



Rapport de visite :

3-7 juin 2019 – 1^{ère} visite

Etablissement public de santé
mentale de la Marne

Châlons-en-Champagne

(Marne)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué un contrôle de l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM) à Châlons-en-Champagne (Marne), du 3 au 7 juin 2019. Il s'agissait d'une première visite globale de l'établissement, seules les unités psychiatriques implantées au sein du CHU de Reims ayant déjà été visitées en juin 2017, lorsque le secteur 51 G 10 n'avait pas encore été rattaché à l'EPSMM. Un rapport provisoire a été transmis aux autorités administratives et judiciaires du département. Seul le directeur général de l'EPSMM a fait part en retour d'observations qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

L'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM) regroupe la totalité de l'offre publique de soins psychiatriques dans le département de la Marne, à l'exception d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile situé à Reims.

L'EPSMM porte dix secteurs de psychiatrie générale pour adultes, deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile, un pôle d'addictologie, un pôle de psychiatrie de la personne âgée. Il comprend, en outre, une maison d'accueil spécialisée (MAS), un service médico-psychologique régional (SMPR) implanté au sein de la maison d'arrêt de la ville, un centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) et, depuis décembre 2012, une unité pour malades difficiles (UMD). Il comporte de nombreuses structures extra hospitalières. Ses unités sont réparties sur trois sites : un principal où est implanté son siège, au sein de l'hôpital Pierre Briquet situé au Nord de Châlons-en-Champagne, et deux basés à Reims, à la clinique Henry-Ey et au sein du centre hospitalier universitaire¹.

Sur le site de Châlons-en-Champagne, hormis la MAS et l'UMD, l'établissement compte neuf unités comprenant 208 lits d'hospitalisation complète :

- trois unités d'admission, qui ont une vocation généraliste et accueillent toutes pathologies psychiatriques aiguës (hormis la pédopsychiatrie) ;
- quatre unités de moyen séjour et de soins prolongés ;
- deux unités pour le pôle d'addictologie, qui accueillent exclusivement des patients en soins libres.

Les hospitalisations en soins sans consentement (SSC) représentent entre le quart et le tiers de la totalité des hospitalisations et ont connu une augmentation entre 2017 et 2018 de plus de 10 %. Cette large couverture des soins de psychiatrie ne reflète pas la difficulté que connaît l'établissement pour assumer toutes ses missions en raison de sa peine à recruter des médecins psychiatres.

A l'issue de la visite, de nombreuses recommandations ont été formulées notamment sur :

- l'importance de former des infirmiers aux procédures juridiques relatives aux soins sans consentement car ce sont eux qui ont la charge de notifier celles-ci aux patients;
- l'importance de conduire une réflexion sur la liberté de circulation des patients afin d'ouvrir l'ensemble des unités et de n'imposer des restrictions aux patients en soins sans consentement que de façon exceptionnelle, justifiées par leur seul état clinique – les patients en soins libres ne devant pas être soumis à de telles restrictions de liberté ; cette réflexion

porte en particulier sur la problématique des patients placés dans les chambres dites « sécurisées » ;

- le fait que le respect de l'intimité des patients doit être mieux pris en compte, notamment par la mise en place de verrous intérieurs dans les chambres et par un travail de réflexion des soignants sur le droit à la sexualité des patients au sein des unités de vie ;
- le fonctionnement de l'établissement qui doit s'organiser afin d'avoir une présence médicale quotidienne au cours des heures d'ouverture de l'unité de soins, de même les décisions de mise à l'isolement doivent être prises systématiquement par un médecin psychiatre ;
- la nécessité plus globalement d'engager une réflexion institutionnelle sur le recours à l'isolement.

Le directeur a indiqué que les termes utilisés par le CGLPL dans le rapport provisoire selon lesquels il régnait « globalement une ambiance sécuritaire dans cet hôpital » ne rendaient pas compte de la réalité de la prise en charge. Cependant, le CGLPL maintient son sentiment en ce qui concerne la situation qu'il a observée lors de sa visite, ce qui ne remet pas en cause la volonté de la communauté médicale et non médicale de respecter l'équilibre entre les soins et les droits des patients. La question qui demeure est celle du « placement du curseur » qui diffère selon les interlocuteurs. **Le nombre important de recommandations prises en compte par l'EPSMM montre que ce positionnement semble avoir évolué après cette première visite du CGLPL.**

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 16

Le rythme de 7 heures 40 minutes par jour travaillé et le bénéfice d'un week-end disponible sur deux concilient les équilibres personnels et les impératifs du service.

BONNE PRATIQUE 2 30

Les questionnaires de satisfaction des unités de court séjour sont exploités et des axes de travail dégagés selon une méthodologie affichée.

BONNE PRATIQUE 3 47

Les patients majeurs protégés ou vulnérables peuvent, *via* leur compte à la banque des patients, faire dresser une facture auprès de la cafétéria, cette facture est ensuite transmise directement à la banque qui prélèvera la somme dépensée. Cette procédure évite aux patients la possession d'espèces avec le risque de perte ou de vol.

BONNE PRATIQUE 4 55

La présence du personnel de l'unité intersectorielle de sociothérapie (UIS) aux côtés du personnel soignant des unités lors des synthèses sur les patients enrichit les prises en charge.

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 18

Pour le personnel médical et pour le personnel non médical, une supervision de groupe et la possibilité de supervision individuelle par des intervenants extérieurs à l'EPSMM doivent être mises en place.

RECOMMANDATION 2 22

La responsabilité de notifier les décisions prises dans le cadre des soins sans consentement étant confiée aux infirmiers, ces derniers doivent tous pouvoir bénéficier d'une formation juridique adaptée, notamment dans le cadre de leur formation continue obligatoire.

RECOMMANDATION 3 23

Tous les agents doivent avoir la possibilité d'accéder à ENNOV pour signaler des événements indésirables. La possibilité de procéder à des signalements de façon anonyme doit être ouverte. Le personnel non médical doit pouvoir accéder au bilan annuel des événements indésirables de l'EPSMM, bilan comportant ceux des pôles et des unités.

RECOMMANDATION 4 34

La salle utilisée pour les audiences du juge des libertés et de la détention et la salle d'attente pour les patients et les soignants doivent être déplacées dans un autre bâtiment pour un meilleur confort matériel de tous.

- RECOMMANDATION 5 37**
Les restrictions pour les personnes en soins libres ne doivent être qu'exceptionnelles et, comme pour les personnes en soins sans consentement, strictement justifiées par leur seul état clinique. Une réflexion doit être conduite afin d'ouvrir l'ensemble des unités.
- RECOMMANDATION 6 39**
Dans les unités de soins prolongés, les patients placés dans les chambres « sécurisées » subissent une atteinte importante de leur liberté d'aller et de venir. Les conditions d'affectation et de gestion de ces chambres sont à revoir.
- RECOMMANDATION 7 54**
Les autorisations de sortie dans le parc pour les patients en soins sans consentement ne doivent relever que de la décision du médecin psychiatre traitant.
- RECOMMANDATION 8 57**
Une présence médicale quotidienne au cours des horaires d'ouverture de l'unité de soins doit être assurée.
Le médecin généraliste doit être immédiatement informé de toute décision d'isolement et de contention et effectuer un examen somatique dans la première heure afin d'évaluer les contre-indications puis assurer un suivi durant toute la durée de la mesure.
- RECOMMANDATION 9 64**
Les décisions de mise en isolement doivent être prises par un médecin psychiatre conformément à l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique. La mesure doit être réévaluée après 12 heures, puis toutes les 24 heures par un psychiatre.
- RECOMMANDATION 10 69**
Conformément aux dispositions légales, le placement en chambre d'isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours et ces personnes doivent être hospitalisées dans les mêmes conditions que tout autre patient.

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 15**
Des dispositions doivent être prises pour faire face au déclin de la démographie médicale, notamment pour la psychiatrie infanto-juvénile et le pôle de Châlons-en-Champagne.
- RECO PRISE EN COMPTE 2 25**
Les comptes rendus et les débats du comité d'éthique doivent être accessibles à l'ensemble du personnel médical et non médical de l'EPSMM.
- RECO PRISE EN COMPTE 3 27**
La procédure de non-divulgateion de présence mérite d'être rappelée régulièrement au personnel non médical afin que les demandes soient transmises au bureau des admissions.
- RECO PRISE EN COMPTE 4 29**
Les documents à examiner pendant les réunions de la CDU doivent parvenir aux représentants des usagers, membres de la CDU, en même temps que l'ordre du jour. Les membres des associations

représentant les usagers doivent tenir des permanences au sein de l'EPSMM afin de rencontrer des patients et leurs familles.

RECO PRISE EN COMPTE 5 44

L'accès au culte doit faire l'objet d'une information plus précise auprès des patients. L'initiative en revient à l'établissement au travers de la modification de la rubrique dans le livret d'accueil, d'un affichage dans les unités et de la signalisation de la salle polyculturelle.

RECO PRISE EN COMPTE 6 46

Les chambres doivent être équipées d'un verrou intérieur permettant aux patients de se prémunir des intrusions tout en étant accessibles aux agents.

RECO PRISE EN COMPTE 7 48

Une réflexion collective sur la prise en compte de la sexualité dans les unités de l'établissement doit être conduite et une procédure rédigée.

RECO PRISE EN COMPTE 8 50

L'organisation médicale doit permettre d'assurer la continuité des soins psychiatriques au service des urgences du CH général chaque jour de la semaine, notamment pour ne pas avoir de situation d'attente du psychiatre de garde de nuit, comme c'est le cas deux jours par semaine

RECO PRISE EN COMPTE 9 51

La chambre d'isolement doit être équipée d'un lit mais aussi d'une horloge.

RECO PRISE EN COMPTE 10 60

Toute chambre qui peut être fermée à clé à la suite d'une décision médicale, qu'il s'agisse de sa propre chambre ou d'une pièce prévue à cet effet, doit être considérée comme une chambre d'isolement et doit être dénommée et enregistrée comme telle dans CORTEXTE. Il est urgent que l'établissement comptabilise ces chambres pour avoir une vision réelle de la question et entamer une réflexion institutionnelle sur ses pratiques.

RECO PRISE EN COMPTE 11 62

Toutes les chambres doivent être dotées d'un lit, d'un accès à un point d'eau et de toilettes, l'utilisation de pots est à proscrire. Les chambres normales ne doivent pas être utilisées comme des chambres d'isolement. Les patients hospitalisés dans ces chambres doivent pouvoir avoir accès aux mêmes conditions d'hébergement que les autres patients.

RECO PRISE EN COMPTE 12 67

Une réflexion institutionnelle sur la pratique de l'isolement doit être engagée de toute urgence par l'établissement. Une procédure claire concernant le placement en isolement et l'utilisation du registre doit être établie. A l'unité U3, l'ouverture de l'unité ne saurait être conditionnée à l'existence d'un espace sécurisé isolant de manière permanente cinq patients du reste des autres.

RECO PRISE EN COMPTE 13 68

Des locaux adaptés, spacieux et comportant un accès à l'air libre doivent être offerts aux mineurs hospitalisés au sein de l'établissement. Les mineurs ne doivent ni faire l'objet d'un isolement systématique ni être hospitalisés en contact de patients adultes.

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 1 21

Le livret d'accueil, dans lequel sont mentionnées des informations essentielles sur les droits des patients, doit être systématiquement remis à chaque patient à son arrivée dans l'unité.

PROPOSITION 2 65

Malgré des efforts récemment entrepris concernant l'utilisation du registre d'isolement, un protocole régissant les mesures de placement doit être établi et une formation pour les médecins doit être mise en place afin d'harmoniser les pratiques de l'ensemble des professionnels.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 L'établissement assure l'intégralité de l'offre publique de soins psychiatriques pour adultes dans le département de la Marne.....	12
2.2 La gestion financière permet d'envisager sereinement la poursuite de la rénovation de l'immobilier et de disposer du personnel nécessaire	13
2.3 La ressource en personnel médical permet difficilement à l'EPSMM d'assumer ses missions dans le pôle de Châlons et en infanto-juvénile	14
2.4 Les patients en soins sans consentement représentent un tiers des hospitalisations dans des unités au taux d'occupation proche de 100 %.....	18
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	20
3.1 L'information générale sur les droits des patients existe mais le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis.....	20
3.2 Les événements indésirables sont suivis mais les bilans sont trop méconnus des soignants.....	23
3.3 Le rôle de la personne de confiance est bien compris par le personnel soignant mais cette personne est peu sollicitée au cours de l'hospitalisation du patient	25
3.4 L'accès au vote n'est pas organisé pour toutes les élections.....	25
3.5 Les patients nécessitant une protection juridique sont bien repérés	26
3.6 La non-divulgation de la présence est organisée mais la procédure est mal connue	26
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	28
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques, qui a de la peine à recruter un psychiatre exerçant en libéral, se rend dans l'établissement régulièrement deux fois par an	28
4.2 Les usagers occupent l'espace qui leur est attribué mais leurs associations sont inconnues des patients et des soignants.....	29
4.3 Les registres de la loi qui sont complétés chaque jour avec attention permettent de suivre aisément sur le plan juridique le déroulement du séjour des patients	30
4.4 Les personnes en programme de soins représentent un tiers du nombre des personnes hospitalisées en soins sans consentement	31
4.5 L'hôpital a bien organisé la prise en charge des patients avant l'audience mais la salle mise à disposition, pas suffisamment aménagée, est peu accueillante	33

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	36
5.1 La sécurisation du domaine n’empêche pas que la quasi-totalité des unités soient fermées.....	36
5.2 Les patients affectés dans les chambres sécurisées des unités de soins prolongés sont confrontés à de sévères contraintes dans leur vie quotidienne	38
5.3 Les restrictions à la communication d’un patient avec l’extérieur sont exclusivement justifiées par son état clinique	41
5.4 Les patients sont mal informés des modalités d’accès au culte.....	43
6. LES CONDITIONS DE VIE.....	45
6.1 Les patients bénéficient de bonnes conditions d’hébergement.....	45
6.2 L’hygiène est correctement assurée.....	46
6.3 Les patients ont facilement accès à leurs biens et valeurs	46
6.4 Les patients sont globalement satisfaits des repas	47
6.5 La sexualité est prise en compte de manière différente suivant les unités.....	48
7. L’ACCES AUX SOINS.....	49
7.1 Les patients en provenance du service des urgences ne sont transférés à L’EPSMM qu’après avoir bénéficié d’un examen somatique complet.....	49
7.2 Dans un contexte de pénurie médicale, les soins psychiatriques reposent sur la prise en charge infirmière.....	52
7.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques offrent un large choix mais leur accès doit être facilité pour les patients en soins sans consentement.....	54
7.4 Le faible nombre de médecins généralistes ne permet pas un suivi satisfaisant des patients	56
8. L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	59
8.1 Les chambres d’isolement sont nombreuses et indignes	59
8.2 Le registre d’isolement et de contention omet de nombreuses chambres mais permet tout de même de constater une utilisation disproportionnée	63
8.3 Aucune réflexion institutionnelle sur l’isolement et la contention n’est menée.....	66
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	68
9.1 L’isolement des mineurs est quasi systématique.....	68
9.2 Les patients détenus sont placés à l’isolement sans considération de l’évolution éventuelle de leur état clinique.....	68
10. CONCLUSION.....	71

Rapport

Contrôleurs :

- Thierry LANDAIS, chef de mission ;
- Edith CHAZELLE, contrôleur ;
- Danielle PIQUION, contrôleur ;
- Bertrand LORY, contrôleur ;
- Vianney SEVAISTRE, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle de l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM) à Châlons-en-Champagne (Marne), du 3 au 7 juin 2019, à l'exclusion des unités implantées à Reims (clinique Henry-Ey et centre hospitalier universitaire).

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 3 juin 2019 à 10h30. Ils l'ont quitté le vendredi 7 juin à 12h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, à la préfecture de la Marne et à la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Châlons-en-Champagne.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur et son équipe. Une réunion de présentation de la mission s'est ensuite tenue devant une vingtaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale d'établissement (CME), les directeurs adjoints, les chefs de pôle et les cadres supérieurs de santé.

Les contrôleurs ont, en outre, rencontré la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les représentants de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques de la Marne (UNAFAM) et de l'association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales de la Marne (ADAPEI), tous deux membres du conseil de surveillance et de la commission des usagers (CDU) et les représentantes des aumôneries. Postérieurement à la mission, ils se sont également entretenus avec le responsable de la pharmacie.

Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) le jeudi 6 juin.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu en fin de mission avec la plupart des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

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

Le directeur général de l'EPSMM a fait part de ses observations par courrier en date du 29 octobre 2019. Ces observations ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT ASSURE L'INTEGRALITE DE L'OFFRE PUBLIQUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES POUR ADULTES DANS LE DEPARTEMENT DE LA MARNE

L'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM) regroupe la totalité de l'offre publique de soins dans le département de la Marne (près de 600 000 habitants), à l'exception d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile basé à Reims. La seule unité d'hospitalisation pour adolescents du département, également à Reims, est rattachée au centre hospitalier universitaire (CHU), l'EPSMM ne dispose donc pas de lit d'hospitalisation en pédopsychiatrie.

L'offre privée dans le département se résume, concernant l'hospitalisation complète, à trente-six lits au sein de la clinique de Merfy (groupe *Sinoué*), établissement à but lucratif. La psychiatrie libérale n'existe que dans l'agglomération rémoise où des médecins continuent de s'installer ; en revanche, elle est faible dans le reste du département, voire inexistante à Châlons-en-Champagne, ville préfecture.

Depuis quelques années, une évolution se fait jour avec un phénomène d'attraction des psychiatres pour l'agglomération rémoise conduisant à une situation de pénurie de médecins – « *une quinzaine de postes sont vacants dans le Sud Marne* » (le chef d'établissement) –, ce qui engendre une demande en tension pour les centres médico-psychologiques (CMP) qui connaissent une augmentation de la file d'attente et pour les structures installées dans les services d'urgence des centres hospitaliers.

L'EPSMM porte dix secteurs de psychiatrie générale pour adultes, deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile, un pôle d'addictologie, un pôle de psychiatrie de la personne âgée. Il comprend, en outre, une maison d'accueil spécialisée (MAS) de quarante-huit places, un service médico-psychologique régional (SMPR) implanté au sein de la maison d'arrêt de la ville, un centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAIVS) et, depuis décembre 2012, une unité pour malades difficiles (UMD).

Les personnes prises en charge par l'EPSMM sont accueillies et soignées dans les structures extra hospitalières : l'EPSMM regroupe dix-neuf CMP et quatorze centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), répartis entre la psychiatrie adultes (quatorze CMP et onze CATTP) et la psychiatrie infanto-juvénile (cinq CMP et trois CATTP). L'offre de soins de l'EPSMM comprend aussi des hôpitaux de jour, pour enfants et pour adultes, des appartements thérapeutiques, des ateliers thérapeutiques, des centres de post-cure, un accueil familial thérapeutique et des services de soins à domicile.

L'établissement est également présent au sein des deux principaux hôpitaux du département avec deux unités d'urgences psychiatriques basées, l'une, au service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier général de Châlons-en-Champagne, l'autre, au CHU de Reims.

Les unités d'hospitalisations de l'EPSMM sont réparties sur trois sites : un principal où est implanté son siège, au sein de l'hôpital Pierre Briquet situé au Nord de Châlons-en-Champagne, et deux basés à Reims, à la clinique Henry-Ey et au sein du CHU².

Sur le site de Châlons-en-Champagne, hormis la MAS et l'UMD, l'établissement compte neuf unités comprenant 208 lits d'hospitalisation complète :

² Les unités psychiatriques implantées au sein du CHU de Reims ont été contrôlées par le CGLPL en juin 2017, à une époque où le secteur 51 G 10 n'avait pas encore été rattaché à l'EPSMM.

- trois unités d'admission, dénommées U2 (pôle Epernay, 23 lits), U3 (pôle Châlons-en-Champagne, 25 lits) et U5 (pôle Vitry-le-François/Sézanne, 25 lits), qui ont une vocation généraliste et accueillent toutes pathologies psychiatriques aiguës (hormis la pédopsychiatrie) ;
- quatre unités de moyen séjour (unité U4, pôle Châlons-en-Champagne, 25 lits) et de soins prolongés : l'unité Séraphine de Senlis (pôle Epernay, 25 lits), l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault et l'unité Henri Wallon, ces deux dernières rattachées au pôle Vitry-le-François/Sézanne avec 25 lits pour chacune. En relais des unités d'admission, ces unités s'adressent à des patients dont les soins psychiatriques nécessitent du temps et dont le déficit d'autonomie ne permet pas un retour à domicile ;
- deux unités pour le pôle d'addictologie, « Les Catalaunes » (15 lits) pour le service de soins et de réadaptation en addictologie (SSRA) et « Edelweiss » (20 lits) regroupant les lits de l'unité de soins et de consultation en addictologie à Châlons (USCAC) et ceux de l'unité transitoire d'hospitalisation en addictologie (UTHA). Elles accueillent exclusivement des patients en soins libres.

Les données comparatives par rapport aux autres territoires de la région (départements de la Meurthe-et-Moselle, du Haut-Rhin et la Marne), fournies dans le volet médical du projet d'établissement 2018-2022, font apparaître que le département de la Marne est, d'une part, sous-équipée en CMP, en CATTP et en hôpitaux de jour mais avec une offre plus importante d'appartements thérapeutiques, d'autre part, bien dotée de par sa capacité d'hospitalisation complète (taux d'équipement de un lit pour 1 000 habitants de plus de 20 ans) mais l'est insuffisamment pour la population de moins de 20 ans (douze lits, soit 0,085 lit pour 1 000 habitants).

2.2 LA GESTION FINANCIERE PERMET D'ENVISAGER SEREINEMENT LA POURSUITE DE LA RENOVATION DE L'IMMOBILIER ET DE DISPOSER DU PERSONNEL NECESSAIRE

En 2012, l'agence régionale de santé (ARS) Champagne-Ardenne a considéré que l'EPSMM était sous-doté. Des mesures correctives ont été mises en place et ont conduit à augmenter régulièrement la dotation annuelle de fonctionnement (DAF).

La DAF est ainsi passée de 54,9 millions d'euros en 2013 à 59 millions d'euros en 2017. Le bilan fait apparaître la somme de 59,9 millions d'euros pour l'année 2017 dans laquelle l'ARS a repris, l'exercice suivant, 760 000 euros au titre de l'addictologie et qui seront cependant investis pour créer une unité infanto-juvénile de psychiatrie.

L'augmentation de 2018 - passage à 67,990 millions d'euros - reflète le changement de périmètre de l'EPSMM qui a absorbé, cette année-là, la quasi-totalité de la psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims (Marne).

Lors de la création de la région administrative Grand Est en 2017, l'ARS a constaté que parmi les vingt-six établissements l'EPSMM appartenait aux six les moins dotés.

En 2018, les DAF ont été « gelées » dans l'attente de la détermination de nouveaux critères de péréquation.

Depuis au moins 2010, l'EPSMM est à l'équilibre et dégage un résultat positif.

L'ensemble des unités d'hospitalisation complète accueillant des patients en soins sans consentement a été reconstruit ; au moment du contrôle, les nouvelles unités d'addictologie étaient en attente de recevoir les patients qui étaient encore hébergés dans les locaux anciens.

La gestion actuelle permet d'envisager sans recours à l'emprunt notamment la rénovation ou la reconstruction des CMP/CATTP de Vitry-le-François et d'Épernay, des unités d'hospitalisation de Reims, du service d'accueil et d'urgence (SAU) de Châlons-en Champagne, d'un centre de formation universitaire à Reims et d'une unité d'hospitalisation pour adolescents.

La croissance de la DAF a permis de recruter du personnel, notamment du personnel non médical, car, comme l'ensemble des établissements de la région, l'EPSMM fait face à une pénurie de médecins. Cette pénurie est moins sensible que dans d'autres établissements de la région, éloignés de métropoles comme Reims, mais est bien réelle. Le manque de médecins se traduit par des déficits de présence médicale dans les unités, des recours à des médecins praticiens associés et à des contractuels.

Par ailleurs, avant le rattachement en 2018 de la psychiatrie du CHU de Reims à l'EPSMM, plus de 80 % de la DAF de l'EPSMM étaient utilisés dans la psychiatrie.

Cet élargissement de la compétence de l'EPSMM et son rattachement au groupement hospitalier de territoire (GHT) laisse planer la crainte que la proportion de la DAF consacrée aux frais généraux croisse de façon significative, au détriment de la psychiatrie.

2.3 LA RESSOURCE EN PERSONNEL MEDICAL PERMET DIFFICILEMENT A L'EPSMM D'ASSUMER SES MISSIONS DANS LE POLE DE CHALONS ET EN INFANTO-JUVENILE

2.3.1 Le personnel médical

En 2018, l'EPSMM disposait d'un effectif théorique de 70,4 postes en équivalents temps plein (ETP) de médecins, dont 11,4 n'étaient pas honorés (16 %). L'EPSMM fait ce qui est en son pouvoir pour combler ce déficit important, avec un succès mitigé.

En 2019, lors de la visite des contrôleurs, l'effectif théorique était de 73,8 ETP, dont 15 ETP non honorés. Ce déficit de 20,3 % était inégalement réparti :

- la psychiatrie infanto-juvénile comptait 10,5 ETP présents, au lieu de 15,6 ETP ;
- le pôle de Châlons-en-Champagne comptait 3,3 ETP, présents au lieu de 9 ETP.

Parmi les 58,8 ETP de médecins présents, deux psychiatres servaient sous le statut de praticien associé, ce qui est proportionnellement peu en comparaison de ce qui est constaté dans d'autres structures. Cependant, les deux unités Henri Wallon et Gaëtan Gatian de Clérambault du pôle Vitry-Sézanne se partageaient un ETP de psychiatre lui-même partagé en deux : un praticien associé et un praticien hospitalier travaillant au-delà de la limite d'âge et sans relève annoncée.

Parmi ces 58,8 ETP, quelques médecins étaient des vacataires. Ils bénéficiaient de salaires plus importants que leurs collègues praticiens hospitaliers sans avoir la plénitude de leurs responsabilités. La cohabitation de ces deux types de statut, ainsi que celui des praticiens associés, ne vont pas, selon les indications recueillies, sans créer parfois des tensions.

Le principe retenu est d'alterner la présence médicale en intra et en extra hospitalier, même si les temps de trajet sont significatifs – de l'ordre d'une heure de route entre l'EPSMM et les lieux de consultation.

En dehors des heures ouvrables, un interne est de garde. Un psychiatre est de garde le samedi matin est d'astreinte le dimanche et les jours fériés.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Des dispositions doivent être prises pour faire face au déclin de la démographie médicale, notamment pour la psychiatrie infanto-juvénile et le pôle de Châlons-en-Champagne.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« une cellule de recrutement médical a été constituée, pilotée par un médecin et associant le DRH et la responsable de la communication. Par ailleurs, l'EPSMM, avec l'appui de l'ARS joue la carte du GHT demandant la constitution d'équipes médicales de territoire.

C'est chose faite depuis le 29 juillet dernier pour la pédopsychiatrie avec la signature d'un projet de partenariat entre le CHU et l'EPSMM pour la mise en place d'une filière adolescents et la création d'une équipe de territoire qui verra le CHU aider l'intersecteur de pédo psychiatrie châlonnais. »

2.3.2 Le personnel non médical

Lors de la visite des contrôleurs, l'EPSMM disposait d'un effectif budgété de 1 082,8 ETP de personnel non médical. L'établissement était en sous-effectif de 19,8 ETP de personnel non médical (1,8 %).

a) La répartition intra-extra

Lors de la visite, 295 ETP de personnel non médical (27 %) travaillaient en extra hospitalier et 790 (73 %), dont la direction, le personnel administratif de l'EPSMM et le personnel d'entretien, en intra hospitalier.

b) Le personnel des unités d'hospitalisation complète

Les unités d'entrée (U2, U3, U4 et U5) s'appuient chacune sur une équipe de soignants de dix-sept infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et trois aides-soignants (AS), et sur quatre agents des services hospitaliers (ASH).

Les unités de long et de moyen séjour s'appuient sur une équipe de vingt à vingt-trois soignants, formée de douze ou treize IDE – le complément en AS – et sur quatre ou cinq ASH.

Chaque unité dispose d'un temps de psychologue qui varie de 0,1 ETP à 0,3 ETP, avec une moyenne de 0,2 ETP.

Chaque unité dispose également d'un temps d'assistant social, de 0,3 à 0,9 ETP dans les unités d'admission et de 0,1 ETP dans les unités de long et de moyen séjour.

Aucune unité n'a de temps affecté d'ergothérapeute, de psychomotricien, de kinésithérapeute. Seule l'unité U5 dispose de 0,5 ETP d'éducateur socioculturel.

Le temps de secrétariat par unité est de l'ordre de 0,5 à 1 ETP pour les unités d'admission et de 0,1 ETP ou moins pour les unités de moyen et de long séjour.

Ce personnel est encadré dans chaque unité par un cadre de santé, chaque pôle s'appuyant sur un cadre supérieur de santé.

Cette description peut donner le sentiment qu'il n'existe pas de possibilité de conduire des activités au sein des unités, faute de personnel spécialisé. La réalité est différente : des IDE sont formés et habitués à la conduite d'activités au sein des unités et à la sociothérapie de même que, ponctuellement, y interviennent des intervenants extérieurs (cf. *infra* § 7.3).

c) L'organisation du travail

Sauf exception, aucun agent ne travaille en 12 heures, ni en 10 heures. Le temps de travail quotidien, de jour comme de nuit, est de 7 heures 40 minutes. La durée hebdomadaire est fixée à 38 heures 20 minutes. Chaque agent bénéficie en conséquence annuellement de 20 jours de RTT.

L'examen des plannings mensuels fait apparaître que chaque agent (IDE, AS, ASH) bénéficie d'un week-end en repos sur deux.

Le taux d'absentéisme pour motif médical et non médical sur l'ensemble du personnel de l'EPSMM a été de 6,59 % en 2016, 6,14 % en 2017³ ; pour l'ensemble des pôles de l'EPSMM, le taux d'absentéisme a été de 5,94 % en 2017 et de 6,62 % en 2018. Ces valeurs sont très en-dessous de la moyenne nationale.

Le taux de turn-over sur l'ensemble du personnel de l'EPSMM a été de 6,09 % en 2016 et de 9,67 % en 2017⁴. Les postes vacants font l'objet d'une publication et des stages de découverte d'une semaine sont proposés aux postulants.

Le nombre d'heures supplémentaires est faible. Dès qu'un agent atteint un total de 15 heures, des dispositions sont prises pour qu'il les rattrape. Le principe est de ne pas payer d'heures supplémentaires, à l'exception de celles liées à un séjour thérapeutique ; dans ce cas, le soignant a le choix entre rattrapage ou paiement de ces heures.

Les contrôleurs n'ont pas enregistré de récrimination de la part de membres du personnel non médical sur le rythme de travail.

BONNE PRATIQUE 1

Le rythme de 7 heures 40 minutes par jour travaillé et le bénéfice d'un week-end disponible sur deux concilient les équilibres personnels et les impératifs du service.

d) Les équipes de jour

Dans les unités d'hospitalisation complète, l'effectif de sécurité ou de grève est de trois soignants le matin comme l'après-midi.

Les premiers soignants de l'équipe du matin prennent leur service à 6h25 et terminent à 14h05, les premiers soignants de l'équipe de l'après-midi ou du soir prennent à 13h55 et terminent à 21h35. Les deux soignants de l'équipe de nuit prennent à 21h30 et terminent à 6h30.

La durée des transmissions du matin et du soir est d'environ cinq minutes, donc courte ; dans les faits, elle dure souvent une dizaine de minutes, les soignants de l'équipe prenante arrivant un peu plus tôt que prévu. Celle de la mi-journée peut être plus longue en raison du nombre plus important de soignants qui peuvent être présents.

Ce descriptif ne rend pas compte de la réalité car les plannings sont conçus pour avoir en semaine dans la matinée un soignant supplémentaire, voire deux ou trois, détachés des soins et des repas, dont les missions sont l'accompagnement des patients dans des activités extérieures ou la direction d'activités. En semaine, l'après-midi voire le début de soirée, du personnel soignant peut être également présent en supplément.

³ Bilan social de l'année 2017.

⁴ Ibid.

e) Les équipes de nuit

Dans les unités d'hospitalisation complète, l'effectif de sécurité ou de grève est de deux soignants, dont la présence d'au moins un IDE.

Théoriquement, l'ensemble du personnel est appelé à assurer le service de nuit. En réalité, les équipes de nuit, reposant sur un noyau de cinq soignants, sont en général fidélisées, les soignants des équipes de jour assurant des remplacements au sein de celles de nuit.

f) Les remplacements

Il n'existe pas de pool de remplacement pour les soignants. En cas de besoin, dans un premier temps, un remplacement de moins d'un mois est recherché au sein de l'unité puis éventuellement dans le pôle ; lorsque la durée de remplacement dépasse le mois, il est fait appel à des jeunes retraités et à défaut à des personnes recrutées sur des contrats à durée déterminée.

2.3.3 Les formations

Pour les nouveaux soignants, une journée d'accueil est systématiquement organisée. En théorie, chaque arrivant est tutoré. Si des tuteurs sont effectivement désignés dans chaque unité, leur mission essentielle est la formation des IDE et des AS élèves et stagiaires. Dans les faits, les soignants arrivants bénéficient au mieux d'un doublonnage pendant deux semaines.

Parmi les formations proposées et suivies, figurent notamment celle de 10 jours pour « développer des compétences spécifiques à l'exercice infirmier en psychiatrie et intégrer les pratiques soignantes », celle de 6 jours sur « la technique d'entretien infirmier », celle de 3 jours sur « l'introduction à la relation d'aide et aux techniques d'entretien », celle de 3 jours sur « l'animation de groupes à visée thérapeutique » et celle de « prévention et gestion des situations de violence » (OMEGA).

Les contrôleurs ont constaté par ailleurs qu'aucune formation spécifique n'était proposée sur les thèmes des droits des patients en soins sans consentement, de l'isolement et de la contention, ni sur la prise en compte de la sexualité des patients hospitalisés à temps complet – la formation « sexualité et psychiatrie » dispensée n'abordant pas ce sujet. Aucune formation sur ces thèmes n'est non plus proposée aux médecins (cf. *infra* § 3.1.2).

Des soignants ont fait savoir aux contrôleurs qu'ils étaient demandeurs de formations sur le thème de la sexualité des patients en hospitalisation complète ainsi que sur l'utilisation de l'espace Snoezelen.

2.3.4 La supervision

Aucune supervision n'est organisée au sein de l'EPSMM. Si les contrôleurs ont constaté que des médecins étaient attentifs à l'équilibre psychique du personnel, notamment en cas d'événement grave, il n'est toutefois envisagé aucune supervision autre que le suivi individuel par le psychologue du travail. En particulier, la présence à l'isolement d'une jeune fille contentionnée de façon quasi-permanente dans l'unité Gaëtan de Clérambault devrait conduire à faire bénéficier le personnel de cette unité d'une supervision approfondie.

RECOMMANDATION 1

Pour le personnel médical et pour le personnel non médical, une supervision de groupe et la possibilité de supervision individuelle par des intervenants extérieurs à l'EPSMM doivent être mises en place.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« un travail de supervision est conduit par les psychiatres et les psychologues au sein des pôles cliniques appartenant aux pôles cliniques.

La supervision par des intervenants extérieurs est organisée auprès des services qui en font la demande comme la Passerelle jeunes à Châlons-en-Champagne (Pôle de psychiatrie infanto-juvénile). »

2.4 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT UN TIERS DES HOSPITALISATIONS DANS DES UNITES AU TAUX D'OCCUPATION PROCHE DE 100 %**2.4.1 L'activité générale de l'EPSMM**

Les données d'activité, qui englobent la totalité des unités de l'EPSMM, notamment celles implantées dans les sites rémois mais aussi l'UMD châlonnaise, font état pour 2018 des chiffres suivants :

- 18 000 patients suivis, dont 90 % en ambulatoire (260 851 actes en CMP et CATT) ;
- 2 238 admissions en hospitalisation complète (1 930 en 2017, 2 170 en 2016) ;
- 126 040 journées d'hospitalisation (120 251 en 2017, 123 399 en 2016) ;
- 56,32 jours en durée moyenne de séjour de (62,31 en 2017, 56,87 en 2016) ;
- 95,37 % de taux d'occupation (97,57 % en 2017, 101,25 % en 2016).

Les hospitalisations en soins sans consentement (SSC) représentent entre le quart et le tiers de la totalité des hospitalisations (30,8 % en 2017, 26,2 % en 2018).

Cette proportion en baisse par rapport aux admissions en soins libres ne doit toutefois pas masquer une augmentation des SSC entre 2017 et 2018 :

- 427 patients hospitalisés par le directeur en soins à la demande d'un tiers (SDT) en 2018 contre 384 l'année précédente (+ 11,1 %) ;
- 194 patients hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) en 2018 contre 161 en 2017 (+ 20,4 %).

En revanche, la proportion des soins de péril imminent (SPI) est restée stable (63 en 2018, 62 en 2017) et peu élevé par rapport aux SDT : 87 % des admissions décidées en 2018 par le directeur sont des SDT « ordinaires » (86 % en 2017).

L'augmentation du nombre de patients hospitalisés a entraîné aussi celle du nombre de journées d'hospitalisation (SDT : + 5,6 % en 2018 par rapport à 2017 – SDRE : + 5,5 %) et de séjours (SDT : + 43,4 % - SDRE : + 39,7 %) et, corrélativement, une diminution de la durée moyenne de séjour (SDT : 32 jours en 2018 / 42 jours en 2017 ; SDRE : 80 jours en 2018 / 106 jours en 2017).

A la date du 4 juin 2019, l'EPSMM comptait quarante et un patients en programme de soins.

2.4.2 Les unités d'hospitalisation du site de Châlons accueillant des patients en soins sans consentement (hors UMD)

Le 3 juin 2019, pour une capacité totale de 173 places, les sept unités susceptibles d'accueillir des patients en soins sous contrainte comptaient 170 patients en hospitalisation complète – 115 en soins libres (67,6 %), 55 en soins sans consentement (32,3 %) – dont 4 mineurs, qui se trouvaient, respectivement, dans les unités U2, U3, U5 et Gaëtan Gatian de Clérambault.

Le taux d'occupation des lits d'hospitalisation était donc de 98,3 %.

La répartition de ces 170 personnes dans les unités apparaît dans le tableau suivant :

Pôles	Unités	HL	SPDRE	SPDT	Total	Capacité
Epernay	U 2	17	3	4	24	23
	<i>Séraphine de Senlis</i>	25	0	0	25	25
Châlons	U 3	13	2	10	25	25
	U 4	9	7	9	25	25
Vitry-le-François/Sézanne	U 5	14	5	6	25	25
	<i>Gaëtan Gatian de Clérambault</i>	21	2	0	23	25
	<i>Henri Wallon</i>	16	1	6	23	25
	Total	115	20	35	170	173

Au moment du contrôle, seule l'unité 2 (pôle Epernay) connaissait une situation de sur occupation : la chambre ordinaire d'une personne placée en isolement ne lui était pas conservée compte tenu de la forte activité du service.

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 L'INFORMATION GENERALE SUR LES DROITS DES PATIENTS EXISTE MAIS LE LIVRET D'ACCUEIL N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT REMIS

3.1.1 L'information générale sur les droits

Présenté agréablement en format A4 sur du papier glacé, le livret d'accueil comprend vingt-deux pages plus des annexes. Ces annexes sont importantes puisque l'une d'elles indique précisément comment désigner la personne à prévenir et la personne de confiance et comment rédiger ses directives anticipées. Une autre annexe est le document du ministère de la santé intitulé « *Usagers, vos droits-Charte de la personne hospitalisée* ». La troisième annexe est le document intitulé « *Charte de la laïcité dans les services publics* ».

Dans ce livret d'accueil sont rajoutées des feuilles volantes dont deux formulaires à remplir pour désigner la personne de confiance et notamment l'un destiné aux personnes qui sont dans l'impossibilité d'écrire seules. Un autre feuillet décrit les missions de la commission des usagers et indique le nom de ses membres. Enfin un questionnaire de sortie de trois pages est joint sous forme de questions/réponses sur la satisfaction du patient lors de son séjour à l'hôpital.

En page 5 du livret, dans un paragraphe intitulé « *vosre prise en charge* » les différentes mesures d'hospitalisation qui correspondent aux soins sans consentement sont expliquées de façon très voire trop synthétique car en quelques lignes seulement.

Les pages 10 à 12 correspondent au chapitre sur les droits des patients hospitalisés qui sont ainsi recensés : être informé de son état de santé, contester les décisions en utilisant des voies de recours, bénéficier du droit à l'image, être assuré de la confidentialité des informations détenues par les soignants, circuler librement sauf opposition médicale, accéder à son dossier médical, prendre conseil auprès du médecin de son choix, demander des autorisations de sortie. Les adresses postales des autorités compétentes sont clairement indiquées que ce soient celles du tribunal et du juge des libertés et de la détention, de la commission départementale des soins psychiatriques, ou celle du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Aucun document récapitulatif des droits généraux des patients, tels que définis par l'article L 3211-3 du code de la santé publique, n'est remis aux patients.

Contrairement à ce qui est écrit en page 10 du livret d'accueil, l'établissement ne dispose pas d'un règlement intérieur général et ce depuis plusieurs années. En effet, la direction ne souhaite pas en rédiger un car elle pense que, chaque année, il faudrait le réactualiser. Le directeur estime donc que le règlement intérieur est constitué de l'ensemble des règles suivantes : les textes règlementaires et législatifs, la charte du patient, les protocoles, le livret d'accueil et toutes les informations regroupées dans la base de gestion documentaire mise à jour régulièrement dans l'intranet de l'établissement (ENNOV). Pour le personnel en particulier, il existe en plus le « *guide de suivi du temps de travail* » qui est actualisé régulièrement.

En pages 16 à 20 du livret d'accueil, dans les paragraphes intitulés « *vos obligations* » et « *vosre séjour* » l'ensemble des règles de vie collectives et individuelles sont détaillées, s'agissant du tabac, du téléphone, de l'argent, de la banque des patients, de la télévision, de la cafétéria, des visites, des effets personnels, du courrier.

Au sein de toutes les unités (sauf dans l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault), on retrouve un petit catalogue sur les règles de vie propres à chacune d'elles, qui est parfois appelé « *règlement* »

intérieur » ; en effet, les fonctionnements sont très différents d'une unité à l'autre et ces règles internes sont indispensables. Dans l'unité U 5, ces règles sont écrites sur une seule feuille A4 qui est distribuée à l'arrivée du patient, laissée dans les chambres et affichée sur le tableau situé dans le couloir.

Dans l'unité U 4, il y a un règlement intérieur interne daté de 2015, signé par le chef de pôle et le cadre de santé, qui fixe les règles détaillées (sur trois pages) de la vie en collectivité. Ce document est affiché sur la porte de chaque chambre. Il en est de même dans l'unité U 3 qui a collé aussi son propre document dans un couloir de l'unité.

Dans l'unité Henri Wallon, on trouve un ancien document daté de 2012, qui précise que les relations sexuelles sont interdites au sein de l'unité. Dans l'unité U 2, les règles de vie du quotidien, qui sont affichées dans un couloir, principal lieu de passage, ne sont pas remises au patient mais lui sont expliquées le jour de l'admission.

Si le patient ne sait pas lire, les règles de vie sont expliquées oralement au patient et à sa famille éventuellement, le premier jour de l'admission.

Dans certaines unités (U 2, U 3 et U 4), le livret d'accueil est distribué aux patients quand ils arrivent dans l'établissement, sinon il est posé dans leur chambre (U 5). Dans d'autres unités (Gaëtan Gatian de Clérambault), il n'est pas distribué du tout, car quelques exemplaires du livret (pas toujours mis à jour) sont conservés dans le bureau des infirmiers (Henri Wallon).

PROPOSITION 1

Le livret d'accueil, dans lequel sont mentionnées des informations essentielles sur les droits des patients, doit être systématiquement remis à chaque patient à son arrivée dans l'unité.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« depuis février 2017, une procédure de remise du livret d'accueil disponible dans la gestion documentaire informatisée, définit les modalités de diffusion. Celle-ci est à appliquer pour toute admission.

La remise du livret est tracée. Les cas particuliers de non remise du livret sont également notifiés. Ces cas exceptionnels sont liés à l'état clinique des patients ou sont liés à des patients régulièrement ré-hospitalisés.

Un tableau de bord partagé entre l'encadrement paramédical, la Direction des finances, du contrôle de gestion et de la contractualisation (DFCGC) et la Direction qualité permet de suivre le taux de remise des livrets d'accueil et celui de retour des questionnaires de sortie.

Les données par unités fonctionnelles sont intégrées aux tableaux de bord des contrats de pôle et exploitées en réunion de dialogue de gestion. »

3.1.2 L'information sur les droits spécifiques des personnes admises sous contrainte

Aucune notification n'est faite par le secrétariat du bureau des admissions. La notification des droits des personnes admises en soins sans consentement est faite par les infirmiers dans 90 % des cas, lors de l'entretien d'arrivée, dans un bureau réservé.

Les décisions d'admission et les décisions suivantes prises par le préfet ou le juge sont également notifiées par les infirmiers. C'est seulement si l'infirmier a rencontré des difficultés particulières pour effectuer la notification (état ou comportement du patient, incompréhension totale, etc.)

que le cadre de santé sera sollicité pour rencontrer à nouveau le patient et refaire le point sur ses droits, et notamment sur celui de contester les décisions et selon quelles modalités pratiques. Quand le patient a signé les accusés de réception des documents présentés, ceux-ci sont renvoyés par fax au bureau des admissions, qui pourra ainsi valablement remplir le registre de la loi.

La question se pose de savoir si tous les infirmiers ont reçu une formation particulière et adéquate pour notifier les droits des patients de façon complète, compte tenu de la complexité du droit en cette matière. Selon les informations recueillies, tous ont reçu une formation sur les droits des patients en général, mais pas sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement. Certains infirmiers se servent des informations données dans le livret d'accueil, comme base pour notifier les principaux droits, notamment ceux relatifs aux contestations des décisions. D'autres infirmiers vont rechercher les informations dans le serveur commun des professionnels de l'hôpital, ou dans la base documentaire qui est très riche. Mais les connaissances juridiques de chacun sont plus ou moins approfondies sur le sujet.

RECOMMANDATION 2

La responsabilité de notifier les décisions prises dans le cadre des soins sans consentement étant confiée aux infirmiers, ces derniers doivent tous pouvoir bénéficier d'une formation juridique adaptée, notamment dans le cadre de leur formation continue obligatoire.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« l'établissement est réservé sur l'intérêt d'une formation juridique. Il paraît plus adapté de s'assurer de la qualité de l'accompagnement à la notification : dans les cas les plus sensibles, le médecin participe alors à cet accompagnement (notamment dans les cas de refus de sortie pour les SDRE). »

Dans certaines unités, c'est le psychiatre qui est amené à notifier les droits quand il accueille le patient le premier jour. Les certificats médicaux sont lus mais non remis.

Si le patient ne veut pas signer, ce sont deux soignants qui signent le document qui est ensuite envoyé au bureau des admissions. Si le patient n'est pas en état de comprendre la mesure, la notification est retardée de quelques jours. Le patient n'est pas destinataire d'un document particulier faisant un récapitulatif de ses droits.

Avant l'audience devant le juge des libertés et de la détention, le patient est informé par l'infirmier ou le cadre de santé du déroulement de celle-ci et des décisions qui peuvent être prises par le magistrat. Les pièces et convocations sont adressées par fax par le bureau des admissions au secrétariat de chaque unité.

Les décisions du juge sont toutes notifiées avant la fin de l'audience, le juge remet au patient une copie de sa décision sur laquelle figure les voies de recours possibles.

Ces différentes voies de recours sont rappelées par l'infirmier au retour du patient dans l'unité. Les décisions et les certificats médicaux sont remis en copie aux patients qui le souhaitent mais la plupart n'en feraient pas la demande.

Dans certaines unités, le tableau de l'ordre des avocats est affiché dans le couloir central.

Des notifications peuvent être faites aussi le week-end par les infirmiers présents.

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT SUIVIS MAIS LES BILANS SONT TROP MECONNUS DES SOIGNANTS

3.2.1 La gestion des EI, des violences, des incidents

Le signalement des événements indésirables (EI) est assuré *via* le logiciel ENNOV auquel ont accès la plupart des agents – certains agents n'ayant pas de code leur permettant d'accéder aux outils informatiques de l'EPSSM. ENNOV permet à chaque agent de suivre l'état du traitement de la fiche d'EI qu'il a rédigé, ainsi qu'à son cadre de santé. Les agents considèrent que c'est un progrès, même s'ils n'utilisent pas systématiquement cette possibilité et que les commentaires en retour sont trop souvent peu explicites. ENNOV ne permet pas de faire de signalement anonyme, ce qui peut conduire des agents à s'autocensurer.

Chaque pôle désigne un référent paramédical qui participe aux réunions du comité des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS) avec une voix consultative. L'examen de la liste des référents fait apparaître que parmi les six unités visitées par les contrôleurs une seule, l'unité U2, accueillait un des référents dont la mission est notamment de « *sensibiliser les équipes de soins à la gestion des risques et notamment au signalement des événements indésirables* ».

En 2016, 468 EI ont été signalés, 426 en 2017 et 515 en 2018, cependant le périmètre de 2018 avait été élargi par l'absorption de la psychiatrie du CHU de Reims.

Les violences sont rares, les formations à la prévention de la violence portant manifestement leurs fruits.

Les EI graves (EIG) font l'objet d'une analyse approfondie et d'un retour d'expérience (REX) élaboré par le comité des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS). Six EIG ont été ainsi traités en 2017 et ont été portés à la connaissance de la commission des usagers (CDU) à l'occasion de ses réunions.

Le rapport annuel sur les EI comportait en 2017 une présentation par pôle et au sein de chaque pôle par unité. Cette présentation par pôle n'a pas été reprise en 2018. Dans les unités, le personnel non médical à l'exception des cadres ignore le contenu de ces bilans annuels quand il en connaît l'existence.

Le principe d'un seul référent par pôle et l'absence de bilan détaillé par unité en 2018, permettant des comparaisons entre unités, n'encourage pas le personnel à rédiger des fiches d'EI.

RECOMMANDATION 3

Tous les agents doivent avoir la possibilité d'accéder à ENNOV pour signaler des événements indésirables. La possibilité de procéder à des signalements de façon anonyme doit être ouverte. Le personnel non médical doit pouvoir accéder au bilan annuel des événements indésirables de l'EPSMM, bilan comportant ceux des pôles et des unités.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« *la déclaration d'évènement indésirable est accessible à chaque professionnel via le logiciel ENNOV installé depuis juin 2014 sur l'ensemble des postes informatiques de l'établissement. Chaque unité fonctionnelle dispose d'un compte générique permettant aux professionnels de se connecter au logiciel.*

La non-anonymisation de la déclaration est un choix institutionnel du fait de l'absence de visa par l'encadrement. Le nombre croissant de fiches ainsi que leur contenu témoignent de l'acculturation du signalement.

Le suivi du traitement des EI et les actions correctives conduites par les référents dédiés GDR sont consultables directement par les professionnels.

Le COVIRIS réalise le bilan de l'ensemble des évènements indésirables signalés. Le compte-rendu est accessible à l'ensemble du personnel sur la GED. Celui-ci contribue à la définition des orientations stratégiques de l'établissement et l'élaboration du PAQSS.

Les données par unités fonctionnelles sont intégrées aux tableaux de bord des contrats de pôle et exploitées en réunion de dialogue de gestion.

Les modalités de représentation des référents au sein des pôles sont définies depuis 2018, chaque pôle clinique désigne un référent titulaire disposant d'une fiche de mission spécifique. »

3.2.2 Les requêtes et plaintes

La procédure de dépôt d'une réclamation est décrite en page 14 du livret d'accueil sous le titre « Vos plaintes et réclamations ». Dans certaines unités, U2 et Séraphine de Senlis, les noms des membres de la CDU sont affichés. Cette liste est insérée dans le livret d'accueil.

La procédure est conforme à la réglementation en vigueur. La CDU est informée du contenu des plaintes et réclamations, des suites données à l'occasion de ses réunions.

Selon le bilan annuel 2017, trente et une réclamations (dont quatre orales) ont été reçues par la direction de l'EPSMM ; trois ont fait l'objet de médiations médicales, ces médiations ayant été faites sans l'accompagnement du plaignant par un représentant des usagers.

La plupart des réclamations (vingt) portaient sur des aspects médicaux de prise en charge, huit autres sur la vie quotidienne.

Le délai moyen de réponse a été de 11 jours en 2017 ; il était de 18 jours en 2016.

Le bilan annuel 2018 n'était pas disponible lors de la visite des contrôleurs.

3.2.3 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique compte des membres permanents, dont trois personnalités qualifiées comportant un philosophe et un juriste. Jusqu'à sa mutation récente, le président du TGI de Châlons-en-Champagne était ce juriste.

Le comité d'éthique s'appuie également sur des « correspondants éthiques », désignés dans chaque pôle sur la base du volontariat à raison de deux par pôle, un médical et un non médical. Leur rôle est de diffuser les informations émises par le comité d'éthique, d'expliquer aux membres de son pôle les motivations de son comité, de transmettre au comité les thématiques éthiques émergeant des pratiques professionnelles.

En dépit de cette organisation, selon les informations recueillies par les contrôleurs, le comité d'éthique souffre depuis près de deux ans d'un déficit de sollicitations et de questionnements.

Les contrôleurs ont examiné la composition, le règlement intérieur et les comptes rendus des dix comités d'éthique réunis de 2016 à 2018. Ceux-ci sont des rappels de l'ordre du jour assortis d'axes de travail, avec parfois de courtes synthèses sur les questionnements en suspens ; ils ne font pas ressortir sauf exception, la richesse des échanges, dont notamment :

- le 4 octobre 2016, la mise en chambre d'isolement (MCI) ;

- le 28 mars 2017 le traitement du thème de l'hospitalisation des mineurs en secteur adulte ;
- le 26 juin 2018, la place de l'isolement.

Les comptes rendus sont diffusés aux membres du comité mais sont inconnus des soignants, selon ce qu'ont pu constater les contrôleurs.

En juin 2018, le « pilote » du comité d'éthique – à défaut de président – a changé. Les réunions n'ont pas encore repris sur le même rythme.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Les comptes rendus et les débats du comité d'éthique doivent être accessibles à l'ensemble du personnel médical et non médical de l'EPSMM.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« *les comptes-rendus du comité d'éthique sont accessibles à l'ensemble du personnel sur la GED Ennov.* »

3.3 LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST BIEN COMPRIS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT MAIS CETTE PERSONNE EST PEU SOLLICITEE AU COURS DE L'HOSPITALISATION DU PATIENT

Dans le livret d'accueil en page 13, un chapitre intitulé « *vos droits* » indique le rôle exact de la personne de confiance et les modalités pour la désigner ; et pour plus d'informations un renvoi est fait vers le site internet du ministère de la santé www.santé.gouv.fr

Le premier jour de l'arrivée ou quelques jours après, les infirmiers demandent le nom de la personne de confiance qui sera enregistrée immédiatement dans le dossier du patient. Deux formulaires sont mis à disposition dans le livret d'accueil. Le personnel soignant est bien informé sur le rôle de cette personne.

Selon les cas, le patient informe la personne de confiance qu'elle a été désignée ou l'IDE le lui indique par téléphone, le document n'ayant pas à être signé car tout est tracé *via* le logiciel CORTEXTE. L'information sur ce sujet circule bien puisque, dans chaque unité de vingt-trois à vingt-cinq lits, quatorze à vingt-deux patients ont désigné une personne de confiance.

Mais le constat doit être fait que la personne est peu sollicitée par les soignants ou les médecins au cours de l'hospitalisation ; c'est surtout la famille proche qui est contactée et tenue au courant du déroulement de l'hospitalisation et des événements importants qui sont vécus par le patient. Parfois, c'est la personne de confiance qui téléphone d'elle-même pour avoir des nouvelles du patient.

3.4 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS ORGANISE POUR TOUTES LES ELECTIONS

La procédure pour permettre aux patients de voter est mise en place par le bureau des admissions qui, dans un premier temps, rédige une note pour sensibiliser sur le sujet les cadres de santé de chaque unité. Les cadres vont ensuite répercuter l'information aux IDE et une affiche est posée dans les couloirs des unités. Les IDE peuvent ainsi établir une liste de noms de patients intéressés qui est envoyée au bureau des admissions. Celui-ci pourra ensuite contacter le commissariat de police pour que les procurations soient établies, avec la venue d'un fonctionnaire de police au sein de l'unité si nécessaire.

La procédure a été respectée pour les élections présidentielles mais pas pour les législatives ni pour les européennes, « *faute de temps* », le bureau des admissions étant en sous-effectif. Selon les indications recueillies, elle sera à nouveau enclenchée pour les municipales. Pour les dernières élections présidentielles, peu de procurations ont été établies (maximum cinq).

Des permissions de sortie habituelles ont pu être l'occasion pour certains patients d'aller voter directement.

3.5 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT BIEN REPERES

Une assistante sociale intervient auprès de chaque unité et propose une aide ponctuelle, un suivi budgétaire ou une mesure de protection juridique. Les patients sont informés par les agents qu'un médecin peut prendre l'initiative de demander au juge des tutelles de les protéger si leurs facultés mentales ou corporelles sont altérées.

La procédure dure six mois en moyenne actuellement (12 à 18 mois précédemment) : des mesures sont prononcées en urgence lorsque la situation financière des patients est très dégradée.

Une mandataire judiciaire intervient à la fois pour l'EPSMM, le centre hospitalier et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 80 % des patients hospitalisés bénéficient d'une mesure de protection.

Dès que la mesure est prononcée, la mandataire judiciaire reçoit la personne protégée en entretien individuel et lui remet :

- un exemplaire du jugement de la mesure de protection ;
- une notice d'information intitulée « *Livret du majeur protégé* » ;
- la Charte des Droits et Libertés de la personne majeure protégée ;
- le récépissé de la notice d'information, à signer en double exemplaire.

La plupart des unités associe la mandataire judiciaire à la préparation à la sortie du patient en l'invitant aux réunions de synthèse.

Depuis quatre années, la mandataire reçoit les convocations et les décisions du JLD et se déplace aux audiences pour les situations complexes. Elle participe aux audiences pénales lorsqu'un patient est victime ou auteur.

3.6 LA NON-DIVULGATION DE LA PRESENCE EST ORGANISEE MAIS LA PROCEDURE EST MAL CONNUE

Dans le livret d'accueil, en page 14, est écrit dans le thème « *Non-divulgation de présence* » : « *Si vous souhaitez que votre présence dans l'établissement ne soit pas divulguée, vous pouvez le signaler lors de votre arrivée au service des admissions* ».

Les contrôleurs ont constaté, indépendamment du fait que les patients ne se rendent qu'exceptionnellement au bureau des admissions, que les soignants ne connaissent pas le rôle de ce bureau pour ne pas divulguer la présence d'un patient qui en aurait émis le souhait.

Quand ce bureau est saisi, il fait disparaître de la liste des patients accessible au standard téléphonique les noms des demandeurs.

Toute personne appelant le standard de l'extérieur de l'EPSMM est dirigée vers le bureau des admissions quand le nom demandé n'apparaît pas sur le listing. Le bureau des admissions interroge le demandeur et examine la possibilité d'interroger le patient dans son unité. La nuit,

selon les informations recueillies auprès du standard, aucune personne extérieure n'a jamais demandé à joindre un patient.

La situation la plus fréquente est que le demandeur appelle une unité d'hospitalisation. Le soignant connaît en général l'état du patient et, si son état le permet, lui propose de prendre la communication. Théoriquement, les soignants (IDE et AS) qui décrochent le téléphone dans le bureau infirmier connaissent les éventuelles demandes d'anonymisation de présence.

En ce qui concerne les appels des services de police, toute demande pour joindre un patient transite par le bureau des admissions qui exige une réquisition pour donner suite.

RECO PRISE EN COMPTE 3

La procédure de non-divulgence de présence mérite d'être rappelée régulièrement au personnel non médical afin que les demandes soient transmises au bureau des admissions.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« sont accessibles à tout professionnel dans la GED : la charte d'identification faisant mention de la mise en confidentialité depuis octobre 2016. La fiche technique de création d'une identité en cas d'anonymat depuis février 2017. Ce point a été abordé en cellule d'identito vigilance du 27 septembre 2019 et un rappel a été effectué par le médecin identitovigilant auprès de l'ensemble des médecins internes, encadrement paramédical et secrétaires médicales le 30 septembre 2019. »

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES, QUI A DE LA PEINE A RECRUTER UN PSYCHIATRE EXERÇANT EN LIBERAL, SE REND DANS L'ETABLISSEMENT REGULIEREMENT DEUX FOIS PAR AN

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présente au sein de l'établissement au moins deux fois par an, sur chacun des deux sites de l'établissement. Sous la présidence d'un médecin psychiatre de l'hôpital, elle comprend cinq autres membres : la présidente du tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne, un médecin généraliste et des représentants de l'UNAFAM et de l'association France Asso Santé. Le poste de psychiatre exerçant en libéral est vacant depuis plusieurs années, faute de candidat intéressé par la mission.

Au moment du contrôle, le représentant de l'UNAFAM venait de démissionner pour des raisons personnelles, son remplaçant étant déjà connu.

La prochaine venue de la CDSP était programmée pour une demi-journée de la semaine suivante, sa venue précédente datant du 28 novembre 2018 en présence de cinq (sur six) de ses membres. Elle prévoit d'afficher l'information de sa venue dans les couloirs des unités. Les contrôleurs ont pu constater que cette date était connue dans certaines unités mais pas dans toutes ; quelques patients (cinq à l'unité 5 par exemple) s'étaient déjà inscrits pour avoir un entretien avec l'un de ses membres.

A chaque visite, les membres de la commission rencontrent en moyenne une douzaine de patients qui sont reçus dans les unités dans le salon des familles ou dans le bureau des infirmiers ou dans un bureau réservé aux entretiens médicaux.

La lecture du dernier compte rendu établi pour la commission du 28 novembre 2018 aboutit aux constats suivants :

- la visite commence par une étude des registres de la loi ;
- les dossiers de nombreux patients sont examinés (soixante-dix-sept) ;
- des patients en soins sans consentement (dix) ont été entendus par la commission divisée en deux groupes ;
- les conclusions des entretiens sont synthétisées en indiquant si la mesure doit être maintenue, après avoir précisé le statut juridique de la personne entendue et les doléances ou le comportement du patient. La plupart souhaitait une mainlevée de leur mesure de soins.

S'agissant des décisions prises par la commission à l'issue de sa visite, il est indiqué dans le procès-verbal qu'aucune saisine n'a été faite ni au préfet ni au procureur de la République.

Par ailleurs, la commission n'a enregistré aucune plainte. Elle n'a fait aucun commentaire sur la qualité de la tenue des registres car elle estime que tout est parfaitement rédigé (entretien téléphonique avec la présidente de la commission). Quand elle est saisie par courrier, la commission y répond, sauf si la personne est susceptible d'être entendue lors de son passage dans l'établissement.

Selon les informations recueillies, la commission a abordé la question de l'isolement et de la contention, il y a environ 6 mois avec la présentation du registre numérisé ; aucun compte-rendu particulier sur le sujet n'a été communiqué.

4.2 LES USAGERS OCCUPENT L'ESPACE QUI LEUR EST ATTRIBUE MAIS LEURS ASSOCIATIONS SONT INCONNUES DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS

4.2.1 La place des usagers

Les représentants des usagers au conseil de surveillance, désignés par le préfet, sont la présidente de l'ADAPEI⁵ Marne et le vice-président de l'UNAFAM⁶ Marne. Ces deux personnes participent également à la commission des usagers (CDU) avec un autre membre de l'UNAFAM et un membre de JALMAV⁷.

La CDU se réunit régulièrement – quatre fois en 2017 et davantage en 2018 – car elle a été mise à contribution pour préparer la certification conduite par la Haute autorité de santé (HAS).

A titre d'exemple, les points suivants ont été portés à l'ordre du jour de la réunion de la CDU du 14 juin 2018 :

- le point sur les plaintes et réclamations ;
- l'exploitation des questionnaires de satisfaction du premier trimestre ;
- le suivi des EI graves ;
- la démarche de certification et la mise à jour du compte qualité « droits des patients » ;
- le livret d'accueil de l'addictologie ;
- un point d'avancement sur le livret d'accueil du SMPR ;
- l'évaluation de la satisfaction des patients (majeurs et mineurs) pris en charge dans les CMP ;
- le retour sur la réunion de la CDU du GHT, la présentation de son règlement intérieur ;
- questions diverses : le projet des usagers ;
- le planning des futures réunions de la CDU en 2018.

Les représentants des usagers, membres de la CDU, sont destinataires de l'ordre du jour des réunions mais découvrent les documents à examiner en arrivant en réunion. Cette méthode ne leur permet pas de porter un avis approfondi sur ces documents.

Les contrôleurs ont constaté que le personnel soignant ne connaissait pas les membres de ces associations car ils ne viennent ni dans les unités ni à la cafétéria.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les documents à examiner pendant les réunions de la CDU doivent parvenir aux représentants des usagers, membres de la CDU, en même temps que l'ordre du jour. Les membres des associations représentant les usagers doivent tenir des permanences au sein de l'EPSMM afin de rencontrer des patients et leurs familles.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« les documents afférents aux points des ordres du jour de la CDU sont majoritairement adressés préalablement aux réunions. Lors de la CDU du 19 septembre 2019, il a été acté d'y ajouter systématiquement le tableau de suivi des plaintes/réclamations. »

⁵ ADAPEI : association départementale de parents et amis de personnes handicapées mentales.

⁶ UNAFAM : union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

⁷ JAMALV : Jusqu'À La Mort Accompaner La Vie.

Il est fait mention des coordonnées des associations de patients et d'usagers page 20 du livret d'accueil.

Des locaux ont été mis à la disposition des associations sur le site chalonnais hôpital Pierre Briquet et sur le site rémois de la clinique Henry Ey pour y tenir des permanences. La fréquence de celles-ci dépend évidemment de l'UNAFAM et de ses membres (seule association représentante des usagers) et non de l'EPSMM. »

4.2.2 Le questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est inséré dans chaque livret d'accueil.

La direction de la qualité exploite les retours des unités mais les retours des unités de moyen et long séjour (Henri Wallon, Gaétan Gatian de Clérambault, Séraphine de Senlis) sont rares voire exceptionnels et, par ailleurs, inexploités. Dans ces unités, les questionnaires de satisfaction ne sont pas diffusés aux patients ni à leurs proches – les livrets d'accueil n'étant pas délivrés.

Le nombre de retours des questionnaires a cru entre 2016 et 2018.

Le résultat des questionnaires fait ressortir pour l'année 2018 des points forts de satisfaction, quand le taux de satisfaction (somme des « satisfaits » et « très satisfaits ») est supérieur à 80 % et les points à améliorer, quand le taux d'insatisfaction est supérieur à 15 %.

On note les points forts suivants :

- l'accueil et l'admission : les modalités de déplacement dans l'établissement, l'information sur le mode d'hospitalisation, la possibilité de désigner une personne de confiance et celle de déposer des objets en sécurité ;
- la prise en charge : l'information sur le déroulement de l'hospitalisation, sur l'état de santé, sur les traitements et examens prescrits, la facilité pour rencontrer les médecins, les échanges avec le médecin sur la santé et le traitement, le respect des patients ;
- la sortie : les modalités de préparation, l'information sur la continuité des soins après l'hospitalisation ;
- les conditions de séjour : l'intimité lors des soins, de la toilette et des consultations, l'hygiène des locaux.

Les points faibles concernent, d'une part, la prise en charge (prise en considération d'un autre problème de santé, prise en charge de la douleur physique, recueil de l'accord du patient pour la promulgation des soins par un étudiant), d'autre part, les conditions de séjour (restauration, nuisances sonores).

BONNE PRATIQUE 2

Les questionnaires de satisfaction des unités de court séjour sont exploités et des axes de travail dégagés selon une méthodologie affichée.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI QUI SONT COMPLETES CHAQUE JOUR AVEC ATTENTION PERMETTENT DE SUIVRE AISEMENT SUR LE PLAN JURIDIQUE LE DEROULEMENT DU SEJOUR DES PATIENTS

Les registres de la loi sont conservés dans le bureau des admissions qui est dans un bâtiment situé à quelques centaines de mètres de la porte d'entrée. Les patients ne s'y rendent jamais. Le service, qui s'occupe également de la facturation, comprend théoriquement sept

personnes polyvalentes mais deux d'entre elles sont en congé de maternité. Un agent recruté à mi-temps pendant deux mois est chargé de tenir à jour les registres, ce qu'il fait avec beaucoup d'attention et de soin.

Les contrôleurs ont examiné les quatre derniers registres portant les numéros 56 à 59, concernant les patients admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat. La date d'ouverture de ces registres par le maire de Châlons-en-Champagne n'a pas été mentionnée et, s'agissant de l'année 2019, ils n'ont été visés ni par le représentant du préfet ni par le représentant du procureur de la République ni par les membres de la CDSP.

Les registres sont très clairs et propres, faciles à consulter car il n'y a quasiment aucune mention manuscrite : tous les documents médicaux et juridiques ont été copiés en format réduit puis découpés avant d'être collés ou agrafés sur chaque page, sans se chevaucher, laissant ainsi apparaître les dates importantes.

Pour chaque patient, quatre pages peuvent être utilisées sur lesquelles sont regroupés : les certificats médicaux des 24h et 72h (nom de médecins différents), les certificats de demande de transfert, les certificats mensuels, les certificats pour les autorisations de sortie accompagnée, les certificats de situation, les certificats de sortie pour des consultations extérieures, les décisions du juge des libertés et de la détention (le dispositif seulement), les arrêtés du préfet, les arrêtés provisoires du maire, les décisions prévoyant le programme de soins . La date exacte de notification de ces arrêtés est indiquée à la main.

Toutes les mentions concernant l'identité des patients sont renseignées, à l'exception de leur profession. Il est parfois mentionné qu'une mesure de tutelle a été prise mais sans indication sur la date ou l'organisme désigné.

Les registres ont été signés par les autorités au cours des années 2017 et 2018 : les 13 décembre 2017, 20 juin 2018 et 28 novembre 2018 par un membre de la CDSP et le 5 octobre 2018 par le substitut du procureur de la République.

La présidente du tribunal de grande instance et le procureur de la République ont effectué le 29 avril 2019 une visite (non programmée) de l'UMD qui fait partie intégrante de l'EPSMM. La présidente du tribunal, par ailleurs membre de la CDSP, préside chaque fois que cela est nécessaire (JLD indisponible) les audiences en qualité de juge des libertés et de la détention.

4.4 LES PERSONNES EN PROGRAMME DE SOINS REPRESENTENT UN TIERS DU NOMBRE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.4.1 Les modalités des sorties de courte durée

Les sorties d'une durée inférieure à 12 heures sont sollicitées fréquemment et les cadres de santé s'organisent en conséquence, malgré des effectifs restreints, pour qu'un soignant soit toujours disponible pour assurer l'accompagnement nécessaire. Ces sorties peuvent aussi être l'occasion d'organiser une activité avec plusieurs patients (randonnées, visites culturelles, etc.), ce qui est une préparation à la sortie, puisque le comportement du patient est évalué. Pour d'autres patients, ces sorties pendant quelques heures avec un infirmier sont l'occasion d'aller découvrir des structures spécialisées ou des familles d'accueil, en vue de la préparation d'un projet de sortie.

Les sorties non accompagnées inférieures à 48 heures sont moins nombreuses et se heurtent parfois au refus du préfet qui peut avoir demandé l'avis d'un second médecin.

Quand le tiers n'est pas la personne qui va prendre en charge le patient, il est prévenu par l'infirmière.

La cafétéria se trouve dans le parc. Au moment du contrôle, quelques patients n'étaient pas autorisés par leur médecin à sortir de l'unité. Le fait de ne pas avoir accès à la cafétéria, lieu connu de tous car très convivial et chaleureux et de ne pas pouvoir se déplacer seul dans le parc, est souvent très mal vécu par les patients.

Pour les personnes en soins sans consentement, l'autorisation de sortir dans le parc est donnée par le directeur de l'établissement après l'avis du médecin sur les risques de « fugue » (cf. *infra* § 7.3.1).

4.4.2 Les programmes de soins

Les personnes bénéficiaires d'un programme de soins sont peu nombreuses : 40 programmes de soins sur 126 personnes admises en soins sans consentement.

La question se pose de la réelle évaluation qui peut être faite pendant le programme de soins et quelques médecins proposent d'établir une grille d'évaluation pour un meilleur suivi des patients concernés.

En page 22 du livret d'accueil, au chapitre intitulé « *votre sortie* », il est indiqué qu'après son hospitalisation la poursuite des soins peut être assurée en ambulatoire au sein de nombreuses structures que sont le centre médico-psychologique (CMP), le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel « CATTP », l'hôpital de jour (HDJ), les appartements et les ateliers thérapeutiques, l'accueil familial thérapeutique. Ces structures sont nombreuses dans le département.

Selon les informations recueillies, les médecins de l'hôpital préfèrent, chaque fois que cela est possible, lever complètement la mesure, après avoir bien préparé le patient au retour à son domicile ou dans un autre lieu d'hébergement.

Sur quinze dossiers examinés, on relève que, dans les programmes de soins, sont prévus : une consultation mensuelle avec le psychiatre (quinze dossiers) , une présence à l'hôpital de jour pendant quelques jours par semaine (deux dossiers), une présence au CATTP plusieurs fois par mois (quatre dossiers), des soins infirmiers plusieurs fois par semaine ou par mois (neuf dossiers), un séjour dans un appartement thérapeutique (un dossier), des soins dans l'atelier thérapeutique (un dossier), un suivi dans un CMP (quatre dossiers), des visites à domicile par l'infirmière (quatre dossiers). Les prescriptions pour un retour jour et nuit à l'hôpital plusieurs fois par mois sont très peu prononcées.

Il a aussi été indiqué que lorsque le patient ne respecte pas le programme mis en place, le retour à l'hospitalisation complète est difficile à mettre en œuvre ; parfois, il faut aller chercher la personne à son domicile avec plusieurs soignants et la police, ce qui peut être traumatisant.

4.4.3 La préparation de la levée de la mesure

Les préparations pour la levée des mesures sont discutées toutes les semaines pendant les réunions institutionnelles pluridisciplinaires, lorsque tous les psychiatres sont présents dans l'unité. Les contacts sont pris facilement avec les structures extérieures car, le plus souvent, les psychiatres travaillent à temps partiel sur l'extra hospitalier.

Pour les patients admis en SDRE, il arrive que le préfet exige un second avis médical.

Certains patients sont en attente de place dans des hébergements spécifiques, comme les établissements médico-sociaux de type maison d'accueil ou foyers spécialisés ; d'autres patients

doivent auparavant avoir une domiciliation dans un centre communal d'action sociale (CCAS), en vue d'une inscription pour certains types de logements sociaux, s'agissant notamment des personnes sans domicile fixe.

Pour les patients de l'unité 2, leur sortie de l'unité dépend de leur capacité à conserver une plus ou moins grande autonomie dans les actes de la vie quotidienne ; ils pourront alors être orientés dans une unité de moyen-long séjour (Séraphine de Senlis) ; d'autres patients pourront être dirigés vers des structures-relais comme la Maison communautaire d'Épernay.

Le retour au domicile est le souhait de nombreux patients, mais cela ne sera souvent possible que si le patient accepte un suivi ambulatoire avec des consultations dans un centre médico-pédagogique (CMP) ou un centre d'accueil thérapeutique (CATTP).

Selon la ville concernée (Châlons par exemple), des réunions hebdomadaires, sont organisées avec le CATTP de secteur pour prévoir les possibilités de prise en charge.

Durant l'année 2018, trente-trois personnes ont été convoquées par le juge des libertés et de la détention (JLD), alors que la mesure d'hospitalisation avait déjà été levée.

4.4.4 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé doit se réunir pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de soins sans consentement dans le cadre d'une hospitalisation, complète ou sous la forme d'un programme de soins, prise par le directeur de l'établissement après le délai d'un an, et également avant le contrôle du JLD pour les patients hospitalisés à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.

La responsable du bureau des admissions a des difficultés à réunir toutes les personnes qui doivent faire partie du collège, du fait du manque de psychiatres disponibles. Toutefois, comme le bureau informe très tôt le cadre de santé de l'unité concernée, le collège peut toujours être formé, avec des membres différents, afin de répartir équitablement cette charge sur le petit nombre de médecins présents.

Le collège est composé de trois personnes dont deux médecins psychiatres, la troisième personne étant souvent un cadre de santé.

L'audition du patient par les membres du collège est, en règle générale, réalisée lors de la réunion et la signature des trois membres figure sur le document envoyé au juge.

4.5 L'HOPITAL A BIEN ORGANISE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVANT L'AUDIENCE MAIS LA SALLE MISE A DISPOSITION, PAS SUFFISAMMENT AMENAGEE, EST PEU ACCUEILLANTE

En application d'une convention signée le 1^{er} septembre 2014, le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance de Châlons-en-Champagne tient deux audiences par semaine, le lundi et le jeudi, dans une salle d'audience aménagée au sein de l'hôpital.

Annoncée à l'intérieur de l'hôpital, la salle d'audience se trouve tout au fond de l'immense parc dans un bâtiment en préfabriqué en très mauvais état (revêtements qui s'effritent, murs défraîchis). D'une grande dimension (plus de 40 m²) et équipée de cinq rangées de sièges en plastique, la salle est triste, très chaude en été et peu conviviale même si le patient peut se rapprocher du bureau de la présidente pour mieux comprendre ce qui est dit. Le magistrat, le greffier et l'avocat ne portent pas leur robe professionnelle. L'audience se déroule porte fermée.

La salle d'attente pour les patients est trop petite puisque tout le monde ne peut pas s'asseoir. Compte tenu de la distance à parcourir depuis chaque unité, chaque patient est accompagné par au moins deux soignants, plus le chauffeur du véhicule de l'hôpital qui est indispensable.

RECOMMANDATION 4

La salle utilisée pour les audiences du juge des libertés et de la détention et la salle d'attente pour les patients et les soignants doivent être déplacées dans un autre bâtiment pour un meilleur confort matériel de tous.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« un déménagement est souhaité : différentes hypothèses sont travaillées dans le cadre du plan directeur 2018-2023. »

Nombreux sont les patients qui se présentent à l'audience en pyjama parce qu'ils sont placés en chambre d'isolement ou parce qu'ils ne sont pas autorisés temporairement à porter leurs propres vêtements (sur prescription médicale) : trois patients sur cinq portaient un pyjama, le jour du contrôle, les deux autres étaient en jogging et chaussons.

Le nombre de dossiers examinés est variable : six dossiers l'ont été à l'audience tenue pendant le contrôle ; cinq patients étaient présents, le sixième ayant refusé de se présenter ; le JLD a confirmé toutes les mesures d'hospitalisation complète.

Les dossiers préparés par le bureau des admissions sont envoyés par mail crypté au greffe du JLD mais les certificats médicaux arrivent souvent très tardivement par fax, parfois la veille de l'audience après 17h.

Les tuteurs sont systématiquement convoqués si le greffe du juge dispose de ce renseignement, ce qui n'est pas toujours le cas. Les tuteurs sont peu présents en général ; mais selon les informations recueillies, ceux qui représentent l'union départementale des associations familiales (UDAF) se déplacent systématiquement depuis environ deux mois et déposent même un rapport écrit très utile pour le patient, rapport qui est joint à son dossier judiciaire.

Les soignants sont présents dans la salle d'audience et sont parfois amenés à prendre la parole sur interpellation du juge. Celui-ci, après avoir rappelé au patient son rôle et les décisions qu'il peut prendre, lui indique le contenu des certificats médicaux et lui donne la parole pour qu'il expose, en prenant son temps, les raisons pour lesquelles il est hospitalisé. Le parquet absent à l'audience, laisse un avis écrit dans le dossier.

Les infirmiers ou les cadres de santé préparent le patient avant l'audience pour lui expliquer le rôle du juge et la façon dont elle va se dérouler, ainsi que les questions qui pourraient lui être posées ; très peu de patients refusent de s'y rendre après avoir plus ou moins bien compris l'importance de cette audience. Les convocations pour l'audience arrivent parfois très tard dans l'unité, soit moins de 48 heures avant l'audience.

Presque tous les patients sont présents à l'audience, puisqu'ils peuvent venir en pyjama et en chaussons, la politique des médecins de l'hôpital étant de ne quasiment jamais délivrer de certificats d'incompatibilité.

L'avocat commis d'office est présent dans la salle d'attente une demi-heure avant l'audience, qui commence à 9h. Il voit tous les patients dans un des bureaux du bâtiment, les entretiens se déroulent en toute confidentialité. Ces entretiens sont brefs, soit entre dix et vingt minutes, car chaque patient est entendu pendant que le juge délibère sur l'affaire précédente.

En effet, après chaque dossier, le juge demande à toutes les personnes présentes de quitter la salle d'audience afin qu'il délibère. Seule la greffière est présente. Au bout d'environ quinze minutes, le juge rappelle le patient et lui donne sa décision, lui remet une copie de sa décision et lui fait signer un accusé réception. Il demande au patient de relire sa décision plus tard en prenant son temps et en étant accompagné de son infirmier qui lui en expliquera les motifs. Le magistrat indique rapidement au patient les voies de recours qu'il peut utiliser contre la décision. Quand le patient retourne dans son unité, il revient donc à l'infirmier d'expliquer, avec plus ou moins de facilités, les motifs de la décision du juge et de l'aider à faire appel s'il en éprouve le besoin.

Le 5 juin 2019, la présidente du tribunal de Châlons-en-Champagne a organisé une réunion de coordination au sein même de l'établissement, avec notamment deux psychiatres, les quatre juges chargés du contentieux et leur greffe, l'ARS et la responsable du bureau des admissions. Compte-tenu de l'arrêt-maladie du JLD statutaire, quatre autres magistrats ont repris la fonction et président à tour de rôle l'audience (ordonnance de roulement de la présidente du tribunal).

Selon les statistiques communiquées par le greffe du JLD pour l'année 2018, 121 audiences ont été tenues à l'hôpital pour traiter 405 dossiers sur lesquels 20 appels ont été formés auprès de la cour d'appel de Reims. Le juge a ordonné 31 fois la mainlevée de la mesure et l'a maintenue 337 fois ; pour les autres dossiers, le juge a prononcé des irrecevabilités, des jonctions ou constaté son dessaisissement. Le juge n'a ordonné aucune expertise médicale complémentaire.

Le barreau de Châlons-en-Champagne comprend une soixantaine d'avocats, parmi lesquels une quinzaine se sont portés volontaires pour assister, à tour de rôle (permanence sur une semaine), les patients qui se présentent à l'audience du JLD. Les dossiers sont dématérialisés avant d'être communiqués aux avocats.

Quelques avocats demandent, depuis peu, à consulter un extrait du registre de l'isolement et de la contention, pour vérifier les noms des médecins prescripteurs (praticien hospitalier ou interne) les conditions et la durée du placement de la personne placée en chambre d'isolement.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA SECURISATION DU DOMAINE N'EMPECHE PAS QUE LA QUASI-TOTALITE DES UNITES SOIENT FERMEES

Les unités d'hospitalisation sont implantées dans un vaste domaine entouré de murs et de clôtures. Ce domaine est parcouru par des voies de circulation qui permettent de se rendre en voiture depuis la partie historique de l'hôpital où sont rassemblés les services administratifs – notamment la banque des patients et le service des admissions qui sont très excentrés – jusque dans les unités les plus récemment refaites qui sont situées à l'extrémité.

Du fait d'une telle configuration propice aux intrusions intempestives de personnes – la cafétéria et les unités du pôle châlonnais (U3, U4) sont considérées comme les points les plus sensibles car les patients sont mieux connus de la population locale – et dans le cadre du plan Vigipirate, l'établissement a élargi le champ de compétence de son équipe de sécurité incendie⁸. Son personnel procède désormais à un véritable contrôle des accès par véhicules au niveau d'une barrière, dont le franchissement n'est opéré qu'après que le visiteur a décliné son identité auprès de l'agent de sécurité présent dans une guérite (jusqu'à 22h). Le personnel piéton dispose d'une autre entrée, dont le portail s'ouvre avec un badge nominatif.

Le contrôle d'accès et les rondes de surveillance réalisées dans le domaine par l'équipe de sécurité, ainsi que l'installation d'une vidéosurveillance dans les parkings de stationnement, ont contribué, de l'avis de toutes les personnes rencontrées, à la diminution des trafics au sein de l'établissement.

Pendant la semaine du contrôle, tout visiteur circulant dans cet agréable domaine a été à même de constater qu'on y croisait toutefois peu de patients. La raison en est que **toutes les unités étaient fermées, à l'exception de l'unité U5, et que les patients, y compris ceux en soins libres, devaient solliciter le personnel soignant pour leur ouvrir la porte au départ et au retour**. Le règlement intérieur de l'unité U4 est formel : « *Pour des raisons de sécurité, l'entrée de l'unité est fermée en permanence. Les autorisations de sortie sont prescrites par le médecin. Adressez-vous à l'infirmière pour l'ouverture de la porte* ».

Le motif de protection des patients, notamment au regard du risque de fugue, est le plus souvent mis en avant pour justifier la fermeture des unités ou, comme dans les unités U2 et Séraphine de Senlis, du fait de la présence de « patients désorientés » ; lors du contrôle, douze sur vingt-cinq patients de l'unité Séraphine de Senlis, soit la moitié de l'effectif, n'étaient pas autorisés à sortir seuls.

D'autres raisons sont aussi évoquées : aux unités U3 et U4, la fermeture est liée à la présence d'une zone de soins intensifs et de la possibilité pour les patients qui y sont placés, lors de plages d'ouvertures séquentielles, de circuler librement dans le reste de l'unité ; selon les indications

⁸ L'équipe de sécurité est composée de dix-huit hommes, présents 24h/24. Le personnel des unités fait appel à eux, en soutien, sans toutefois intervenir directement auprès des patients, notamment lorsqu'est annoncée l'admission d'une personne agitée ou pour sécuriser l'intervention d'un soignant dans une chambre d'isolement. La sécurité se rend également dans les unités pour récupérer un objet illicite ou un produit toxique ou dès le déclenchement d'une alarme du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI). Il peut être fait appel à ses services pour un besoin de sécurisation de l'équipe soignante mais sans contact direct avec le patient. La disparition d'un patient lui est signalée ; quand une personne est ainsi interpellée, elle est invitée à accompagner l'agent de sécurité dans le local du standard et y attendre l'arrivée des soignants de son unité.

recueillies, le projet en cours d'une nouvelle zone sécurisée permettrait d'ouvrir l'unité. Confrontée à une situation analogue, l'équipe de l'unité Henri Wallon a imaginé l'organisation suivante : l'unité est ouverte sauf quand un patient en chambre sécurisée est autorisé à sortir ; dans ce cas, les autres patients peuvent en journée, en dehors des heures de repas, circuler librement dans l'unité et dans le parc de l'hôpital. Par ailleurs, la sortie dans le parc d'un patient en SDRE, notamment pour se rendre à la cafétéria, est conditionnée à une décision de la direction et à l'accompagnement d'un soignant.

Par exception, la porte principale de l'unité U5 est ouverte de 7h à 21h (après le dîner), sans que la libre circulation des patients n'ait donné lieu à plus d'incidents ou de trafics.

RECOMMANDATION 5

Les restrictions pour les personnes en soins libres ne doivent être qu'exceptionnelles et, comme pour les personnes en soins sans consentement, strictement justifiées par leur seul état clinique. Une réflexion doit être conduite afin d'ouvrir l'ensemble des unités.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« la fermeture ponctuelle des unités accueillant des patients en soins libre a été préférée dans le projet médical à la création d'une USIP beaucoup plus stigmatisante pour les patients.

Le CGLPL a pu se rendre compte lors des visites qu'à tout moment un patient en soins libre peut demander à sortir lorsque l'unité est provisoirement fermée.

La création prochaine de lits de psychiatrie de la personne âgée devrait permettre d'éviter la fermeture des unités en raison du risque de fugue de patients âgés désorientés.

La "politique pour limiter le recours à l'isolement et la contention" partie "liberté d'aller et venir" est en cours de formalisation. »

Indépendamment des règles d'ouverture des unités, des raisons cliniques justifient aussi l'interdiction faite à des patients de sortir de leur unité. A l'unité U5, la mise en pyjama entraîne, de fait, une interdiction de sortir.

Toutes les unités sont dotées en leur sein d'un espace extérieur, où les patients peuvent aller librement dans la journée, voire dans la nuit, notamment pour y fumer. Les unités U3 et U4 dispose ainsi d'un patio central en carré, ouvert entre 7h et 23h ; les patients de l'unité Séraphine de Senlis peuvent accéder à un jardin intérieur, entre 8h et 22h30 ; l'unité U5, compte deux patios, ouverts jusqu'à 23h, qui sont petits mais agréablement aménagés, à l'exception d'une absence de protection contre le soleil ou la pluie. Le jardin avec patio et terrasse couverte offre aux patients de l'unité U2 un cadre agréable. Celui de l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault est ouvert à la diligence des soignants, quand la météo est correcte.



Patio de l'unité U3 (à gauche) de l'unité Henri Wallon (à droite)

5.2 LES PATIENTS AFFECTES DANS LES CHAMBRES SECURISEES DES UNITES DE SOINS PROLONGES SONT CONFRONTES A DE SEVERES CONTRAINTES DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE

5.2.1 La liberté de circulation au sein des unités

Dans la plupart des unités, les patients peuvent librement rejoindre leur chambre dans la journée hormis pendant le nettoyage par les ASH. La période de fermeture est plus longue dans les unités Henri Wallon et Gaëtan Gatian de Clérambault où l'accès aux chambres est en principe interdit entre 9h-9h30 et 13h sauf exception pour les patients ayant besoin de se reposer. Le règlement intérieur de l'unité U4 indique que la présence en chambre est « *indispensable* » entre 9h et 12h pour la grande visite médicale du vendredi.

Les règlements intérieurs des différentes unités – à l'exception de Gaëtan Gatian de Clérambault qui n'en a pas – mentionnent des horaires quasi identiques pour l'organisation de la journée, ce qui n'empêche pas une certaine souplesse dans la gestion du temps, notamment dans les horaires de levers et couchers. Selon les unités, le petit-déjeuner est servi entre 8h et 8h30 (jusqu'à 9h30 à Gaëtan Gatian de Clérambault), le déjeuner aux alentours de 12h15 et le dîner s'échelonne entre 18h15 et 19h30. Les patients sont invités à regagner leur chambre vers 23h, ce qui correspond à la fin de la première partie du programme de télévision de la soirée : « *la télévision est éteinte après le 1er film* » (« *à la fin du deuxième film* » à l'unité U5).

Cependant, la liberté d'aller et de venir au sein de l'unité est considérablement restreinte pour les patients des unités de soins prolongés affectés dans des chambres dites « sécurisées », qui sont intégrées dans un espace de vie adapté isolé du reste de l'unité. Il existe dix chambres sécurisées dans l'unité Henri Wallon, six dans l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault et cinq dans l'unité Séraphine de Senlis. Ces chambres sont réservées aux patients présentant des troubles du comportement continus ou passagers nécessitant une surveillance particulière avec possibilité d'isolement thérapeutique temporaire ou continu (cf. *infra* § 8.1).

Les patients de ces chambres n'ont pas accès aux commandes des volets et des éclairages, qui sont dans le couloir, et leur placard individuel ne se trouve pas dans leur chambre (dans le sas à l'unité Henri Wallon, dans le couloir à l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault et à l'unité Séraphine de Senlis).

La gestion du secteur fermé varie selon des horaires adaptés pour chacun des patients. En fonction de son état clinique et donc de la fermeture de la porte de sa chambre par les soignants,

le patient peut sortir de sa chambre et accéder au hall d'accueil. Le plus souvent à l'unité Henri Wallon, toutefois, il a été constaté que la porte du couloir pour rejoindre les parties communes de l'unité était fermée et que les patients autorisés à sortir de leur chambre étaient cantonnés au sein du secteur (espace vie et salle de télévision ouvrant sur la terrasse couverte et au jardin fermé attenant) ; cette disposition permettant de laisser ouverte la porte de l'unité pour les patients des chambres non sécurisées. Le plus souvent à Gaëtan Gatian de Clérambault, en journée les portes des chambres sécurisées sont ouvertes – à l'exception de deux (un patient violent et une patiente demandant à être enfermée et contentionnée) – et les patients ont la possibilité non seulement de circuler dans le reste de l'unité mais aussi de prendre l'air en se rendant dans une cour directement accessible depuis chaque chambre.



Le jardin clos attenant aux chambres sécurisées de l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault

L'estimation médicale de l'état clinique détermine également l'ouverture ou non de la chambre sécurisée. Quand la porte des sanitaires est ouverte dans l'unité Henri Wallon ou quand la seconde porte du sas est ouverte dans les unités Séraphine de Senlis et Gaëtan Gatian de Clérambault, le patient peut accéder librement à son sanitaire ; dans le cas contraire, il ne le peut pas, c'est pourquoi une chaise percée est mise dans la chambre.

En outre, dans l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault, la non-accessibilité du sanitaire depuis la chambre ne permet pas d'utiliser l'unique bouton d'appel qui est installé dans le sanitaire et non dans la chambre. Les patients des chambres sécurisées y sont exclusivement affectés et aucune chambre ordinaire ne leur est réservée dans l'unité. Ils y sont soumis à de sévères restrictions dans leur vie quotidienne alors qu'ils sont, pour la plupart, sous le statut de soins libres (SL).

RECOMMANDATION 6

Dans les unités de soins prolongés, les patients placés dans les chambres « sécurisées » subissent une atteinte importante de leur liberté d'aller et de venir. Les conditions d'affectation et de gestion de ces chambres sont à revoir.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« dans les unités de soins prolongés (de Clérambault et Séraphine, par exemple), les modalités de prescriptions médicales concernant les prescriptions d'isolements séquentiels ont fait l'objet d'adaptation par rapport aux dispositions définies dans le protocole institutionnel en vigueur. En effet, ces dernières étaient inadaptées à la pathologie et à l'accompagnement de ces patients dont les médecins apprécient les besoins de tranquillité et la mise à l'écart d'autres patients. De

ce fait, un document a été élaboré et validé par la CME concernant ces pratiques d'isolement séquentiel. La réflexion institutionnelle spécifique engagée concernant les unités de soins prolongées se poursuit en lien avec la décision d'identification et de gestion des chambres d'isolement validée en directoire du 4 octobre 2019. »

5.2.2 La consommation de tabac

Elle n'est pas libre dans les unités de soins prolongés. Les unités Gaëtan Gatian de Clérambault et Henri Wallon interdisent la consommation de tabac dans leur jardin. Au moment du contrôle, seuls deux patients de l'unité Séraphine de Senlis étaient autorisés à fumer et conserver leur tabac librement ; la gestion du tabac des autres patients était assurée par le personnel, « afin d'éviter des tensions entre patients et surconsommation ».

Dans les autres unités, la règle générale, au sein des autres unités, est de laisser les patients fumer librement dans les espaces extérieurs, sauf interdiction pour des raisons médicales. Selon les unités, les briquets sont laissés en principe aux patients (unité U3), peuvent leur être retirés (unité U5) ou sont gardés par les soignants (Unités U4, Henri Wallon).

Les patients fument dans les patios, ouverts en permanence (unité U3) ou seulement en journée (unité U4) ou jusqu'aux alentours de 22h30 (Séraphine de Senlis). Tous sont équipés de cendriers et d'allume-cigarettes, ceux-ci pas toujours en état de fonctionnement. Les patients en chambres sécurisées de l'unité Henri Wallon peuvent fumer dans la cour intérieure qui leur est réservée.

La consommation de tabac peut être rationnée en cas de surconsommation et de sollicitations excessives dont peuvent être victimes certains patients. Les soignants conservent alors leurs paquets de cigarettes. Le médecin de l'unité Henri Wallon décide, pour chaque patient, le mode et le nombre de cigarettes distribuées.

La cafétéria ne vend pas de cigarette ni de tabac. Le tabac est acheté par le patient lui-même, notamment lors de ses déplacements vers les activités à l'extérieur. S'il n'est pas autorisé à sortir de l'unité, l'achat est réalisé par la famille ou par le tuteur, voire par les soignants (unité U3, Séraphine de Senlis).

Les patients fumeurs n'ayant pas les moyens d'acheter du tabac ont comme seule alternative les substituts nicotiques, prescrits par leur médecin, qui sont gracieusement mis à leur disposition par la pharmacie de l'hôpital. Tous les moyens d'administration possible (gomme, pastille, spray nasal, patch) sont proposés ; à l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault, les soignants distribuent de la Nicorette® lors de la dispensation des médicaments.

5.2.3 Le port du pyjama

Les patients en chambre d'isolement ou en zone de soins intensifs sont tenus de porter un pyjama. Il arrive aussi que le pyjama soit maintenu après la sortie d'une chambre d'isolement, comme à l'unité U5, pour une durée de 48 heures ou plus, afin de réévaluer la personne et noter son évolution, et ce jusqu'à un nouvel avis médical. Dans l'unité Séraphine de Senlis, le port du pyjama personnel est imposé en fin de journée après les douches et pendant le repas du soir.

Sinon, aucun protocole ne prévoit le port obligatoire du pyjama, notamment dans les premiers jours d'hospitalisation et, au contraire, il a pu être noté que les patients en pyjama en pleine journée étaient invités par les soignants à aller s'habiller.

Les contrôleurs ont toutefois constaté un nombre important de personnes circulant en journée vêtues d'un pyjama, particulièrement dans les unités U3, U4 et U5. Parfois, cela résulte d'un

défaut de vêtements de rechange, notamment dans les premiers jours suivant l'hospitalisation, même si la plupart des unités sont dotés d'une réserve de vêtements. Dans d'autres cas, le port du pyjama est prescrit par un médecin, afin d'éviter les fugues (unité U5, dont la porte est ouverte toute la journée) ou parce que « *cela contient* » (Henri Wallon) ; la décision est prise en équipe pour une durée pouvant varier entre 30 minutes et 3 jours.

5.3 LES RESTRICTIONS A LA COMMUNICATION D'UN PATIENT AVEC L'EXTERIEUR SONT EXCLUSIVEMENT JUSTIFIEES PAR SON ETAT CLINIQUE

5.3.1 Les visites des familles

Les visites sont autorisées l'après-midi, en général entre 13h et 20h, au sein des unités mais il est aussi possible de venir le matin.

Un enfant de moins de 12 ans n'a pas accès à l'unité, sauf exception décidée par le médecin, auquel cas la visite a lieu dans la chambre individuelle de son parent ou dans le salon sous la surveillance d'un adulte. Par exception, l'unité Henri Wallon ne pose aucune limite d'âge mais les soignants conduisent les petits enfants directement dans le salon des visiteurs afin de ne pas les soumettre à la vue des autres patients.

Les visites se déroulent dans le salon de visite qui existe dans chaque unité, dans la chambre, dans le patio ou dans le parc, notamment à la cafétéria pour éventuellement partager un repas en famille. Les jeux de la salle d'activité peuvent être utilisés en salle famille à l'unité U3.



Le salon de visite de l'unité U3

Les visites sont interdites à l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault pendant un séjour en chambre sécurisée. Elles sont soumises à l'autorisation d'un médecin pour une personne en chambre d'isolement à l'unité U2 puis se déroulent dans un bureau d'entretien sous la surveillance d'un IDE. En revanche, les visites sont organisées par le médecin pour les patients de l'unité U4, placés dans la zone de soins intensifs ; au moment du contrôle, la visite familiale d'un patient était bimensuelle.

5.3.2 Le téléphone

Sauf en chambre d'isolement, les patients sont autorisés, dans la plupart des unités, à téléphoner et à utiliser leur appareil portable. Par exception, lors du contrôle, un seul patient de l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault disposait du sien, les portables des autres patients de l'unité étant conservés par les soignants.

Les restrictions sont liées à une prescription médicale liée à l'état d'un patient.

L'usage du téléphone portable est toutefois réglementé : le règlement intérieur de l'unité U4 interdit le portable pendant une activité thérapeutique, celui de l'unité U2 aussi durant les temps de soins, de repas et des entretiens avec l'équipe soignante.

Les personnes sans portable peuvent utiliser les appareils mis à disposition dans les unités. Les cabines aménagées dans les unités U3, U5 et Henri Wallon offrent des conditions d'appel et de réception qui préservent la confidentialité des communications, ce qui n'est pas le cas du *point phone* de l'unité U2, placé dans un renforcement. Les règles de vie de l'unité Séraphine de Senlis indiquent que les appels téléphoniques reçus au bureau infirmier sont transférés sur un poste situé dans le hall et ne permettant aucune confidentialité.



Poste téléphonique de l'unité Séraphine de Senlis

En revanche, la cabine de l'unité U4 a été supprimée, le choix ayant été fait de confier un téléphone mobile du service à un patient ou de lui permettre de passer ou de recevoir un appel à partir d'un téléphone fixe depuis un second bureau infirmier qui est libéré pendant l'appel. La même possibilité est offerte aux patients de l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault mais au sein du bureau des infirmiers et sans garantie de confidentialité lorsque le personnel est amené à être présent.

5.3.3 L'accès à Internet

Sauf contre-indication médicale particulière, les patients sont autorisés à utiliser leur ordinateur portable ou leur tablette mais, au moment du contrôle, seuls quelques-uns en disposaient réellement. Aucune connexion wifi n'est disponible pour les patients, sauf pour les propriétaires de téléphone portable. Internet est en revanche accessible à l'unité intersectorielle de sociothérapie.

5.3.4 Le courrier, la télévision, la presse

Les unités fournissent papier, enveloppes et stylo pour le **courrier**. Les timbres sont en vente à la cafétéria. Une boîte aux lettres est implantée dans l'hôpital, au niveau de la chapelle.

Les patients peuvent aussi remettre leur courrier, timbré, au bureau infirmier de leur unité. Il n'existe pas de boîtes aux lettres au sein des unités, celle de l'unité U3 étant réservée aux questionnaires de satisfaction. Le courrier ainsi remis part avec le courrier de l'unité. Un agent du service courrier effectue deux passages quotidiens auprès des secrétariats des unités. Le courrier adressé à des autorités administratives et judiciaires est affranchi par l'hôpital sauf si le patient le poste lui-même, les adresses figurant dans le livret d'accueil.

Aucune restriction ni aucun contrôle n'est exercé sur la correspondance des patients. Si, à l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault, le courrier est ouvert par le patient devant un IDE, c'est afin de l'aider à le lire et à l'interpréter correctement.

La plupart des unités sont équipées de deux salles de **télévision**, notamment une pour les personnes isolées. Les salles de télévision sont en accès libre. Les appareils sont coupés aux alentours de 23h, « *après le film* » ou « *à la fin du match de football* ».

Certaines unités, notamment l'unité U2, ont fait le choix de ne pas autoriser les téléviseurs dans les chambres ; d'autres ont équipé chaque chambre d'une prise TV (unité Séraphine de Senlis) ou autorisent la télévision en chambre (notamment dans les chambres sécurisées) mais sous condition : « *le volume sonore doit rester compatible avec le respect du repos des autres patients et les appareils doivent être éteints après 22h. En cas de non-respect de cette consigne, l'appareil sera retiré* » (règlement intérieur de l'unité U4).

Les appareils de radio et les lecteurs de CD des patients de l'unité Henri Wallon sont rangés la nuit dans un placard entre 20h et 9h. Au moment du contrôle, un patient de l'unité Séraphine de Senlis possédait une console de jeux vidéo.

Concernant la **presse**, des journaux et magazines, parfois apportés par les soignants, sont en général disponibles dans les salles d'activité. Le quotidien *L'Union* est livré tous les jours de la semaine à l'unité Henri Wallon.

5.4 LES PATIENTS SONT MAL INFORMES DES MODALITES D'ACCES AU CULTE

Les patients ne sont informés de l'offre cultuelle au sein de l'EPSMM qu'à travers une mention peu explicite du livret d'accueil (page 15) : « *Si vous en exprimez le désir, les ministres du culte des différentes confessions peuvent vous rendre visite.* » Les règlements intérieurs ne précisent pas davantage les deux cultes représentés (catholique et musulman), la manière de les joindre (aucune mention des coordonnées et de l'emplacement du local d'aumônerie dans le secteur administratif) et la localisation de la salle polycultuelle (chapelle de l'hôpital).

Les contrôleurs n'ont vu aucun affichage relatif à l'accès au culte dans les unités ni aucun document de présentation émanant de l'aumônerie.

Dans la pratique, les représentants des deux cultes – deux laïques catholiques et une aumônière musulmane depuis peu de temps – viennent dans les unités – à l'exception des unités Henri Wallon et Gaëtan Gatian de Clérambault – et s'adressent aux soignants pour savoir si des patients ont émis une demande à leur égard. Les entretiens se font dans la chambre, dans le salon de visite ou dans le patio.

Des difficultés ont été signalées pour rencontrer les patients. Certaines sont liées à la fermeture de la plupart des unités et au placement des personnes dans des secteurs auxquels les représentantes des cultes ne sont pas autorisées à se rendre (chambres d'isolement, zones de soins intensifs mais aussi espace de sociothérapie). D'autres résultent de l'opposition de certains membres du personnel, par exemple « *pour ne pas alimenter le délire mystique d'un patient* ».

Les patients autorisés à quitter l'unité peuvent se rendre à la chapelle ou à l'aumônerie voisine. Une messe à lieu le dimanche matin. Au moment du contrôle, une prière pour les musulmans le vendredi était en cours d'organisation.

Rencontrées lors du contrôle, les représentantes des deux cultes ont fait état de l'excellence de leurs relations mutuelles.

RECO PRISE EN COMPTE 5

L'accès au culte doit faire l'objet d'une information plus précise auprès des patients. L'initiative en revient à l'établissement au travers de la modification de la rubrique dans le livret d'accueil, d'un affichage dans les unités et de la signalisation de la salle polyculturelle.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« la rubrique "pratique du culte" a été modifiée en ce sens dans le "livret d'accueil" (CDU du 19 septembre 2019).

Pour les patients qui en expriment le désir, les ministres du culte des différentes confessions peuvent leur rendre visite, à leur demande via le personnel soignant ou directement par mail. Des permanences sont également programmées : pour l'aumônerie catholique, une permanence se tient le mercredi de 9h à 12h45 à la clinique Henri Ey à Reims. Une messe est par ailleurs célébrée le dimanche à 10h15 à la chapelle du site Pierre-Briquer à Châlons-en Champagne. Pour l'aumônerie musulmane, une permanence a lieu le mercredi de 14h à 17h à la clinique Henri Ey à Reims ; le mardi et le jeudi de 14h à 17h sur le site Pierre-Briquet à Châlons-en-Champagne dans le local réservé aux aumôneries (bâtiment administratifs)

Des notes de service rappelant les disponibilités des aumôniers sont régulièrement diffusées et affichées. »

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES PATIENTS BENEFICIENT DE BONNES CONDITIONS D'HEBERGEMENT

Toutes les unités ont été rénovées, plus ou moins récemment, et sont bien entretenues. Indépendamment des chambres d'isolement et des chambres sécurisées (cf. *infra* § 8.1.2), les autres chambres disposent de sanitaires et de douches privatifs ; dans les chambres doubles (au nombre de deux à cinq suivant les unités), les patients doivent toutefois partager une salle d'eau commune avec deux lavabos.

Exception faite des unités d'admission, il a été précisé que la répartition des patients dans les chambres s'effectuait selon l'autonomie du patient, sa mobilité et ses troubles du comportement. Les patients les moins autonomes sont hébergés au plus près du local infirmier.

Les salles d'eau sont équipées d'une douche à l'italienne, d'un lavabo surmonté d'un miroir, de porte-serviettes et de patères. La porte communiquant avec la chambre est équipée d'un verrou permettant au patient de s'isoler.

Chaque unité dispose de salles de bains communes avec baignoire.

L'unité Séraphine de Senlis partage avec l'unité voisine Gaëtan Gatien de Clérambault une salle de bains de type stimulation psychosensorielle, une salle de stimulation psychosensorielle et un salon de coiffure.



Salles de stimulation psychosensorielles et salon de coiffure

Dans chaque unité certaines chambres sont équipées d'un rail au plafond permettant l'utilisation d'un soulève-personne.

L'ameublement des chambres comporte une table de chevet, une table et une chaise.

Dans la majorité des unités, les patients peuvent décorer leur chambre par l'intermédiaire d'un tableau mural mais peu le font. Dans l'unité Henri Wallon, toute décoration est interdite : les chambres sont nues et impersonnelles. Les fenêtres peuvent être ouvertes sur une largeur de 10 cm sauf dans l'unité précédemment citée ou les agents disposent des clefs de fermeture.

Dans l'unité Séraphine de Senlis, le nom des patients est affiché à l'extérieur de la porte de leur chambre.

Le patient dispose de différents éclairages, en tête de lit, au mur et sous forme de veilleuse. Les chambres sont équipées d'un bouton d'appel infirmier, de plusieurs prises électriques et d'un détecteur de fumée.

Les chambres sont accessibles à tout moment sauf pendant la période de nettoyage et ne sont pas équipées d'un verrou intérieur qui permettrait de se protéger d'éventuelles intrusions. Elles sont dotées d'un placard pouvant être fermé par le patient et dont il possède la clef (sauf restriction médicale pour certains). Des patients se sont plaints de vols auprès des contrôleurs.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Les chambres doivent être équipées d'un verrou intérieur permettant aux patients de se prémunir des intrusions tout en étant accessibles aux agents.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« débattue plusieurs fois en CME, la question a été tranchée favorablement et un programme d'équipement est prévu en ce sens. »

Les unités disposent d'une salle d'activité avec poste de télévision, livres et jeux ; certaines disposent en plus d'un atelier de cuisine thérapeutique.

6.2 L'HYGIENE EST CORRECTEMENT ASSUREE

De manière générale, les locaux de l'établissement sont parfaitement entretenus.

Les chambres sont nettoyées quotidiennement ; les draps sont changés chaque semaine et à chaque sortie une désinfection complète de la chambre est réalisée.

Les patients ont tous accès à une salle d'eau individuelle comportant lavabo, WC, douche avec patères et porte-serviettes. Les patients en chambre double partagent une salle d'eau avec deux lavabos.

Le lavage du linge est assuré par la famille ou selon les modalités suivantes :

- dans l'unité de sociothérapie, par les patients qui s'y rendent à cet effet une fois par semaine ;
- par un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), situé à proximité de l'établissement, avec lequel l'hôpital a passé convention. Le linge des patients est identifié : en cas de perte, l'ESAT assure le remboursement ;
- par la buanderie de chaque unité, les patients, sous la surveillance d'un soignant, entretenant leur linge avant le retour à domicile.

Des nécessaires d'hygiène et des vêtements de toute taille sont remis aux patients démunis et à ceux qui sont hospitalisés en urgence et conduits par les services de secours.

6.3 LES PATIENTS ONT FACILEMENT ACCES A LEURS BIENS ET VALEURS

Un inventaire contradictoire est réalisé pour chaque nouvel arrivant sous réserve qu'il ne vienne pas d'une autre unité : dans ce cas l'inventaire antérieur est conservé.

Une banque des patients, qui fait office de régie, est contiguë au service des tutelles.

A l'arrivée du patient, un soignant y accompagne ce dernier pour déposer son argent et ses objets de valeur dans un coffre : un reçu lui est donné. En l'absence de valeur ou d'objet à déposer ou de refus de les remettre, le patient devra attester par écrit qu'il a été invité à réaliser cette formalité.

La banque des patients est accessible tous les jours de la semaine de 8h45 à 11h30 : une moyenne de soixante opérations y sont réalisées chaque jour, directement par le patient qui s'y déplace

dans la moitié des cas ou par l'intermédiaire d'un soignant. Les patients y sont accueillis chaleureusement.

Les patients peuvent détenir de l'argent sous réserve de l'accord préalable du médecin, de la cadre de santé et de la tutelle afin d'acheter des vêtements ou du petit matériel (radio, réveil). Les patients, majeurs protégés ou vulnérables, n'ont pas besoin d'argent pour faire leurs achats à la cafétéria (cf. *infra* § 7.3.1).

BONNE PRATIQUE 3

Les patients majeurs protégés ou vulnérables peuvent, *via* leur compte à la banque des patients, faire dresser une facture auprès de la cafétéria, cette facture est ensuite transmise directement à la banque qui prélèvera la somme dépensée. Cette procédure évite aux patients la possession d'espèces avec le risque de perte ou de vol.

Un placard fermé dans la salle de bains permet de ranger les produits de toilette interdits, comme le parfum ou les rasoirs.

Selon les prescriptions médicales, le patient peut ne pas avoir accès à ses effets personnels durant les premiers jours de l'hospitalisation : ses effets sont alors rangés dans le placard de sa chambre dont la clef est conservée par l'équipe soignante.

6.4 LES PATIENTS SONT GLOBALEMENT SATISFAITS DES REPAS

Au moment de l'admission du patient une « *fiche de non-goûts* » est systématiquement rédigée afin de connaître les mets que la personne n'apprécie pas : il en est tenu compte dans la composition des repas. Chaque jour un menu de base est proposé avec trois variantes possibles. Des menus halal sont confectionnés sur demande.

Les régimes alimentaires sont préparés avec la diététicienne et les plateaux repas sont calibrés en termes de calories. Le régime peut être adapté s'il s'agit d'un homme ou d'une femme, d'une personne âgée ou d'une personne jeune. Trente régimes peuvent être déclinés. Quelques jeunes patients souhaiteraient des portions supplémentaires mais globalement les patients sont satisfaits de la restauration.

Au petit déjeuner, ils disposent de pain frais en semaine avec des viennoiseries en plus les dimanches et jours de fête. Certaines unités proposent un goûter avec gâteaux secs et sirop. Les patients ne peuvent pas bénéficier d'une tisane en soirée.

Afin de rompre la monotonie de la restauration collective des menus à thème sont régulièrement préparés : repas de fête (Noël, nouvel an, été, fête des voisins), semaine du goût, semaine bio, cuisine chinoise.

Suivant les unités, la restauration est organisée sous forme de self-service ou avec une distribution à table. Les soignants ne mangent pas avec les patients.

Une « équipe hygiène », composée d'une infirmière hygiéniste et d'un praticien hospitalier à temps partiel, effectue régulièrement des audits avec des correspondants présents dans chaque unité de l'hôpital. Une fois par an, ils présentent les futurs repas afin de recueillir l'avis des professionnels.

Les salles de restauration sont lumineuses et élégamment décorées.

Les familles peuvent déjeuner avec leurs proches à la cafétéria qui propose des plats de restauration rapide.



Salle de restauration de l'unité U2

6.5 LA SEXUALITE EST PRISE EN COMPTE DE MANIERE DIFFERENTE SUIVANT LES UNITES

Il n'existe pas de règles communes relatives aux relations sexuelles des patients au sein de l'établissement et cette question n'a pas été abordée par le comité d'éthique. Une seule unité (l'unité U5) l'évoque dans son règlement intérieur : « *Une attitude et une tenue décente sont demandées dans l'unité et les débordements sexuels ne sont pas tolérés* ».

Dans une unité, un couple a été autorisé à avoir des relations sexuelles dans une chambre car la relation était librement consentie mais dans la majorité des unités cette pratique est interdite. Lorsque des rapprochements sont constatés, des entretiens individuels sont programmés afin d'alerter sur l'importance du consentement : certaines unités diffusent des contraceptifs, d'autres non.

En l'absence de verrou, les patients ne peuvent fermer la porte de leur chambre (cf. *supra* § 6.1) ; les mineures sont particulièrement exposées et des agressions sexuelles ont été constatées.

Les soignants peuvent bénéficier d'une formation dénommée : « *Comportement sexuel problématique et comportements sexuels intrusifs* » ; dans une unité, toutefois, cette formation aurait été refusée.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Une réflexion collective sur la prise en compte de la sexualité dans les unités de l'établissement doit être conduite et une procédure rédigée.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« *des formations sont inscrites dans les axes institutionnels : "sensibilisation à l'approche des violences sexuelles" et "sexualité et psychiatrie".*

La question sera réabordée en comité d'éthique.

Néanmoins, une réflexion a déjà eu lieu dans la plupart des pôles, prenant en compte à la fois : les besoins affectifs des patients, mais aussi la nécessaire prévention des agressions sexuelles dans un contexte où cette menace est très réelle sur une population vulnérable, dans des unités non spécialisées accueillant des patients divers, aux pathologies variées (organisation sectorielle en vigueur). »

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LES PATIENTS EN PROVENANCE DU SERVICE DES URGENCES NE SONT TRANSFERES A L'EPSMM QU'APRES AVOIR BENEFICIE D'UN EXAMEN SOMATIQUE COMPLET

L'EPSMM ne dispose pas de service d'urgences psychiatriques et ne réalise pas d'admission directe de personnes en soins sans consentement dans ses unités d'admission ; le passage au service des urgences est obligatoire.

Les urgences se trouvent à l'hôpital général de Châlons-en-Champagne, situé à proximité de l'EPSMM, à dix minutes à pied, dans les mêmes locaux que le service des urgences psychiatriques. Le service des urgences fait partie de l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Un protocole d'organisation fonctionnelle a été signé le 18 décembre 2014 par les directeurs des deux établissements et les médecins responsables des deux services. Des protocoles connexes ont été rédigés avec les centres hospitaliers d'Epernay et de Vitry-le-François prévoyant une présence psychiatrique et la réalisation d'examen somatiques dans ces hôpitaux afin que tous les patients ne soient pas orientés vers Châlons-en-Champagne.

Dans le protocole, l'EPSMM s'engage à admettre dans ses unités d'admission les patients en soins sans consentement dans un délai de 24 heures suivant leur admission aux urgences, au maximum dans un délai de 48 heures. En moyenne, la durée d'hospitalisation est de 1,4 journée. La durée de 48 heures est souvent dépassée car la recherche de lits d'hospitalisation peut demander entre 30 minutes et 48 heures : 95 % des accueils n'excèdent pas 72 heures.

Pour le mois de mai 2019, 117 personnes se sont présentées au service :

- 69 personnes ont bénéficié d'une consultation, puis sont rentrées chez elles ou ont été dirigées vers le service des urgences générales ;
- 19 personnes ont fait l'objet d'un transfert vers l'EPSMM, dont 5 sous le statut SPDT et 1 en SPI ;
- 29 patients ont été hospitalisés dans le service, dont 9 dans la chambre de dégrisement et 7 dans la chambre d'isolement pour des durées comprises entre 1 heure et 35 minutes et 16 heures et 50 minutes.

Durant la même période, dix-neuf mineurs ont été accueillis, le plus jeune âgé de 7 ans, le plus âgé de 17 ans : un patient avait été vu par les urgences de l'hôpital de Sézanne, un autre venait de la région parisienne, onze personnes avaient été reçues en consultation dans les hôpitaux de Vitry-le-François et d'Epernay.

Les patients, précédemment admis, appellent assez fréquemment le service pour un soutien verbal téléphonique, évitant ainsi une nouvelle hospitalisation.

Les patients sont conduits au service des urgences par leur famille, le SAMU, les pompiers ou la police. La personne transportée par les services de police peut arriver menottée mais les infirmiers demandent le démenottage dès que la personne est à la porte de sa chambre ou du bureau d'entretien. Il a été indiqué qu'il n'y avait eu aucun acte d'agressivité envers le personnel depuis un an ; en revanche, l'année passée, deux soignants ont subi des violences de la part de patients agités.

7.1.1 Le parcours du patient

A son arrivée à l'hôpital, le patient est accueilli par l'infirmière d'organisation de l'accueil (IOA) qui mesure les constantes et les transcrit dans le dossier médical. Le médecin urgentiste réalise l'examen somatique et décide de l'orientation du patient, soit un maintien dans la filière somatique ou un transfert vers la zone des urgences psychiatriques : le patient est alors placé sous la responsabilité médicale du psychiatre ; cette orientation est décidée par le médecin urgentiste lorsque l'état somatique du patient ne nécessite plus de soins somatiques urgents.

7.1.2 Les moyens humains du secteur psychiatrique

Le service des urgences psychiatriques est composé de neuf infirmiers, de deux psychiatres à temps partiel, d'un cadre de santé à plein temps. Tous ces agents font partie des effectifs de l'EPSMM et sont mis à la disposition de l'hôpital général. Au niveau infirmier, le service minimum comprend un IDE le matin, deux l'après-midi et un la nuit. Trois infirmiers étaient présents l'après-midi du contrôle.

Cette organisation ne permet pas d'assurer la continuité des soins. Pendant deux demi-journées par semaine, la présence médicale n'est pas assurée : dans ce contexte, il faut attendre l'arrivée du médecin de garde disponible entre 18h30 et 8h le matin.

RECO PRISE EN COMPTE 8

L'organisation médicale doit permettre d'assurer la continuité des soins psychiatriques au service des urgences du CH général chaque jour de la semaine, notamment pour ne pas avoir de situation d'attente du psychiatre de garde de nuit, comme c'est le cas deux jours par semaine

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« un travail est en cours pour transformer le SAU en unité intersectorielle pour tout le Sud Marne, avec une participation des médecins de l'ensemble des pôles du Sud Marne au fonctionnement de ce SAU (et au remplacement du médecin affecté au SAU lors de ses absences) de manière à assurer au moins 10 demi-journées par semaine de présence.

La décision de transformation a été prise lors de la réunion de la fédération du Sud Marne en date du 23 septembre 2019. »

7.1.3 Les locaux

Le service comporte quatre lits dit de transit, soit deux chambres simples, une chambre d'isolement et une chambre de dégrisement. Les locaux, rénovés il y a deux ans, sont spacieux et très propres.

Deux petites salles d'attente sont réservées aux patients et aux familles. Dans une des salles, est installé un poste de télévision : une boisson chaude peut être offerte et des albums de coloriage sont proposés aux enfants. Deux bureaux sont dédiés aux entretiens médicaux et infirmiers.

Les deux chambres individuelles sont meublées simplement avec un lit médicalisé, un bureau, une chaise, un poste de télévision. Elles comportent un cabinet de toilette complet avec WC et douche.

La chambre de dégrisement possède deux gros verrous et un oculus permettant d'avoir une vision complète de la chambre. La chambre d'isolement, située près du bureau infirmier et

éclairée par une grande fenêtre, comporte uniquement un matelas posé directement au sol et un WC. Elle ne permet pas au patient de se repérer dans le temps en l'absence d'horloge.



Chambre d'isolement du service des urgences

RECO PRISE EN COMPTE 9

La chambre d'isolement doit être équipée d'un lit mais aussi d'une horloge.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« la décision d'identification des chambres d'isolement et des équipements afférents a été validée en directoire le 4 octobre 2019. La procédure d'isolement est en cours d'actualisation. Des horloges seront installées dans les chambres du SAU. »

Lorsque le psychiatre décide de faire admettre un patient en chambre d'isolement, ce soin est réalisé selon le protocole en vigueur à l'EPSMM. Le protocole d'organisation fonctionnelle précise : « En cas d'urgence, l'admission du patient en chambre d'isolement peut être décidée par l'infirmier psychiatrique en attendant la confirmation de la prescription par le psychiatre qui doit être réalisée dans l'heure qui suit la mise en isolement ».

La contention n'est jamais utilisée.

7.1.4 La rédaction des certificats médicaux et la notification des droits

Avant la décision d'admission, l'infirmier contacte tous les services qui ont eu à connaître le patient, notamment les CMP. Les tuteurs sont informés, ainsi que la personne de confiance désignée précédemment.

La cadre de santé et les infirmiers tiennent à jour un registre, sur lequel sont inscrites les coordonnées de toutes les personnes reçues aux urgences psychiatriques et leurs conditions de prise en charge, notamment l'admission en chambre d'isolement pendant quelques heures.

Sur cet unique registre, figurent les noms de toutes les personnes qui se sont présentées au service, avec les heures d'arrivée et de départ, le nom du médecin et des IDE qui sont intervenus, le motif de la venue et les suites données, à savoir une simple consultation ou une hospitalisation de courte durée, un accueil dans la chambre d'isolement ou le transfert à l'EPSMM.

Le cadre de santé tient également un fichier, non nominatif, qui reprend les conditions de prise en charge de tous les patients. L'examen de ce fichier montre que, pour le mois de mai 2019, sur un total de vingt-neuf patients hospitalisés, aucun n'est resté au-delà de 72 heures, six sont restés entre 24 heures et 52 heures ; un patient est resté 70 heures et un autre 71 heures.

Une mesure d'admission en soins sans consentement peut être nécessaire, le premier certificat médical étant établi par le médecin urgentiste, le second par le psychiatre. Les droits sont alors notifiés oralement par l'infirmier, aucun document écrit n'est remis au patient. La mesure de soins sans consentement n'est enregistrée qu'à partir du moment où le patient se trouve physiquement dans les locaux de l'EPSMM. A son arrivée dans l'unité d'admission, l'infirmier lui notifie l'ensemble de ses droits et lui remet les documents justifiant la mesure qui a été mise en œuvre.

L'ensemble des éléments constatés par le médecin urgentiste est communiqué au psychiatre et les informations sont enregistrées automatiquement dans le dossier médical du patient *via* le logiciel CORTEXTE.

Le transport entre les deux établissements est effectué en ambulance, le patient n'est jamais mis sous contention mais a pris les médicaments prescrits par le psychiatre. Les familles qui ont accompagné leur proche sont informées immédiatement des décisions prises par le psychiatre.

Les mesures d'isolement sont également enregistrées dans le registre de la loi de l'EPSMM sur l'isolement et la contention mais ne sont récupérables que par les services du département d'information médicale (DIM) ; elles n'apparaissent pas dans les extraits de ce registre qui sont lus par le bureau des entrées.

Un projet est de créer un pôle des urgences avec huit lits, comme à l'hôpital de Reims.

7.2 DANS UN CONTEXTE DE PENURIE MEDICALE, LES SOINS PSYCHIATRIQUES REPOSENT SUR LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE

L'organisation des soins souffre de la pénurie de médecins, qui partagent leur temps entre les unités de soins et le travail en extra hospitalier. Certaines unités fonctionnent des jours entiers sans présence médicale, tel est le cas à l'unité U4 où, en cas de besoin, on fait appel au médecin de l'autre unité du pôle (U3). Dans les unités d'admission, notamment à l'unité U5, la priorité est donnée à la prise en charge des arrivants et des sortants, ce qui impacte la périodicité des entretiens, situation dont les patients se sont plaints auprès des contrôleurs ; les patients ne comprennent pas que les rendez-vous avec leur psychiatre soient fréquemment annulés sans être reportés à des dates ultérieures précises. La fréquence des consultations médicales à auprès des patients de l'unité U2 (hors chambre d'isolement) est de l'ordre d'une visite par semaine. La situation est encore plus tendue pendant les périodes de congé.

Les unités de soins prolongés, Henri Wallon et Gaëtan Gatian de Clérambault, fonctionnent avec un PH psychiatre retraité en poursuite d'activité et un psychiatre attaché associé, les deux représentant au total l'équivalent d'1 ETP de psychiatre pour deux unités, ce qui permet une présence médicale adaptée compte tenu des pathologies mais qui s'avère insuffisant en terme médico-légal, d'autant que les placements en isolement sont permanents et que le médecin associé ne dispose pas de la compétence nécessaire. Dans l'unité Séraphine de Senlis, deux médecins psychiatres assurent une présence quotidienne partielle chaque jour de la semaine.

Les unités, où les patients ne sont pas vus en entretien par un psychiatre avec une périodicité établie, ont mis en place un passage hebdomadaire dans chaque chambre du médecin

accompagné de l'ensemble de l'équipe soignante, un lundi matin par mois à l'unité Séraphine de Senlis, le mardi matin à l'unité U5 et le vendredi matin à l'unité U4, demi-journée pendant laquelle le patient est tenu de se tenir prêt et à ne pas s'éloigner de sa chambre.

Du fait du faible nombre de médecins, les unités ont réduit les temps d'échange. La réunion clinique hebdomadaire de l'unité U3 a été arrêtée, les réunions soignants/soignés n'y ont plus lieu ainsi qu'à l'unité U5 et n'existent quasiment pas dans les unités de soins prolongés (sauf une réunion mensuelle d'une demi-heure à l'unité Séraphine de Senlis), aucune réunion de synthèse n'est organisée à l'unité U4, où la réunion clinique hebdomadaire est un moment crucial d'échange avec le seul médecin intervenant dans l'unité. Les unités Henri Wallon et Gaëtan Gatian de Clérambault ont mis en place une réunion de transmissions prolongée, deux fois par semaine, lors des jours de présence du médecin psychiatre, qui fait office de réunion de synthèse ; une telle réunion est organisée une fois par mois dans l'unité Séraphine de Senlis. Seule l'unité U2 réussit à faire fonctionner l'ensemble de ces réunions institutionnelles.

Le libre choix du médecin est théoriquement possible mais, dans la réalité, quasiment inenvisageable vu le nombre de médecins disponibles, comme le mentionne le règlement intérieur de l'unité U4 qui précise que le choix du psychiatre est possible à l'admission « *dans la limite des disponibilités de chaque médecin* ».

Dans ce contexte médical, les projets thérapeutiques ont été élaborés donnent une large place à la prise en charge infirmière, au travail pluridisciplinaire et à la collaboration avec l'extra hospitalier. Si, au sein de toutes les unités, le médecin définit avec le patient des objectifs à court, moyen et long terme dans le cadre d'un projet de soins individualisé, c'est le personnel soignant qui fait vivre au quotidien ce projet auprès de chaque patient au travers de discussions et d'évaluations tout au long de l'hospitalisation. Dans la plupart des unités, les patients ont un voire deux infirmier(s) référent(s), avec lesquels des entretiens sont programmés avec les patients avec une fréquence déterminée ; dans les unités de soins prolongés, chaque patient a en plus un aide-soignant référent. L'IDE ayant assuré l'entretien d'accueil à l'unité U3 est ensuite le référent du patient qu'il voit ensuite une fois par semaine dans une salle dédiée ; un point mensuel a lieu à l'unité U4 entre le patient et son référent sur le projet de soins. A l'unité U2, l'IDE référente, qui a aussi procédé à l'admission, est un interlocuteur privilégié pour le patient et sa famille ; il participe aux entretiens médicaux et accompagne le patient dans son parcours de soins ; il fait le lien avec le CMP et tous les intervenants (assistante sociale, curatrice, foyer). Chaque IDE est le référent de deux ou trois patients.

Les contrôleurs ont pu noter que les professionnels connaissaient bien les patients.

Dans les unités d'admission, les familles ne sont associées qu'à leur demande ou à celle du psychiatre ; dans les unités de soins prolongés, les familles s'éloignent avec le temps. L'UNAFAM y est inconnue des soignants.

En plus du manque de médecins, plusieurs facteurs favorisent la prolongation des séjours.

Pour reprendre les termes d'un chef de pôle, un véritable « dispositif de défense sociale » s'est mis en place depuis plusieurs années dans la législation relayée par des procédures fondées sur un principe de précaution qui multiplie les obstacles à la sortie des patients admis en SDRE.

Par ailleurs, l'insuffisance de relais médico-sociaux, qui caractériserait la région Grand Est, a pour conséquence de maintenir, dans les unités de soins prolongés, des personnes qui ressortent davantage d'une prise en charge médico-sociale, et ce malgré les liens établis entre la cheffe du pôle Vitry-Sézanne et les structures d'aval. A titre d'exemple, il est considéré qu'un

tiers des patients de l'unité Séraphine de Senlis sont présents par manque de structures médico-sociales.

Compte tenu de la proximité géographique, les départs vers les structures de la Belgique sont relativement fréquents après avoir obtenu l'accord de l'ARS pour cette orientation. Les soignants, qui se rendent fréquemment en Belgique, dressent tous le constat que la prise en charge des patients y est adaptée et de meilleure qualité qu'en France.

7.3 LES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES OFFRENT UN LARGE CHOIX MAIS LEUR ACCES DOIT ETRE FACILITE POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

7.3.1 L'unité intersectorielle de sociothérapie

L'unité intersectorielle de sociothérapie (UIS) est située près des unités de court séjour et est composée de deux bâtiments, d'un gymnase et d'une cafétéria. Afin de faciliter l'accès au plus grand nombre, deux minibus sont mis à disposition de l'UIS ; utilisés pour les sorties à l'extérieur, ils servent aussi de moyen de locomotion en interne.

Des locaux communs sont ouverts à tous les patients qui peuvent sortir de leur unité. La procédure, selon laquelle une demande de sortie dans le parc doit être adressée par le médecin au directeur pour les patients en SDRE, limite leur accès.

RECOMMANDATION 7

Les autorisations de sortie dans le parc pour les patients en soins sans consentement ne doivent relever que de la décision du médecin psychiatre traitant.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« l'établissement ne partage pas cette interprétation. Le médecin, mais aussi le directeur, engagent leur responsabilité en cas de fugue d'un patient à l'occasion d'une sortie dans le parc de l'établissement qui n'est pas sécurisé (la clôture des 22 ha de superficie du site Pierre-Briquet est assurée par un treillage grillagé facilement franchissable) et ne permet pas de garantir leur protection. »

Deux lieux existent :

- la bibliothèque, ouverte à tous à partir de 13h30, qui comprend des jeux vidéo, des DVD, un large choix de livres pouvant être empruntés, des CD empruntables également. Une convention avec la bibliothèque départementale a été établie pour élargir la gamme de livres ;
- la cafétéria, ouverte de 9h30 à 11h45 et de 12h15 à 16h45 (sauf le 25 décembre et le 1^{er} janvier), qui comporte un espace télévision (mais sans télécommande), un espace restauration en circuit froid où il est possible de déjeuner, un petit magasin où les patients peuvent acheter des produits de première nécessité mais aussi des bijoux, des peluches, etc. et une salle de jeu avec un billard et un flipper payant (quelques centimes d'euro). La cafétéria propose ponctuellement des activités : loto, karaoké, bals, dessins animés. Les patients majeurs protégés ou vulnérables peuvent, *via* leur compte à la banque des patients, faire dresser une facture auprès de la cafétéria, cette facture est ensuite transmise directement à la banque qui prélèvera la somme (cf. *supra* § 6.3).

Huit vélos sont mis à disposition des unités qui le demandent.

Les autres activités proposées par l'UIS sont accessibles sur prescription médicale. Au jour de la visite, cinquante-sept patients, répartis comme suit, bénéficiaient des activités proposées :

- trois venant de l'addictologie ;
- trois de l'U5 dont 1 en SDRE ;
- trois de l'U2 dont 1 en SDRE ;
- quatorze de l'unité Wallon dont un en SSC ;
- seize de l'unité Séraphine de Senlis, huit de l'unité Clérambault et dix de la MAS.

L'accès à l'UIS est favorisé pour les patients en long séjour, les patients des unités U3 et U4 bénéficient quant à eux des activités proposées à l'hôpital de jour voisin (Ophélie). Pour les patients en soins sans consentement, l'accès aux activités se fait soit seul soit accompagné d'un soignant.

Différentes activités sont proposées selon les besoins du patient, certaines d'entre elles sont soutenues par l'association Accueil :

- laverie/couture : le patient trie son linge, le lave, l'étend et le repasse si besoin ;
- menuiserie, les produits confectionnés sont ensuite mis en vente ;
- lecture/écriture ;
- coiffure et esthétique, tous les jours de 8h30 à 16h ;
- friperie : vente mensuelle de vêtements ;
- horticulture ;
- atelier informatique ;
- ergothérapie ;
- danse et théâtre ;
- cuisine thérapeutique ;
- gymnase.

Des activités à l'extérieur de l'hôpital sont également proposées, comme les barbecues, la piscine, la pêche, une sortie football à Reims, le marché de Noël, etc.

Le personnel en charge des activités est uniquement du personnel hospitalier affecté : une cadre est à 40 %, une infirmière et cinq AS/aides-médico-psychologiques (AMP) travaillent à temps complet. La cafétéria compte, au total, 9 ETP, dont une coiffeuse, un éducateur pour la cuisine et un ergothérapeute également rattaché aux unités de long séjour. Le personnel de l'UIS est étroitement impliqué lors des synthèses et des points sont faits en interne sur les patients.

BONNE PRATIQUE 4

La présence du personnel de l'unité intersectorielle de psychothérapie (UIS) aux côtés du personnel soignant des unités lors des synthèses sur les patients enrichit les prises en charge.

7.3.2 Les activités organisées au sein des unités

Toutes les unités disposent d'activités occupationnelles classiques : télévision, bibliothèque (livres, journaux, magazines) et jeux de société avec ou sans la présence de soignants. Lorsqu'elles sont organisées au sein de l'unité, les activités sont élaborées et mises en œuvre par les soignants. Les activités offertes sont nombreuses :

- jardinage, pâtisserie, développement de la mémoire à Séraphine de Senlis ;
- percussion, blind test musical, massage à U4 ;
- chorale, percussion à Henri Wallon ;
- médiation animale à Gaëtan Gatian de Clérambault ;
- photolangage, instant café à U2 ;
- nature et lieux historiques à U5 ;
- expression plastique, jeux littéraires à U3.

Tous les patients y ont généralement accès, sauf à l'unité U5 où une prescription médicale est nécessaire.

Trois unités disposent de cuisine thérapeutique afin de travailler l'autonomie du patient.

Les unités organisent également des activités extérieures pour les patients, généralement sans besoin de prescription médicale, sauf à U5 et à U3 :

- randonnée, cinéma, séjours thérapeutiques de plusieurs jours à Séraphine de Senlis ;
- bowling, randonnée à U4 ;
- équitation, restaurant et cinéma à Henri Wallon ;
- pique-nique à Gaëtan Gatian de Clérambault ;
- marche à U2 ;
- cinéma et randonnée à U3.

Ces activités sont anticipées afin que les demandes d'autorisation de sortie puissent être faites si nécessaire. Toutes les activités sont notées dans le dossier patient.

Enfin, l'unité Séraphine de Senlis dispose d'une salle Snoezelen et d'une salle de bains d'inspiration Snoezelen qui comprend une baignoire « sèche » et enveloppante, une table de massage et un salon de coiffure et de soins esthétiques. Ces espaces sont également utilisés par les patients de l'unité U5.

7.4 LE FAIBLE NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES NE PERMET PAS UN SUIVI SATISFAISANT DES PATIENTS

Deux médecins généralistes interviennent régulièrement au sein de l'hôpital. L'une d'elles est à 0,4 ETP et est référente sur les pôles de long séjour, la seconde travaille à 0,3 ETP au pôle Châlons et à l'unité Séraphine de Senlis. Une salle de consultation dédiée est disponible dans chaque unité. Le médecin est généralement présent dans chaque unité une demi-journée par semaine.

Cette faible présence les oblige à traiter en priorité les urgences et à consulter prioritairement les patients référés par les infirmiers de l'unité. Les problèmes aigus sont pris en charge mais un défaut de prévention et de dépistage est à déplorer. Le suivi des chroniques n'est également pas assuré de manière satisfaisante, il est donc encouragé que les patients séjournant dans des unités de long séjour continuent d'être suivis par leur médecin traitant. Si tous les patients sont vus par un médecin généraliste dans la semaine suivant leur admission, les patients placés en isolement ou sous contention ne sont pas examinés systématiquement, la prise des constantes est réalisée par un infirmier de l'unité ou par le psychiatre. Il n'y a, au sein de l'établissement, aucun médecin généraliste de garde ou d'astreinte ; en cas d'urgence somatique, le médecin présent est appelé sinon c'est le SAMU. Les médecins généralistes sont invités à participer aux réunions

institutionnelles des unités et aux relèves prolongées deux fois par semaine. Le cahier de transmissions est également consulté par les médecins dès leur arrivée dans l'unité.

Aucune consultation spécialisée n'est faite à l'hôpital psychiatrique, des transferts sont donc nécessaires pour le moindre besoin mobilisant des soignants en conséquence. Les transferts sont généralement effectués vers le CH de Châlons, situés à quelques centaines de mètres de l'hôpital, par une ambulance ou un VSL de l'ESPM ou vers une clinique privée selon le choix du patient. L'accès aux soins spécialisé en dehors de l'hôpital est facile, les délais d'attente sont généralement identiques à ceux de la population générale. Les soins dentaires sont dispensés par un dentiste installé dans le centre-ville de Châlons qui se rend disponible en cas d'urgence.

Pour pallier ces difficultés, un projet de service de médecine générale était en phase finale de validation au jour de la visite. L'objectif de ce projet est d'améliorer la prise en charge somatique au sein de l'hôpital et les relations avec la médecine de ville en créant « *une organisation transversale qui pourrait constituer à terme un pôle de médecine somatique qui aurait l'avantage de développer une certaine spécialisation de la médecine générale dans le contexte psychiatrique* ». Pour tendre vers cet objectif, l'une des deux médecins généralistes s'apprêtait à passer à 80 % ; sont cependant nécessaires : 1,5 ETP de médecin, 1 ETP d'infirmière somaticienne, 1 ETP d'interne de médecine générale. La proposition ne comprend néanmoins aucune date de mise en œuvre.

RECOMMANDATION 8

Une présence médicale quotidienne au cours des horaires d'ouverture de l'unité de soins doit être assurée.

Le médecin généraliste doit être immédiatement informé de toute décision d'isolement et de contention et effectuer un examen somatique dans la première heure afin d'évaluer les contre-indications puis assurer un suivi durant toute la durée de la mesure.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'ESPM écrit :

« les recommandations de la HAS portant sur l'isolement et la contention ne prévoient pas que les contre-indications somatiques soient posées par un médecin généraliste. La décision d'isolement relevant d'un médecin psychiatre d'emblée ou secondairement.

De même, il n'est pas prévu d'examen somatique par un médecin généraliste dans la première heure. C'est au médecin psychiatre de définir les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques.

La procédure "isolement en psychiatrie générale" validée en CME le 21 décembre 2017 disponible sur la GED ENNOV précise les modalités de mise en œuvre de l'examen somatique des patients préalablement à la prescription médicale d'isolement ainsi que leur surveillance clinique. Le guide de "gestion administrative des mesures de soins sans consentement" vise à préciser les règles de gestion administrative des mesures de soins sans consentement sur la base des textes législatifs et réglementaires en décrivant les missions des différents intervenants, dans le but de sécuriser les pratiques professionnelles et de garantir le respect des droits. Il rappelle l'organisation de l'évaluation et du suivi médical de l'état somatique du patient/. Néanmoins un projet de service de médecine générale va ouvrir au 1er novembre 2019 et permettra d'améliorer de manière générale la couverture somatique des patients quelles que soient les modalités de leur prise en charge. »

Du fait de l'existence d'une « chaîne zéro papier », la prescription d'un traitement par un médecin s'effectue par le biais d'un processus informatique qui assure une information immédiate de la pharmacie et une traçabilité automatique dans le dossier du patient.

Le pharmacien valide en temps réel, « *dans les dix minutes suivant sa signature* », la prescription médicale et engage, le cas échéant, un dialogue immédiat par courriel ou par téléphone avec le prescripteur en cas de contre-indication, d'interaction médicamenteuse ou de nécessité de précaution d'emploi. Des demandes de confirmation de traitement peuvent alors être faites à cette occasion. Ce système permet au pharmacien de visualiser et d'analyser les traitements prescrits par un médecin psychiatre ou généraliste.

Les prescriptions sont aussi établies par les internes à la suite d'une délégation de leur chef de pôle. Chaque prescripteur s'identifie par un code et un mot de passe.

Le transport des traitements entre la pharmacie et les unités est sécurisé dans des chariots. Les traitements sont livrés, quotidiennement, scellés et individualisés au nom de chaque patient aux infirmiers qui préparent les piluliers de 24 heures. Un stock tampon dans les unités est disponible pour une arrivée le week-end par exemple. Une grande attention est apportée dans les unités à la gestion du stock et à la vérification des médicaments ; à l'unité U2, une infirmière est référente pour la bonne tenue de la pharmacie.

Dans la plupart des unités, les traitements sont remis avant les repas dans le bureau infirmier, sauf exceptionnellement à l'unité U2 où cela est fait dans la salle à manger. Comme cela a pu être constaté à l'unité U4, les patients stationnent assis dans le couloir en attendant leur tour puis se rendent au réfectoire.

La dispensation des médicaments est organisée différemment dans les unités de soins prolongés. Si, à l'unité Séraphine de Senlis, la majorité des traitements sont délivrés en salle de soins et, par exception, en salle de restauration uniquement pour les patients se déplaçant difficilement, en revanche, dans les unités Henri Wallon et Gaëtan Gatian de Clérambault, les traitements sont tous délivrés juste dans la salle à manger, les patients se présentant un à un devant le chariot des médicaments. Selon les indications recueillies, un essai a été tenté à l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault de dispenser les médicaments dans la salle de soins mais il a été rapidement interrompu car cinq patients seulement se déplaçaient.

Les infirmiers de nuit remettent aussi des traitements médicamenteux.

Lorsqu'elle a lieu dans les bureaux infirmiers, porte fermée, la dispensation des médicaments est assurée par un personnel infirmier, qui vérifie et valide simultanément dans le logiciel CORTEXTE.

La dispensation constitue un temps d'échange. A l'unité U3, il a pu être constaté que les patients connaissent leur traitement et les effets secondaires grâce aux informations et demandes formulées par les infirmiers : « *vous savez pourquoi vous prenez ça ?* », « *est-ce que vous connaissez ce médicament ?* »

Des documents de vulgarisation sont disponibles dans certaines unités, sous la forme de livrets d'informations sur les médicaments neuroleptiques et les antidépresseurs. La pharmacie participe périodiquement à des ateliers d'informations sur les traitements, le plus souvent à la demande des équipes (notamment en addictologie).

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT NOMBREUSES ET INDIGNES

8.1.1 Un nombre important de chambre d'isolement

Toutes les unités de l'hôpital disposent de chambre fermables.

Différentes appellations sont données à ces chambres selon les unités :

- chambres « sécurisées » ou « fermables » à Henri Wallon et Gaëtan Gatian de Clérambault ;
- chambres « sécurisables » à Séraphine de Senlis ;
- chambres d' « isolement » (U3, U4, U5) ;
- chambres de « soins intensifs » à U3 et U4 ;
- « zone de soins intensifs » à U2.

Ces appellations diverses recouvrent une réalité commune : toutes ces chambres peuvent être fermées à clé et disposent d'un agencement minimum qui ne correspond pas à une chambre d'hospitalisation dite normale.

Aucune différence de pathologie ne distingue les patients placés dans telle ou telle chambre.

Le nombre de ces chambres est également particulièrement élevé :

- deux à U2 ;
- trois à U3 ;
- trois à U4 ;
- quatre à U5 ;
- dix à Henri Wallon ;
- six à Gaëtan Gatian de Clérambault ;
- six à Séraphine de Senlis.

Au total, ce sont trente-quatre chambres qui peuvent être fermées et qui doivent être considérées comme des chambres d'isolement lorsque leur fermeture est effective. Or, seules six chambres sont répertoriées comme des chambres d'isolement : deux à U2, une à U3, une à U4 et deux à U5. Les chambres fermables des unités de soins prolongés ainsi que deux chambres des unités U3, U4 et U5 ne sont pas répertoriées comme étant des chambres d'isolement.

Les chambres d'isolement ne sont pas utilisées en cas de sur occupation, des sorties d'isolement peuvent cependant être anticipées dans le cas où une admission en urgence se présente.

Si les patients conservent leurs chambres dites normales lors de leur passage à l'isolement, les patients des unités de long séjour vivent à temps plein dans ces chambres.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Toute chambre qui peut être fermée à clé à la suite d'une décision médicale, qu'il s'agisse de sa propre chambre ou d'une pièce prévue à cet effet, doit être considérée comme une chambre d'isolement et doit être dénommée et enregistrée comme telle dans CORTEXTE. Il est urgent que l'établissement comptabilise ces chambres pour avoir une vision réelle de la question et entamer une réflexion institutionnelle sur ses pratiques.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« la décision d'identification des chambres d'isolement et des équipements afférents a été validée lors du directoire du 4 octobre 2019. La procédure d'isolement est en cours d'actualisation et la politique pour limiter le recours à l'isolement et la contention en cours de formalisation. »

8.1.2 Les locaux

a) Les chambres d'isolement des unités U2, U3, U4 et U5

Les unités U3 et U4 sont composées de deux chambres de soins intensifs et d'une chambre d'isolement. Les trois chambres sont situées dans un espace fermé à clé en permanence avec une horloge digitale dans le couloir en face de chaque chambre et visible depuis celle-ci. Chaque chambre comprend un sas avec, pour les chambres de soins intensifs, un local sanitaire (avec douche et miroir) et des toilettes ; la chambre d'isolement a un accès direct aux toilettes, à un lavabo et à la douche mais sans miroir et peut être visible des soignants depuis le sas par une lucarne. La fenêtre de la chambre est ouverte par les soignants le matin.

Les chambres de soins intensifs ne sont pas dotées de lit mais de matelas au sol en mousse, un seau est donné au patient pour qu'ils puissent faire ses besoins s'il n'a pas le temps d'appeler le soignant. Le lit scellé n'est installé qu'en cas de contention.

Un bureau et une chaise peuvent être installés dans le sas de la chambre pour les repas. Cet espace d'isolement comprend également un lieu accessible à tour de rôle avec un poste de télévision mural, un canapé et une table, un accès à l'extérieur est possible sur demande. L'accès à la chambre n'est jamais libre.

*Chambre d'isolement et chambre à usage d'isolement à U4*

L'unité U2 comprend quant à elle deux chambres d'isolement configurées de la même façon que les chambres de soins intensifs des unités U3 et U4 et situées dans une zone fermée à clé. Selon

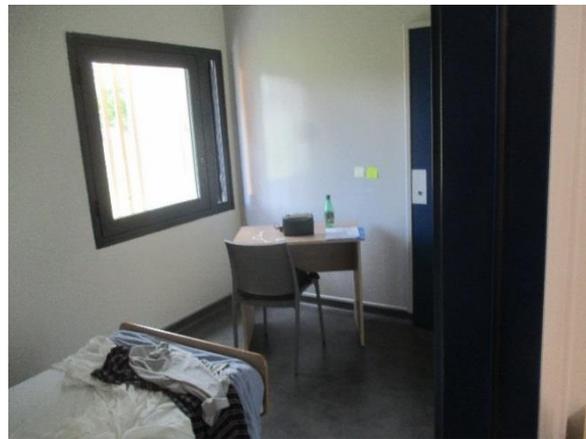
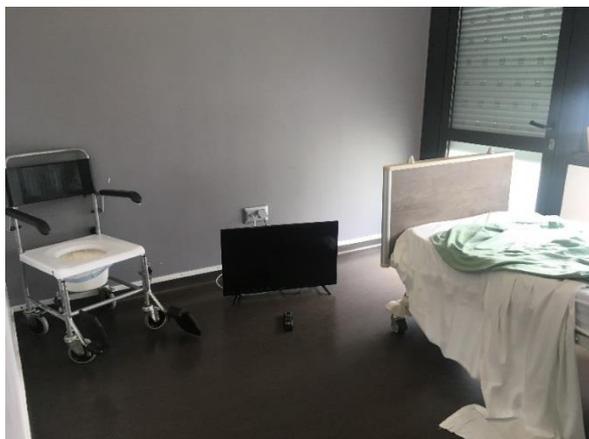
les soignants, la porte donnant sur les toilettes peut être laissée ouverte, un pot est donné dans le cas où la restriction s'applique. L'horloge se situe dans les toilettes. Le local sanitaire se situe dans le sas et n'est accessible qu'avec un soignant, elle ne comporte ni patère ni miroir. Une salle séparée ainsi qu'un petit couloir en béton grillagé permettent aux patients de sortir de leur chambre sur décision médicale.

Les quatre chambres de l'unité U5 sont elles aussi séparées du reste des chambres, une porte dédiée a été installée pour éviter une mise en isolement au vu de tous. Des matelas en mousse font office de lit, un accès aux toilettes peut être autorisé sur prescription, un judas situé dans le sas donne sur la cuvette des toilettes. Le sanitaire est situé dans le sas. L'heure est donnée depuis l'extérieur mais demeure visible depuis la chambre. Une pièce comprenant un poste de télévision, un fauteuil, une table et des chaises peut être utilisée par les patients sur prescription, un espace extérieur grillagé est également possible.

b) Les chambres « sécurisées » des unités de soins prolongés

Comme indiqué *supra* (§ 5.2.1), ces chambres sont situées dans une aile dédiée avec une porte battante qui peut être ouverte ou être fermée selon les patients accueillis (unités Henri Wallon et Séraphine de Senlis) ou au milieu des autres chambres (unité Gaëtan Gatian de Clérambault). On y accède par un sas. Dans l'unité Séraphine de Senlis, la porte du sas donnant sur le couloir est pleine, celle donnant dans la chambre est équipée d'un insert de 20 x 40 cm de côté permettant de voir dans toute la chambre depuis le sas.

Dans l'unité Henri Wallon, chacune des chambres communique à un sanitaire alors que, dans les unités Séraphine de Senlis et Gaëtan Gatian de Clérambault, le sanitaire n'est accessible que par le sas. Du fait de cette configuration, lorsqu'une mise en isolement est décidée dans ces deux dernières unités, les patients n'ont pas librement accès au sanitaire ; une chaise pot est alors mise à leur disposition dans la chambre.



Chambres sécurisées des unités Gaëtan Gatian de Clérambault et Henri Wallon

Aucune de ces chambres ne dispose de bouton de commande pour le store, l'éclairage (une veilleuse est disponible dans certaines unités) ou la climatisation. Les placards sont situés à l'extérieur et sont accessibles sur demande. Les chambres disposent de bouton d'appel et n'ont pas de double entrée.

Le mobilier d'une chambre sécurisée est composé d'un lit, d'une table, d'une chaise et d'une table de nuit. Toutefois, certaines chambres sont sans lit et n'ont qu'un simple matelas posé à

même le sol : le jour de la visite, trois patients de l'unité Séraphine de Senlis et un patient de l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault dormaient directement sur le sol.



Chambre sécurisée de l'unité Séraphine de Senlis

L'estimation médicale de l'état clinique détermine aussi l'équipement de la chambre. Le mobilier de ces chambres (table de nuit, chaise, lit), sur roulettes, peut être retiré à tout moment en cas d'agitation du patient. De fait, si le patient n'est pas autorisé à prendre ses repas dans la salle à manger, il est soit à table dans le sas, soit assis sur son lit, le plateau repas posé sur ses genoux. Un bureau avec une chaise peut également être installé dans le sas. Dans l'unité Séraphine de Senlis, un système d'interphonie est parfois activé par les soignants et permettent au patient en isolement de communiquer avec un personnel du bureau infirmier qui peut lui répondre.

Les contrôleurs ont pu constater que, même dans le cas où ces chambres ne sont pas utilisées comme des chambres d'isolement, le sentiment de précarité demeure (par exemple, le téléviseur posé à même le sol). L'impression que l'isolement peut arriver à tout moment de voir renforce cette atmosphère anxiogène.

RECO PRISE EN COMPTE 11

Toutes les chambres doivent être dotées d'un lit, d'un accès à un point d'eau et de toilettes, l'utilisation de pots est à proscrire. Les chambres normales ne doivent pas être utilisées comme des chambres d'isolement. Les patients hospitalisés dans ces chambres doivent pouvoir avoir accès aux mêmes conditions d'hébergement que les autres patients.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« la définition stricte des chambres d'isolement est désormais intégrée dans l'établissement (avec néanmoins une réflexion - cf. supra - qui se poursuit dans les unités de soins prolongés – selon une procédure stricte – pour des patients qui ne parviennent pas à s'exprimer ou dont les facultés cognitives sont très altérées peut être assimilées à l'apaisement chez des patients en mesure d'exprimer leur volonté dans une unité d'admission en court séjour – interprétation donnée par la CME dans sa séance du 17 octobre 2019).

Le dispositif tel que demandé avec les équipements correspondants est en passe d'être achevé sur tout l'établissement. »

8.1.3 La vie quotidienne

Les restrictions à l'isolement sont systématiques mais peuvent faire l'objet de prescription individualisée.

La cigarette n'est autorisée que lors des sorties dans le patio dédié ; le reste du temps, un substitut nicotinique est proposé au patient.

Les repas sont pris en chambre, sur la table située dans le sas ou dans le patio de l'espace d'isolement. Aucun couteau n'est fourni et les autres couverts sont en plastique. Pour les patients n'ayant pas d'accès à un point d'eau, une bouteille d'eau leur est donnée.

La lecture de livre ou de magazine peut également être autorisée, les lunettes sont laissées selon l'état du patient.

Aucune visite n'est autorisée pour les patients en chambre fermée.

Les patients mis en isolement portent un pyjama et le garde lorsqu'ils sont en sortie séquentielle dans l'unité.

Enfin, la chambre normale du patient est conservée dans le cas où l'isolement ne se pratique pas dans cette même chambre, seule l'unité U2 ne conserve pas toujours la chambre du fait d'un problème de sur occupation.

8.2 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION OMET DE NOMBREUSES CHAMBRES MAIS PERMET TOUT DE MEME DE CONSTATER UNE UTILISATION DISPROPORTIONNEE

8.2.1 La décision de mise à l'isolement et la réévaluation de la mesure

Si la décision d'isolement est généralement prise par un médecin psychiatre, les contrôleurs ont pu noter que certaines mesures étaient décidées par un interne ou un médecin associé sans validation dans l'heure par un médecin psychiatre comme le mentionne l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique⁹. Les sorties sont à l'inverse systématiquement décidées par un psychiatre. Il a également été noté que des prescriptions d'isolement « si besoin » étaient encore utilisées, surtout pour des patients dans les unités de long séjour et pour la nuit. Enfin, la notion de derniers recours ne semble pas toujours justifiée, en témoigne une décision mentionnant un « *patient calme, avec un contact correct, pas de délire ou de velléité suicidaire* », le patient en question avait été sédaté à son arrivée, la mise en isolement a été décidée de façon préventive « *au cas où il s'agite de nouveau* ». De manière générale, les tentatives d'apaisement ne sont pas tracées dans le dossier patient.

Le rythme du passage et de la surveillance sont déterminés par le médecin, une surveillance horaire est généralement effectuée. L'ouverture se fait toujours à deux soignants, au vu du nombre de soignants dans l'unité et du nombre de chambres pouvant être fermées cette surveillance directe semble difficile à appliquer.

Si la réévaluation est faite toutes les 24 heures dans la plupart des unités, une réévaluation hebdomadaire est pratiquée dans toutes les unités de long séjour à la suite d'une réunion de la CME du 21 mars 2019, intitulée « *schéma des pratiques d'isolement-contention en unité prolongée* ». La note stipule que « *la réévaluation de la prescription se fait après concertation du*

⁹ « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée* ».

collectif des soignants deux fois par semaine ». Comme le recommande la HAS et le CGLPL, un renouvellement de la mesure, toutes les 24 heures (isolement) et toutes les 12 heures (contention), doit être décidée par un médecin psychiatre à la suite d'une consultation médicale.

RECOMMANDATION 9

Les décisions de mise en isolement doivent être prises par un médecin psychiatre conformément à l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique. La mesure doit être réévaluée après 12 heures, puis toutes les 24 heures par un psychiatre.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« la procédure "isolement en psychiatrie générale" validée en CME le 21/12/17 et disponible sur la GED Ennov est en conformité avec la réglementation et les recommandations de la HAS. Une réflexion institutionnelle est engagée en ce sens pour les unités de long séjour, en articulation avec le comité d'éthique. »

8.2.2 Le registre

Le registre relatif à l'isolement et à la contention est établi à partir d'extraction des observations mentionnées dans le dossier patient informatisé et des prescriptions médicales, le logiciel CORTEXTE est utilisé par le DIM pour établir le registre.

Le médecin prenant la décision doit cocher l'une des cinq cases (A, B, C, D, E) correspondant à l'espace où se déroule l'isolement (espace dédié, non dédié, contention avec isolement cf. normes, contention avec isolement et en dehors des normes, contention sans isolement cf. exceptions) ; une confusion sur le lieu a pu être notée par les contrôleurs, rendant ainsi l'analyse du lieu d'isolement difficile sans consultation de tous les dossiers patients.

Le logiciel présente également des carences qui doivent être modifiées. Faute d'un protocole relatif au registre de placement en isolement et de formation suffisante, les médecins n'utilisent pas correctement le logiciel : aujourd'hui, une date de fin de mesure n'est pas imposée et aucune alerte n'est mise en place pour éviter qu'une mesure continue de courir alors qu'elle est terminée ; en outre, une case « *si besoin* » existe dans le logiciel, ce qui perpétue ce type de prescription.

Des efforts ont été récemment faits pour que l'information des décisions soit faite de manière exacte : des changements de logiciel ont eu lieu en 2017, une communication et une information ont été faites à tous les soignants et personnels médicaux. Un module de formation sur le registre est également compris dans la formation continue. Un système de référent a été mis en place en 2017 où chaque unité désigne un soignant référent qui suit une formation et assure ensuite l'assistance et l'information sur le registre dans leur unité respective. Les médecins continuent quant à eux d'être formés par le médecin DIM. Une hotline opérationnelle de 9h à 17h est tenue par un membre de l'équipe du DIM pour assurer un appui en direct pendant la semaine. Toutes ces initiatives doivent être poursuivies et encouragées.

PROPOSITION 2

Malgré des efforts récemment entrepris concernant l'utilisation du registre d'isolement, un protocole régissant les mesures de placement doit être établi et une formation pour les médecins doit être mise en place afin d'harmoniser les pratiques de l'ensemble des professionnels.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« *le DIM assure cette formation et la développe.* »

8.2.3 Le nombre de mesures

Le registre, présenté en CME le 28 février 2019 ne prend en compte que six chambres d'isolement sur l'ensemble de l'établissement : deux à U2, une à U3, une à U4 et deux à U5 (alors que quatre sont répertoriées mais deux sont utilisées « *exceptionnellement* »). Toutes les autres chambres sont considérées comme des chambres à « *usage d'isolement* » : leur usage de chambre d'isolement n'est pas systématiquement tracé par le personnel médical et pour l'institution ces chambres sont des chambres normales.

Les données présentées lors de la CME sont donc en dessous de la réalité et ne révèlent pas la pratique de l'établissement. Sur les quatre unités analysées, l'unité U2 est celle qui a le taux d'isolement le plus élevé avec 26,6 % des patients de la file active ayant fait un passage en isolement. Le taux d'occupation des six chambres est également particulièrement haut : il est à 93,17 % omettant encore une fois tous les isollements ayant lieu en chambre ordinaire, en chambres sécurisées, en chambre de soins intensifs, etc. En outre, les informations extraites des prescriptions médicales ne correspondent pas aux informations provenant des observations empêchant ainsi de croiser les informations et de pouvoir obtenir une vision réaliste des pratiques.

Le taux d'occupation important des chambres d'isolement et une utilisation courante des chambres normales comme chambre d'isolement observée pendant la visite témoigne d'une utilisation disproportionnée de l'isolement, souvent utilisée, selon les soignants, à des fins d'apaisement. Pour exemple, à l'unité Gaëtan Gatian de Clérambault, quinze patients étaient enfermés pendant la visite que ce soit de façon permanente ou séquentielle dans leur chambre normale, treize étaient en soins libres.

L'extraction fournie au CGLPL lors de la visite contient néanmoins des informations relatives aux unités de long séjour, avec la réserve susmentionnée que toutes les pratiques ne sont pas répertoriées. Il a été constaté que le changement de statut pour les patients en soins libres faisant l'objet d'une décision d'isolement n'est pas toujours effectué, même après des périodes longues : 253 heures à Séraphine de Senlis ou encore 319 heures à Gaëtan Gatian de Clérambault en 2018. A l'unité U5, les contentions ont eu lieu pour prévenir des chutes et sont utilisées en fauteuil la plupart du temps.

Le registre comprend toutes les informations prévues par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique¹⁰.

¹⁰ Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « (...) Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de

L'utilisation de matelas en mousse dans la plupart des unités ne permet pas l'utilisation de la contention, qui, selon le registre fourni, n'est que peu utilisée au sein de l'établissement. Lorsque celle-ci est pratiquée, un lit est installé dans la chambre. Dans les unités U3 et U4, un jeu de contention est disponible, la formation à son utilisation est faite par un infirmier qui est aussi en charge de l'entretien du matériel, de l'inventaire et de l'échange de bonnes pratiques. Un manuel avec les photos du matériel et la liste est disponible dans le secteur sécurisé.

8.3 AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE SUR L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION N'EST MENEÉE

Le premier rapport relatif à l'isolement et à la contention auprès de la CME a concerné l'année 2018. Présenté le 28 février 2019, il comprend effectivement les données chiffrées et émet des recommandations : mettre une date de fin d'isolement qui ne doit pas être à 0 pour éviter les oublis de fin de prescription ; le retrait de la mention « si besoin » cochée par défaut ; la nécessité de fermer la mesure d'isolement ; une meilleure identification et paramétrage des espaces dédiés ; la formalisation d'une politique quant à l'isolement dans des espaces non dédiés et enfin la mise en place d'une politique d'établissement sur l'isolement de manière générale. Les deux dernières recommandations mettent en lumière le fait que, jusqu'alors, aucune réflexion globale sur l'isolement et la contention n'a été menée.

A la suite de cette réunion, il a également été décidé la comptabilisation de toutes les chambres à usage d'isolement comme chambre d'isolement, permettant ainsi de tracer toutes fermetures de chambre.

Lors de la visite, les contrôleurs ont pu constater que les soignants et les médecins ne s'étaient pas emparés de cette pratique, justifiant le fait que l'isolement était en fait de l'apaisement.

Afin de contribuer à une diminution des pratiques, une formation OMEGA est offerte à tous les soignants dans le cadre de la formation continue ; une formation de formateur OMEGA est également en place pour accroître le nombre d'agents formés.

Les pratiques à venir de l'établissement ne semblent néanmoins pas s'orienter vers une réduction du recours à l'isolement. A l'unité U3, le projet de création d'une unité sécurisée a pour vocation de créer un espace de cinq chambres dédiées (dont deux chambres doubles avec une cloison) à des patients nécessitant des stimuli moins importants. Cet espace sera fermé et contigu aux chambres d'isolement. Les patients en isolement auront comme chambre normale une chambre dans cet espace, ils seront donc toujours isolés du reste de l'unité. La présence médicale ne sera pas permanente mais horaire, aucune activité n'est planifiée. Un salon avec des tables à manger est prévu ainsi qu'une véranda permettant un espace extérieur. Conçu dans un esprit de « zone d'apaisement » cet espace fermé isolera cinq patients et, selon le personnel, permettra ainsi d'ouvrir le reste de l'unité.

contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. (...)

RECO PRISE EN COMPTE 12

Une réflexion institutionnelle sur la pratique de l'isolement doit être engagée de toute urgence par l'établissement. Une procédure claire concernant le placement en isolement et l'utilisation du registre doit être établie. A l'unité U3, l'ouverture de l'unité ne saurait être conditionnée à l'existence d'un espace sécurisé isolant de manière permanente cinq patients du reste des autres.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« une décision d'identification des chambres d'isolement et des équipements afférents a été validée en directoire du 4 octobre 2019. Une actualisation de la procédure d'isolement est en cours.

Une formalisation en cours de la politique pour limiter le recours à l'isolement et à la contention. L'évolution du projet de création d'un espace sécurisé à U3 prend en compte la remarque des contrôleurs. »

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'ISOLEMENT DES MINEURS EST QUASI SYSTEMATIQUE

En 2018, dix-huit mineurs ont été hospitalisés au sein de l'établissement. L'hôpital ne disposant pas de secteur de pédopsychiatrie, les mineurs sont accueillis au sein des unités pour adultes. Répartis au sein des unités, deux ont été placés en chambre normale, sept en chambre d'isolement ou en zone de soins intensifs ou en chambre normales et neuf en isolement.

Du 1^{er} janvier 2019 au jour de la visite, douze mineurs ont été accueillis et neuf d'entre eux ont été placés en isolement, un seul en chambre normale. Les contrôleurs ont pu constater que les mineurs placés en isolement, pour les protéger de la présence des majeurs, ne recevaient que peu de visite de la part des soignants et de la pédopsychiatre de Reims. Une mineure isolée à l'unité U3 depuis le 12 mai 2019 recevait l'infirmière de la pédopsychiatrie deux fois par semaine pendant au moins une heure et la visite de la pédopsychiatre tous les 15 jours. Au jour de la visite, la jeune fille avait accès aux activités de la pédopsychiatrie trois fois par semaine. Les contrôleurs ont pu constater qu'elle n'avait pas d'accès libre à sa chambre ni à l'espace salon situé dans la zone de soins intensifs de l'unité, elle doit en permanence demander aux soignants de lui ouvrir l'une ou l'autre porte. Les soignants sont également peu présents : la jeune fille était laissée seule pendant des heures avec quelques coloriages ou des cahiers de vacances. Alors qu'elle ne présentait aucune tendance suicidaire, la jeune fille dormait sur un matelas en mousse à même le sol.

Les unités qui n'isolent pas les mineurs les laissent libres dans l'unité adulte, ce qui n'est pas non plus une solution satisfaisante.

Tous les mineurs prennent en général les repas dans la même pièce que les adultes, accompagnés d'un soignant.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Des locaux adaptés, spacieux et comportant un accès à l'air libre doivent être offerts aux mineurs hospitalisés au sein de l'établissement. Les mineurs ne doivent ni faire l'objet d'un isolement systématique ni être hospitalisés en contact de patients adultes.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« la prise en charge des mineurs est adaptée au cas par cas en fonction de leur pathologie, des risques constatés et après une réflexion multidisciplinaire menée par les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Ces éléments sont à chaque fois tracés dans le dossier Cortexte.

Le projet de filière adolescents arrêté avec l'ARS prévoit la création d'unités de lits d'urgence et de crise sur les sites de Châlons et Reims, et de lits séquentiels sur le site de Châlons, qui permettront d'éviter l'isolement trop systématique ou le contact avec les patients adultes. L'ouverture de ces lits est prévue au plus tard à l'automne 2020. »

9.2 LES PATIENTS DETENUS SONT PLACES A L'ISOLEMENT SANS CONSIDERATION DE L'EVOLUTION EVENTUELLE DE LEUR ETAT CLINIQUE

En 2018, l'établissement a admis, sur le site de Châlons (hors UMD), seize personnes détenues en provenance de la maison d'arrêt de la ville. L'admission de patients détenus hospitalisés se

fait au titre de l'article L 3214-3 du code de la santé publique, dans les conditions prévues par l'article D 398 du code de procédure pénale ou de l'article L 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale).

Les hospitalisations sont décidées en cas d'urgence ou d'absence de place disponible à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy (Meurthe-et-Moselle). Sur les seize patients détenus admis en 2018, sept ont été transférés à l'UHSA, sept sont repartis à la maison d'arrêt et deux ont fait l'objet d'une levée d'écroû sur place ; ils sont restés entre 3 jours et 13 jours, la durée de séjour ayant été la même quelle que soit la destination prise à la fin de l'hospitalisation.

Les patients détenus sont quasi exclusivement placés dans les unités d'admission, jamais dans les unités de soins prolongés. En 2018, les unités U5 et U3 ont reçu chacune six personnes, trois ont été adressés à l'unité U2 et une à l'unité U4.

Ils sont systématiquement placés en chambre d'isolement ou dans une zone de soins intensifs à leur arrivée et y sont maintenus durant toute leur hospitalisation, quel que soit l'état clinique de la personne et son évolution en cours de séjour, en violation des dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice¹¹ : « *l'isolement ou la contention des personnes détenues, au seul motif de leur statut juridique, sont à proscrire.* » Le placement exclusif en isolement est affiché dans le projet de service médico-soignant de l'unité U2 : « *Le médecin ne peut pas prescrire d'élargissement du cadre, même dans le secteur d'isolement* ».

La personne est donc cantonnée dans sa chambre pendant son séjour ; elle y prend ses repas sous la surveillance du personnel soignant. La réglementation mentionnée ci-dessus n'est pas non plus prise en compte dans l'organisation des conditions d'hospitalisation : « *le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient* » (page 119).

A l'arrivée d'un patient détenu, le personnel de l'unité reçoit de la direction un message de rappel sur la nécessité de surveiller la personne détenue au regard du risque d'évasion.

Les personnes devant comparaître devant le juge des libertés et de la détention (JLD) sont escortées, voire menottées, par la police dans leurs déplacements entre l'unité et la salle d'audience ; les menottes sont retirées pour l'entretien avec l'avocat et pendant l'audience.

Au moment du contrôle, aucune personne détenue n'était hospitalisée. Selon les propos rapportés, les conditions de vie sont si peu agréables que nombreux sont les patients détenus qui préfèrent retourner le plus tôt possible en détention.

RECOMMANDATION 10

Conformément aux dispositions légales, le placement en chambre d'isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours et ces personnes doivent être hospitalisées dans les mêmes conditions que tout autre patient.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

¹¹ Instruction ministérielle du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice.

« les admissions des patients détenus à l'EPSMM ne se font qu'en cas d'urgence ou d'absence de place disponible à l'UHSA de Nancy.

Ils bénéficient de la prise en charge adaptée à leur état clinique sur prescription médicale. »

10. CONCLUSION

Les conditions d'hébergement sont globalement bonnes, toutes les unités ayant été construites ou réhabilitées dans les dix dernières années. Les locaux d'hospitalisation sont installés dans un parc très bien entretenu au milieu duquel on trouve des lieux de vie très fréquentés, notamment des espaces de sociothérapie et une cafétéria.

Le nombre de patients au long cours est important dans trois unités (Gaëtan Gatian de Clérambault, Henri Wallon, Séraphine de Senlis) faute de places en structures d'aval mais également faute de conventions avec les structures d'aval existantes ; les séjours de rupture se trouvent ainsi transformés en long séjour.

La pénurie médicale, principalement de psychiatres, n'est pas compensée par l'appel à des vacataires ni par la présence de praticiens associés, dont la cohabitation avec des praticiens hospitaliers seraient sources de tensions reposant sur les déséquilibres de responsabilités et de rémunérations ; cette situation est au détriment des praticiens hospitaliers et des praticiens associés.

Une ambiance sécuritaire règne globalement dans cet hôpital. Les contrôles d'identité des visiteurs et d'accès à l'établissement ont été renforcés dans le cadre du plan Vigipirate. Toutes les unités sauf une sont fermées alors même que l'entrée et la sortie du parc sont sous surveillance. Le patient détenu est enfermé en chambre d'isolement durant tout son séjour.

L'hôpital recourt massivement à l'isolement selon des modalités qui ne distinguent pas toujours cette mesure avec la nécessité de proposer à des patients à l'état déficitaire des conditions d'hébergement adaptées. La politique de l'établissement en matière de réduction du recours à l'isolement doit intégrer les recommandations de la HAS relatives aux espaces d'apaisement au sein des unités de soins.

Dans son courrier en date du 29 octobre 2019, le directeur général de l'EPSMM écrit :

« nous estimons que la phrase "une ambiance sécuritaire règne globalement dans cet hôpital" ne rend pas compte de la réalité de la prise en charge. L'ensemble de la communauté médicale est très attentif à ce sujet, avec des chefs de pôle soucieux de respecter l'équilibre entre les soins à apporter aux patients, la sécurité requise par les autorités de l'Etat, le respect des droits des patients et de leur dignité, et leur protection à l'égard d'autrui ou d'eux-mêmes. Par ailleurs les plans Vigipirate renforcés et les instructions visant à une vigilance accrue doivent être pris en compte. »

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