



Rapport de visite :

7 au 10 janvier 2019 – 1^{ère} visite

Service de psychiatrie

Hôpital de Semur-en-Auxois

(Côte-d'Or)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée du service de psychiatrie de l'hôpital de Semur-en-Auxois (Côte d'Or) du 7 au 10 janvier 2019. Le rapport provisoire établi à l'issue de cette visite a été communiqué au directeur de l'établissement, au préfet de la Côte-d'Or, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Dijon ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé-délégation départementale de la Côte-d'Or. Le directeur de l'hôpital de Semur-en-Auxois et le directeur général de l'agence régionale de santé ont fait connaître leurs observations, qui ont été reprises dans le présent rapport ; les autres destinataires n'ont pas donné suite à cet envoi.

Un groupement hospitalier de territoire (GHT) réunit les établissements de la Côte d'Or et ceux du Sud de la Haute-Marne (Chaumont et Langres). Parmi ceux-ci, le centre hospitalier de Semur-en-Auxois assure la permanence des soins pour un bassin réparti entre Auxois, Morvan et Haute Côte-d'Or comptant 60 000 habitants, formant une population rurale, vieillissante, aux revenus faibles – les plus jeunes sont peu diplômés – et connaissant des difficultés de déplacement. L'isolement social est par endroits très important avec une densité qui descend à deux habitants au kilomètre carré et des communes mal organisées pour y faire face.

Les 191 lits d'hospitalisation du centre hospitalier sont répartis dans deux pôles cliniques :

- le pôle médecine chirurgie obstétrique (respectivement 74, 50 et 14 lits) dont l'activité ambulatoire compte 20 lits ; c'est le plus petit plateau technique de Bourgogne mais il permet de réaliser les traitements d'électroconvulsivothérapie sur place ;
- le pôle de psychiatrie qui compte **31 lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie adulte** répartis dans une unité ouverte de 13 lits, « L'Escale », et une unité fermée de 18 lits dénommée unité de soins psychiatriques (USP). Il constitue l'essentiel de l'offre de soins psychiatriques de ce secteur qui ne compte aucune alternative d'hospitalisation privée et un seul psychiatre libéral installé à Montbard. L'hospitalisation en psychiatrie de l'adolescent peut être réalisée au CHU de Dijon (80 km) mais faute de places disponibles, il arrive que les mineurs soient admis à l'unité fermée de l'hôpital de Semur-en-Auxois.

1. La pratique générale de restrictions et d'enfermement, soutenue par le parti pris thérapeutique médical, est durcie par la structure inadaptée des locaux des unités d'hospitalisation et une interprétation erronée du statut légal d'admission des patients

Le pôle de psychiatrie de cet hôpital est loin d'en être le parent pauvre.

Le pôle dispose d'une équipe médicale stable, dense, dont les postes sont occupés par des praticiens expérimentés. Les soignants sont, de même, nombreux, bien formés et impliqués. Les moyens matériels, locaux, fournitures, budgets mis à disposition du service ne lui sont pas chichement comptés.

L'ensemble de ses locaux a bénéficié, dans les premiers de l'établissement, de travaux de rénovation. Les deux unités d'hospitalisation offrent un hébergement confortable avec des chambres aux normes hôtelières de confort, au mobilier agréable et en bon état ; toutefois, les mesures de sécurité rigoureuses appliquées pour prévenir tout geste dangereux (lits fixés au sol, portes non fermables, absence de patère) induisent une préoccupation sécuritaire désagréable. Les espaces collectifs sont vastes au décor harmonieux.

Les responsables du pôle interprètent de façon erronée les dispositions de la loi du 5 juillet 2011, considérant qu'elles impliquent que des patients admis en soins sans consentement ne peuvent

être hébergés dans une unité ouverte. Par suite, le statut des patients qui doivent être hébergés dans l'unité ouverte, notamment lorsque l'unité fermée ne dispose plus de lits, est, en tant que de besoin, modifié. L'unité strictement fermée, l'USP, accueille donc les patients en soins sous contrainte mais également des patients en soins libres ainsi que les patients mineurs hospitalisés à Semur-en-Auxois, faute de places disponibles dans les unités pour adolescents du département.

Les règles de vie qui sont appliquées dans l'USP sont particulièrement restrictives : impossibilité de sortir sauf courtes exceptions, interdiction de conserver un téléphone portable, limitation drastique des communications téléphoniques et des visites. La richesse des activités thérapeutiques et occupationnelles mises en œuvre ne peut suffire à compenser les restrictions trop nombreuses qui valent tout autant pour les patients en soins contraints que ceux en soins libres. On peut se réjouir que le statut d'admission ne pèse pas sur la prise en charge mais celles des patients en soins sans consentement doit s'aligner sur celle des personnes en soins libres et non l'inverse.

En outre, dans ces conditions de fonctionnement, le choix d'implanter les unités au premier étage du bâtiment est sévèrement dommageable pour les patients de l'USP qui n'ont aucun accès libre à un espace extérieur.

L'établissement doit donc s'interroger sur la localisation de l'unité fermée et sur son fonctionnement. Les mesures de privation de libertés qui y sont la règle constituent autant d'atteintes aux droits fondamentaux des patients et les modulations individuelles sur prescription médicale, que fait valoir l'établissement dans sa réponse, **inversent le principe selon lequel la liberté est la règle** et ne peut être limitée qu'individuellement, temporairement et à raison de l'état clinique du patient.

2. Le recours à l'isolement ne respecte ni les dispositions législatives ni les recommandation de bonne pratique de la HAS

Seule l'unité fermée dispose d'une chambre d'isolement conforme aux normes en la matière. Une autre chambre, non conforme, était également utilisée lors de la visite ; dans sa réponse, la direction a indiqué que cette utilisation était désormais abandonnée.

Le recours à l'isolement et à la contention dans cette unité est important, en nombre – le quart des patients hospitalisés est placé en isolement –, pour des durée importantes – plus de trois jours en moyenne pour les patients admis sur décision du directeur – et souvent dans des conditions matérielles non conformes aux règles en vigueur. Le maintien sur le lit du dispositif de sangles est anxiogène induisant la menace d'une possible mesure de contention, comme l'est l'absence de bouton d'appel. De plus, la moitié de ces mesures concernent des patients en soins libres avec une durée moyenne dépassant cinq jours, sans que leur statut d'admission soit modifié en conséquence.

La recherche des contre-indications à l'isolement n'est pas tracée. Les patients admis sur décision du représentant de l'Etat sont systématiquement mis en chambre d'isolement à leur arrivée sans considération de leur état clinique. Or, aucune réflexion sur les pratiques d'isolement n'est en cours ou envisagée.

3. Les atteintes aux droits des patients, mal comprises par les équipes, appellent une réflexion institutionnelle

Les options thérapeutiques de l'équipe médicale, l'interprétation par celle-ci des dispositions légales relatives aux admissions en soins sans consentement ainsi que les contraintes architecturales des unités d'hospitalisation conduisent à de graves atteintes aux libertés et droits

des patients, d'autant plus qu'elles ne sont pas perçues comme telles par une équipe qui ne semble pas envisager de réinterroger le bien-fondé de ses choix et pratiques. Il appartient à la direction de l'hôpital d'initier rapidement une réflexion commune sur ces questions pour repenser les pratiques au profit d'un meilleur équilibre entre respect des droits et considérations thérapeutiques et sécuritaires.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

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 17

Un document indiquant clairement les règles de vie appliquées dans l'unité doit être établi, communiqué aux patients et affiché afin de permettre à ces derniers et à leurs proches d'en avoir pleinement connaissance et de pouvoir, s'ils l'estiment justifié, les contester.

RECOMMANDATION 2 20

La procédure formalisée prévue au cas où un patient demande la confidentialité sur sa présence doit être mieux connue du personnel.

RECOMMANDATION 3 24

Une réflexion doit être engagée sur le caractère systématique et général de la fermeture de l'unité qui paraît peu en cohérence, d'une part, avec le statut de la majorité des patients accueillis, d'autre part, avec l'explication thérapeutique avancée qui devrait, par principe, aboutir à des réponses personnalisées.

RECOMMANDATION 4 26

Les restrictions dans la gestion de la vie quotidienne, notamment aux conditions d'accès aux télécommunications, doivent être repensées, personnalisées et justifiées par l'état clinique du patient afin de respecter les droits et libertés de chacun d'eux.

RECOMMANDATION 5 29

Les chambres et salles d'eau doivent être équipées pour améliorer le confort des patients (pose de patères, aménagement de la douche, possibilité de réglage de température de l'eau, abattant de WC, verrou de confort, placard pouvant fermer à clef, etc.).

RECOMMANDATION 6 31

Même si des exceptions ont pu être constatées, il convient d'assouplir la pratique de retrait quasi systématique et par trop restrictive de tout objet personnel, qui n'est pas justifiée par l'état clinique du patient et paraît davantage reposer sur une facilité pour les soignants que sur des considérations thérapeutiques ou de réelles motivations sécuritaires.

RECOMMANDATION 7 32

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une véritable réflexion pour mettre les pratiques en conformité avec les textes.

RECOMMANDATION 8 32

Le statut des patients en programme de soins doit évoluer en fonction de leur état clinique et des modalités de leur prise en charge.

RECOMMANDATION 9 34

L'abondance des activités et l'intense présence soignante ne sauraient ni compenser ni justifier l'atteinte à la liberté d'aller et venir dans un établissement hospitalier ; celle-ci est un droit qui ne peut être réduit qu'avec l'accord du patient. Les prescriptions médicales portant sur des restrictions de liberté doivent être personnalisées et non systématiques.

RECOMMANDATION 10 35

L'établissement doit organiser les locaux des unités d'hospitalisation de psychiatrie de manière à ce que les patients aient un libre accès à un espace extérieur.

RECOMMANDATION 11	37
La possibilité d'une hospitalisation en absence de tiers, dite « pour péril imminent », selon l'article L.3212-1 du code de la santé publique ne peut être arbitrairement écartée. La recherche d'une solution doit être effectuée dans les plus brefs délais.	
RECOMMANDATION 12	40
Seul le psychiatre a autorité pour prendre des mesures de contention et d'isolement. Sa validation doit apparaître en regard de chaque mesure.	
RECOMMANDATION 13	41
L'établissement doit impérativement engager une réflexion sur l'utilisation des chambres d'isolement et sur l'indication de la contention en respectant les recommandations et la loi.	
RECOMMANDATION 14	42
Le statut d'admission des patients en soins libres faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention doit être modifié en soins sans consentement lorsque la durée de la mesure dépasse 12 heures.	
RECOMMANDATION 15	42
Les contre-indications somatiques à l'utilisation de l'isolement pour trouble du comportement et situation de violence auto et hétéro-agressive doivent être évaluées et tracées régulièrement sur la fiche de prescription des mesures et figurer dans le dossier du patient.	
RECOMMANDATION 16	43
Les modalités de la distribution des traitements doivent être modifiées pour respecter la confidentialité des soins.	

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
La commission des usagers doit, en plus d'examiner et de communiquer sur les plaintes reçues, constituer un espace facilitant la collaboration et la communication entre l'hôpital et les proches des patients. Afin de mieux informer les familles, les membres de la CDU doivent être pleinement impliqués dans la vie de l'établissement.	
RECO PRISE EN COMPTE 2	19
Les patients doivent être clairement informés de la possibilité d'exercer le culte de leur choix, notamment de s'entretenir avec un représentant de ce culte.	
RECO PRISE EN COMPTE 3	28
Le statut de la chambre 112 doit être clarifié. Elle ne peut continuer à être utilisée comme une chambre d'isolement alors qu'elle n'en remplit pas les conditions.	
RECO PRISE EN COMPTE 4	37
Le maintien sur un brancard et sous contention de patients pendant une durée qui peut atteindre 24 heures est à proscrire. L'établissement doit prévoir d'autres moyens de prise en charge des patients agités.	
RECO PRISE EN COMPTE 5	39
Un dispositif d'appel doit être installé dans les chambres d'isolement et les sangles de contention doivent être retirées quand elles ne sont pas utilisées.	

RECO PRISE EN COMPTE 6.....40

L'isolement et la contention, mesures exceptionnelles, ne peuvent être réalisés que dans des espaces dédiés présentant des conditions de sécurité et de confort conformes aux recommandations de la Haute autorité de Santé.

RECO PRISE EN COMPTE 7.....43

L'établissement doit conduire une réflexion sur le circuit de prise en charge des personnes vieillissantes atteintes de troubles mentaux ou présentant une altération des fonctions cognitives avec des troubles comportementaux afin d'éviter des hospitalisations systématiques en psychiatrie.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 130

Un mobilier plus confortable doit être installé dans le fumoir et la ventilation doit y être renforcée.

PROPOSITION 245

Le groupe de réflexion éthique devrait rendre public le contenu de ses réflexions afin d'alimenter celles de l'ensemble de la communauté soignante.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	10
1. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DU POLE DE PSYCHIATRIE	11
1.1 L'organisation de la psychiatrie dans le département est principalement centrée sur le chef-lieu	11
1.2 L'organisation des soins psychiatriques est adaptée aux particularités de la population.....	11
1.3 l'établissement dispose de personnel médical et soignant suffisant, stable et correctement formé	12
1.4 Les ressources financières ne connaissent pas de tension	14
1.5 Les objectifs du pôle de psychiatrie visent à la continuité des pratiques.....	14
2. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS	15
2.1 Les admissions en soins sans consentement sont peu nombreuses et majoritairement faites sur demande d'un tiers	15
2.2 Les patients sont informés de leur statut et de leurs droits dès leur arrivée	16
2.3 Il n'existe ni règlement intérieur de l'établissement ni document écrit sur les « règles de vie » appliquées dans les unités de psychiatrie.....	17
2.4 Les plaintes sont peu nombreuses et traitées avec diligence.....	17
2.5 La commission des usagers est peu dynamique.....	18
2.6 Le rôle de la personne de confiance est expliqué aux patients mais la procédure demeure peu utilisée.....	18
2.7 L'accès au vote est garanti.....	19
2.8 L'information donnée sur la possibilité d'exercice du culte n'est pas exhaustive	19
2.9 Les patients nécessitant une protection juridique sont repérés et accompagnés	19
2.10 L'admission confidentielle est possible mais peu utilisée.....	20
3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	20
3.1 Les audiences devant le juge des libertés et de la détention sont respectueuses des textes.....	20
3.2 La commission départementale des soins psychiatriques assure un contrôle effectif.....	21
3.3 Les registres de la loi sont renseignés avec soin et régulièrement visés	22
3.4 Le recours au collège des professionnels de santé n'apparaît pas soulever de difficulté.....	23
4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	24
4.1 L'atteinte générale à la liberté de circulation est assumée	24

4.2	Des moyens matériels pour assurer leur hygiène personnelle sont mis à disposition des patients.....	24
4.3	Une restriction systématique à certains droits, notamment la liberté de communication.....	25
4.4	Le libre choix du médecin.....	26
5.	LES CONDITIONS DE VIE.....	27
5.1	Des locaux de qualité mais qui privilégient la sécurité au détriment du confort et de la dignité des patients.....	27
5.2	L'accès au tabac est limité et inconfortable.....	29
5.3	Les sur occupations demeurent très rares, limitées à trois ou quatre cas par an.....	30
5.4	Les règles de gestion des biens des patients sont par principe restrictives mais peuvent être appliquées avec une certaine souplesse.....	30
5.5	La prise en commun des repas est une obligation pour les patients.....	31
5.6	Les relations sexuelles sont implicitement prohibées.....	31
6.	LES SOINS MEDICAUX.....	32
6.1	La privation de liberté est érigée en outil thérapeutique.....	32
6.2	L'offre d'activités est dense et variée, accompagnée par un personnel impliqué.....	34
6.3	Les soins somatiques sont assurés.....	35
7.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES.....	36
7.1	L'utilisation d'un brancard de contention témoigne de la violence de certaines admissions.....	36
7.2	L'isolement et la contention sont largement utilisés et prescrits quel que soit le statut du patient.....	38
7.3	La dispensation des traitements médicamenteux ne respecte pas la confidentialité des soins.....	43
7.4	L'information des patients sur leur traitement.....	43
7.5	Le processus de signalement et suivi des événements indésirables, qui demeurent très exceptionnels, est maîtrisé.....	44
7.6	Le comité d'éthique aborde les cas cliniques de psychiatrie.....	44
8.	CONCLUSION.....	46

Rapport

Contrôleurs : Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
Dominique Bataillard ; contrôleure,
Edith Chazelle ; contrôleure,
Matthieu Clouzeau ; contrôleur,
Isabelle Fouchard ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie de l'hôpital de Semur-en-Auxois (Côte d'Or). L'établissement est situé avenue Pasteur, à 1,5 km du centre-ville, un grand parking est à la disposition des visiteurs.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 7 janvier 2019 à 14h. Ils l'ont quitté le jeudi 10 janvier 2019 à 12h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du centre hospitalier, la directrice adjointe chargée du pôle de psychiatrie, la directrice des soins et la maire de Semur-en-Auxois, présidente du conseil de surveillance.

Il a été ensuite procédé à une présentation de la mission devant l'équipe de direction, la présidente du conseil de surveillance, la directrice des soins, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le chef du pôle de psychiatrie et les médecins des unités d'hospitalisation de psychiatrie, le chef du service de pédopsychiatrie, le médecin coordonnateur des risques associés aux soins, le cadre supérieur de santé du pôle, la cadre de santé chargée de l'évaluation des risques et les cadres des unités de psychiatrie ainsi que des représentants des organisations syndicales.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Côte-d'Or. Aucune audience du juge des libertés et de la détention ne 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 diffusées dans les unités.

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

Une réunion de fin de visite a eu lieu jeudi 10 janvier 2019 avec le directeur de l'établissement, son adjointe chargée du pôle de psychiatrie, la présidente de la CME, le médecin chef du pôle de psychiatrie et les médecins en charge des unités d'hospitalisation, le cadre supérieur de santé et les cadres des unités de psychiatrie.

A la suite de cette visite, un rapport provisoire a été rédigé et transmis pour observations le 16 mai 2019 au directeur du centre hospitalier de Semur-en-Auxois, aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Dijon, à la direction territoriale de la Côte-d'Or de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et au préfet de la Côte-d'Or.

Les observations du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté formulées dans un courrier du 27 juin 2019 et celles du directeur de l'établissement, transmises le 10 juillet 2019, ont été reprises dans le présent rapport. Les autres destinataires n'ont pas fait connaître de réponse.

1. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DU POLE DE PSYCHIATRIE

1.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT EST PRINCIPALEMENT CENTREE SUR LE CHEF-LIEU

Le département de la Côte-d'Or est divisé en sept secteurs de psychiatrie adulte et trois intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Leur prise en charge est assurée par trois établissements de soins psychiatriques : le centre hospitalier de Semur-en-Auxois (3^{ème} secteur), le centre hospitalier universitaire de Dijon (1^{er} secteur) et le centre hospitalier de la Chartreuse situé à Dijon pour les autres secteurs.

Un groupement hospitalier de territoire (GHT) réunit les établissements de la Côte-d'Or et ceux du Sud de la Haute-Marne (Chaumont et Langres). Le cadre de la convention de GHT prévoit une filière particulière pour la psychiatrie en son sein ; cette filière psychiatrique travaille à un projet médical partagé psychiatrie et santé mentale qui doit donner « *les grands axes du futur projet territorial de santé mentale avec un objectif de cohérence entre les différents dispositifs sectoriels et territoriaux* ».

Pour l'heure, les nombreuses réflexions collectives conduites dans ce cadre autour de la prise en charge psychiatrique n'ont pas débouché sur des mesures concrètes.

Le pôle psychiatrie de l'hôpital de Semur-en-Auxois prend en charge le secteur 21G03 qui couvre le Nord-est du département, avec l'arrondissement de Montbard. Il constitue l'essentiel de l'offre de soins psychiatriques de ce secteur qui ne compte aucune alternative d'hospitalisation privée et un seul psychiatre libéral installé à Montbard. L'hospitalisation en psychiatrie de l'adolescent peut être réalisée au CHU de Dijon (80 km) mais faute de places disponibles dans son service d'ado psychiatrie, il arrive que les mineurs soient admis à l'unité fermée de l'hôpital de Semur ; tel a été le cas pour neuf mineurs de plus de 12 ans en 2018, sept en 2017 et six en 2016 ; les enfants de moins de 13 ans sont admis dans le service de pédiatrie du CH de Semur. La clinique du Trembay à Nevers (Nièvre) (134 km) reçoit des adolescents.

1.2 L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST ADAPTEE AUX PARTICULARITES DE LA POPULATION

Le centre hospitalier (CH) de Semur-en-Auxois assure la permanence des soins pour un bassin réparti entre Auxois, Morvan et Haute Côte-d'Or ; il compte 60 000 habitants, formant une population rurale, vieillissante, aux revenus faibles – les plus jeunes sont peu diplômés – et connaissant des difficultés de déplacement. L'isolement social est par endroits très important avec une densité qui descend à deux habitants au kilomètre carré et des communes mal organisées pour y faire face.

Les 191 lits d'hospitalisation sont répartis dans deux pôles cliniques :

- le pôle médecine-chirurgie-obstétrique (respectivement 74, 50 et 14 lits) dont l'activité ambulatoire compte 20 lits ; c'est le plus petit plateau technique de Bourgogne mais il permet de réaliser les traitements d'électroconvulsivothérapie sur place ;
- le pôle de psychiatrie qui compte 31 lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie adulte répartis dans une unité ouverte de 13 lits, « L'Escale », qui ne reçoit aucun patient

en soins sans consentement, et une unité fermée de 18 lits dénommée unité de soins psychiatriques (USP).

Les prises en charge ambulatoires des adultes sont réalisées dans un centre médico-psychologique (CMP), un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour, tous trois situés dans le même bâtiment que les unités d'hospitalisation. Ce dispositif est remarquablement doté en intervenants et en équipements thérapeutiques.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne dispose d'aucune structure d'hospitalisation complète mais de quatre lits d'hospitalisation de nuit, de vingt-cinq places en hôpital de jour et d'un CMP installés dans un bâtiment contigu à celui de la psychiatrie adulte.

Le virage ambulatoire, pris depuis plusieurs années, a limité les hospitalisations temps plein et les unités ne connaissent pas de tension sur les lits dont le taux d'occupation avoisine 70 %.

Des antennes médicales offrent deux ou trois fois par mois des consultations à Montbard et Saulieu pour les adultes et à Châtillon-sur-Seine pour les adultes et enfants.

Lors de la mise en place du secteur, dans les années soixante, le service de psychiatrie accueillait une majorité de patients polyhandicapés qui sont, à présent, pris en charge, pour certains, en maison d'accueil spécialisée (MAS) et pour la majorité en foyer d'accueil médicalisé (FAM). Désormais, les patients admis dans les unités d'hospitalisation temps plein trouvent des solutions de sortie qui permettent de limiter la durée de leur séjour ou de leurs séjours successifs. Ces solutions résident notamment dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) rattaché centre hospitalier et à la proximité d'un FAM et d'une MAS. Une liaison psychiatrique avec l'EHPAD est assurée par les infirmiers qui s'y déplacent ; ils peuvent également se rendre au domicile des patients. Un infirmier est également de permanence pour se rendre au service des urgences de l'hôpital.

1.2.1 L'activité

La file active globale de la filière psychiatrie en 2017 était de 1 575 patients dont près du tiers (498) effectuait sa première visite.

Pour l'hospitalisation à temps complet, la file active a compté 396 patients qui ont effectué 8 319 journées d'hospitalisation, ce qui conduit à une durée moyenne annuelle d'hospitalisation de 21 jours. Si l'on écarte les séjours des deux patients qui étaient hospitalisés depuis plus d'un an, cette durée se réduit à 19,26 jours.

La file active ambulatoire était de 1 433 patients dont 1 135 exclusivement ambulatoire, ce qui montre une forte proportion de prises en charge en hospitalisation à temps complet (25 %).

1.3 L'ETABLISSEMENT DISPOSE DE PERSONNEL MEDICAL ET SOIGNANT SUFFISANT, STABLE ET CORRECTEMENT FORME

1.3.1 Le personnel médical

Le pôle de psychiatrie adulte compte trois praticiens hospitaliers (PH) psychiatres – dont le chef de pôle – ainsi qu'un PH de médecine générale et addictologie et un praticien contractuel en médecine générale. L'équipe médicale est complétée par un assistant spécialiste en psychiatrie qui intervient à temps partagé avec le centre hospitalier universitaire de Dijon. Sur chaque cycle de formation, un interne en psychiatrie est affecté à l'hôpital.

Deux PH psychiatres à temps plein prennent en charge la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Au jour de la visite, tous les postes médicaux étaient pourvus, situation exceptionnellement favorable par rapport aux situations généralement constatées mais les perspectives de renouvellement des médecins sont préoccupantes dans la mesure où trois des praticiens psychiatres, sur les cinq, approchent de l'âge de la retraite.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement indique qu'un avis portant sur deux postes vacants de PH en psychiatrie ont été publiés le 8 avril 2019.

La réunion des différentes structures sur le même site présente l'intérêt d'assurer une présence constante, aux heures ouvrables, d'un psychiatre, même si l'un d'entre eux intervient sur le FAM et la MAS.

1.3.2 Le personnel non médical

L'établissement connaît globalement des difficultés de recrutement infirmier. Le service de psychiatrie fait appel à des candidatures internes – peu efficace – et recourt plutôt à des sorties d'école ou des recrutements externes. Il connaît peu d'absentéisme et constate l'absence de demande, par les soignants, de passage de la psychiatrie vers le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Le recrutement des infirmiers dans le pôle psychiatrie a la particularité, par rapport aux autres services de l'hôpital, que lorsque le cadre de santé accepte la candidature, elle n'est effective que si le corps médical, qui ne participe pas aux entretiens de sélection, la valide.

Le centre hospitalier comporte un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et une école d'aides-soignants.

L'équipe soignante de l'USP compte treize infirmiers et sept agents des services hospitaliers (ASH). Deux infirmiers sont en poste le matin (6h-13h30 ou 6h30-14h), autant l'après-midi (13h-20h30 ou 13h30-21h) et un infirmier en journée (8h-16h) ; l'équipe de nuit comporte un infirmier et un ASH. Un ASH est présent matin et soir. Les transmissions durent une demi-heure à chaque changement d'équipe.

Tous les infirmiers du service doivent obtenir le certificat infirmier spécialiste en psychiatrie – six restent à former. Tous doivent également recevoir une formation à l'entretien infirmier, au repérage des signes de détresse suicidaire et à la gestion du stress et de l'agressivité ; cette dernière formation concerne également les ASH. La préoccupation du service de prévenir les gestes suicidaires est légitimée par la survenue de quatre suicides à l'USP depuis 2013, dont trois en sept mois. Par ailleurs, de nombreuses formations sont proposées et suivies par les agents intéressés notamment : « *comment accueillir et accompagner un sujet psychotique* », « *sensibilisation à l'approche systémique* », « *urgences psychiatriques de niveau 1* », « *approche de la santé mentale pour les ASH* ».

Les orientations institutionnelles du développement professionnel continu retiennent quatre thèmes : la transition numérique ; la qualité et la sécurité de la prise en charge ; la qualité de vie au travail et le développement des compétences des agents ; l'évolution des organisations, des métiers et des techniques.

Aucune formation à la loi du 5 juillet 2011 n'est formellement dispensée. Les informations dont disposent les soignants sont fournies par la responsable du bureau des soins sans consentement qui reçoit ceux de l'USP, leur donne un aide-mémoire et leur explique le dispositif de la loi.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise que se sont tenus « trois staffs en interne : mars 2013 "la loi du 5 juillet 2011", novembre 2014 "les patients sous contrainte : législation", novembre 2017 "retour sur la journée d'échange psychiatrie justice du 15 juin 2017".

Par ailleurs, des échanges sont organisés avec les établissements médico-sociaux d'où viennent les patients ou qui les reçoivent. Les soignants vont parfois dans d'autres établissements psychiatriques.

1.4 LES RESSOURCES FINANCIERES NE CONNAISSENT PAS DE TENSION

La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) affectée à la psychiatrie (7 741 317 euros réalisés en 2017) représente plus du tiers de la tarification à l'activité réalisée la même année pour la MCO (21 258 255 euros). La DAF, dont le montant a été augmenté de 2,51 % entre 2016 et 2017, répond aux besoins du pôle psychiatrie. Le fonctionnement de ce service est financièrement à l'équilibre et ne connaît pas de tension. Historiquement, la MCO s'est greffée sur la psychiatrie qui prenait en charge des patients polyhandicapés. Aussi celle-ci n'est pas le parent pauvre de l'établissement et la rénovation de l'établissement a commencé par elle. Ses projets comme ses activités ne sont pas fortement contraints par des problèmes de financement.

L'activité d'addictologie relève de la tarification à l'activité de l'ensemble de l'établissement alors que ses cinq lits sont installés et partagés avec l'unité ouverte de psychiatrie, ce qui donne une petite marge de manœuvre.

1.5 LES OBJECTIFS DU POLE DE PSYCHIATRIE VISENT A LA CONTINUITÉ DES PRATIQUES

Les orientations stratégiques de l'établissement figurent dans un projet d'établissement qui porte sur la période 2013-2018 et dont aucun projet pour la période suivante n'a été communiqué aux contrôleurs.

Les projets particuliers à la psychiatrie étaient pour la plupart mis en œuvre lors de la visite : les restructurations prévues du bâtimentaire étaient réalisées et l'objectif « *organiser en psychiatrie le continuum de la prise en charge, hors hospitalisation, pour les patients de la file active* » était également en place.

Les réflexions institutionnelles sur les modalités de prise en charge, notamment la place des droits des patients, les évolutions possibles ou souhaitables ne sont pas formalisées ou sont inexistantes.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement mentionne que cinq actions spécifiques sont prévues par le projet médical partagé du GHT 21-52 pour soutenir les établissements membres, dont le CH de Semur-en-Auxois, dans la prise en charge des soins sans consentement.

2. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

2.1 LES ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT PEU NOMBREUSES ET MAJORITAIREMENT FAITES SUR DEMANDE D'UN TIERS

En 2016, 331 personnes ont été admises en soins libres contre 70 en soins sans consentement (SSC) (21 %) et en 2017, respectivement 313 contre 84 (27 %). En 2016, 84 % des personnes admises en SSC l'étaient sur demande d'un tiers : 8 % en procédure de droit commun (SDT) et 92 % en procédure d'urgence (SDTU) ; les 16 % restants étaient admis sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

En 2017, 87 % des personnes admises en SSC l'étaient sur le fondement des articles L.3212 et suivants du code de santé publique : 18 % en SDT, 81 % en SDTU et 1 % en procédure de péril imminent ; les 13 % restant étaient admis sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Les décisions d'admission à la demande d'un tiers sont pour la majorité d'entre elles des SPDTEU. Aucune admission sous le statut de péril imminent (SPI) n'est faite par l'hôpital (les patients – très rares – qui peuvent être hospitalisés sous ce statut ont été transférés d'un autre établissement les ayant admis en SPI). Cela est justifié dans le document « *Procédure de gestion d'une admission en soins psychiatriques sur décision du directeur à la demande d'un tiers* » en ces termes : « *[la] direction ne se reconnaît pas la compétence pour apprécier une situation de péril imminent en l'absence de tiers et d'avis préalable d'un psychiatre de l'établissement* ». Lors de la visite, l'hôpital s'est également expliqué par le fait qu'il privilégiait la recherche de tiers et que le faible nombre de médecins extérieurs à l'hôpital pour établir un certificat d'admission rendait difficile l'usage de ce statut. Les soignants ont, quant à eux, regretté l'absence d'utilisation du SPI « *parfois cela nous demande beaucoup de temps et d'énergie pour trouver un tiers* ».

La configuration locale a également pour conséquence que toutes les demandes d'admission en SPDRE sont faites à l'initiative du maire, le préfet validant par la suite. Les personnes admises en SPDRE sont amenées directement dans l'unité et souvent accompagnées des gendarmes, jusque dans la chambre d'isolement où elles sont systématiquement placées. Les autres patients sont d'abord reçus aux urgences puis dans l'USP.

Suivant le statut d'admission de la personne, les permissions de sortie peuvent prendre plus de temps à obtenir. En effet, les patients admis en SPDRE font l'objet d'une phase d'observation plus longue que les autres patients, les soignants ne présentant une demande d'autorisation à l'agence régionale de santé (ARS) que lorsqu'ils estiment « *que celle-ci va accepter* ». La demande est circonstanciée et ne fait en général pas l'objet d'un refus. Sur la période d'octobre à décembre 2018, douze patients ont été hospitalisés en soins sans consentement, parmi eux cinq ont obtenu des autorisations de sortie : dix autorisations de 12 heures leur ont été accordées et sept de 48 heures. La consultation du registre (Cf. § 3.3) a permis de mettre en lumière la situation d'un patient admis en SPDRE dont la première sortie lui a été accordée 5 mois après son arrivée.

Tous les patients admis peuvent bénéficier d'un programme de soins (PDS). Au jour de la visite, six patients en SPDT en bénéficiaient et quinze en SPDRE. Un patient en SPDT avait été réadmis puis était reparti en PDS et deux autres en SPDRE.

2.2 LES PATIENTS SONT INFORMES DE LEUR STATUT ET DE LEURS DROITS DES LEUR ARRIVEE

2.2.1 L'information verbale dispensée par les soignants

A leur arrivée les patients sont reçus par le personnel soignant dans le poste de soins. Les personnes dont l'état ne permet pas un entretien dès l'arrivée sont reçues ultérieurement, cette information est mentionnée dans le dossier patient.

Lors de l'entretien, les patients reçoivent la décision d'admission et doivent signer la notification de cette remise. Ce document inclut une section dédiée aux personnes qui refusent de signer et à celles qui en sont dans l'impossibilité. Une copie de la notification est laissée au patient. Les soignants renseignent de façon exhaustive les patients sur leur statut dès leur arrivée mais aussi tout au long de leur hospitalisation. Les observations du patient sont recueillies dans le dossier médical informatisé. Lors de l'entretien, les soignants n'informent pas le patient du nom du tiers qui aurait demandé l'hospitalisation. Lorsque l'information est donnée, elle l'est par le psychiatre.

Afin que les soignants informent au mieux les patients, un document intitulé « *Procédure de gestion d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat* » et un autre « *Procédure de gestion d'une admission en soins psychiatriques sur décision du directeur à la demande d'un tiers* » ont été établis respectivement en 2015 et 2014. Ces documents reprennent de manière exhaustive les délais et rôles de chaque personne dans la procédure ainsi que la base légale. Les agents bénéficient d'une demi-journée de formation au bureau des soins sans consentement assortie d'un aide-mémoire sur les différents statuts et les délais légaux.

Enfin, les certificats médicaux de 24 et 72 heures sont établis par des médecins différents et sont circonstanciés ; ils sont communiqués au patient. Les entretiens sont l'occasion d'expliquer de nouveau au patient son statut et de rechercher son consentement. Les soignants rencontrés ont affirmé que la période d'observation ne présente aucune spécificité mais que la recherche du consentement est permanente, un patient a d'ailleurs affirmé avoir consenti aux soins, le consentement ayant abouti à la levée de la mesure.

2.2.2 Les documents relatifs aux droits et au statut d'admission

Différents documents concernant les droits et le statut du patient lui sont remis à son arrivée. Un document intitulé « *Vous êtes hospitalisé.e sans votre consentement au CH de Semur en Auxois : vos droits, garanties et voies de recours* » mentionne les différentes situations juridiques, les droits des personnes (comprenant les adresses et numéros du tribunal de grande instance[TGI], de la commission départementale des soins psychiatriques [CDSP] et du CGLPL), les libertés (choix du médecin, courrier, vote, culte) et les voies de recours avec l'adresse du juge des libertés et de la détention (JLD) et de la cour d'appel ainsi que les délais d'audience. Des brochures *Psycom* sont disponibles et en libre-service dans l'unité, elles permettent d'éclairer le patient sur des sujets tels que la protection juridique, les droits des usagers ou l'accès au dossier patient.

Concernant la vie de l'unité, les patients se voient remettre un dépliant « *unité de soins psychiatrique pôle santé mentale* » mentionnant le nom des médecins, les formalités.

2.2.3 La situation particulière des patients en soins libres

Les patients admis en soins libres pris en charge à l'USP y sont enfermés comme les autres. Il a été indiqué qu'ils en étaient « *avertis verbalement mais qu'ils ne signaient ni ne se voyaient remettre aucun document formel sur leurs droits* ».

2.3 IL N'EXISTE NI REGLEMENT INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT NI DOCUMENT ECRIT SUR LES « REGLES DE VIE » APPLIQUEES DANS LES UNITES DE PSYCHIATRIE

Le CH ne dispose d'aucun règlement intérieur ni de règles de vie pour l'unité. Le seul document institutionnel laissé au patient est le livret d'accueil du CH, qui ne comporte que peu de dispositions spécifiques à la psychiatrie et à l'accueil des patients en soins sans consentement. Un dépliant « *unité de soins psychiatrique pôle santé mentale* » est laissé au patient, le statut de cette brochure n'est cependant pas clair. Une section de cette brochure mentionne « *quelques points de repères concernant l'organisation de l'Unité de Soins* » sans pour autant énoncer de règles sur le fonctionnement de l'unité et en basant les restrictions sur l'avis médical. Les informations sur la vie quotidienne sont, selon les soignants, présentées lors de l'entretien d'arrivée. Le manque de clarté et l'absence de document écrit crée de la confusion auprès des patients, puisque, contrairement à ce qui est énoncé dans le document, des restrictions systématiques sont appliquées dès l'arrivée : nombres d'appels réduits à deux par jour, durée de visite limitée à 1h.

Cependant, il a été mentionné par plusieurs interlocuteurs qu'un document reprenant les règles de vie élaboré en 2007 était affiché dans les locaux de l'unité mais qu'il a été retiré à l'annonce de la visite des contrôleurs, juste avant leur arrivée. Ces règles auraient été élaborées par le médecin et l'équipe soignante mais n'étaient pas validées par l'administration de l'établissement, qui ne semblait, par ailleurs, pas informée de leur existence.

RECOMMANDATION 1

Un document indiquant clairement les règles de vie appliquées dans l'unité doit être établi, communiqué aux patients et affiché afin de permettre à ces derniers et à leurs proches d'en avoir pleinement connaissance et de pouvoir, s'ils l'estiment justifié, les contester.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement affirme qu'en complément du livret d'accueil, la plaquette intitulée "Vous êtes hospitalisé sans votre consentement au CH de Semur-en-Auxois" est remise systématiquement à chaque patient hospitalisé sans son consentement ».

2.4 LES PLAINTES SONT PEU NOMBREUSES ET TRAITEES AVEC DILIGENCE

La possibilité de déposer une plainte ou une réclamation est mentionnée dans le livret d'accueil de l'hôpital, dans la section « *vos droits* » et la procédure est détaillée dans la plaquette « *commission des usagers* » à disposition dans l'unité. Les plaintes peuvent être déposées par écrit (courrier ou mail) ou verbalement (téléphone ou auprès du cadre de santé), par les patients comme par leurs proches. Les plaintes sont traitées par la présidente de la commission des usagers (CDU). Tous les courriers font l'objet d'un accusé de réception dans les huit jours et sont adressés au médecin concerné, le délai de réponse est d'environ un mois.

A cette issue, le plaignant peut décider de demander un entretien avec un des deux médiateurs de l'hôpital ou des membres de la CDU, des solutions à l'amiable sont également proposées.

En 2018, cinquante plaintes ont été déposées auprès de l'hôpital, parmi elles cinq concernaient le secteur psychiatrie. Une personne demandait les résultats d'une IRM qu'elle n'avait pas reçus, deux autres en soins sans consentement contestaient leur hospitalisation, une autre en soins libres se plaignait des conditions relatives à l'accès au téléphone trop restrictives et une dernière

estimait que les soins apportés à son enfant n'étaient pas adaptés. Ces personnes ont été invitées à contacter le JLD ou à s'entretenir avec leur médecin.

Aucune donnée statistique n'existe sur les thèmes des plaintes et la qualité des plaignants. Les questionnaires de satisfaction, censés être remplis à la sortie du patient, ne sont que peu utilisés en psychiatrie. Le taux de retour 3,6 % à l'USP en 2018, rend les résultats inexploitable.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise que la qualité des plaignants, non prioritaire pour le bilan envoyé à l'ARS, sera ajoutée à l'avenir.

Enfin, quatre événements indésirables graves ont été enregistrés en 2018 dont un en psychiatrie concernant un patient décédé de cause naturelle.

2.5 LA COMMISSION DES USAGERS EST PEU DYNAMIQUE

La commission des usagers (CDU) est présidée par le directeur de l'établissement qui délègue cette fonction au médecin coordonnateur des risques associés aux soins. Quatre des huit autres membres, dont la moitié ne sont que suppléants, sont des représentants bénévoles travaillant dans des associations et désignés par l'ARS ; quatre sont médiateurs. Une seule personne est membre d'une association en psychiatrie (FNAPSY¹). La commission se réunit quatre fois par an et traite essentiellement des plaintes et des éloges. Une revue complète est faite des plaintes reçues et des réponses adressées. Les membres ont également été invités à participer à la conception du livret d'accueil de l'hôpital et de la brochure sur la CDU.

La CDU n'est pas utilisée comme un lieu de réflexion et ses membres ne sont pas intégrés dans la vie de l'établissement. Les associations qu'ils représentent ne tiennent pas de permanence et les familles n'ont aucun lieu où se retrouver. Le rôle de la CDU se limite au recueil des plaintes.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise toutefois qu'un membre de la CDU siège au conseil de surveillance du CH.

RECO PRISE EN COMPTE 1

La commission des usagers doit, en plus d'examiner et de communiquer sur les plaintes reçues, constituer un espace facilitant la collaboration et la communication entre l'hôpital et les proches des patients. Afin de mieux informer les familles, les membres de la CDU doivent être pleinement impliqués dans la vie de l'établissement.

2.6 LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST EXPLIQUE AUX PATIENTS MAIS LA PROCEDURE DEMEURE PEU UTILISEE

Bien que le nombre de patients ayant désigné une personne de confiance ne soit pas connu – évalué à un sur douze par les interlocuteurs, l'information sur la possibilité d'une telle désignation et le rôle de la personne leur est transmise. Dans les faits, il a été affirmé que peu de patients désignent une personne de confiance et qu'un patient a expressément refusé de le faire en 2018.

Lors de l'entretien d'accueil, le personnel soignant explique au patient le rôle de la personne de confiance et un document intitulé « *formulaire de désignation de la personne de confiance* » lui est remis. Ce document explique en des termes simples le rôle de la personne de confiance et prévoit un encart pour la signature de cette personne. Les soignants affirment faire le suivi et

¹ FNAPSY : fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

rappeler au patient que la personne doit signer le document pour qu'il soit valable. Le document est ensuite conservé par les soignants.

La possibilité de désigner une personne de confiance est également mentionnée dans la charte de la personne hospitalisée ainsi que dans le livret d'accueil de l'hôpital dans la section « vos droits ».

2.7 L'ACCES AU VOTE EST GARANTI

La seule source d'information mentionnant la possibilité pour les patients d'exercer leur droit de vote est le document « *Vous êtes hospitalisé.e sans votre consentement au CH de Semur en Auxois : vos droits, garanties et voies de recours* ». Il a été affirmé aux contrôleurs que lors du dernier scrutin, les patients étaient informés par voie d'affichage dans leur unité de la possibilité de faire valoir ce droit et que tous les patients qui le souhaitaient ont pu se rendre aux urnes. Des permissions de sortie ont été accordées pour l'occasion et les gendarmes sont venus prendre les procurations qui avaient pu être faites.

2.8 L'INFORMATION DONNEE SUR LA POSSIBILITE D'EXERCICE DU CULTE N'EST PAS EXHAUSTIVE

Un paragraphe du livret d'accueil mentionne « *Sur votre demande, les ministres du culte de différentes confessions peuvent venir vous rendre visite. L'aumônerie se tient à votre disposition, et visite régulièrement chaque service.* » Le document « *Vous êtes hospitalisé.e sans votre consentement au CH de Semur en Auxois : vos droits, garanties et voies de recours* » mentionne le droit « *d'avoir les activités religieuses ou philosophiques de votre choix, tant que leur expression ne porte pas atteinte ni à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres hospitalisés, ni au fonctionnement du service. Respecter les croyances ou les pratiques religieuses du patient ne doit pas aller à l'encontre de sa vie ni de son intégrité physique ou morale* ». Ainsi, les personnes qui souhaitent prier peuvent le faire dans leur chambre. Si le patient veut exercer un culte avec un représentant, il doit en faire la demande auprès des soignants. Il arrive qu'un aumônier catholique se rende dans l'unité, le personnel soignant avait également connaissance de la présence d'un rabbin et d'un imam dans le département mais ne les ont jamais contactés.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Les patients doivent être clairement informés de la possibilité d'exercer le culte de leur choix, notamment de s'entretenir avec un représentant de ce culte.

2.9 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT REPERES ET ACCOMPAGNES

2.9.1 L'identification des besoins de protection

L'assistante sociale, qui exerce à mi-temps dans l'unité, participe aux réunions de synthèse hebdomadaires. Elle intervient à la demande du patient, de sa famille ou des soignants, après une réflexion menée avec l'ensemble de l'équipe médicale et se charge avec le médecin de l'identification des besoins de protection des patients. A l'arrivée et pendant toute la durée de l'hospitalisation, une expertise sociale du patient est effectuée. Si un besoin de protection est identifié, notamment aux vues de la situation du patient à l'extérieur, l'assistante sociale informe la famille et l'engage à présenter la requête de tutelle ; si cela est impossible, c'est elle-même qui fait la demande. L'assistante sociale accompagne alors le patient au tribunal d'instance de Montbard pour une audience devant le juge des tutelles ; selon l'état du patient, il peut arriver qu'un soignant fasse également le trajet. Le juge informe le patient à la fin de l'audience de l'issue

qu'il va donner à la procédure, sans donner toutefois indiquer la date de la désignation du mandataire. La notification est envoyée par courrier recommandé au patient, à l'assistante sociale et au mandataire désigné. Le délai est d'environ deux mois entre l'audience et la désignation, pendant ce temps, la personne continue de disposer de ses biens.

2.9.2 Le rôle de l'assistante sociale et les liens avec les tuteurs

Au jour de la visite quatre patients étaient sous tutelle et un cinquième faisait l'objet d'une mesure de sauvegarde de justice. Les tuteurs des patients sont prévenus de la présence de la personne dans le service par les soignants dès son arrivée. Les soignants comme l'assistante sociale confirment qu'ils ne rencontrent aucune difficulté avec les tuteurs, qu'ils soient privés ou institutionnels. Les échanges se font généralement par mail ou par téléphone, certains tuteurs rendent également visite au patient au sein de l'unité et sont présents, rarement, à l'audience du JLD. Il n'est pas rare que l'assistante sociale reçoive les familles pour leur expliquer le contenu des mesures de tutelle ou curatelle.

2.10 L'ADMISSION CONFIDENTIELLE EST POSSIBLE MAIS PEU UTILISEE

Le livret d'accueil de l'hôpital mentionne la possibilité pour les patients de conserver la confidentialité sur leur présence. Le patient doit, pour ce faire, en informer le cadre de santé. La mention de ce droit dans ce seul document peut en partie expliquer qu'il est peu exercé : en 2018 une seule personne du secteur psychiatrique avait demandé la confidentialité sur sa présence.

Les appels sont reçus par l'accueil de l'hôpital général puis transférés à l'unité. La personne de l'accueil met donc un *post-it* au-dessus de son écran pour se rappeler le nom de la personne, elle ne fournit aucune information et ne transfère pas l'appel au service. La procédure établie par l'établissement en pareil cas n'a pas été citée par les interlocuteurs rencontrés. La question de l'arrivée directement dans l'unité d'un visiteur non désiré par un patient n'est pas réfléchi « *car personne ne demande la confidentialité* ».

RECOMMANDATION 2

La procédure formalisée prévue au cas où un patient demande la confidentialité sur sa présence doit être mieux connue du personnel.

3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

Le cadre de l'unité fermée a reçu une formation spécifique sur les soins sans consentement et les nouveaux infirmiers sont succinctement informés sur le sujet par le bureau des soins sans consentement qui leur remet une fiche d'information sur la procédure.

3.1 LES AUDIENCES DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SONT RESPECTUEUSES DES TEXTES

Selon le cadre de l'unité fermée, les patients sont informés de la fonction du juge des libertés et de la détention (JLD) et de leur droit de le saisir dès les premiers temps de leur hospitalisation. Ils sont également informés de l'obligation d'être assistés d'un avocat. Le tableau de l'ordre n'est pas affiché mais les soignants disposent d'une liste des avocats commis d'office et l'assistante sociale prépare, le cas échéant, le dossier d'aide juridictionnelle. Une des difficultés évoquées par les patients lors de la visite était le coût financier de la représentation par un avocat à hauteur

de 600 euros à la charge des patients dont le revenu mensuel dépasse, souvent de très peu, le plafond prévu pour le bénéfice de l'aide juridictionnelle.

Les audiences ont lieu dans une salle polyvalente du rez-de-chaussée dont la disposition est aménagée pour la transformer en salle d'audience. La salle est signalisée dans le hall d'entrée et la porte de la salle reste ouverte pour assurer le caractère public de l'audience mais rares sont les personnes dans le public, qu'il s'agisse des tuteurs, curateurs, tiers ou proches ; bien qu'informés de l'audience, les tuteurs et curateurs se déplacent rarement.

Le magistrat ne siège pas en robe.

Les patients n'y sont jamais présentés en pyjama, y compris ceux qui étaient en chambre d'isolement qui sont rhabillés pour l'audience. Les patients s'y rendent sans contention, accompagnés par une infirmière ou deux soignants selon l'état d'agitation du moment, mais les soignants restent en retrait et ne participent pas à l'audience. Si le patient est trop agité, le médecin rédige un certificat médical d'impossibilité de comparaître mais le cas se présente très rarement : en 2017 et 2018, les seuls cas où les patients n'étaient pas effectivement présents étaient des cas de levées de la mesure avant audience. Les patients étant accompagnés chacun leur tour au rez-de-chaussée, ils n'attendent pas devant la salle.

Un local situé à proximité de la salle d'audience est mis à disposition des avocats pour rencontrer leur client en toute confidentialité. L'avocat peut également téléphoner dans le service au préalable pour échanger avec le patient.

Les décisions du JLD sont adressées au bureau des soins sans consentement par message électronique vers 16h le jour même de l'audience. Un soignant de l'unité fermée descend récupérer la décision auprès du bureau des soins sans consentement et remonte dans le service en faire la notification au patient : l'ordonnance est expliquée au patient, ainsi que la possibilité pour lui de faire appel. Le cas échéant, les appels sont portés devant la cour d'appel de Dijon (Côte-d'Or).

En 2017, soixante-six audiences ont été tenues sur place, donnent lieu à trois décisions de mainlevée.

En 2018, sur un total de cinquante-deux patients convoqués, sept ont interjeté appel ; les décisions rendues par la cour d'appel ont conclu à cinq reprises au maintien de l'hospitalisation et en deux occasions à la levée de la mesure.

3.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ASSURE UN CONTROLE EFFECTIF

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) se réunit deux fois par an au CH de Semur-en-Auxois. Sa venue est affichée dans l'unité fermée afin que les patients puissent solliciter un rendez-vous. Les comptes-rendus indiquent qu'à chaque réunion de la CDSP, deux patients sont rencontrés en moyenne, jusqu'à six en décembre 2016 ; en pratique, un médecin de l'établissement présente brièvement la pathologie et la situation des patients aux membres de la CDSP avant l'entretien.

Les membres de la CDSP consultent avec attention les registres de la loi et les comptes-rendus de réunion font état de commentaires très précis.

Ils ont également mission de consulter les dossiers des personnes admises sur le fondement d'un péril imminent sans demande de tiers, situation rarissime ainsi qu'il a été expliqué plus haut. Les comptes-rendus de réunion confirment qu'il s'agit d'une « *décision unilatérale du directeur* » et se questionnent sur le sort des patients pour lesquels un tiers n'est pas trouvé.

Ils consultent également les dossiers des patients dont les soins se prolongent au-delà d'un an et les comptes-rendus de réunion mentionnent des propositions d'amélioration de la présentation des dossiers. Ils visitent enfin les locaux à l'issue des réunions.

Le compte-rendu de la dernière réunion du 14 juin 2018 indiquait un renouvellement quasi complet de la CDSP, toujours composée pour moitié environ de médecins ; une courte présentation des soins psychiatriques sans consentement a été dispensée aux nouveaux membres. Lors de cette dernière visite, aucun patient n'a sollicité d'entretien.

3.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT RENSEIGNES AVEC SOIN ET REGULIEREMENT VISES

Les contrôleurs ont pu consulter plusieurs registres de la loi et constater qu'ils étaient tenus avec soin et rigueur, comme le soulignent de manière régulière les comptes-rendus de la CDSP.

Les mentions du registre indiquent :

- l'identité du patient et mode d'admission en soins psychiatriques (SDRE/SDT/SPI) ;
- les mesures de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) ;
- les autres formes de prise en charge que l'hospitalisation complète ;
- la date de levée de la mesure ;
- l'intervention du JLD (dates, dispositif) ;
- la copie des arrêtés et décisions diverses.

Sont collées les photocopies miniatures des pièces suivantes :

- le certificat médical initial, accompagné de la lettre et de la pièce d'identité du tiers ainsi que la décision d'admission du directeur et sa notification au patient ou de l'arrêté municipal ou préfectoral en cas de SDRE ;
- les certificats médicaux (d'admission, de 24 h et 72 h, « circonstanciés mensuels » et programmes de soins) ;
- le cas échéant, l'avis motivé joint à la saisine du juge des libertés et de la détention, l'ordonnance du JLD et s'il y a lieu de la cour d'appel ;
- les autorisations de sortie et leur notification ;
- le certificat médical circonstancié de demande de levée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement ;
- la décision du directeur de levée de la mesure et sa notification.

L'attestation de notification de la mesure et des droits qui y sont attachés est signée et datée par les patients ; en cas de refus de leur part, elle est datée et signée par deux infirmiers indiquant leur nom, prénom et fonctions.

A jour des admissions récentes, les registres de la loi permettent de suivre aisément le déroulement juridique de la procédure et l'ensemble des informations et pièces requises y sont collées. Lorsque l'hospitalisation est longue et que les pièces dépassent les quatre pages prévues, un renvoi est fait vers le folio et le registre où se poursuit la procédure. En outre, à la fin des registres, un index répertorie les liens entre les différents folios pour faciliter la lecture du parcours d'un patient à travers les différentes mesures successives. Des confusions ponctuelles dans l'indication des folios correspondant aux suites de la procédure ont pu être constatées mais sans entraver sérieusement la consultation des procédures.

Parmi les visites administratives, les registres de la loi consultés faisaient état d'un contrôle annuel de la préfecture (en date des 26 juillet 2017 et 4 juillet 2018) et du vice-procureur de la République le 10 mars 2017. De même les comptes-rendus de réunion de la CDSP attestent d'un contrôle biennuel approfondi des registres de la loi par cette instance.

3.4 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE N'APPARAÎT PAS SOULEVER DE DIFFICULTE

Le collège des professionnels de santé se réunit sur dossiers, c'est-à-dire hors de la présence des patients lorsqu'ils sont en programme de soins, et en leur présence s'ils sont toujours hospitalisés. Les personnes concernées au moment de la visite étaient au nombre de sept, dont cinq en programme de soins et deux en SDRE placées en unité pour malades difficiles (UMD). Il n'a pas été fait état de difficultés pour que le collège se réunisse dans les délais impartis.

4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

4.1 L'ATTEINTE GENERALE A LA LIBERTE DE CIRCULATION EST ASSUMEE

L'unité de soins psychiatriques est une unité fermée 24h/24, 7j/7, fermeture imposée à tous les patients quel que soit leur statut d'admission, SSC ou soins libres (SL). Au début du contrôle, tous les patients présents (douze) étaient pourtant en soins libres.

L'équipe médicale explique que le caractère « contenant » de la fermeture de l'unité étant thérapeutiquement bénéfique, la fermeture de l'unité ressortit de son choix thérapeutique. Elle relève que le consentement, *de facto*, des patients à ces modalités de prise en charge – dont l'enfermement – traduit leur « alliance thérapeutique », même si ce consentement global ne donne lieu à aucun écrit. Il a été affirmé que les patients en soins libres de l'USP qui voulaient sortir, sortaient contre avis médical. Cette possibilité n'est cependant pas clairement indiquée aux patients lors de leur admission et il n'a pas été possible de connaître le nombre de patients qui avaient effectivement exercé cette faculté.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement fournit la liste de huit patients sortis contre avis médical de l'USP en 2018.

Les patients sont informés à leur arrivée de la fermeture de l'unité. Si des adaptations individuelles sur prescription médicale ont pu être constatées, le principe général n'en reste pas moins la fermeture, imposant des contraintes attentatoires à la liberté tant d'aller et venir que de recevoir des visites puisque, corrélativement, les proches ne peuvent entrer librement dans l'unité. Les soignants se montrent rassurés d'être protégés des intrusions.

Ceci est d'autant plus marqué que la localisation au 1^{er} étage, sans terrasse ni patio, accentue le caractère fermé de l'unité, certains patients ne bénéficiant ainsi d'aucune possibilité de sortie à l'air libre.

Au sein de l'unité, les patients peuvent circuler librement entre leur chambre, accessible en permanence – sauf pendant la durée du ménage au cours de la matinée –, et la salle commune. Les horaires de lever et de coucher ne sont pas fixés, mais les patients sont tenus de participer aux repas en salle commune, notamment au petit déjeuner qui doit être pris tous les jours à 7h30, ce qui limite de fait la latitude affichée.

RECOMMANDATION 3

Une réflexion doit être engagée sur le caractère systématique et général de la fermeture de l'unité qui paraît peu en cohérence, d'une part, avec le statut de la majorité des patients accueillis, d'autre part, avec l'explication thérapeutique avancée qui devrait, par principe, aboutir à des réponses personnalisées.

4.2 DES MOYENS MATERIELS POUR ASSURER LEUR HYGIENE PERSONNELLE SONT MIS A DISPOSITION DES PATIENTS

Les familles assurent, en principe, l'entretien du linge des patients. Le service dispose d'un lave-linge et d'un sèche-linge pour permettre aux personnes isolées de laver leurs vêtements.

Des vêtements provenant de dons peuvent dépanner les patients démunis et des produits d'hygiène peuvent également leur être fournis.

Les locaux sont dans leur ensemble d'une grande propreté.

4.3 UNE RESTRICTION SYSTEMATIQUE A CERTAINS DROITS, NOTAMMENT LA LIBERTE DE COMMUNICATION

Malgré la présence attentionnée et bienveillante du personnel, les conditions de vie au sein de l'unité sont marquées par des contraintes importantes dont le caractère systématique interroge alors même qu'elles seraient justifiées par la conviction de leur valeur thérapeutique.

Une certaine gêne a pu être ressentie à ce sujet au sein de l'équipe hospitalière lors du contrôle. En effet, alors qu'aucun document précisant les règles de vie n'était visible, il a été découvert qu'un règlement, qui était affiché depuis des années, avait été retiré « *à la demande de la direction* » juste avant l'arrivée des contrôleurs, au motif que ce règlement n'aurait pas été soumis aux instances de l'établissement et n'aurait pas de base en l'absence de règlement intérieur pour l'ensemble de l'hôpital.

Si un nouveau projet en cours d'élaboration a finalement été remis aux contrôleurs, celui-ci est, semble-t-il, différent de celui qui prévalait jusqu'à présent qu'il n'a pas été possible d'obtenir.

La principale contrainte imposée aux patients concerne l'accès au téléphone : les téléphones portables sont systématiquement écartés et aucun poste en accès libre n'est disponible. Les patients, quel que soit leur statut, n'ont droit qu'à deux communications maximum par jour (entrantes ou sortantes), *via* un téléphone sans fil du service qui ne peut être déverrouillé que par le personnel soignant. C'est donc ce dernier qui compose le numéro. Le patient peut aller dans sa chambre durant sa communication. En dehors de ces deux appels, les familles ne peuvent que laisser un message au personnel soignant. Cette restriction met les patients dans des situations humiliantes : ainsi les contrôleurs ont entendu deux patients se demander si un message laissé au correspondant qui ne répondait pas "*comptait pour un appel* ».

Un patient – en soins libres – a saisi en 2018 la commission des usagers de cette restriction abusive aux communications. Il lui aurait été répondu qu'elle était conforme aux règles de vie de l'unité.

L'accès à internet est totalement impossible.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise : « la réalisation, par les patients, de démarches administratives sur internet encadrées est laissée à l'appréciation du psychiatre. Dans ce cas, le patient utilise le poste informatique de l'assistante sociale ou celui de la salle de soins ».

Les patients peuvent, en revanche, écrire et recevoir librement du courrier qui n'est pas contrôlé systématiquement par le personnel.

L'autre contrainte majeure porte sur l'interdiction rigoureuse de conserver tout objet personnel, les questions de sécurité semblant par trop systématiquement prendre le pas sur le confort des patients, comme par exemple pour les appareils électroniques (appareils de musique, rasoir électrique, etc.) ou les gâteaux et friandises.

Il est à souligner que, sauf en chambre d'isolement, les patients ne sont jamais en pyjama. Il leur est au contraire demandé d'être en permanence habillés, y compris lorsqu'ils sont dans leur chambre, et ce dès le petit déjeuner, pris obligatoirement à 7h30 en salle commune.

Les possibilités de visite des proches peuvent faire l'objet de limitations adaptées à chaque patient. Les visites sont possibles de 14h à 18h30 et peuvent être limitées dans leur durée sur prescription médicale. Elles se déroulent dans la salle de vie ; si les visiteurs sont des enfants, ils se tiennent dans une petite salle aveugle donnant dans le sas d'entrée. La fermeture de l'unité impose un contrôle des visiteurs.

Contrairement à ce qui a été répété aux contrôleurs pendant la visite, le directeur affirme dans sa réponse : « les visites en chambre sont autorisées, cette pratique n'est toutefois pas formalisée. »

RECOMMANDATION 4

Les restrictions dans la gestion de la vie quotidienne, notamment aux conditions d'accès aux télécommunications, doivent être repensées, personnalisées et justifiées par l'état clinique du patient afin de respecter les droits et libertés de chacun d'eux.

4.4 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN

Le principe du libre choix du médecin est difficile à mettre en œuvre dans la mesure où un seul praticien intervient dans chaque unité. Cependant, il a été indiqué que le chef du pôle et le responsable de l'USP pouvaient « échanger » des patients dont la prise en charge présentait des difficultés.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 DES LOCAUX DE QUALITE MAIS QUI PRIVILEGIENT LA SECURITE AU DETRIMENT DU CONFORT ET DE LA DIGNITE DES PATIENTS

L'unité fermée est située au premier étage du bâtiment de « santé mentale ». Cette localisation en étage ne permet aucune sortie non accompagnée en plein air.

Les locaux, rénovés en 2002, sont clairs, spacieux, en bon état et bien entretenus. L'entrée est contrôlée par un sas, dont les deux portes, munies d'un interphone relié au poste de soins, s'ouvrent uniquement avec une clé mécanique. Une petite salle est aménagée dans ce sas pour des entretiens nécessitant une certaine confidentialité (visites de familles avec enfants, auditions de la gendarmerie) sans entrer ni sortir totalement de l'unité.

L'unité dispose d'une agréable salle de vie d'environ 150 m², qui regroupe un espace destiné aux repas avec une cuisine ouverte permettant de réchauffer les plats, un espace télévision avec des fauteuils confortables et en nombre suffisant, des tables de jeux, une bibliothèque-ludothèque, trois agrès (deux vélos d'appartement et un marcheur) et un baby-foot.



La grande salle de vie

Une salle polyvalente est utilisée pour diverses activités manuelles, occupationnelles comme thérapeutiques, et pour l'atelier massage ; elle accueille également les réunions quotidiennes de l'équipe soignante et la réunion hebdomadaire de synthèse.

Un couloir unique dessert les chambres. L'unité compte six chambres doubles et six chambres simples, soit dix-huit lits, outre deux chambres d'isolement. Toutefois, une des chambres simples (la 112) est en réalité utilisée comme une troisième chambre d'isolement. Cette chambre 112 est dépourvue de tout mobilier et la porte entre la chambre et la salle de d'eau a été démontée à la suite d'un suicide intervenu quelque cinq ans auparavant, en utilisant la poignée de la porte. Le lit est équipé en permanence d'un dispositif de contention.



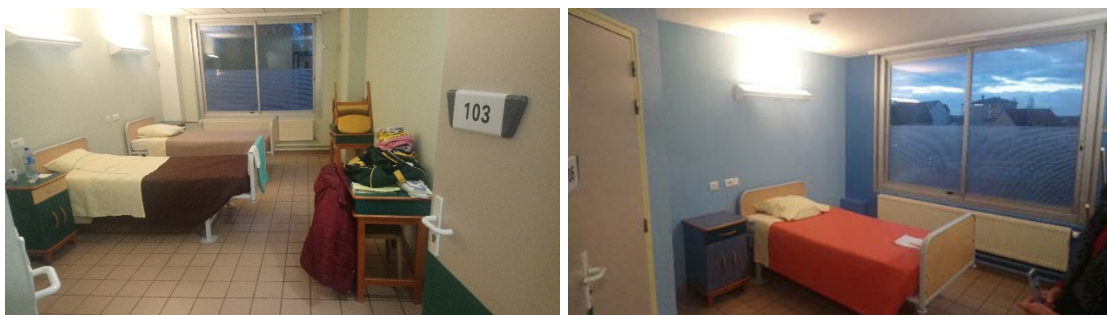
Chambre n°112 qui sert de 3^{ème} chambre d'isolement

RECO PRISE EN COMPTE 3

Le statut de la chambre 112 doit être clarifié. Elle ne peut continuer à être utilisée comme une chambre d'isolement alors qu'elle n'en remplit pas les conditions.

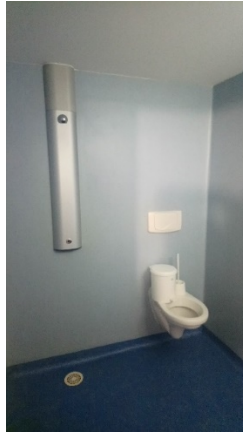
Le choix des chambres n'est pas laissé à l'appréciation des patients, mais relève de la décision du médecin et du cadre de santé dans une optique thérapeutique. Aucune chambre ne dispose de verrou de confort. Tous les lits sont simples et scellés au sol par mesure de sûreté. Chaque patient dispose d'une table, d'une chaise, d'une table de chevet – qui ne ferme pas à clé – et d'un placard mural qui peut en théorie fermer à clé mais les patients n'en feraient jamais la demande.

L'éclairage est assuré par des appliques murales qui peuvent être commandées par des interrupteurs au-dessus-des lits. Il n'y a pas de bouton d'appel.



Chambre double et chambre simple

Chaque chambre est dotée d'une salle d'eau avec verrou de confort pour les chambres doubles. Elles comprennent un WC, un lavabo et une douche à l'italienne à allumage automatique sans réglage possible de la température et dépourvue de flexible. De ce fait, le sol de l'ensemble de la pièce est inondé ce qui est d'autant plus problématique que la salle d'eau ne comprend ni patère, ni porte-serviette, ni mobilier. Les toilettes sont dépourvus d'abattants.



Salle d'eau d'une chambre

RECOMMANDATION 5

Les chambres et salles d'eau doivent être équipées pour améliorer le confort des patients (pose de patères, aménagement de la douche, possibilité de réglage de température de l'eau, abattant de WC, verrou de confort, placard pouvant fermer à clef, etc.).

Une salle de bains collective est équipée d'une baignoire calèche. Les patients n'en disposent pas librement mais, quand ils en bénéficient, ils peuvent éventuellement y être laissés seuls.

5.2 L'ACCES AU TABAC EST LIMITE ET INCONFORTABLE

Faute de pouvoir sortir librement dans un espace extérieur, les patients se rendent, pour fumer, dans une pièce d'une dizaine de mètres carrés qui donne sur la salle de vie. Meublé d'un unique banc bas très inconfortable, ce local est insuffisamment ventilé par une petite bouche dans la fenêtre et il y règne constamment une odeur prégnante de tabac froid. Les murs sont jaunis par les dépôts de fumée. Il est équipé d'un allume-cigare électrique.



Le fumoir

L'accès au fumoir est possible à tout moment sauf durant les repas et entre 23h et 6h30.

Tous les patients n'ont pas libre disposition de leur tabac. Selon prescription médicale, l'accès au tabac pour certains, notamment ceux qui fument trop, ou trop par rapport aux moyens financiers dont ils disposent pour acheter du tabac, est géré par les soignants.

PROPOSITION 1

Un mobilier plus confortable doit être installé dans le fumoir et la ventilation doit y être renforcée.

5.3 LES SUR OCCUPATIONS DEMEURENT TRES RARES, LIMITEES A TROIS OU QUATRE CAS PAR AN.

Dans ces situations, les patients sont orientés vers d'autres services psychiatriques (Auxerre ou Dijon notamment) ou transférés dans l'unité « L'Escale » après levée de la mesure de SSC, le cas échéant.

En aucun cas, des patients en soins sans consentement ne sont admis dans l'unité ouverte de Semur-en-Auxois puisque le service s'interdit, sans motif juridique pertinent, d'y héberger des patients en soins sans consentement.

De même, les deux chambres d'isolement ne peuvent en aucun cas servir de lits d'hospitalisation. Toutefois, la chambre 112 qui constitue une troisième chambre d'isolement de fait (cf. § 5.1), peut également servir de chambre d'hébergement en cas de sur occupation. Le statut de cette chambre doit impérativement être clarifié car elle ne remplit pas les conditions de confort minimum pour une hospitalisation (absence de mobilier, pas de porte de salle d'eau, etc.), mais ne satisfait pas non plus les critères d'une véritable chambre d'isolement (absence de sas, absence de bouton d'appel, etc. cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

5.4 LES REGLES DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS SONT PAR PRINCIPE RESTRICTIVES MAIS PEUVENT ETRE APPLIQUEES AVEC UNE CERTAINE SOUPLESSE

L'inventaire des biens du patient est reporté sur une fiche d'inventaire. Le modèle est commun à tous les services de l'hôpital et, de ce fait, mal adapté selon le personnel, car ne permettant pas de mentionner clairement l'incapacité de certains patients de participer lucidement à cet inventaire.

Le patient dispose en principe d'une copie de la fiche d'inventaire, mais de fait celle-ci est le plus souvent conservée dans son casier.

La fiche est complétée en fonction de l'évolution des biens du patient durant son hospitalisation. S'agissant de la nature des biens laissés au patient ou écartés, le principe, qui peut être discuté en équipe lors de l'admission, est plutôt le retrait systématique de tout objet pouvant présenter le moindre risque, notamment celui de procéder à un suicide. Ainsi seuls les appareils à piles sont autorisés (sans cordon d'alimentation et sans écouteurs). Les sprays, pinces à épiler, coupe-ongles, miroirs, pot de crème en verre, rasoirs (y compris électriques) voire parfois les réveils sont retirés.

Il a toutefois été constaté que des exceptions étaient appliquées, certains patients (en l'occurrence en soins libres) pouvant par exemple conserver leur ceinture.

Les cigarettes sont la plupart du temps retirées ou laissées en nombre limitées, à la fois pour aider les patients à contrôler leur consommation et pour éviter les vols ou trocs. Le service dispose d'une réserve de cigarettes (représentant une cartouche par an) pour dépanner les arrivants ou aider les patients impécunieux.

La nourriture et les friandises, même en faible quantité, sont également écartées.

Les biens de faible valeur sont conservés dans des casiers en plastique situés dans le bureau des soignants auprès de qui les patients peuvent les demander.

Les valeurs sont placées dans un coffre à code géré par les cadres de santé. Aucun argent n'est ainsi laissé au patient qui doit en demander à chaque besoin de dépenses.

RECOMMANDATION 6

Même si des exceptions ont pu être constatées, il convient d'assouplir la pratique de retrait quasi systématique et par trop restrictive de tout objet personnel, qui n'est pas justifiée par l'état clinique du patient et paraît davantage reposer sur une facilité pour les soignants que sur des considérations thérapeutiques ou de réelles motivations sécuritaires.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise : « le patient peut conserver sur lui son argent s'il le souhaite. Dans ce cas, l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol. » Il ajoute : « En pratique, l'organisation actuelle impacte fortement le fonctionnement de l'équipe laquelle doit pouvoir répondre, au fil de l'eau aux demandes des patients souhaitant accéder aux affaires ou valeurs conservées en salle de soins. »

5.5 LA PRISE EN COMMUN DES REPAS EST UNE OBLIGATION POUR LES PATIENTS

Tous les repas sont pris dans la salle commune, à des horaires fixes auxquels les patients sont tenus de se conformer. Il n'est pas toléré de participer aux repas en pyjama, y compris le petit déjeuner, sauf exception et à condition de conserver une tenue « décente ».

L'organisation des tables et le placement sont laissés au choix des patients. Les plats sont préparés par la cuisine centrale de l'hôpital et peuvent être réchauffés au sein de l'unité. Les menus, variés et offrant systématiquement le choix entre deux entrées et deux plats, sont affichés pour la semaine. Les patients peuvent faire valoir leurs éventuels régimes religieux et leurs aversions personnelles.

Le petit déjeuner est servi à 7h30 et peut être consommé jusqu'à 8h30. Les patients qui se lèvent plus tard ne déjeunent pas.

Le service est effectué à l'assiette par le personnel en nombre suffisant qui prend le temps de discuter à table avec les patients.

Les patients ont fait part de leur satisfaction quant aux quantités servies et à la qualité gustative. A chaque repas, deux patients sont associés à la mise des couverts, au nettoyage des tables et au balayage de la salle. Le « tour » est affiché à côté des menus.

5.6 LES RELATIONS SEXUELLES SONT IMPLICITEMENT PROHIBÉES

Si le personnel a bien conscience que l'activité sexuelle ne peut être prohibée, la pratique est bien différente. Dans un souci de « respect de l'intimité », l'accès aux chambres est réservé à leurs seuls occupants. Des interlocuteurs ont justifié interdiction de fait par la préoccupation que les relations sexuelles pourraient être l'occasion de « trocs » ou d'agressions sexuelles en évoquant le cas d'une jeune majeure qui aurait fait des propositions à un mineur en échange de cigarettes.

A propos des relations sexuelles, il a été également indiqué que le service accompagne les plaintes si le patient le veut, sans pour autant fournir de précision.

Sur la question des familles, les réponses ont été divergentes quant à la possibilité de visites du conjoint dans la chambre du patient pour permettre un moment d'intimité.

Enfin, si les patientes ont la possibilité de poursuivre un traitement contraceptif et de bénéficier des consultations du planning familial (au rez-de-chaussée du bâtiment), aucun accès à des préservatifs n'a été envisagé.

RECOMMANDATION 7

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une véritable réflexion pour mettre les pratiques en conformité avec les textes.

6. LES SOINS MEDICAUX

6.1 LA PRIVATION DE LIBERTE EST ERIGEE EN OUTIL THERAPEUTIQUE

6.1.1 Hospitalisation des adultes

Le contrôle ne porte que sur l'unité fermée de dix-huit lits occupés au moment de la visite par douze personnes dont un patient en programme de soins.

Au premier jour de la visite, tous les patients de cette unité sont en soins libres, les chambres d'isolement sont inoccupées et le statut de la personne en programme de soins entrée trois jours plus tard n'a pas été modifié par l'hospitalisation.

Un patient en programme de soins peut être hospitalisé à condition de bénéficier des mêmes droits que les patients en soins libres. Dans le cas contraire son statut doit être modifié².

RECOMMANDATION 8

Le statut des patients en programme de soins doit évoluer en fonction de leur état clinique et des modalités de leur prise en charge.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement confirme : « en fonction de l'état clinique et du contexte de l'admission (exemple de l'hospitalisation à la demande du patient), la modification de la prise en charge n'est pas systématiquement demandée par le psychiatre lorsqu'un patient en programme de soins est hospitalisé à l'USP : en 2018, sur 7 patients concernés, seuls 2 ont fait l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète. »

Ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus (cf. § 4), les possibilités d'aller et venir librement, de recevoir ou de passer des appels téléphoniques, d'avoir des visites, de disposer de son matériel informatique ou de son téléphone portable sont extrêmement réduites, voire exclues, position posée comme systématique à l'hospitalisation dans cette unité et figurant dans le projet de service.

Ces conditions et ces contraintes sont utilisées comme des leviers thérapeutiques indépendamment du statut juridique d'hospitalisation des patients. Le projet de service a été remis à jour au cours de l'été 2018 avec la conviction que le patient aurait besoin de limites à l'intérieur comme à l'extérieur, selon ses rédacteurs.

² Décision de la Cour de cassation (C Cass, 4 mars 2015, req. n° 14-17824)

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement affirme : « ce document n'a pas fait l'objet d'une validation institutionnelle et n'a donc pas lieu de servir de référence. »

L'orientation du patient en service ouvert ou fermé repose sur l'évaluation des critères cliniques suivants : le potentiel d'impulsivité, les risques de fugue, la difficulté à supporter les règles.

Les médecins psychiatres interrogés sur ces principes renverront à une approche institutionnelle avec l'importance fondamentale et essentielle du cadre contenant que représentent ces règles systématiques de privation de liberté. Les termes d'étayage, de cadre, de protection contre eux-mêmes sont ramenés régulièrement sans pour autant faire référence aux différentes mesures légales de contrainte. Les supports théoriques de la psychopathologie permettant de justifier ou d'étayer ces prises de positions restent flous. La référence aux trois suicides de 2013 est vite incontournable. Au jour de la visite, tous les patients ont accès à leurs vêtements, neuf ont droit à des visites limitées, onze à seulement deux appels téléphoniques par jour.

Les sorties de l'unité se font après avoir demandé l'autorisation à un soignant qui vient ouvrir les deux portes du sas. Dans ces conditions, il a été dit à plusieurs reprises que les patients avaient néanmoins la liberté d'aller et venir, avec une heure de sortie matin et soir. Toutes ces mesures relèvent pour les patients d'une évidence reposant sur des connaissances médicales qu'ils pensent non discutables et sont donc relativement bien acceptées.

Les patients du service opposent la qualité de la prise en charge, la disponibilité des soignants, la variété des activités thérapeutiques à ces diverses contraintes dont ils ne comprennent pas forcément le sens : « *c'est ainsi puisque c'est l'hôpital* ».

Le cadre de soins, très restrictif d'emblée est petit à petit modifié et élargi selon les prescriptions médicales.

L'étude du registre des mises en isolement et des contentions fait état de nombreuses mesures pour des patients en soins libres et pour des durées supérieures à 12 heures. (cf. § 7.1.2).

La prise en charge psychiatrique repose sur des entretiens médicaux réguliers avec la présence quotidienne des médecins et des internes, des activités thérapeutiques et d'art-thérapie sur prescription médicale : sept patients sur douze sont inscrits dans ces activités. Il existe un groupe de parole pour les patients présentant des troubles addictifs ainsi que des séances de relaxation effectuées par deux infirmières. Un psychologue intervient à temps partiel autant pour les prises en charge individuelles que pour le travail institutionnel auprès de l'équipe infirmière. Une monitrice propose des activités sportives ou de plein air.

Il n'y a pas de référence infirmière, les soignants étant très disponibles et manifestement en contact permanent avec les patients.

Les réunions de synthèse avec revue de tous les dossiers sont hebdomadaires. Les équipes ne bénéficient pas de supervision, une demande serait en projet.

Les sismothérapies font partie de l'arsenal thérapeutique et sont pratiquées par les médecins du service au bloc opératoire de l'hôpital général après consultation d'anesthésie. Ces séances peuvent être pratiquées sur des patients en soins sans consentement avec leur accord écrit, ou celui de leur famille ou de leur tuteur s'ils sont sous mesure de protection juridique. Un infirmier du service accompagne le patient en salle de réveil jusqu'à son retour rapide dans l'unité psychiatrique.

Dans le cadre d'un projet de soin, des limitations à la liberté d'aller et venir, de téléphoner, d'avoir des visites peuvent être indiqués comme support thérapeutique mais ces mesures doivent être individualisées, discutées au cas par cas et acceptées par la personne concernée.

RECOMMANDATION 9

L'abondance des activités et l'intense présence soignante ne sauraient ni compenser ni justifier l'atteinte à la liberté d'aller et venir dans un établissement hospitalier ; celle-ci est un droit qui ne peut être réduit qu'avec l'accord du patient. Les prescriptions médicales portant sur des restrictions de liberté doivent être personnalisées et non systématiques.

6.1.2 Hospitalisation des mineurs

Les mineurs sont hospitalisés en secteur adulte puisque l'unité de pédopsychiatrie ne dispose pas de lit d'hospitalisation temps plein mais seulement des places en hôpital de jour et des possibilités d'hospitalisation de nuit dans l'unité séquentielle.

En fonction de leur état clinique et sur décision médicale, les mineurs sont accueillis en service fermé ou en service ouvert ; ils bénéficient des activités thérapeutiques comme les adultes, sont en chambre individuelle et ne sont pas systématiquement reçus en isolement. Une chambre située près du poste infirmier est privilégiée. Neuf mineurs ont été hospitalisés en 2018, six en 2017 et sept en 2016.

L'hospitalisation des adolescents reste un problème important même si la prise en charge actuelle en milieu adulte semble répondre aux situations urgentes avec une prise en charge incluant le service de pédopsychiatrie.

L'ensemble des activités, nombreuses, de pédopsychiatrie repose sur deux équivalents temps plein de psychiatres renforcés depuis peu par un 0,4 équivalent temps plein venant de l'hôpital de Dijon.

6.2 L'OFFRE D'ACTIVITES EST DENSE ET VARIEE, ACCOMPAGNEE PAR UN PERSONNEL IMPLIQUE

Le personnel, en nombre, impliqué et bienveillant, veille à proposer des activités collectives ou individuelles aux patients. Si la télévision présente dans la salle de vie reste pour beaucoup le passe-temps principal, des jeux de société sont organisés. La bibliothèque en accès libre propose plus d'une centaine d'ouvrages très divers.

Sur prescription médicale, les patients sont inscrits à divers ateliers, thérapeutiques ou occupationnels, qui se tiennent soit au sein même de l'unité dans une salle dédiée, soit dans les nombreuses salles d'activité de l'hôpital du jour, soit à l'extérieur de l'établissement.

Peuvent ainsi être cités, sans exhaustivité : cuisine thérapeutique, art-thérapie, massage, médiation animale dans un club équestre, marche nordique, piscine, atelier « esthétique », « renforcement de l'autonomie et capacités sociales » (travail sur la gestion de l'argent, du temps, des loisirs, etc.), travail sur l'information, sorties en bibliothèque municipale, cinéma, chant, jardinage, etc.

Chaque activité thérapeutique donne lieu à la fixation préalable d'objectifs et à un compte-rendu rédigé par le personnel soignant, figurant dans le dossier informatisé du patient et discuté lors de la réunion hebdomadaire de synthèse.

Cette offre, riche et cohérente, est toujours adaptée au profil des patients, quel que soit leur statut. La participation effective aux activités est donc très variable selon les patients mais elle n'a pas paru être limitée par des contraintes financières.

Cette offre ne peut totalement occulter le fait que certains patients, du fait de leur état clinique, peuvent, à cause de l'implantation de l'unité en premier étage sans patio, demeurer des journées entières sans sortir en plein air en l'absence de personnel pour les accompagner à l'extérieur.

RECOMMANDATION 10

L'établissement doit organiser les locaux des unités d'hospitalisation de psychiatrie de manière à ce que les patients aient un libre accès à un espace extérieur.

6.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES

Le premier examen somatique est réalisé le plus souvent aux urgences au moment de l'admission.

Les soins somatiques sont assurés pendant le séjour par un médecin somaticien présent dans l'unité Escale et qui effectue une visite quotidienne dans l'unité de soins psychiatriques et examine les patients en chambre d'isolement. Les examens spécialisés sont pratiqués dans les services de l'établissement.

L'accès aux consultations spécialisées se fait au même titre que les patients accueillis dans les autres services de l'hôpital.

7. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

7.1 L'UTILISATION D'UN BRANCARD DE CONTENTION TEMOIGNE DE LA VIOLENCE DE CERTAINES ADMISSIONS

7.1.1 Le service des urgences

Le circuit des admissions est centré sur le service des urgences de l'hôpital de Semur. Les patients sont amenés par le SMUR, les pompiers ou des ambulances privées.

Le nombre important de mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat, toutes initiées par le maire de la commune, témoigne, selon les médecins urgentistes, d'us et coutumes du monde rural reposant sur la fonction « paternante » du maire du village fréquemment appelé en cas de conflits familiaux, d'agitation sous l'emprise de l'alcool.

Le premier bilan effectué dans le service des urgences, avec un examen somatique et un dosage d'alcoolémie va permettre une orientation selon des protocoles établis avec les services psychiatriques. Si l'état clinique nécessite une surveillance somatique pour une alcoolémie élevée, une ingestion médicamenteuse volontaire ou des examens complémentaires la personne sera hospitalisée dans les lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée jusqu'au passage de l'équipe de psychiatrie de liaison.

L'équipe de psychiatrie de liaison est composée d'une infirmière présente aux urgences de 9h à 17h, et d'un psychiatre venant consulter sur demande, de 8h30 à 18h. Les pédopsychiatres qui participent aux gardes psychiatriques peuvent également être appelés en journée aux urgences pour l'admission d'un mineur.

Les pathologies en relation avec l'addiction alcoolique sont importantes puisqu'un des deux services de psychiatrie en a fait sa spécialité et les demandes d'hospitalisation pour crise clastique dans un contexte d'alcoolisation sont fréquentes.

Pour répondre à ces demandes, des protocoles de prise en charge du patient alcoolisé ont été élaborés. Pour attendre en toute sécurité la défervescence de l'alcoolémie entraînant l'apaisement des phases d'agitation ou les effets de la sédation chimique utilisée lors des grandes crises d'agitation psychomotrice, le service des urgences s'est doté d'un brancard à contention.



Brancard à contention recouvert d'un drap



Contentions prêtes à l'emploi

La sécurité obtenue par l'utilisation de ce brancard se fait certainement au détriment des conséquences psychologiques d'une telle contention dont la durée, aux dires des médecins urgentistes, peut atteindre parfois 24 heures selon l'évolution de l'état clinique de la personne contenue.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le maintien sur un brancard et sous contention de patients pendant une durée qui peut atteindre 24 heures est à proscrire. L'établissement doit prévoir d'autres moyens de prise en charge des patients agités.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement fait savoir que « la chef de service des urgences qui a été auditionnée conteste la rédaction retenue : en effet, aux urgences le maintien sous contention sur un brancard n'atteint jamais 24 heures. La contention est instaurée et réévaluée en fonction de l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses ; le patient est alors transféré dans un lit très rapidement et l'utilité de la contention est réévaluée. Cette prise en charge s'effectue en quelques heures et n'atteint jamais la durée indiquée par les contrôleurs. »

Une fois apaisé, les pathologies somatiques éliminées, un nouvel examen clinique permettra de faire une orientation et décider d'une éventuelle hospitalisation en psychiatrie.

La recherche de tiers en cas de demande de soins sans consentement n'est pas toujours aisée (cf. § 2.1). Elle se fait par le service des urgences en s'appuyant souvent sur les données recueillies par les permanenciers du centre 15 lors de la demande de soins : famille, voisins, sont sollicités.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise que la recherche de tiers peut également être faite par le service de psychiatrie.

Les soins sans consentement pour péril imminent ne sont pas acceptés par le directeur ou son représentant sur le double argument de l'absence d'urgence en psychiatrie et sur l'impossibilité de recours vers un médecin n'appartenant pas à l'établissement où va se dérouler l'hospitalisation.

On peut s'interroger sur la conséquence de cette position au regard du nombre important de mesures d'isolement et de contention constatées sur des patients en soins libre dans le registre de l'isolement et de la contention.

RECOMMANDATION 11

La possibilité d'une hospitalisation en absence de tiers, dite « pour péril imminent », selon l'article L.3212-1 du code de la santé publique ne peut être arbitrairement écartée. La recherche d'une solution doit être effectuée dans les plus brefs délais.

7.1.2 Les entrées directes dans les unités d'hospitalisations

Les entrées directes sont possibles depuis les lieux de consultation : centres médico-psychologiques et établissements médico-sociaux où les différents psychiatres consultent.

Les admissions en soins sans consentement se font exclusivement dans l'unité fermée.

Selon l'état clinique et sur avis médical, un patient initialement hospitalisé à l'Escale, unité ouverte peut être secondairement transféré en unité fermée.



Porte fermée : unité de soins psychiatriques, porte ouverte, unité « Escalé »

7.2 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SONT LARGEMENT UTILISES ET PRESCRITS QUEL QUE SOIT LE STATUT DU PATIENT

7.2.1 Les locaux

a) Les deux chambres d'isolement

L'unité de soins psychiatrique comporte deux chambres d'isolement (CI) récemment refaites selon les normes en vigueur.

Elles sont situées à proximité du poste de soins et sont isolées du couloir par une porte pleine s'ouvrant sur un sas qui en dessert l'accès.

Les deux chambres d'isolement, portant la dénomination « Urgence 1 et 2 » sont accessibles par un sas commun. Identiques, elles sont équipées d'un lit fixé au sol sur lequel des sangles de contention sont installées. Ce dispositif n'est pas démonté même quand le patient n'est pas soumis à la contention, ce qui rend la position couchée très inconfortable et anxiogène par la menace induite d'une possible mesure de contention.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise que « pendant le séjour, le retrait du dispositif est décidé en équipe et fait l'objet d'une prescription médicale. »

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec lavabo, douche à l'italienne et WC directement accessible de l'intérieur de la chambre et du sas, permettant ainsi un double accès. L'accès visuel sur la chambre et la salle d'eau est possible depuis le sas par les fenestrons situés sur chaque porte.

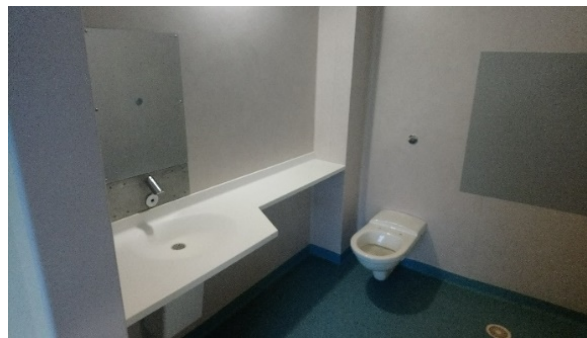
Les fenêtres des chambres d'isolement sont en partie occultées par des bandes autocollantes, permettant de garantir l'intimité mais réduisant la visibilité pour les personnes alitées.

Une pendule mécanique à aiguilles est accrochée dans le sas, elle n'est pas visible depuis les lits. Les commandes de l'éclairage, l'ouverture et la fermeture des volets sont accessibles depuis le sas.

Ces chambres d'isolement sont dépourvues de bouton d'appel, contraignant les patients à tambouriner ou hurler pour se signaler, et ce d'autant que le poste de soins n'est pas situé à proximité immédiate.



Chambre d'isolement



Salle d'eau d'une chambre d'isolement

RECO PRISE EN COMPTE 5

Un dispositif d'appel doit être installé dans les chambres d'isolement et les sangles de contention doivent être retirées quand elles ne sont pas utilisées.

Des protocoles de mise en isolement, d'utilisation des contentions, et de surveillance infirmière ont été rédigés et sont accessibles pour tous les soignants.

Les constantes de surveillance sont retranscrites dans le dossier informatisé du patient.

Sur le document « *prescription de contention et/ou d'isolement* » comme sur la feuille de surveillance il n'est pas prévu les mentions des signes cliniques de contre-indication à la mise en chambre d'isolement devant être recherchés systématiquement.

b) La chambre 112

Très rapidement, au cours des entretiens et de la visite du service, il apparaît que de nombreuses mesures d'isolement et de contention sont réalisées dans une autre chambre. Il s'agit d'une chambre ordinaire dont le mobilier a été retiré ainsi que la porte de la salle d'eau et qui est destinée plus particulièrement à la contention comme en témoigne l'installation du matériel de contention sur le lit. Il est précisé que lors de cette utilisation, la chambre est fermée afin qu'aucun autre patient ne puisse y faire intrusion.

RECO PRISE EN COMPTE 6

L'isolement et la contention, mesures exceptionnelles, ne peuvent être réalisés que dans des espaces dédiés présentant des conditions de sécurité et de confort conformes aux recommandations de la Haute autorité de Santé.

7.2.2 Les registres de l'isolement et de la contention

Il s'agit de registres dématérialisés et comprenant les différents items décrits dans l'instruction ministérielle explicitant l'utilisation de ce registre³ : numéro d'identification du patient, mode d'hospitalisation, lieu de l'isolement, prescripteur, date d'entrée et sortie et paraphe des soignants effectuant les surveillances.

Il apparaît que de nombreuses mesures, que ce soit de contention ou d'isolement, sont prises par l'interne. A aucun moment une validation de la décision par le psychiatre en charge du patient n'est visible.

RECOMMANDATION 12

Seul le psychiatre a autorité pour prendre des mesures de contention et d'isolement. Sa validation doit apparaître en regard de chaque mesure.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement indique que : « L'interne est toujours seniorisé. Le registre mentionne dans la colonne "psychiatre prescripteur" la mention "INTERNE" suivie des initiales du psychiatre sénior ayant confirmé la décision. »

Le CGLPL maintient que nom du psychiatre senior ayant pris la décision doit figurer en totalité sur le registre d'isolement.

7.2.3 L'activité d'isolement et de contention

L'établissement a fourni les données figurant dans les tableau ci-dessous relatives aux patients placés en chambre d'isolement ou mis sous contention en 2018 :

Nombre de patients	Statut	Nombre et durée des séjours en chambre d'isolement	Nombre d'épisodes et durée de la contention	Mesure d'assouplissement éventuelle	Nombre et durée d'isolements en chambre ordinaire
11	SDRE	13 séjours 2 628 h	14 épisodes 949 h 15 mn		2 séjours 31 h 30
6	SDT	6 séjours 369 h 10 mn	3 épisodes 125 h 30 mn		1 séjour 40 h 30 mn
21	SDTU	23 séjours 1 838 h	15 épisodes 604 h 38 mn		4 séjours 85 h

³ Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

6	MINEURS	7 séjours 465 h 57	0		0
40	SL	51 séjours 6 410 h 32 mn	42 épisodes 1 954 h 29 mn		17 séjours 892 h 59

On constate à la lecture de ce tableau que les patients en SPDRE qui représentent 16 % des patients en SSC effectuent à eux tous autant de durée en chambre d'isolement que tous les autres patients en SSC. Ce constat confirme les informations fournies aux contrôleurs selon lesquelles que ces patients sont systématiquement placés en isolement, quel que soit leur état clinique, même si ce dernier ne le justifie pas.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement soutient que : « Cette affirmation est erronée : Il n'y a pas de spécificité propre à la prise en charge des patients en SDRE : les restrictions apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles, sont à l'instar des autres patients strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement. »

On constate de même une importance excessive non seulement des durée d'isolement (en moyenne plus de 5 jours par isolement) mais également de la contention (en moyenne de 46,5 heures par épisode) pour des patients en soins libres.

Aucune de ces mesures de contrainte ne fait l'objet d'une mesure d'assouplissement éventuel.

RECOMMANDATION 13

L'établissement doit impérativement engager une réflexion sur l'utilisation des chambres d'isolement et sur l'indication de la contention en respectant les recommandations et la loi.

a) Les patients en soins libres

Plus de la moitié (51 %) des sujets ayant une mesure d'isolement avec plus ou moins un épisode de contention sont en soins libres et le restent tout au long de leur séjour en chambre d'isolement.

Quarante personnes ont séjourné en chambre d'isolement avec parfois plusieurs épisodes et des périodes de contention.

Les durées d'isolement en CI varient de quelques heures à plus d'un mois (du 23 août au 30 septembre pour un patient) sans aucun changement de statut d'hospitalisation.

Ces épisodes d'isolement se font en CI, pour quarante et un séjours, et dans la chambre 112 pour dix-sept séjours. Celle-ci sera utilisée pour un patient pendant 17 jours consécutifs.

La contention est également pratiquée sur des patients en soins libres avec quarante-deux épisodes de quelques heures à plusieurs jours (du 11 janvier 15h au 14 janvier 13h pour un patient) que ce soit en chambre d'isolement ou hors espaces dédiés.

RECOMMANDATION 14

Le statut d'admission des patients en soins libres faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention doit être modifié en soins sans consentement lorsque la durée de la mesure dépasse 12 heures.

b) Une situation particulière

Au cours de l'année 2018, un patient âgé de 56 ans, admis en soins libres, a séjourné à cinq reprises en isolement avec neuf mesures de contention. Il a été accueilli et contenu en chambre d'isolement mais également hors espaces dédiés.

Le médecin présent dans l'équipe des contrôleurs a eu accès au dossier de ce patient. Ce patient a été examiné par des médecins généralistes. A plusieurs reprises il est noté dans les fiches d'observation un état somatique dégradé, avec une obnubilation, des troubles infectieux, une perte de poids qui finalement vont conduire à un transfert de la chambre d'isolement du service de psychiatrie vers le service de réanimation la veille du décès de ce patient.

RECOMMANDATION 15

Les contre-indications somatiques à l'utilisation de l'isolement pour trouble du comportement et situation de violence auto et hétéro-agressive doivent être évaluées et tracées régulièrement sur la fiche de prescription des mesures et figurer dans le dossier du patient.

c) Les mineurs

La seule unité d'hospitalisation pédopsychiatrique se trouve à Dijon et ne peut accueillir toutes les demandes issues du département. L'intersecteur de pédopsychiatrie a largement développé de nombreuses filières de prise en charge avec des hôpitaux de jour, des hospitalisations séquentielles et parfois un accueil dans les lits de pédiatrie avec suivi par les pédopsychiatres.

Néanmoins, les épisodes clastiques et les situations de crise des adolescents passent par une hospitalisation en secteur adulte.

Sur les neuf mineurs hospitalisés en 2018, six mineurs ont séjourné en chambre d'isolement avec quatre mesures de contention pour deux mineurs.

d) Les autres mesures

Les mesures d'isolement et de contention sont nombreuses et prolongées.

La lecture de différents dossiers met en évidence des pratiques médicales ayant banalisé ces mesures qui doivent rester exceptionnelles. Les médecins psychiatres ont avancés certaines explications pour quelques séjours prolongés en chambre d'isolement sous le statut de soins libres. En effet, les médecins psychiatres de l'établissement, qui exercent également dans des foyers d'accueil médicalisés (FAM) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), sont amenés à hospitaliser régulièrement des résidents présentant des troubles du comportement pour des séjours de rupture. Ainsi certains patients, psychotiques vieillissants ou entrant dans la démence sont admis en soins libres et séjournent de manière prolongée, à leur demande a-t-il été affirmé, en chambre d'isolement.

RECO PRISE EN COMPTE 7

L'établissement doit conduire une réflexion sur le circuit de prise en charge des personnes vieillissantes atteintes de troubles mentaux ou présentant une altération des fonctions cognitives avec des troubles comportementaux afin d'éviter des hospitalisations systématiques en psychiatrie.

7.3 LA DISPENSATION DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX NE RESPECTE PAS LA CONFIDENTIALITE DES SOINS

7.3.1 Les traitements

Au cours des entretiens il apparaît que les patients hospitalisés connaissent peu ou pas leur traitement ni les raisons de la prescription. En revanche, ils ne sont pas excessivement sédatés. Il n'existe pas de programme d'éducation thérapeutique.

La distribution des traitements se fait au moment des repas lorsque les patients sont attablés, en dehors de toute confidentialité.

RECOMMANDATION 16

Les modalités de la distribution des traitements doivent être modifiées pour respecter la confidentialité des soins.

7.3.2 La pharmacie

La pharmacie du centre hospitalier de Semur est dotée de trois ETP de praticiens pharmaciens. Ce service achève, au moment de la visite, l'informatisation des prescriptions pour l'ensemble de l'établissement. Cette mise en place ne permet pas actuellement le déploiement d'autres activités sur le secteur psychiatrique. La conciliation médicamenteuse n'est pas pratiquée car il n'y a pas d'accès au dossier psychiatrique au niveau informatique.

Depuis janvier 2019, la mise en place du contrat d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des prescriptions (CAQES) devrait permettre pour la psychiatrie une analyse des prescriptions des neuroleptiques d'action prolongée *versus* neuroleptiques et la mise en place de module d'éducation thérapeutique.

L'informatisation des prescriptions et la mise en place de ce CAQES pourront permettre un suivi des prescriptions et une corrélation avec les bonnes pratiques proposées par la Haute autorité de santé.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise : « Au moment de la visite, la pharmacie n'avait pas accès aux observations des psychiatres dans le dossier patient informatisé. Depuis, ce problème a été résolu. » et précise que l'avenant au CAQES intégrant les activités de psychiatrie a été signé le 2 mai 2019.

7.4 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEUR TRAITEMENT

L'information des patients sur les traitements ne fait pas l'objet d'une démarche spécifique. Elle est faite lors des colloques singuliers avec les infirmiers et pendant les consultations avec le psychiatre.

7.5 LE PROCESSUS DE SIGNALEMENT ET SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES, QUI DEMEURENT TRES EXCEPTIONNELS, EST MAITRISE

L'hôpital s'est doté de moyens adaptés pour suivre et traiter efficacement les éventuels événements indésirables.

Les actes de violence verbale ou physique demeurent très marginaux au sein de l'unité de soins psychiatriques, seules trois agressions physiques sans gravité ont été recensées en 2018 (une sur un patient et deux sur le personnel, toutes commises par des patients) et une agression verbale (un usager menaçant par téléphone).

Ces incidents donnent lieu à signalement systématique à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, à une exploitation par le service d'évaluation sécurité et gestion des risques et, éventuellement, à un retour d'expérience.

Une cartographie des violences en psychiatrie est en cours d'élaboration, selon la méthodologie classique de la cartographie des risques. Même si le faible échantillon en réduit la portée, elle devrait déboucher sur un plan d'action.

Le personnel semble bien sensibilisé et formé aux problématiques de violences et à l'approche relationnelle face à l'agressivité. Les violences des patients sont rares, rareté que les soignants expliquent par le fait qu'elles sont désamorçées par une approche relationnelle qu'ils ont le temps de mettre en œuvre.

La réponse à la série de suicides survenus dans l'USP plusieurs années avant la visite a été apportée sur le mode matériellement préventif : retrait des objets « dangereux » à tous les patients, lits fixés au sol, porte de la salle d'eau de la chambre 112 retirée, etc. Aux questions sur les choix de mobilier, de matériel ou d'organisation qui touchent tous les patients, il est constamment répondu en référence à ces événements et en termes de prévention d'un nouvel acte, sans que la référence à l'état clinique ou l'observation individuelle prime.

7.6 LE COMITE D'ETHIQUE ABORDE LES CAS CLINIQUES DE PSYCHIATRIE

Le groupe de réflexion éthique est constitué outre son président, un médecin, son vice-président et sa secrétaire, de membres désignés parmi les différents métiers de l'établissement et d'intervenants extérieurs à l'hôpital. Il se réunit en principe trois fois par an mais l'une des réunions de 2017 a été annulée.

Les questions abordées sont d'ordre institutionnel ou portent sur des cas cliniques. Pour les premières, en 2016, la discussion a porté sur les enjeux éthiques des textes d'application de la loi dite « Léonetti-Clayes » et, en 2017, sur la démarche anticipée de dons d'organe. On constate que le service de psychiatrie fournit la majorité des cas cliniques soumis au groupe ; on relève notamment le questionnement sur la place d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer en USP ou celui d'un cas clinique de limitation des libertés chez un patient en soins libres.

En outre, en 2017, le groupe de réflexion éthique a organisé deux soirées-débat, l'une sur la loi Léonetti-Clayes à laquelle ont participé soixante personnes dont cinquante-neuf professionnels de l'établissement, l'autre sur la démarche anticipée de don d'organe à laquelle ont participé quarante-neuf personnes dont quarante-six agents de l'établissement.

Les rapports d'activité du groupe de réflexion éthique sont succincts et aucun compte-rendu de la teneur de ses débats n'est communiqué ce qui ne permet pas d'apprécier les éléments de réflexion débattus lors de ses réunions, ses saisines, notamment les pratiques restrictives des unités psychiatriques.

PROPOSITION 2

Le groupe de réflexion éthique devrait rendre public le contenu de ses réflexions afin d'alimenter celles de l'ensemble de la communauté soignante.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement allègue que le règlement intérieur du groupe de réflexion éthique ne prévoit pas la diffusion des comptes-rendus de séance.

8. CONCLUSION

Le pôle de psychiatrie et santé mentale de l'hôpital de Semur-en-Auxois conserve la place historique qu'il a toujours eue dans l'établissement, dont il est loin, situation inhabituelle, d'être le parent pauvre. En témoigne notamment la qualité de ses locaux qui ont bénéficié dans les premiers de l'établissement de travaux de rénovation.

Il dispose également d'une équipe médicale stable, dense, dont les postes sont occupés par des praticiens expérimentés. Les soignants sont, de même, nombreux, bien formés et impliqués. Les moyens matériels, locaux, fournitures, budgets mis à disposition du service ne lui sont pas chichement comptés.

Le pôle de psychiatrie jouit ainsi de conditions de fonctionnement particulièrement favorables, et l'on aurait pu attendre que le confort dont il bénéficie, conjugué à la grande liberté de gestion qui lui est laissée, se traduise dans la politique de la prise en charge des patients. Tel n'est pas tout à fait le cas.

Toute l'organisation des soins psychiatriques sur le secteur de Semur repose sur un hospitalo-centrisme avec implantation des structures d'accueil comme le centre médico-psychologique et les hôpitaux de jour dans les murs de l'hôpital et permettant ainsi, par une mutualisation des moyens, une offre de soins couvrant théoriquement l'ensemble du secteur. Mais cette organisation ne répond pas à l'esprit de la sectorisation qui est l'accès aux soins hors les murs. L'établissement devrait chercher à mesurer l'effet de cette organisation sur le taux important, dans la file active de psychiatrie, d'hospitalisation à temps plein (25 %).

Cette hospitalisation est effectuée dans deux unités dont les locaux sont confortables, avec des chambres aux normes hôtelières de confort, au mobilier agréable et en bon état ; toutefois, les mesures de sécurité rigoureuses appliquées pour prévenir tout geste dangereux (lits fixés au sol, portes non fermables) induisent une préoccupation sécuritaire très importante. Les espaces collectifs sont vastes au décor harmonieux.

L'équipe médicale ayant interprété les dispositions de la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, comme s'opposant à l'hébergement de patients sous statut de soins sans consentement dans une unité ouverte, seuls les patients en soins libres sont hébergés dans l'unité « Escal », ouverte sans restriction.

L'unité strictement fermée, l'USP, accueille donc les patients en soins sous contrainte mais également des patients en soins libres et les patients mineurs hospitalisés à Semur faute de places disponibles dans les unités pour adolescents du département. Les règles de vie qui y sont appliquées sont particulièrement restrictives : impossibilité de sortir sauf courtes exceptions, interdiction de conserver un téléphone portable, limitation drastique des communications téléphoniques, des visites. La richesse des activités thérapeutiques et occupationnelles mises en œuvre ne peut suffire à compenser les restrictions trop nombreuses qui valent tout autant pour les patients en soins contraints que ceux en soins libres. On peut se réjouir que le statut d'admission ne pèse pas sur la prise en charge mais celles des patients en soins sans consentement doit s'aligner sur celle des personnes en soins libres et non l'inverse.

Dans ces conditions, le choix d'implanter les unités au premier étage du bâtiment est sévèrement dommageable pour les patients de l'USP qui n'ont aucun accès libre à un espace extérieur.

L'établissement doit donc s'interroger sur la localisation de l'unité fermée et sur son fonctionnement ; les mesures de privation de liberté qui y sont la règle constituent autant d'atteintes aux droits fondamentaux des patients et ne sont légitimées ni par leur état clinique, faute d'être individualisées, ni par le non-consentement au soin.

Le recours à l'isolement et à la contention dans cette unité est important, en nombre – le quart des patients hospitalisés est placé en isolement, la moitié d'entre eux est en soins libres –, en durée et souvent dans des conditions matérielles non conformes aux règles en vigueur, en chambre 112. La recherche des contre-indications à l'isolement n'est pas tracée. Les patients admis sur décision du préfet sont systématiquement mis en chambre d'isolement à leur arrivée, sans considération de leur état clinique. Or, aucune réflexion sur les pratiques d'isolement n'est en cours ou envisagée.

Si les instances d'échanges collectifs des équipes, réunions de synthèse ou transmissions, semblent fonctionner harmonieusement, il n'est pas certain que la réflexion autour de la prise en charge et des atteintes aux droits qu'elle comporte puisse s'y exprimer librement ainsi que l'a démontré le malaise manifeste des interlocuteurs non-médecins à l'évocation de ces questions par les contrôleurs.

Les options thérapeutiques de l'équipe médicale, l'interprétation par celle-ci des dispositions légales des admissions en soins sans consentement et les contraintes architecturales des unités d'hospitalisation conduisent à de graves atteintes aux libertés et droits des patients, d'autant plus graves qu'elles ne sont pas perçues comme telles par une équipe qui ne semble pas envisager de réinterroger le bien-fondé de ses choix et pratiques. Il appartient à la direction de l'hôpital d'initier rapidement une réflexion commune sur ces questions afin de repenser les pratiques au profit d'un meilleur équilibre entre respect des droits et considérations thérapeutiques et sécuritaires.

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