Il leur est toutefois conseillé de confier ces valeurs aux soignants pour plus de sécurité.

La procédure est peu formalisée : les objets qui ne sont pas conservés par les patients sont entreposés dans des bacs en plastique dans le local du personnel soignant et, pour les objets volumineux comme les sacs et valises, dans une armoire fermée à clé située dans la salle de vie, après qu'un inventaire a été effectué. Le stockage est apparu peu sécurisé et peu ordonné.

Pour les fortes valeurs, un coffre est à disposition dans le local du cadre de santé. Ce n'est que très exceptionnellement que ces valeurs sont remises à la trésorerie de l'hôpital, la procédure étant jugée lourde et longue à la sortie du malade.

Cette gestion souple facilite l'accessibilité des biens par les patients mais offre peu de garanties par rapport aux risques de vols ou de confusions.

RECO PRISE EN COMPTE 9

La gestion des biens que les patients ne peuvent conserver doit être davantage formalisée et sécurisée.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *des casiers fermés identifiés avec les numéros de chambres seront aménagés dans la pièce se trouvant en face de la salle de soins. L'accès à cette pièce est déjà sécurisé. La procédure de gestion des biens des patients sera revue en conséquence. En parallèle, l'affichage d'informations sur la conservation des biens et la vigilance à adopter au regard d'un risque de vol va être réalisé.* »

5.4 LES REPAS NE SONT PAS DES MOMENTS DE PARTAGE

Les repas sont préparés à la cuisine centrale de l'hôpital et arrivent en plateaux nominatifs, prenant en compte les régimes et préférences alimentaires de chacun. Ils peuvent être pris soit dans la salle de vie commune, soit en chambre, au choix du patient.

Le placement à table est libre mais il est à noter que la table à manger ne compte que douze places au maximum, alors que l'unité comprend treize lits (voire quinze, les deux chambres d'isolement étant régulièrement utilisées comme des lits supplémentaires d'hospitalisation). De fait, cette situation n'a jamais été problématique selon les interlocuteurs, plusieurs patients préférant toujours prendre leur repas dans leur chambre.

Peu conviviale, cette table tout en longueur ne facilite pas les échanges ni entre patients ni avec le personnel soignant qui ne s'assied pas et reste en retrait.



La table à manger de la salle de vie

Les repas se prennent à 8h, 12h et 18h30, une collation étant servie à 15h30 et une tisane proposée le soir à 21h30. Les menus, affichés pour la semaine, proposent plusieurs plats entre lesquels les patients peuvent faire leur choix communiqué au personnel la veille pour le lendemain.

A l'issue du repas, les patients reposent leur plateau sur une desserte. Ils ne sont pas impliqués dans un tour de nettoyage ou de débarrassage.

Les patients rencontrés ont jugé la qualité, la diversité et la quantité des portions globalement satisfaisantes.

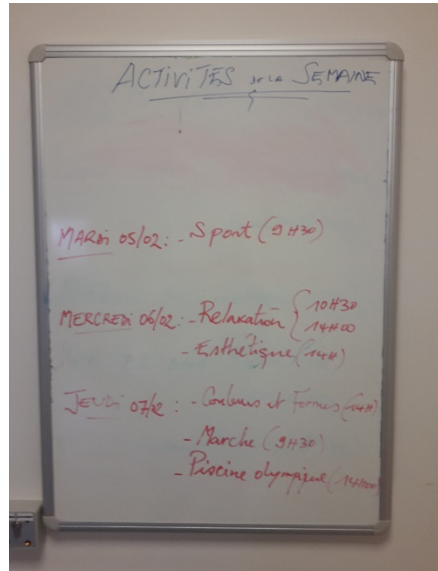
RECOMMANDATION 12

La dimension thérapeutique des repas doit être davantage explorée en configurant différemment les lieux et en y faisant participer activement le personnel soignant.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *cet item sera intégré dans le projet de soins* », sans plus de précisions quant aux évolutions envisagées.

5.5 LES ANIMATIONS THERAPEUTIQUES OU OCCUPATIONNELLES SONT TRES INSUFFISANTES POUR PERMETTRE AUX PATIENTS D'ECHAPPER A L'ENNUI

Même si le public n'est pas en grande demande, le programme d'activités proposées, qu'elles soient thérapeutiques ou occupationnelles est très pauvre et peu varié ; il n'est pas de nature à chasser l'ennui qui se dégage de l'unité fermée. D'autant que les personnels soignants – peu aidés, il est vrai, par la configuration de la salle de vie et l'absence de salle dédiée au sein de l'unité –, ne proposent pas spontanément d'activités ludiques ou informelles aux patients. L'équipe soignante est notamment mobilisée durant toute la matinée par la visite (précédée d'une réunion d'équipe) qui se fait au pied du lit, patient par patient, obérant ainsi leur disponibilité.



Le programme des activités proposées durant la semaine du contrôle

Le programme d'activités, inscrit hebdomadairement sur un tableau dans le couloir de l'unité, repose donc de fait sur un animateur sportif (marche à pied, piscine à l'extérieur du CHU, balnéothérapie, badminton, tennis de table, sport et musique, dans l'établissement), et sur deux infirmières retraitées vacataires qui animent des ateliers « relaxation » et « esthétique ».

L'atelier « relaxation » regroupe entre trois et dix patients pour une séance de relaxation psychomusicale d'une trentaine de minutes, conclue par un échange autour d'une collation.

L'atelier « esthétique » permet de travailler en individuel sur l'image de soi et sur le rapport au corps. Il combine détente, bien-être et massages légers (visage, épaules et cou), dans une relation apaisante et complice avec l'animatrice.

Ces deux ateliers se tiennent le mercredi dans des salles au rez-de-chaussée du bâtiment Marion. Ouverts indifféremment aux patients de l'unité fermée comme de l'unité ouverte, quel que soit leur statut, ainsi qu'aux patients non hospitalisés et aux mineurs, ils permettent un mélange des publics. Proposés sur prescription médicale uniquement, ils donnent systématiquement lieu à un compte rendu dans le dossier du patient et à un échange oral entre animatrices et équipe soignante sur le comportement des patients durant les séances. Le fort investissement personnel des deux animatrices et leur statut d'anciennes infirmières du service de psychiatrie contribuent à l'intégration dans le programme de soins de ces activités qui mériteraient d'être développés pour pouvoir concerner davantage de patients.



La salle de l'atelier « relaxation » suivi d'une collation



La salle de l'atelier « esthétique »

Par ailleurs, un atelier « couleurs et formes » est proposé par des soignants (dans la salle de vie) le jeudi après-midi.

Enfin, une bibliothèque roulante passe dans le service une fois par semaine.

Malgré ces initiatives, qui ne peuvent toucher qu'un nombre réduit de personnes chaque semaine, plusieurs patients rencontrés ont fait part d'un fort sentiment d'ennui et de vacuité, accentué par la configuration des lieux (salle de vie exiguë et sonore, chambres communes, cour de promenade peu agréable, etc.).

RECOMMANDATION 13

Le programme d'activités thérapeutiques et occupationnelles doit être développé et diversifié pour que chaque patient puisse en bénéficier plus régulièrement.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'une « *dynamique d'évolution des activités thérapeutiques sur les secteurs d'hospitalisation adultes est engagée (...) depuis 2015 (...) puisqu'il existait seulement deux activités (relaxation et esthétique) et aujourd'hui le CHU a développé sept autres activités sans compter les sorties (cinéma, bowling, VTT, randonnée pédestre...)*. Le service étudie la mise en place d'activités telles que le toucher, la détente, la cuisine diététique. » Elle détaillait également les activités proposées pour les patients de l'UCC (La Chartreuse).

5.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE DONNE LIEU A AUCUNE REFLEXION

La question de la sexualité des patients et de l'accès à la contraception n'a donné lieu à aucune réflexion au sein de l'équipe soignante, qui est apparue dans le déni sur ce sujet, ni au sein du comité d'éthique. Le personnel interrogé n'a jamais eu à connaître de situations de relations sexuelles entre patients ou avec des proches au sein de l'unité, et est partagé quant à l'attitude à adopter, le cas échéant. Plusieurs soignants ont toutefois fait valoir qu'ils ne s'opposeraient pas, par principe, à une activité sexuelle dès lors que celle-ci ne perturberait pas la vie du service et qu'elle serait pleinement et mutuellement consentie.

RECOMMANDATION 14

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une véritable réflexion pour définir des règles claires et partagées.

6. LES SOINS

6.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES OFFRENT DES PRISES EN CHARGE PEU PERSONNALISEES ET DIVERSIFIEES

6.1.1 Activités des unités d'hospitalisation

Les admissions sont adressées en grande partie par le service des urgences du CHU de Dijon. Les seules données communiquées concernant le secteur intra hospitalier sont globalisées sans distinction des unités ouvertes et fermée. En 2018 le nombre de séjours d'hospitalisation était de 260 et la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) de 39 jours. Ces chiffres sont des moyennes à relativiser, certains patients étant présents depuis plusieurs mois. Les données communiquées portant sur l'activité par statut d'hospitalisation montrent que l'essentiel de celles-ci sont des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) représentant quatre-vingt-quatre patients en 2017 et soixante-quatorze en 2018, le nombre de SDRE étant respectivement de trois et de cinq. Si l'on compare au nombre de séjours en l'absence de données sur le nombre de patients, le pourcentage des SSC serait de 15,2 % en 2017 et de 12,3 % en 2018, chiffres relativement faibles. Le département d'information médicale (DIM) n'a pu communiquer d'autres données faute d'adressage de celles-ci par les services cliniques et de l'incompatibilité des logiciels entre eux. L'absence de données fiables et précises par unité incluant l'activité de l'UCC est un frein pour conduire une vraie réflexion sur le devenir de celles-ci.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Le recueil des données d'activités distinctes pour chaque unité de soins psychiatriques intra et extra hospitalière doit être effectif et conduit sous le pilotage du DIM.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a détaillé les réflexions engagées par le DIM pour répondre à cette recommandation, notamment la création de deux unités fonctionnelles distinctes pour l'unité fermée et l'unité ouverte. Une amélioration de la qualité dans le recueil des informations sur le statut d'hospitalisation (SSC/SL) sera également recherchée. Un envoi mensuel des données d'activité (temps complet, séquentiel et ambulatoire) à des référents dans chaque unité permettra, enfin, de consolider le recueil de ces données. « *Ces mesures seront mises en place au cours du second semestre 2019.* »

6.1.2 La prise en charge psychiatrique

L'organisation interne des deux unités de soins est similaire. Une visite au lit du patient a lieu quotidiennement associant le praticien hospitalier (PH), le ou les internes, les externes et un infirmier, le chef de service la pilotant deux fois par semaine.

Cette visite est précédée d'une réunion préparatoire de revue des dossiers médicaux au cours de laquelle les internes présentent les dossiers cliniques. Un IDE y participe.

Les contrôleurs se sont interrogés sur le caractère professoral de ces visites et leur impact sur des patients de psychiatrie pouvant être déstabilisés devant tant de monde en blouse blanche. Par ailleurs il n'y a, en dehors de ces visites, aucune consultation psychiatrique individualisée. L'absence de bureau de consultation dans les unités de soins est à cet égard un frein à ce type de prise en charge personnalisée.

Enfin, il n'y a pas de réunion d'équipe régulière et très peu d'échanges avec le corps médical.

RECO PRISE EN COMPTE 11

L'équipe soignante doit être structurée et organisée autour d'un projet de soins. Elle doit participer à la prise en charge thérapeutique des patients et pouvoir être entendue en tant que de besoin.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *le service a été confronté au départ pour mutation du cadre de santé au 1^{er} avril 2019. L'arrivée d'un nouveau cadre de santé au 1^{er} juillet 2019 et le changement du responsable médical courant 2019 de l'unité vont permettre l'élaboration de ce projet de soins. La supervision par un psychologue externe est en cours de mise en place.* »

6.2 LES SOINS SOMATIQUES NE SONT PAS ORGANISÉS

Le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie n'est pas organisé. Ce sont surtout les externes qui sont mis à contribution pour ces examens. Ces patients sont sinon, selon leurs pathologies, vus par le psychiatre ou adressés en consultations spécialisées. Les patients placés en isolement n'ont de fait pas d'examen somatique. Pour ceux faisant l'objet d'un SSC cet examen est réalisé aux urgences. Aucune donnée concernant le nombre de consultations spécialisées demandées et réalisées n'a pu être communiqué. Les consultations dentaires sont assurées dans la majorité des cas par le cabinet dentaire du CHLC. Aucune donnée n'a pu de même être produite.

Le projet de service remis aux contrôleurs mentionne la nécessité d'améliorer la prise en charge somatique de ces patients précisant que c'est un des objectifs ciblés dans le rapport de certification de la HAS publié fin 2017.

L'orientation envisagée serait l'organisation d'un partenariat avec le service de médecine interne du CHU.

RECOMMANDATION 15

Le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie et notamment de ceux placés en chambres d'isolement doit être organisé dans les meilleurs délais. Il doit donner lieu à une traçabilité.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *le suivi somatique des patients de psychiatrie est assuré grâce aux demandes d'avis spécialisés et autres consultations réalisées sur le CHU. Une réflexion a débuté sur la faisabilité de recrutement d'un assistant partagé avec la médecine interne.*

Les actes de surveillance réalisés par les paramédicaux sont tracés sur le plan de soins et ceux liés aux mesures d'isolement sont en cours de résolution suite au travail réalisé sur le dossier patient DxCare™ pour les secteurs d'hospitalisation adulte. C'est en cours de résolution pour les secteurs des urgences (dossier RésUrgence™). »

Par ailleurs, suite à l'envoi du rapport provisoire, le directeur général de l'ARS détaillait dans sa réponse les obligations légales, ses recommandations et celles de la Haute Autorité de Santé quant au suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie sans consentement en général et notamment de ceux faisant l'objet d'une mesure d'isolement.

7. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

7.1 AUX URGENCES, LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS RELEVANT DE SOINS PSYCHIATRIQUES DOIVENT ETRE MIEUX DEFINIES, DE MEME QUE LE STATUT ET LE RECOURS AU BOX D'ISOLEMENT

7.1.1 Organisation des urgences pour l'accueil des patients psychiatriques

Le service des urgences du CHU de Dijon est le pôle unique des urgences psychiatriques pour l'agglomération dijonnaise. Le CHLC dispose d'une unité médicale d'accueil d'hospitalisation courte et d'orientation (UMAHCO) ouverte 24 h/24. Elle n'est pas considérée comme une unité d'urgence et n'accueille que les patients dépendants des secteurs couverts par le CHLC. Un accord-cadre conclu entre le CHU de Dijon et le CHLC a été signé le 9 novembre 2017. Cet accord précise les conditions de partenariat du CHU et du CHLC concernant notamment la prévention des situations de crise et la prise en charge des urgences chez l'adulte.

Le CHLC et le CHU dans le cadre de la prévention de la crise prévoient le renforcement des activités des structures ambulatoires, une meilleure coordination avec l'ensemble des partenaires dont les médecins généralistes et les psychiatres libéraux, le développement de la télé-médecine. Sous réserve qu'une évaluation soit conduite sur l'effectivité de ce projet, celui-ci serait effectivement un moyen de pallier les difficultés rencontrées pour la prise en charge de ces patients.

BONNE PRATIQUE 2

La conclusion d'un accord de partenariat entre le CHU de Dijon et l'établissement de santé mentale situé à proximité, portant sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir les situations d'urgence psychiatrique, répond à de vrais besoins pouvant éviter nombre d'hospitalisations psychiatriques souvent traumatisantes pour ces patients.

L'accueil des urgences psychiatriques adulte est assuré par le SAU du CHU. Celui des enfants et des adolescents est assuré par les urgences pédiatriques du CHU. Un praticien hospitalier temps plein du service de psychiatrie assure la référence médicale pour les urgences, aidé par deux internes de psychiatrie. Cette équipe a été renforcée en journée depuis 2016 par la présence de deux assistants partagés l'un avec le CHLC à hauteur de 50 %, le second avec le CH de Semur-en-Auxois à hauteur de 40 % pour le CHU. Cette organisation assure la présence d'un psychiatre tous les jours de 18h à 24h en semaine, de 8h à 12h le samedi et de 18h à 24h les dimanches un service de demi-garde d'un PH de psychiatrie a été instauré en décembre 2018. Un interne est présent de 18h à 8h le lendemain. Il n'y a, en revanche, aucun personnel soignant dédié à la prise en charge de ces patients.

RECO PRISE EN COMPTE 12

La prise en charge des urgences psychiatriques ne peut se satisfaire de la seule présence de psychiatres. Il est essentiel d'adjoindre à ce personnel une équipe soignante d'infirmiers.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *l'effectif infirmier a été adapté pour une prise en charge relevant de la psychiatrie. Le principe de gestion qui a été posé est celui de la poly-compétence pour tous les infirmiers du secteur des urgences. Aujourd'hui, la nécessité d'un plan spécifique s'avère nécessaire pour que ces compétences soient clairement identifiées. Un cahier des charges a été élaboré, nous restons en attente des propositions des organismes de formation pour une mise en œuvre fin 2019-début 2020. La piste de réflexion sur le métier d'infirmière de pratiques avancées en santé mentale sera explorée à l'aulne du décret concernant ce domaine d'intervention.* »

Le service des urgences dispose de quinze lits d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dont quatre fléchés pour les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique. Quatre chambres sont estampillées sur leur porte d'une lettre P signifiant qu'elles sont réservées pour des patients de psychiatrie. Il y a également deux boxes dits d'isolement. Ces boxes d'isolement sont situés à l'entrée de la zone de soins de très courte durée (ZSTCD). Les fenêtres de ces boxes sont sécurisées, leur porte est similaire à une porte de chambre sécurisée avec un accès direct à la chambre. Un oculus permet la surveillance des patients.

Elles sont équipées d'un lit fixé au sol pour seul mobilier et des fluides médicaux réglementaires, ainsi que d'un système d'appel. Les commandes électriques sont extérieures. Elles sont dépourvues de WC et de douche – celle-ci est installée dans le couloir – et de repères temporaux-spatiaux. Les patients sont mis en pyjama et se voient retirer tous leurs effets personnels.

7.1.2 Prise en charge des patients

Le circuit des patients est dépendant de leur état clinique mais, quel que soit celui-ci, tout patient est vu en première intention par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et un médecin urgentiste si possible. Les admissions et la prise en charge de ces patients peuvent se résumer à trois situations possibles.

Lorsque le patient se présente seul aux urgences, deux cas de figure sont possibles :

- si le patient ne présente pas de trouble du comportement, il est considéré par l'IAO comme non prioritaire et placé en salle d'attente jusqu'à l'arrivée de l'interne de psychiatrie. Régulièrement des patients repartent sans être examinés compte tenu des délais d'attente. Le risque encouru est qu'ils reviennent en situation de crise. La présence d'un IDE de psychiatrie permettrait probablement d'éviter ces orientations inadaptées ;
- si le patient présente des troubles du comportement, il est placé dans un box d'examen estampillé « P » dans l'attente d'être vu par un interne ou un psychiatre. Ces attentes peuvent également être très longues.

Le deuxième cas concerne les patients arrivant aux urgences avec leur famille ou accompagnés par les pompiers. Ils sont dans ce cas systématiquement placés en box d'isolement.

Le troisième cas de figure concerne les patients arrivant avec un certificat médical ou une demande de soins à la demande d'un tiers. Ils sont de même systématiquement placés en box d'isolement.

Une étude a été conduite en 2017 par le DIM sur la prise en charge psychiatrique aux urgences. Cette étude montre que 8 % des passages aux urgences sont identifiés « psychiatriques » soit 3 954 passages par an. Sur ce nombre, 58 % sont uniquement passés aux urgences sans hospitalisation mais, pour autant, 18 % ont été pris en charge en box d'isolement, 26 % ont été hospitalisés dans la zone de très courte durée – dont 37 % ont été pris en charge en box d'isolement – et 16 % ont été hospitalisés en UHCD – dont 17 % ont été admis en box d'isolement⁴. Dans des proportions moindres un certain nombre ont fait l'objet de mesures de contention.

C'est pratiquement 1 000 patients en 2018 qui ont fait l'objet d'un placement en box d'isolement, le nombre de décisions de contention étant de près de 90.

Les décisions de placement dans un box d'isolement ne sont, dans la majorité des cas, jamais le fait d'une décision médicale motivée mais répondent davantage à des mesures de sécurité pour le CHU et le patient. Ces placements, *in fine*, privent de libertés des patients qui n'ont pas à l'être, les dépossédant par ailleurs de leurs affaires et objets personnels. Ces placements peuvent durer de quelques heures à 10 jours.⁴ Le manque de lits d'aval serait la principale cause de ces attentes prolongées dans ces deux secteurs des urgences. Pour autant, des patients non hospitalisés en définitive y sont également admis et dans des proportions non négligeables représentant 407 patients en 2017.

RECOMMANDATION 16

Un patient ne peut être privé de ses droits et de sa liberté d'aller et venir pour des motifs de sécurisation dans l'attente d'un examen médical ou d'un lit d'hospitalisation. Toutes mesures doivent être prises pour remédier à ces situations.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué qu'« *une réflexion est engagée concernant la faisabilité de créer une unité d'accueil, avec un accès sécurisé par badge en entrée et en sortie, au sein du secteur des urgences. Cette mesure permettra d'éviter le recours au box d'isolement à chaque fois que cela sera possible.* »

Aucune procédure écrite n'a été remise aux contrôleurs sur les modalités de prise en charge et d'orientation des patients aux urgences selon sur leur état clinique, ni sur les motifs d'un placement en box d'isolement ou d'un recours à des mesures de contention.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Les motifs et les modalités de recours aux box d'isolement doivent être clarifiés et faire l'objet de procédures écrites.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *la procédure de recours au box d'isolement sera rédigée et intégrera les motifs et les modalités correspondantes. Les protocoles seront ensuite inclus dans le logiciel DPI.* »

⁴ Données DIM 2017

Par ailleurs, le directeur général de l'ARS détaillait dans sa réponse les motifs et modalités de recours à l'isolement tels qu'ils résultent de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique et des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Toutes les demandes de soins sans consentement (SSC) sont adressées aux urgences du CHU ; les urgences peuvent elles-mêmes initier ces procédures si nécessaire. La majorité de celles-ci sont fondées sur la demande d'un tiers ou un péril imminent. Tout patient arrivant est vu par l'IAO et placé systématiquement dans un box d'isolement dans l'attente d'être reçu par un psychiatre comme indiqué *supra*. Le temps des démarches administratives, de vérification ou rédaction des certificats médicaux, voire de recherche d'un lit d'hospitalisation, peut conduire à des délais d'attente très longs allant parfois au-delà de 24 heures, nécessitant alors la rédaction d'un nouveau certificat médical. Les conditions d'attente des patients ne sont pas optimales surtout dans ce contexte.

Il n'y a pas de procédure rédigée sur ce type de prise en charge et les conduites à tenir selon les situations à gérer. En moyenne 20 % des patients vus aux urgences pour motif psychiatrique font l'objet d'un SSC.

Les examens somatiques sont réalisés par les médecins urgentistes.

7.1.3 Perspectives

Un projet est en cours pour mettre en place une unité de crise de dix lits. Cette unité accueillera des patients suicidants ou en crise psychique. La durée de séjour ne pourra dépasser 80 heures. Cette unité sera intersectorielle en accord avec le CHLC. Elle sera implantée dans le prolongement des urgences. Aujourd'hui ces patients sont hospitalisés à l'UHCD ou au CHLC, leur orientation étant dépendante du flux des urgences.

RECO PRISE EN COMPTE 14

Le projet de création d'une unité de crise doit prendre en compte les modalités d'accueil et de prise en charge des urgences psychiatriques et notamment la nécessité de compléter l'équipe médicale par du personnel soignant.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *le projet de création d'une unité de crise pour patients suicidants intégrera les modalités d'accueil et de prise en charge. Ce point a déjà fait l'objet d'une attention particulière dans la réflexion à l'origine de l'idée de création de cette unité. Concernant le personnel soignant, il est prévu de compléter l'équipe médicale ; des effectifs paramédicaux et de psychologues en sus seront également créés.* »

7.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SONT PAS TRACÉES, AUCUNE POLITIQUE N'EST DÉFINIE ET LE PERSONNEL MÉDICAL EST INSUFFISAMMENT FORMÉ

7.2.1 Configuration des secteurs d'isolement

Quatre secteurs d'isolement dépendant de la psychiatrie (adulte et enfants) ont été identifiés incluant :

- deux chambres d'isolement situées à l'unité de psychiatrie adulte fermée du bâtiment Marion (cf. § 5.1 *supra*) ;
- une chambre d'isolement située à l'unité de la Chartreuse ;
- deux boxes d'isolement situés dans la ZTCD des urgences adultes (cf. § 7.1 *supra*) ;
- une chambre d'isolement située dans l'unité de pédopsychiatrie (cf. § 8.1 *infra*).

Les deux chambres d'isolement de l'unité fermée sont identiques. Elles sont situées à proximité de la salle de soins mais sans accès direct. Chaque chambre est accessible par un sas, avec double entrée et fenestrons permettant une surveillance de la chambre et de l'espace sanitaire. Cet espace inclut des toilettes et un lavabo en inox mais pas de douche (tout comme celle située à l'UCC). Ces chambres sont équipées pour seul mobilier d'un lit scellé au sol, la tête pouvant être relevée. Une pendule à aiguilles et une éphéméride sont accrochées dans le sas, hors de la vue du patient allongé dans le lit. Le bouton d'appel situé sur un des murs de la chambre n'est pas accessible à des patients allongés. Les commandes de l'éclairage, des volets et de la température sont situées dans le sas.



Une des deux chambres d'isolement de l'unité fermée

RECOMMANDATION 17

L'architecture et la configuration des chambres d'isolement de l'unité fermée du bâtiment Marion, tout comme celle de l'unité de la Chartreuse, doivent être mises aux normes, pour intégrer, notamment, des douches, un bouton d'appel accessible, un dispositif horodateur visible depuis le lit.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU a indiqué que « *le bouton d'appel et le dispositif horodateur peuvent être envisagés dans l'existant. La création des douches nécessite un désamiantage, une création de formes de pentes dans les locaux avec carottage pour évacuation, une modification des réseaux de plomberie très importante et des modifications de cloisonnement réduisant le volume de la chambre.* »

Le directeur général de l'ARS rappelait, dans sa réponse suite à l'envoi du rapport provisoire, les normes relatives aux chambres d'isolement, telles qu'elles résultent des recommandations de la Haute Autorité de Santé, invitant l'établissement à s'y conformer.

7.2.2 La politique suivie en matière de placement en isolement et de mise sous contention et les procédures

Aucune politique n'est définie pour limiter le recours à ces pratiques et évaluer leur mise en œuvre, aucun rapport annuel ne rend compte de celles-ci⁵.

Les patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement sont admis en soins sans consentement (SDRE, SDT) mais également en soins libres notamment les patients de l'UCC qui sont tous en soins libres. Il en est de même pour les adolescents.

Les données communiquées aux contrôleurs portant sur la seule année 2018 sont très sommaires et ne concernent que des patients adultes, sans distinction de l'unité d'accueil ni de leur statut d'admission. En 2018, trente-sept patients auraient été concernés, la durée de ces mesures s'établissant de 1 jour à 115 jours. Il s'est avéré impossible de conduire des analyses plus précises. Le département d'information médicale (DIM) n'est pas impliqué dans ces recueils.

Il convient de rappeler que ce type de mesures prises pour des patients en soins libres libre doit être exceptionnel et la durée des placements limitée à la résolution de la situation d'urgence. Au-delà de douze heures, le statut juridique du patient doit être modifié.

Les mêmes observations valent pour les patients faisant l'objet d'une mesure de contention. Six patients sur les trente-sept placés en isolement en 2018 auraient été mis sous contention, les durées s'étalant de 3,5 jours à 6 jours. Le recueil de ces données reste très hypothétique, aucune de ces mesures ne figurant dans les dossiers médicaux.

Formellement il n'y a pas de registre répondant à la législation (article L3222-5-1 du code de la santé publique).

S'agissant des procédures, plusieurs documents ont été remis aux contrôleurs. Pour les patients adultes, deux procédures non datées ont été produites, l'une sur l'usage des contentions et la seconde sur la mise en chambre d'isolement, qui n'est qu'un copié-collé de la précédente et ne traite aucunement des chambres d'isolement.

Pour les patients adolescents relevant de la psychiatrie, a été remis un protocole de mise en chambre d'isolement daté du 25 juillet 2017.

Aucun de ces textes ne fait référence aux recommandations de la HAS et à l'instruction du 29 mars 2017 du ministère de la santé explicitant leurs mises en place.⁶ Ces procédures doivent impérativement être actualisées prenant en compte les recommandations de la HAS. La lecture de celles-ci révèle en effet un certain nombre d'inexactitudes notamment sur les modalités des décisions médicales et de leur renouvellement, sur les délais à respecter, sur le rôle du personnel soignant et de l'équipe médicale et sur la réalisation des examens somatiques.

Ces recommandations et ce texte sont, en outre, peu connus du personnel soignant et médical. Il n'y a pas eu de réelles formations spécifiques à ces pratiques. Les pratiques des unités relèvent plus d'échanges entre soignants et médecins et de formations par tutorat des plus anciens mais sur la base de recommandations qui ne sont plus d'actualité et incomplètes.

⁵ Article L3222-5-1 du code de la santé publique : « 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. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article [L. 1112-3](#) et au conseil de surveillance prévu à l'article [L. 6143-1](#). »

⁶ Instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisées en psychiatrie.

Aucun des comptes rendus des instances consultatives (CME) remis aux contrôleurs n'évoque ces questions.

RECOMMANDATION 18

Les pratiques d'isolement et de contention doivent impérativement faire l'objet d'une réflexion et d'une évaluation. Les procédures concernant ces pratiques doivent être réécrites, en tenant compte, notamment, des recommandations de la HAS. Le personnel médical et soignant doit être formé en la matière.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait que « *les procédures ont débuté et sont en cours de rédaction. Le principe retenu est celui d'un socle commun adultes et enfants avec déclinaison pour chacune des populations.* » La teneur de ces procédures n'était pas précisée.

Dans sa réponse suite à l'envoi du rapport provisoire, le directeur général de l'ARS rappelait les recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de pratiques d'isolement et de contention, en invitant l'établissement à s'y conformer.

7.2.3 Les décisions d'isolement et de contention

Ces mesures doivent, en principe, faire l'objet d'une fiche spécifique pour la décision médicale initiale puis, le cas échéant, pour la décision de renouvellement, chaque fiche devant être intégrée au dossier patient informatisé.

L'examen de plusieurs dossiers médicaux a révélé l'inexistence de ces fiches. Si les mesures d'isolement peuvent être répertoriées dans les dossiers, tel n'est pas le cas pour les mesures de contention qui n'y apparaissent pas. En outre, l'indication de l'isolement ne mentionne ni motif ni mesures alternatives préalablement essayées.

Il a également été relevé que l'auteur de la décision est très régulièrement un interne de psychiatrie, non autorisé pour en prendre la responsabilité.

Enfin, les fiches de surveillance renseignées par le personnel soignant et figurant dans le dossier de soins doivent être également actualisées.

RECO PRISE EN COMPTE 15

Le dossier patient informatisé et le dossier de soins doivent intégrer les fiches de surveillance isolement et contention, intégrant les décisions médicales initiales et de renouvellement et les fiches de surveillance⁷.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait que « *la mise en œuvre d'une prescription médicale conforme, selon les recommandations de la HAS, dans les dossiers patients sur les secteurs d'hospitalisation et d'urgence sont travaillés depuis mars 2019.* » Elle indiquait, compte tenu des contraintes techniques et de formations des agents, une mise en œuvre effective au second semestre 2019 pour le volet DxCare™/hospitalisation conventionnelle et en juin 2019 pour le volet dossier patient RésUrgences™/accueil en urgences.

⁷ Recommandation de Bonne Pratique de la HAS de février 2017

RECOMMANDATION 19

Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par des psychiatres habilités et non par des internes.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait que :

« Pour l'ado-psychiatrie, la décision initiale de mise en isolement et de sortie d'isolement est toujours décidée par le médecin senior de l'unité, après concertation avec l'équipe soignante. » Elle détaillait également pour cette unité les mesures de suivi mise en place au cours de l'isolement et à l'issue de celui-ci. Dans DxCare™, la prescription « est effectuée par le médecin senior de l'ado-psychiatrie ou par l'interne référent du patient, la prescription étant alors toujours confirmée en présentiel ou par téléphone par le psychiatre senior. Le week-end ou les jours fériés la prescription est assurée par le psychiatre d'astreinte.

En cas de mise en isolement en urgence, l'interne référent, à défaut les membres de l'équipe soignante décident de la mise en isolement. Dans ce cas, l'interne s'il est absent à ce moment là et le senior sont systématiquement prévenus de façon à réaliser un examen du patient et la prescription si elle est confirmée. Sauf en de très rares occasions, ces situations sont anticipées (patients à risque) ; cela fait l'objet d'un échange médecin/équipe soignante et la possibilité d'une mise en isolement est tracée dans le dossier patient. »

Ces éléments de réponse ne sont pas conformes aux recommandations dans la mesure où ils confirment que des décisions d'isolement sont prises par des internes. Ils consacrent même la possibilité de programmer des mesures d'isolement, ce qui est à proscrire, comme le rappelle à juste titre le directeur général de l'ARS dans sa réponse suite à l'envoi du rapport provisoire.

RECO PRISE EN COMPTE 16

Le recueil des données concernant les mesures d'isolement et de contention doit être mis en conformité avec les textes⁸ et être colligé dans un registre.

Il doit intégrer les données de toutes les unités abritant des chambres d'isolement, les modalités de ce recueil devant permettre l'identification de celles-ci. Le département d'information médicale (DIM) doit être le référent de ce dossier.

Un rapport annuel⁹ établi par le CHU doit rendre compte de ces pratiques.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU détaillait les travaux engagés par le DIM, en lien avec la direction des services informatiques et le service de psychiatrie, pour se conformer à cette recommandation, avec pour objectif une mise en place « au cours du second semestre 2019 ».

Le directeur général de l'ARS rappelait dans sa réponse les règles relatives à la tenue d'un registre permettant la traçabilité des pratiques relatives à l'isolement et à la contention, telles qu'elles

⁸ Instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisées en psychiatrie

⁹ Article L3222-5-1 CSP

résultent de l'article L3222-5-1 du CSP et de l'instruction de la direction générale de l'offre de soins N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29/03/2017.

7.3 LES MODALITES DE DELIVRANCE DES TRAITEMENTS DOIVENT ETRE REVUES

Le circuit du médicament est informatisé. L'organisation et le suivi n'appelle pas d'observation spécifique. La distribution des médicaments s'effectue deux fois par jour en fin de matinée et en fin d'après-midi, le suivi des distributions étant informatisé.

Les modalités de distribution actuelles, s'effectuant dans le couloir à proximité des salles à manger, doivent être revues afin de garantir un maximum de confidentialité et d'échanges avec les patients.

RECOMMANDATION 20

Les modalités de délivrance des médicaments doivent garantir la confidentialité et permettre un échange avec le patient.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait laconiquement que « ces modalités sont revues » mais sans préciser en quoi.

7.4 LES PROCEDURES DE SECURITE ET DE VIGILANCE SONT ORIENTEES VERS LA PROTECTION DES AGENTS

7.4.1 Les modalités de prévention des incidents

Les mesures de prévention des incidents passent par l'adaptation de l'organisation des équipes et la formation des soignants.

Dans les équipes de soins, le pôle s'efforce de mettre plus d'hommes que de femmes, sans pour autant s'être donné une cible.

Des formations à la prise en charge de la violence ont été proposées (cf. § 1.3.2 *supra*), notamment en 2017, « gestion de la violence et de l'agressivité des usagers ».

En réponse à une situation de violences collectives survenues en juin 2018 à l'unité des adolescents, un poste supplémentaire a été alloué, pour la tranche horaire 16h-23h pour répondre aux tensions plus intenses à ce moment. Ce poste est prioritaire lors d'absences et les nécessités de remplacement sont anticipées.

Enfin, des renforts de soignants peuvent également être affectés ponctuellement à la prise en charge de patients particulièrement difficiles.

Aucun cas de violences avérées de professionnels sur les patients n'a été signalé.

Par ailleurs, tout soignant peut faire une déclaration d'événement indésirable (EI) sans filtre de la hiérarchie. Ces EI sont traités en fonction de leur gravité, évalués sur une échelle de 1 à 5 par le service vigilance-qualité-risques, et, le cas échéant, un plan d'action est mis en œuvre. Les unités psychiatriques ont déclaré 193 EI au cours des années 2017 et 2018 ; 62 ont été évalués comme ayant un impact « mineur », 97 « modéré » et 2 « importante » ; les autres n'ont pas été évalués ou correspondent à une double déclaration pour les mêmes faits. Aucune déclaration ne relève du niveau le plus grave.

7.4.2 L'organisation du traitement des incidents

L'établissement a organisé un service de sécurité interne de trente et un agents dont vingt-quatre sont formés aux interventions incendie et sept à la sûreté et au traitement des malveillances. Ils exercent une surveillance constante du site, par équipes de six (quatre spécialisés incendie et deux spécialisés sûreté) sur des vacations de 12 heures ; la nuit, les équipes sont constituées de quatre agents.

En cas de problème dans les services de psychiatrie, les soignants peuvent déclencher l'alarme du poste de commandement du service de sécurité en actionnant le dispositif d'appel pour travailleurs isolés (DATI) dont ils sont équipés, ou l'appeler directement pour demander des renforts. Ces renforts peuvent être des agents du service de transport des patients, du service des urgences ou des coursiers – tous se présentant en blouse blanche –, ou encore des agents de sécurité.

Les agents du service de sécurité et ceux du service de transport ont reçu une formation à la « *gestion des agressivités physiques* » (gestes simples de mise en sécurité).

Lors de leurs interventions les agents de renfort ont la consigne de se tenir à disposition du personnel soignant sans intervenir directement eux-mêmes ; ils ne font jamais de contention. Il a été indiqué dans les unités que ces règles étaient respectées. Ils peuvent aussi être appelés à titre préventif pour des patients en chambre d'isolement.

Le rythme de ces interventions est totalement irrégulier, passant d'aucune pendant plusieurs semaines à deux ou trois dans une même semaine. En 2017, vingt et une interventions en renfort du personnel soignant ont été demandées au service d'ado-psychiatrie. En 2018, quatre-vingt-dix-huit interventions (présence d'agents de sécurité à titre préventif) ont été comptabilisées dans les unités de psychiatrie adulte.

Le protocole de gestion des fugues fait également intervenir le service de sécurité pour les recherches dans le site : en 2018 soixante-quatorze demandes de recherche de patients à proximité immédiate des bâtiments lui ont été adressées. Lorsque ces recherches périmétriques sont vaines, la fugue est signalée aux forces de l'ordre et la famille du patient est prévenue.

7.4.3 La sécurité des patients

Les – rares – chambres simples des unités ne sont pas équipées d'un verrou de confort qui permettrait aux patients de s'enfermer dans leur chambre ou de la fermer en leur absence, sans empêcher les soignants d'ouvrir à tout moment avec un passe. Les patients ne sont pas à l'abri des intrusions et leur tranquillité pendant leur sommeil n'est pas assurée, n'importe quel autre patient pouvant s'introduire dans la chambre.

RECO PRISE EN COMPTE 17

Les chambres simples des patients doivent être équipées d'un verrou de confort permettant à ceux-ci de s'enfermer et de se protéger des intrusions.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait qu'« *un dispositif de verrou ou d'entrebâilleur débrayable depuis l'extérieur sera testé cet été pour validation par le service* ».

Par ailleurs, aucun signalement de l'occupation des chambres d'isolement n'est fait au PC sécurité. En cas d'incident grave, comme un incendie, les secours perdront du temps pour sortir,

voire détacher, un patient en isolement faute d'information de cette situation. La circonstance que tous les soignants aient reçu une formation à la façon de mettre en sécurité en cas d'incendie ne saurait dispenser d'informer le poste de commandement du service de sécurité pour lui permettre d'organiser au mieux les secours éventuels.

RECO PRISE EN COMPTE 18

Le poste de commandement du service de sécurité doit être informé de l'occupation des chambres d'isolement pour lui permettre d'adapter l'organisation des secours à leurs occupants en tant que de besoin.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait que « *l'équipe du PC sécurité prend toujours contact avec l'équipe soignante pour toute intervention en cas d'incendie ou d'exercice, le PC sécurité vérifie l'évacuation de tous les locaux y compris les chambres d'isolement* ». Si l'information du service de sécurité n'est pas systématique, l'on peut toutefois considérer que la procédure mise en place permet d'assurer la sécurité des patients à l'isolement.

7.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'ABORDE PAS DE QUESTIONS PROPRES A LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

Le comité d'éthique de l'établissement, composé de dix-huit membres dont cinq médecins, est présidé par un professeur d'université PU-PH. Des personnalités peuvent être invitées à ses séances de travail. Il dispose d'une adresse de messagerie et d'un numéro de téléphone. Il peut recevoir des questions d'ordre éthique par n'importe quel intervenant ou salarié ou s'autosaisir de telles questions.

Le comité travaille sur la méthode à employer pour instruire les sujets dont il est saisi, définir la problématique et évaluer si elle relève de ses compétences, auquel cas, les échanges entre ses membres doivent pouvoir conduire à un avis communiqué largement.

Des comptes-rendus fournis par l'établissement des deux réunions annuelles de 2017 et 2018, il résulte que le comité d'éthique n'a été saisi ni ne s'est saisi d'aucune question relative à la prise en charge des patients en psychiatrie. Pourtant, une enquête réalisée auprès des comités d'éthiques de la Région Bourgogne-Franche-Comté et dont les résultats ont été explicités lors d'une réunion du comité d'éthique de l'établissement montre que les sujets les plus souvent traités par ses homologues portent notamment sur les problèmes d'entraves à la liberté individuelle d'aller et venir et aux refus de traitement, problèmes quotidiens en psychiatrie.

RECO PRISE EN COMPTE 19

Le comité d'éthique doit, comme il en la possibilité, se saisir des questions relatives aux atteintes aux droits et libertés des patients hospitalisés en psychiatrie.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait que « *Le comité d'éthique prévoira à l'ordre du jour d'une prochaine séance une discussion autour des droits des patients hospitalisés en psychiatrie.* »

8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

8.1 L'UNITE DES ADOLESCENTS OFFRE UNE PRISE EN CHARGE TRES SOUCIEUSE DE QUALITE MALGRE DES LOCAUX TOTALEMENT INADAPTES

L'unité des adolescents a vocation à prendre en charge en hospitalisation complète des patients mineurs âgés de 13 à 18 ans. Elle dispose en théorie de onze lits administratifs mais lors de la visite, la capacité était réduite à six lits administratifs.

8.1.1 L'arrivée

Si l'admission est décidée à la demande des parents ou des représentants légaux, elle est préparée par une consultation de pré admission au cours de laquelle le médecin expose aux parents et à l'enfant les règles de vie du service, leur montre les locaux, dont la chambre d'isolement.

Un délai de réflexion est alors laissé aux parents pour accepter l'admission qui aura lieu quand une place sera disponible ; l'attente peut alors aller jusqu'à deux mois. Souvent, ces enfants sont déjà pris en charge dans un CMP ou un HJ.

En urgence, l'admission peut être décidée à la suite d'une crise entraînant une orientation en psychiatrie, si une place est disponible. A défaut, l'enfant peut, dans l'attente, faire un passage dans une unité médico-chirurgicale de pédiatrie ou être orienté vers un autre hôpital (a notamment été citée la Clinique du Tremblay dans la Nièvre).

Lors de l'admission, les parents sont reçus par l'interne et un infirmier ; ils signent l'autorisation d'hospitalisation.

Les admissions sur ordonnance de placement provisoire d'un magistrat sont rares, comme les cas de SPDRE. Toutefois, un mineur a été admis en SPDRE en 2018 et un l'avait été en 2017.

L'interne référent désigné pour le patient l'accueille en compagnie d'un soignant. De nouveau, les locaux et les règles de vie du service lui sont présentés.

A l'arrivée, pendant une période d'observation de deux jours le patient ne quitte pas l'unité ni pour une sortie de groupe, ni pour une sortie individuelle.

L'hospitalisation suppose une rupture avec la famille pour permettre à l'adolescent de se repenser sans contrainte extérieure. Un « *contrat de séparation* » est établi – sauf situation pathologique particulière – expliqué aux parents lors de la pré admission. Lorsque l'admission a été préparée, et donc les parents informés, le patient n'a ni visite ni appels téléphoniques pendant une durée variable mais généralement d'une semaine.

8.1.2 Les locaux

L'unité est située au sixième étage du bâtiment de l'hôpital d'enfant, étage partagé avec l'hôpital de jour pour enfants. L'unité, fermée, comporte deux accès, l'un direct desservi par un escalier et deux ascenseurs, l'autre par la traversée de l'hôpital de jour. Les deux accès sont fermés, l'ouverture est gérée par les soignants *via* un interphone.

Les locaux de l'unité, propres et en très bon état, sont distribués de part et d'autre d'un couloir qui la traverse entièrement. Ils comportent notamment :

- trois chambres doubles et deux chambres individuelles ; chacune dispose d'une salle d'eau comportant WC, douche et lavabo ; les douches n'ont pas de flexible et il n'est pas

possible de régler la température de l'eau ; les fenêtres des chambres ne donnent pas directement sur l'extérieur mais sur une coursive (en cours de travaux lors de la visite).



Une chambre double de l'unité ado-psychiatrie

- deux salles d'activité :
 - une salle est divisée en deux espaces séparés par une banque haute. L'un est équipé d'une plaque à induction, d'un four à micro-ondes, d'un tableau blanc, de deux tables de quatre places, douze chaises et des tabourets hauts, il est utilisé pour les repas et les activités ; l'autre espace forme un coin de repos ; il est meublé de chauffeuses, d'un canapé et de deux bibliothèques garnies de livres adaptés aux lecteurs adolescents ; une armoire contient du matériel d'activité.
 - l'autre salle de vie comporte également des tables, des chaises, un tableau blanc, une table de ping-pong, un four, une plaque à induction, un four à micro-ondes un réfrigérateur et un lave-vaisselle. L'unique téléviseur du service y est installé.

Les repas sont pris dans l'une ou l'autre salle, souvent en deux groupes pour limiter les tensions, la répartition entre les salles n'étant pas laissée à l'initiative des enfants.

- une chambre d'isolement (cf. § 8.1.5 *infra*).

Aucun espace extérieur n'est librement accessible aux patients, pourtant en âge d'avoir besoin de se dépenser physiquement et dont le séjour peut s'étendre sur plusieurs semaines.

RECOMMANDATION 21

L'unité psychiatrique d'hospitalisation complète des adolescents doit être déménagée pour offrir un accès libre à un espace extérieur d'une surface suffisante pour permettre l'installation de matériel d'exercice physique.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait qu'« *un nouveau projet est en cours d'étude pour une relocalisation. Un groupe de travail est constitué et le résultat de ses réflexions sera disponible en octobre 2019.* »

8.1.3 Le fonctionnement

Les équipes sont formées de deux soignants le matin, quatre soignants l'après-midi, un soignant en renfort de 16h à 23h sauf le vendredi et le samedi ; l'équipe de nuit, dédiée, est de deux soignants. Le week-end, deux soignants le matin et deux autres l'après-midi.

Les réunions :

- réunion d'analyse institutionnelle le lundi chaque quinzaine ;
- réunion de reprise des soins, le mardi après-midi de 13h30 à 14h30 ;
- réunion d'équipe infirmière, le vendredi à 13h ;
- réunion de synthèse chaque mardi et jeudi en présence de toute l'équipe, de l'assistante sociale et des enseignants. La situation de tous les enfants est abordée. Puis, l'équipe se rend dans la chambre de l'adolescent pour l'informer rapidement des modifications du cadre d'hospitalisation.

BONNE PRATIQUE 3

Chaque semaine, une réunion de l'ensemble des enfants placés en pédopsychiatrie avec l'équipe soignante permet de verbaliser sur la vie du service.

8.1.4 Les sur occupations

Concrètement, onze lits physiques sont disponibles en temps ordinaire ; ils étaient huit lors de la visite. Cette disponibilité matérielle permet de faire face aux sur occupations. En pareilles circonstances, des places sont recherchées dans d'autres hôpitaux de la région. Il a été précisé que la chambre d'isolement n'était jamais utilisée comme chambre d'hébergement.

La veille du contrôle, un enfant âgé de 9 ans avait été admis pour la nuit, la recherche de lieu de prise en charge adaptée n'a abouti que le lendemain en fin de journée. La cadre de santé a rédigé une fiche d'événement indésirable et sollicité un retour d'expérience sur cette admission inappropriée.

8.1.5 L'isolement

a) La chambre d'isolement

Dotée d'un sas, la chambre d'isolement ne bénéficie pas de double entrée ni d'accès direct aux sanitaires, la salle d'eau étant située dans le sas.

La CI n'est meublée que d'un lit modèle Combaz™. Des sangles de contention sont posées en permanence sur le lit de sorte que la personne isolée qui n'est pas attachée dort par-dessus. La chambre est équipée d'un bouton d'appel ; l'éclairage électrique comme la fermeture du volet roulant ne peuvent être actionnés que de l'extérieur.

Dépourvues de barreaux, les deux fenêtres sont toujours fermées (sauf pour aérer en dehors de la présence d'occupant). Le chauffage est au plafond.

La porte de la chambre est percée d'un fenestron ce qui permet la surveillance depuis le sas. Lorsqu'elle est occupée, une horloge à aiguilles est posée sur une des étagères du sas, visible par l'occupant à travers le fenestron. Cette horloge indique l'heure mais pas le jour.

La salle d'eau est équipée d'une douche, d'un lavabo et d'un WC avec abattant et couvercle, de matériel d'hygiène et d'une poubelle. Le mobilier sanitaire est en céramique blanche. L'accès à

cette salle n'est pas libre et suppose la demande de l'occupant et la disponibilité des soignants pour y répondre. Lorsque le patient s'y trouve, un soignant se tient dans le sas, la porte – pleine et sans verrou – de la salle d'eau restant fermée.



La chambre d'isolement, son sas et sa salle d'eau (unité ado-psychiatrie)

RECOMMANDATION 22

La chambre d'isolement de l'unité ado-psychiatrie, qui n'est pas aux normes, doit être transformée en chambre d'apaisement.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU indiquait que, l'isolement pouvant s'avérer nécessaire en dernier recours, « *la réfection totale de la chambre [d'isolement] sera effectuée dans un délai très proche, avec mise aux normes* », en joignant sa réponse le plan du projet les plans du projet dont l'échéance n'était pas précisée.

Il était également indiqué la possibilité d'utiliser, le cas échéant, « *la pièce d'apaisement située dans l'unité de l'hôpital de jour adjacent, dite « salle des coussins* ».

b) Les modalités de mises à l'isolement

Lors d'une mise en chambre d'isolement (MCI), les responsables légaux du jeune patient sont informés par téléphone, de jour comme de nuit. Les interlocuteurs n'ont pas gardé souvenir d'une opposition des représentants à la mesure mais des interrogations sur son motif et « *en quoi ça consistait* ».

Les décisions de MCI comme celles de levées sont formellement prises. Le registre d'isolement n'est pas tenu, les décisions ne sont tracées que dans les dossiers patients.

Le médecin généraliste ne passe pas systématiquement quand un patient est en isolement pour évaluer la compatibilité de la mesure à son état général, même si le patient est attaché.

La décision de mise en isolement s'accompagne toujours de la prescription d'un pyjama de l'hôpital. En principe, rien n'entre dans la chambre d'isolement : pas de livre, journaux ou « doudous » sauf prescription contraire.

La surveillance est effectuée par le passage d'un soignant au moins toutes les demi-heures. Il a été indiqué que la présence soignante auprès des adolescents à l'isolement était intense (« parfois, on peut rester des heures avec lui »).

Il a été précisé que lorsque l'isolement durait plusieurs jours, il devenait séquentiel avec quelques sorties.

RECO PRISE EN COMPTE 20

Les mesures d'isolement et de contention doivent être exceptionnelles et de dernier recours, après échec des mesures alternatives comme la mise en chambre d'apaisement. En tout état de cause, ces mesures doivent être tracées dans un registre et donner lieu à une analyse. Les mineurs isolés doivent être examinés quotidiennement par un médecin généraliste.

Dans sa réponse, la directrice générale du CHU confirmait que « les mesures d'isolement et de contention doivent être exceptionnelles et de dernier recours, après échec des mesures alternatives d'apaisement », détaillées dans la réponse.

S'agissant du suivi somatique, elle indiquait que « la surveillance des constantes est prescrite puis effectuée par les soignants a minima deux fois par jour. S'y ajoute la palpation des mollets si le patient est contenu, ce qui est exceptionnel en pédopsychiatrie. L'examen du patient, y compris son état somatique, est effectué par l'interne référent deux fois par jour également. Dans des cas particuliers [blessure, contention, doute], l'avis pédiatrique est ponctuellement demandé. »

Elle précisait qu'« une attention particulière sera donnée à la traçabilité de ces éléments. (...) L'aménagement du recueil des données DxCare™ doit permettre de préciser les mesures d'isolement et les mesures de contention, de les tracer dans un registre, permettant ainsi une analyse. »

Par ailleurs, le directeur général de l'ARS détaillait, dans sa réponse l'organisation de la pédopsychiatrie mise en place dans le cadre du projet médical partagé du GHT 21-52, reposant sur le triptyque de soins cible suivant : la mise en œuvre de l'équipe de liaison infanto-juvénile ; la réorganisation des urgences pédiatriques, dont la création de 3 lits d'urgence ado-psychiatrique (situés à l'UHCD pédiatrique) ; le redimensionnement des lits d'hospitalisation avec une cible de 7 lits d'hospitalisation complète et 3 lits séquentiels.

Le CHU était invité à « veiller à la bonne mise en œuvre de ce triptyque conformément au calendrier [non précisé] validé avec l'ARS ».

8.1.6 La prise en charge et la place des représentants légaux

a) Les règles de vie

Les règles de vie qui doivent être respectées par les patients sont retracées dans un document qui n'est ni remis au patient, ni affiché dans l'unité ; elles sont uniquement explicitées à l'arrivée (et avant l'admission). Les termes de ce document sont destinés aux soignants qui doivent faire respecter les règles.

Les restrictions portent sur :

- l'utilisation du téléphone : les patients ne disposent pas de leur téléphone portable et peuvent appeler leur famille deux fois par semaine en utilisant le téléphone sans fil du service ; le patient doit avoir l'initiative de l'appel ; les communications sont limitées à 20-25 mn par appel ;
- l'usage du tabac ou de la cigarette électronique : il est prohibé ;
- la liberté d'aller et venir : les patients ne peuvent sortir de l'unité ; certains d'entre eux peuvent être autorisés à sortir seuls – si autorisation des parents – un quart d'heure par jour, deux adolescents ne pouvant pas sortir en même temps ; il a été dit que le respect de la durée de 15 minutes maximum donnait lieu à application assez stricte, sous peine d'être privé de sortie ;
- l'entrée d'objets dangereux, de valeur, d'appareils électroniques, de nourriture ou de boisson, hormis quelques chewing-gums ;
- les prêts d'objets entre patients : ils sont interdits.

En revanche, une souplesse est observée dans les horaires des repas, adaptée à l'état du patient. A chaque retour de l'extérieur dans le service, un soignant vérifie avec le patient les affaires qu'il rapporte, il vide ses poches et ses sacs. L'opération doit se faire dans l'alliance et non dans l'ingérence.

Le courrier est autorisé sauf durant la période « de séparation » (cf. *supra*).

La question du comportement des adolescents entre eux n'est guère abordée dans le document des règles de vie. Y est mentionné que les patients ne peuvent se rendre dans une autre chambre que la leur. Cependant, il a été indiqué que la question des relations sexuelles était abordée, verbalisée et se gérait sans difficulté. La bibliothèque offre des livres traitant de la question. A la demande des jeunes filles, une contraception peut être envisagée.

b) Les consultations

Les visites du psychiatre ont lieu deux fois par semaine. Elles se déroulent dans la chambre du patient, le psychiatre est accompagné de deux infirmiers, deux internes, un externe, éventuellement d'un étudiant en soins infirmiers. Est alors rediscuté le cadre de prise en charge, (permissions, traitement, sorties).

L'interne référent voit l'adolescent au moins une fois par semaine, seul, dans la salle de consultation. A la demande de l'adolescent, ces entretiens peuvent être plus fréquents.

c) Les activités

Les activités thérapeutiques sont nombreuses et diverses, certaines organisées à jour fixe : modelage, repas thérapeutique, sport, équithérapie, activité culturelle à Latitude 21¹⁰. Elles sont conduites par deux soignants, selon l'activité, quatre enfants peuvent y participer en même temps. La participation d'un patient est décidée par l'équipe médicale avec les soignants ; elles sont prescrites par le médecin et la participation du patient est obligatoire. Elles ne se déroulent qu'en semaine.

Les enfants ont également accès à un centre scolaire installé au quatrième étage de l'hôpital des enfants. La semaine du contrôle, sept adolescents sur les neuf hospitalisés, s'y rendaient.

Certains patients sont également pris en charge certains jours dans des structures extérieures à l'unité. Ainsi, un patient se rendait chaque matin dans un institut médico-éducatif (IME), un autre allait trois fois par semaine dans un IME et deux fois dans un hôpital de jour.

Des activités informelles sont organisées par les soignants, éventuellement des sorties (cinéma, vélo, restaurant) – sauf le week-end faute de personnel –, pour lesquelles le minibus du service est utilisé.

Tous les repas sont thérapeutiques ; éventuellement, si nécessaire, un soignant peut manger seul avec un patient.

d) L'hygiène

Outre la salle d'eau de leur chambre, les adolescents peuvent utiliser une salle de bains avec baignoire, installée dans l'hôpital de jour sur le même étage. Les soins d'hygiène peuvent se faire le matin jusqu'à 10h ou le soir après 18h. Ils ont alors accès à leurs produits d'hygiène personnelle (déodorant, parfum, rasoir) et peuvent emprunter un sèche-cheveux ou un lisseur.

Le linge est, en principe, entretenu par la famille. A défaut, l'adolescent peut utiliser le lave-linge et le sèche-linge du service.

e) La place des parents

Les parents sont reçus tous les quinze jours par le psychiatre de l'unité pour faire le point sur la situation de l'enfant. De façon générale, ils se présentent à ce rendez-vous. En cas d'absence prolongée, l'assistante sociale peut aller jusqu'à faire un signalement pour que le juge intervienne.

Seuls les parents et, éventuellement, la fratrie et les grands-parents, sont autorisés à visiter les patients. Les visites limitées à une heure (deux le week-end), sont possibles chaque jour de 13h15 à 14h15, sans restriction de nombre. Elles se déroulent soit dans les salles d'activité, soit dans les chambres, soit à la cafétéria de l'hôpital.

Un psychologue est attaché au service pour recevoir exclusivement les parents, les adolescents étant informés de ces consultations.

Par ailleurs, une équipe de liaison a été mise en place au sein des urgences pour enfants (composée d'un médecin, 1 IDE et 1 psychologue). Afin de faire le lien avec le médico-social, une équipe mobile pour adolescents devrait intervenir sur le site de La Chartreuse au sein des IME.

¹⁰ Latitude21, la maison de l'architecture et de l'environnement de Dijon Métropole est un établissement public d'éducation et de sensibilisation aux questions d'architecture, d'urbanisme, d'environnement et de développement durable.

Enfin, l'hôpital souhaite engager une réflexion sur la possibilité d'accueillir en hospitalisation complète des enfants de moins de 13 ans.

8.2 LE CHU N'ACCUEILLE PAS DE DETENU EN SERVICE DE PSYCHIATRIE

Les personnes détenues nécessitant une prise en charge en service de psychiatrie ne sont pas hospitalisées au CHU mais au centre hospitalier spécialisé de La Chartreuse (Dijon).

9. CONCLUSION

Les différents interlocuteurs se sont montrés unanimement très attachés à ce que la psychiatrie trouve toute sa place au sein du CHU.

Les équipes médicales et soignantes des différents services sont animées d'une volonté d'assurer une prise en charge « humaniste » des patients. Le service de pédopsychiatrie, notamment, a reçu les moyens humains d'une prise en charge individualisée, réfléchie et étayée à laquelle sont associés les parents.

Toutefois, cette bonne volonté affirmée ne suffit à compenser les nombreux problèmes constatés qui portent lourdement atteintes aux droits fondamentaux des patients :

- une assimilation, juridiquement erronée et sans justification médicale, entre soins sans consentement et enfermement ;
- des locaux inadaptés conduisant à une atteinte aux droits et libertés des patients : la superficie, l'implantation en étage et la conception architecturale de l'unité fermée pour adultes, l'absence de cour pour les adolescents, ont des incidences très fortes sur la qualité de vie des patients ;
- chez les adultes, une absence ou un manque de lisibilité d'un projet de soins psychiatrique personnalisé ; un programme d'activités thérapeutiques et occupationnelles par trop réduit, générant un ennui et interrogeant sur la réalité du contenu de la prise en charge thérapeutique ;
- un manque d'informations générales sur les règles de vie et une information incomplète sur les voies de recours ;
- aux urgences, des conditions de prise en charge peu respectueuses des droits ;
- une défaillance dans la prise en charge somatique et dans sa traçabilité ;
- un manque d'outils d'évaluation et une absence d'analyse sur les pratiques de contention et d'isolement, même si, de fait, l'on perçoit que les équipes cherchent à minimiser le recours à ces pratiques ;
- des personnels qui souffrent d'un manque de supervision et d'une formation qui mériterait d'être enrichie sur les questions relatives au cadre juridique des soins sans consentement, aux bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention.

Les intentions affichées par la direction et l'ensemble des équipes médicales et soignantes doivent trouver une concrétisation dans des projets ambitieux pour la psychiatrie, que les ressources du CHU semblent être en mesure de pouvoir assumer.

L'attachement de la communauté à la présence sur le site du CHU des unités d'hospitalisation de psychiatrie, attachement fondé sur l'activité de recherche qui s'y déroulent, ne saurait à lui seul justifier le prix à payer par les patients en termes de mauvaise qualité matérielle de prise en charge. Si l'établissement veut conserver sur place ces deux unités, il doit s'en donner les moyens.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr