



Rapport de visite :

7 au 18 octobre 2019 – Première visite

Centre hospitalier du Rouvray
à Sotteville-lès-Rouen

(Seine-Maritime)



SYNTHESE

La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté et douze contrôleurs ont effectué du 7 au 18 octobre 2019 la première visite des unités d'hospitalisation à temps complet du centre hospitalier du Rouvray (CHR) situé à Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).

A l'issue, des recommandations en urgence ont été publiées le 26 novembre 2019 au journal officiel de la République française, la Contrôleure générale estimant qu'un nombre important de dysfonctionnements et d'atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées avaient cours dans cet établissement, au regard notamment de la liberté d'aller et venir, des conditions d'hébergement, des pratiques d'isolement, de l'information délivrée aux patients et de la prise en charge de certains enfants hospitalisés.

Le ministre des solidarités et de la santé a communiqué des observations le 22 janvier 2020, faisant notamment état d'un comité de pilotage local chargé de proposer un plan d'amélioration prioritaire à l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie à la suite de la prise de « conscience de la gravité des dysfonctionnements observés ».

Un rapport provisoire de la visite a été adressé à la direction de l'établissement le 16 juillet 2020, ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives de Seine-Maritime. Les remarques formulées en réponse par le directeur du centre hospitalier dès le 3 septembre suivant ont été intégrées au présent rapport définitif. Les autres autorités n'ont pas adressé d'observations.

La visite a confirmé l'existence d'un climat social local fortement dégradé depuis plusieurs années. Le paroxysme de la crise s'est situé en juin 2018 ; malgré la signature d'un protocole accordant trente postes de soignants supplémentaires, la crise a ressurgi en septembre 2019.

Situé sur la rive gauche de la Seine depuis le début du XIX^{ème} siècle, au sud de l'agglomération rouennaise, le grand parc abritant plus d'une trentaine de bâtiments pavillonnaires datant d'époques différentes est désormais ceint d'un tissu urbain dense. La population – dont la prise en charge par le CHR est organisée en dix secteurs de psychiatrie pour adultes (sur dix-sept en Seine-Maritime) et trois de psychiatrie infanto-juvénile (sur sept) - réside pour près des trois-quarts en ville, le quart restant résidant en zone rurale. Le CHR a de plus vocation à hospitaliser les enfants et les adolescents de la région, les seuls autres lits spécialisés se trouvant au Havre.

Vingt-huit unités d'hospitalisation à temps complet (dont une exclusivement pour des patients en soins libres¹ et une pour des malades difficiles à savoir l'UMD), correspondant à 551 lits, sont réparties dans trois pôles depuis 2018 : le pôle Rouen rive droite, le pôle Rouen Seine Caux Bray, le pôle pour enfants et adolescents.

Parmi les vingt-cinq unités contrôlées, l'unité Badinter de sept lits n'accueille que des patients détenus en soins sans consentement, l'unité régionale d'hospitalisation enfants et adolescents Arthur Rimbaud de dix lits n'accueille que des patients mineurs en soins libres ou sans consentement, l'unité Matisse accueille des personnes âgées en soins libres ou sans consentement ; les vingt-deux autres unités sont susceptibles d'accueillir à la fois des patients en soins sans consentement et des patients en soins libres, adultes ou mineurs. 80 % des unités visitées sont fermées totalement, 92 % le sont totalement ou partiellement, y compris lorsqu'une majorité de patients en soins libres y est prise en charge.

¹ Unité Jean-Pierre Pot de soins en addictologie au CHR.

L'activité extra hospitalière augmente et la suroccupation des lits d'intra-hospitalier est une problématique récurrente. Le taux d'occupation des lits le 3 octobre 2019 était de 107,7% ; des patients dorment sur des lits de camp dans des bureaux des unités d'hospitalisation. Le délai d'attente pour un rendez-vous médical en centre médico-psychologique (CMP) est supérieur à trois mois. Pour autant, rien n'était fait pour remédier à la double pression s'exerçant sur l'intra et l'extra-hospitalier. L'établissement annonce avoir mis fin à la pratique des lits supplémentaires fin mars 2020 en développant des dispositifs de prise en charge ambulatoire ainsi qu'en activant des solutions d'hébergement d'aval en médico-social. Il s'est également saisi de la question du recrutement et de la fidélisation du personnel médical à la suite du constat de la vacance de postes.

Aucun des documents institutionnels accompagnant l'activité des services n'était à jour lors de la visite (projet médical, projet de soins, projet d'établissement, projet territorial de santé mentale, etc.). Ils sont dorénavant en cours d'élaboration.

La part des hospitalisations en soins sans consentement (SSC) tend à augmenter : jusqu'à 25 % des admissions en 2018. Par ailleurs, pour la même année, 40% des décisions du directeur d'établissement sont prises sur le fondement du péril imminent ; même si cette proportion passe à 34 % en 2019 elle reste préoccupante eu égard au contrôle médical moindre qui accompagne cette modalité d'admission.

Les directives et décisions du préfet contraignent durablement le soin des patients admis sur décision du représentant de l'État : les demandes de sorties temporaires et de mainlevées se heurtent à des refus que la communauté hospitalière ne cherche pas à faire évoluer.

La formation du personnel médical et non-médical ne fait pas l'objet d'un investissement et d'un suivi suffisants, particulièrement s'agissant du droit du soin sans consentement et des droits des patients admis sous ce mode de soins. Les pratiques sont aussi diverses que le nombre d'unités est important. L'information des patients en soins sans consentement s'en ressent, s'agissant de comprendre le cadre de leur hospitalisation, de connaître et exercer leurs droits y compris devant le juge des libertés et de la détention, de recevoir notification de documents. Le collège des professionnels ne reçoit pas le patient concerné lorsqu'il doit se prononcer sur la poursuite de l'hospitalisation en soins sans consentement.

Parallèlement, la procédure de désignation de la personne de confiance n'est pas menée à son terme : le patient reçoit peu d'explications, la personne choisie n'est pas informée de sa désignation et ne la valide pas formellement.

Les patients, enfermés dans la très grande majorité des unités, s'y ennuiant. Certaines unités ont des horaires restrictifs d'accès à l'air libre, dans des jardins plus ou moins agréables et équipés ; quatre unités n'offrent aucun accès à l'extérieur. Les conditions dans lesquelles les patients sont amenés à fumer sont parfois déplorables. En lien avec la fermeture des unités, des situations matérielles ne sont pas prises en charge (accès à des vêtements propres, à l'achat de produits d'hygiène ou de tabac, règlement de factures, etc.), d'autant plus que les assistants de service social sont en nombre insuffisant, que la banque des patients a des horaires d'ouverture restreints et que les services spécialisés (buanderie, banque des patients, cafétéria) ne se déplacent pas dans les unités. Pour le même motif, la participation aux activités thérapeutiques n'atteint pas le niveau qui pourrait être la sienne dans un tel établissement.

Les conditions de vie dans certaines unités sont aussi dégradées par l'état des chambres et des sanitaires, sans même évoquer les lits supplémentaires qui constituent une dégradation supplémentaire de ces conditions. Au-delà de la vétusté de certaines unités, des pratiques

professionnelles conduisent à enfermer des patients dans des chambres en leur laissant un seau pour faire leurs besoins ou à leur faire revêtir en permanence un pyjama de l'hôpital.

Des événements graves ne sont pas rapportés par les professionnels dans les fiches d'évènements indésirables. L'analyse des événements rapportés se solde généralement par l'adoption de mesures sécuritaires sans contextualisation et sans interrogation du sens des pratiques médicales et soignantes. Le comité d'éthique ne parvient pas à influencer ces réflexions.

Des professionnels refusent toute traçabilité informatique de leurs actes, particulièrement celles destinées à alimenter le registre d'isolement et de contention : le dossier du patient n'est pas informatisé, les décisions d'isolement ne sont sauf exceptions ni prises ni levées précisément dans le logiciel, la traçabilité de la surveillance infirmière des patients isolés est aléatoire. Dans ces conditions, le registre d'isolement et de contention et le rapport annuel qui doit s'en suivre ne sont pas fiables. Aucune analyse objectivée des pratiques n'est à l'œuvre à l'échelle de l'établissement, y compris en matière d'isolement et de contention, y compris s'agissant de la mise à nu de patients présentant un risque suicidaire.

Les moyens dévolus à la médecine somatique sont apparus mal intégrés à l'offre de soins au CHR. La prise en charge des patients détenus dans l'unité Badinter est insuffisamment individualisée, pendant le transport et lors de la phase d'accueil qui induit systématiquement une période d'isolement.

L'établissement ne dispose plus des moyens en propre de financer ses réformes mais le financement de projets par le ministère de la santé et l'ARS s'engage : création de dix lits d'hospitalisation à temps plein pour des adolescents à la suite du constat alarmant de l'hospitalisation de grands enfants dans des unités pour adultes ; mise en conformité en urgence des chambres d'isolement à la suite du constat grave de dispositifs d'hygiène et de secours manquants dans lesdites chambres.

En parallèle de ces constats qui ont fait l'objet des recommandations en urgence, les contrôleurs relèvent l'implication de la commission départementale des soins psychiatriques, l'animation de la cafétéria, la possibilité de circuler librement dans les unités et celle de conserver ses moyens personnels de communication. Deux filières de soins se démarquent de l'ensemble : l'accueil des malades psychiatriques en urgence, organisé à la fois aux urgences et dans des unités d'hospitalisation au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen (Seine-Maritime) ainsi qu'à l'UNACOR (unité d'accueil et d'orientation) au CHR ; l'accueil des personnes âgées, spécialisé, dans un service offrant notamment une unité d'hospitalisation à temps complet.

La visite, la publication de recommandations en urgence et le rapport qui s'en suivent ont permis de dresser des constats communs dans un établissement où le fonctionnement est profondément divisé. Les observations de la ministre des solidarités et de la santé et de la direction de l'établissement permettent d'en attester et augurent d'évolutions positives sous réserve que l'ensemble des acteurs s'en saisissent.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 26

La proportion d'admission en SPI doit continuer à appeler l'attention des responsables dans la mesure où ce mode d'admission, qui permet l'hospitalisation d'une personne sans son consentement sur l'appréciation d'un seul médecin qui n'est pas nécessairement psychiatre est particulièrement attentatoire aux droits du patient.

RECOMMANDATION 2 29

Le niveau de connaissance de certains soignants sur les droits des patients en soins sans consentement est insuffisant et une formation spécifique s'impose.

RECOMMANDATION 3 30

Les patients doivent être accompagnés par les soignants dans la prise de connaissance des documents qui concernent leur hospitalisation en soins sans consentement, *a fortiori* quand il s'agit de documents devant faire l'objet d'une notification. Cette dernière doit être effectuée et une copie du document remise au patient.

RECOMMANDATION 4 43

La préoccupation de la sécurité des patients ne peut pas justifier la pratique de gestes attentatoires à la dignité humaine.

RECOMMANDATION 5 50

Les modalités de sorties accompagnées ou non accompagnées doivent être individualisées et ne doivent en aucun cas se fonder sur des directives préfectorales. La situation administrative d'un patient ne doit pas constituer un obstacle à sa sortie si son état le permet.

RECOMMANDATION 6 51

Les autorisations de programme de soins par le préfet ne doivent pas être conditionnées par un nombre de sorties préalables mais doivent se baser sur le certificat médical du psychiatre.

RECOMMANDATION 7 52

Il n'est pas concevable que les demandes de mainlevée pour les patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État fassent quasi systématiquement l'objet d'un refus de la part du préfet. Les médecins doivent se mobiliser pour établir un deuxième certificat médical en considérant l'état du patient et non pas le risque sécuritaire.

RECOMMANDATION 8 53

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé doit être revu pour se mettre en conformité avec les dispositions de l'article L3212-7 du code de la santé publique et ainsi recevoir obligatoirement le patient pour recueillir ses observations avant de donner son avis.

RECOMMANDATION 9 58

L'enfermement des patients en soins sans consentement pendant l'hospitalisation complète n'étant pas intrinsèque à ce mode juridique de soin, cette contrainte de principe dans la liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital doit cesser. Elle est particulièrement injustifiable pour les patients en soins libres.

- RECOMMANDATION 10** 59
Chaque unité d'hospitalisation doit proposer l'accès à un espace à l'air libre à des horaires larges et dans des conditions adaptées aux besoins de chaque patient.
- RECOMMANDATION 11** 60
Les fumoirs, s'ils ne s'avèrent pas être une solution satisfaisante, ne doivent être supprimés qu'au profit d'un accès à l'air libre.
- RECOMMANDATION 12** 62
Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction ou pour des motifs sécuritaires mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques et le port d'un vêtement personnel confortable doit être privilégié.
- RECOMMANDATION 13** 68
La rénovation des salles d'eau vétustes doit être mise en œuvre. Le linge de lit doit être fourni en quantité suffisante afin d'éviter les pénuries.
- RECOMMANDATION 14** 70
L'utilisation de seaux dans des chambres ordinaires pose non seulement des problèmes d'hygiène mais est également attentatoire à la dignité humaine. Elle doit être proscrite.
- RECOMMANDATION 15** 81
La mise en place d'une instance collégiale associant l'ensemble des médecins psychiatres et les cadres des pôles et des services est un impératif. L'informatisation du dossier patient contribuerait à faciliter les échanges d'information. L'absence de politique institutionnelle et la liberté laissée aux services, sans contrôle ni évaluation, ne peuvent être que nuisibles à la qualité de la prise en charge des patients qui *in fine* sont les victimes de ce système.
- RECOMMANDATION 16** 82
Les prescriptions « *si besoin* » doivent être encadrées par un protocole précisant les médicaments concernés, les modes de prescription et les doses à ne pas dépasser, celles-ci devant être tracées. Les protocoles doivent être visés par les médecins. Le consentement du patient doit être recherché.
- RECOMMANDATION 17** 87
Les modalités concrètes de distribution des médicaments doivent permettre aux patients d'échanger s'ils le souhaitent avec les soignants et garantir la confidentialité du soin.
- RECOMMANDATION 18** 90
Les conditions dans lesquelles se déroule le placement en chambre d'isolement sont indignes. Les patients en sont réduits à utiliser un seau hygiénique. Cette pratique doit cesser immédiatement, il appartient au personnel soignant d'accompagner les patients aux sanitaires. De même, il convient de réaliser des travaux de rénovation dans les plus brefs délais. Ces travaux doivent comprendre l'installation de sanitaires dans toutes les chambres ainsi que la mise aux normes des sanitaires existants, la réparation du système de ventilation et l'installation d'un dispositif d'appel. Une horloge numérique, indiquant la date, doit être installée dans les chambres et non dans le sas.
- RECOMMANDATION 19** 92
Il doit être mis un terme à la mise à nu intégrale des patients présentant un risque suicidaire. Des moyens respectueux de la dignité humaine doivent être envisagés.
- RECOMMANDATION 20** 93
La mise en œuvre d'une politique commune, relative à l'isolement et à la contention, dans les pôles de psychiatrie doit permettre d'atteindre le niveau d'exigence attendu par les recommandations de bonne pratique de la HAS ainsi que celles du CGLPL. Une évaluation des pratiques professionnelles sur ce thème doit être conduite.

RECOMMANDATION 21 94

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre de définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques.

RECOMMANDATION 22 100

Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen ; il doit être totalement exclu dans les unités recevant des enfants de moins de 13 ans.

RECOMMANDATION 23 103

Les patients mineurs ne doivent pas être accueillis avec des adultes. Le projet d'une unité d'hospitalisation à temps plein pour adolescents porté depuis plusieurs années par le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent permettrait d'assurer l'hospitalisation temps plein et non programmée d'adolescents de 13 à 17 ans dans des conditions adaptées et respectueuses de leurs droits. Il est urgent que ce projet se mette en place.

Dans tous les cas, le suivi des patients mineurs doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.

RECOMMANDATION 24 107

Les modalités de transport d'un patient détenu par les soignants depuis l'établissement pénitentiaire doivent être adaptées à l'état clinique de celui-ci.

RECOMMANDATION 25 107

Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours, y compris pour les patients détenus ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

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 17

L'établissement doit disposer de l'ensemble des documents institutionnels – projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projets de service dont les projets de pôle – de nature à guider son activité.

RECO PRISE EN COMPTE 2 18

Un plan d'action visant à résorber l'installation de lits supplémentaires doit être sans délai mis en œuvre eu égard à l'aggravation inadmissible des conditions d'hospitalisation qui en résulte pour les personnes et aux conséquences qui compromettent gravement leurs perspectives de soins.

RECO PRISE EN COMPTE 3 20

L'établissement doit identifier des solutions afin que les postes vacants de médecins psychiatres soient pourvus dans les plus brefs délais.

RECO PRISE EN COMPTE 4 32

Il convient de rectifier les erreurs rédactionnelles relatives à la désignation d'une personne de confiance contenues dans le livret d'accueil comme dans l'instruction à l'attention du personnel soignant, qui doit recevoir une formation précise. La personne de confiance doit être informée de sa désignation et des conséquences qui en découlent, et doit la confirmer par écrit.

RECO PRISE EN COMPTE 5 39

Les fiches d'événements indésirables doivent pouvoir être anonymisées et les personnes les remplissant doivent pouvoir le faire en toute confiance. L'analyse de ces fiches doit conduire à une réflexion sur les pratiques professionnelles en vue d'améliorer la réponse qui est apportée aux événements et en limiter la survenue. Pour parvenir à de tels objectifs, la direction de la qualité doit être associée aux différentes instances de l'hôpital.

RECO PRISE EN COMPTE 6 49

La tenue des registres doit être améliorée pour respecter les règles de l'article L3212-11 du code de la santé publique afin que puisse s'exercer un contrôle des mesures de soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 7 55

Les modalités de remise de convocation à l'audience du juge des libertés et de la détention doivent être protocolisées pour garantir au patient une exacte et complète compréhension des enjeux judiciaires et leur assurer un accès complet aux droits découlant de l'audience.

RECO PRISE EN COMPTE 8 61

Toutes les chambres doivent disposer d'un système de fermeture de la porte manipulable par le patient, afin d'empêcher les intrusions.

RECO PRISE EN COMPTE 9 63

Il conviendrait de déployer le wifi dans les unités d'hospitalisation afin de permettre un accès internet gratuit aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 10 72

La banque des patients doit être ouverte tous les jours de la semaine ou au moins tous les jours ouvrés, comme c'est le cas du bureau des entrées agissant pour le compte de la Trésorerie. Les patients doivent être en mesure de conserver leurs biens en toute sécurité dans leur chambre. Enfin, les sommes d'argent conservées au sein des unités doivent faire l'objet d'une traçabilité écrite.

RECO PRISE EN COMPTE 11 75

L'établissement doit engager une réflexion institutionnelle sur les sujets relatifs à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois la liberté des patients en matière de sexualité et la nécessaire protection des patients les plus vulnérables. Il doit développer les formations du personnel, afin de ne plus laisser les soignants seuls face à ces questions.

RECO PRISE EN COMPTE 12 84

Une réflexion doit être conduite sur les activités thérapeutiques pouvant être proposées aux patients, leur organisation, les moyens pour les mettre en place et le service pouvant porter ce dossier. Ses conclusions devront faire partie intégrante du futur projet d'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 13 86

Le service de médecine polyvalente du CHR doit être reconnu comme tel par l'établissement. Un bilan d'activité, intégrant l'activité interne au CHR et l'activité externe, doit être établi annuellement et lister les objectifs à prévoir à court et moyen terme en adaptant les moyens qui lui sont dévolus. Ce service doit se doter d'un projet de service.

RECO PRISE EN COMPTE 14 88

La vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, en expérimentation dans une unité, ne doit en aucun cas se substituer à une présence soignante.

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 31

Le livret d'accueil doit comporter une rubrique permettant au lecteur de connaître la possibilité de la non-divulgence d'une hospitalisation. La procédure, à actualiser, doit être connue du personnel soignant.

PROPOSITION 2 40

Chacun des événements signalés doit être analysé en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

PROPOSITION 3 41

Le patient qui en fait la demande doit pouvoir être accompagné par les soignants pour déposer plainte.

PROPOSITION 4 70

Pour les personnes ne disposant pas de vêtements, le lien avec le vestiaire doit être fait au plus vite.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	10
RAPPORT	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE	15
2.1 L'établissement, sans projet collectif, est sclérosé	15
2.2 L'établissement, dont l'activité augmente plus fortement en extra qu'en intra-hospitalier, ne met rien en œuvre pour remédier à la suroccupation de ses lits d'hospitalisation à temps complet	18
2.3 Des postes de médecins sont vacants	19
2.4 La situation financière de l'hôpital ne permet pas d'avoir une politique dynamique au service des patients	23
2.5 Le nombre des hospitalisations en soins sans consentement augmente principalement sur le fondement du péril imminent.....	25
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	27
3.1 Les informations orales données aux patients sont lacunaires, les documents écrits peu nombreux et la formation du personnel soignant insuffisante.....	27
3.2 La non-divulgence d'une hospitalisation est possible mais la procédure est mal connue des patients comme des soignants	30
3.3 Le processus de désignation d'une personne de confiance est partiellement mis en œuvre.....	31
3.4 L'établissement dispose d'un mandataire judiciaire réactif pour les majeurs protégés et le travail soutenu des assistants sociaux est reconnu	32
3.5 Le droit de vote est pris en considération	35
3.6 Tous les cultes sont représentés mais la participation des patients est restreinte en raison de la fermeture des unités.....	35
3.7 L'analyse des événements indésirables et des plaintes, lacunaire, est tournée vers un objectif sécuritaire	36
3.8 Le comité d'éthique se réunit sans parvenir à intéresser les professionnels	44
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE.....	46
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques, convaincue de son rôle de contrôle, s'efforce d'être un lanceur d'alertes.....	46
4.2 Les associations d'usagers participent largement aux instances de l'établissement mais leurs représentants manquent de visibilité	47
4.3 Les registres, dont la tenue manque de rigueur, obligent à consulter le dossier du patient pour contrôler efficacement les modalités de l'hospitalisation sans consentement.....	48

4.4	Les modalités de sorties et de programmes de soin sont contraintes par les directives préfectorales	49
4.5	Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'exerce dans des conditions matérielles satisfaisantes mais l'enjeu de la convocation devant le juge est insuffisamment expliqué aux patients	54
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	57
5.1	La liberté de circulation est entravée pour tous les patients, en soins libres ou en soins sans consentement, ce qui nuit gravement à la qualité des soins prodigués	57
5.2	Les restrictions dans la vie quotidienne sont individualisées, néanmoins le port du pyjama fait l'objet d'un traitement peu lisible.....	61
5.3	Les relations avec l'extérieur sont facilitées par l'utilisation du téléphone portable personnel mais l'établissement ne propose pas de wifi	63
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	65
6.1	Les conditions d'hébergement sont dégradées et aggravées par la suroccupation des unités.....	65
6.2	Les conditions d'hygiène ne sont pas optimales en raison de la vétusté des locaux et de pratiques contre-productives.....	68
6.3	Les biens des patients sont protégés à l'exception de quelques unités dont les portes des chambres ou des placards ne ferment pas à clé	71
6.4	L'alimentation est l'objet d'une satisfaction « modérée »	72
6.5	L'accès à la sexualité n'a pas fait l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	74
6.6	La cafétéria est un lieu de rencontres incontournable mais son accès est limité	76
7.	L'ACCES AUX SOINS.....	78
7.1	Les urgences psychiatriques bénéficient d'une organisation structurée et offrent des prises en charge de qualité	78
7.2	Les soins psychiatriques pâtissent d'une absence de politique institutionnelle, source potentielle d'inégalité d'accès aux soins dans les unités	80
7.3	Les moyens dévolus aux soins somatiques sont insuffisants et l'activité n'est pas analysée	84
7.4	La pharmacie souffre de l'absence de politique commune	86
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	88
8.1	Les conditions matérielles d'isolement portent atteinte à la dignité des patients	88
8.2	Le recours à l'isolement et à la contention, non maîtrisé, contrevient à la dignité des patients	91
8.3	Le registre d'isolement et de contention est insuffisamment exploité	94
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	96
9.1	Les soins de gérontopsychiatrie sont pleinement investis et individualisés.....	96

9.2	L'offre de soins de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, articulée sur son territoire, fait défaut pour l'hospitalisation à temps plein des adolescents et contraint ces derniers à être pris en charge dans des unités pour adultes	97
9.3	Les personnes détenues sont essentiellement hospitalisées dans une unité spécifique mais elles sont systématiquement placées en isolement à leur admission.....	103
10.	CONCLUSION.....	109

Rapport

- Adeline Hazan, Contrôleure générale ;
- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Annie Cadenel ;
- Edith Chazelle ;
- Marie-Agnès Crédoz ;
- Candice Daghestani ;
- Céline Delbauffe ;
- Dominique Péton-Klein ;
- Danielle Piquion ;
- Bruno Rémond ;
- Vianney Sevaistre ;
- Bonnie Tickridge.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), la Contrôleure générale et douze contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier du Rouvray, sis à Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime), du 7 au 18 octobre 2019.

Cette mission constituait une première visite des lieux d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile de l'établissement. Deux précédentes missions avaient concerné les unités pour malades difficiles (UMD) Erasme en septembre 2012 et l'unité Badinter pour personnes détenues en janvier 2016 ; les UMD n'ont pas été visitées en octobre 2019².

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 7 octobre 2019 à 14h. Ils l'ont quitté le 18 octobre à midi.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur et la mission a pu se présenter devant les membres de la direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME), les médecins, les cadres supérieurs de pôle, les cadres de santé ainsi que les organisations professionnelles.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec la préfecture de Seine-Maritime, la mairie de Sotteville-lès-Rouen, les chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Rouen, plusieurs

² La visite des UMD en septembre 2012 ayant été suivie de la publication du rapport, elles n'ont pas été visitées à nouveau en octobre 2019. En revanche, le rapport de la visite en janvier 2016 de l'unité Badinter n'ayant jamais été publié, cette unité a fait l'objet d'une nouvelle visite du CGLPL.

représentants de la direction de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie. Les contrôleurs ont également rencontré le président du conseil de surveillance.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et elles ont été reçues en entretien.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur. Les documents demandés ont été mis à disposition.

Des affiches signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 18 octobre 2019 en présence de l'équipe de direction, du président de la CME, des chefs et des cadres supérieurs de pôle ainsi que de représentants des usagers et des organisations professionnelles.

La Contrôleure générale a publié des recommandations en urgence au journal officiel de la République française du 26 novembre 2019. La ministre des solidarités et de la santé a transmis des observations en date du 22 janvier 2020. Ces recommandations et les observations en réponse sont consultables sur le site internet du CGLPL.³

Un rapport provisoire a été adressé le 16 juillet 2020 au directeur de l'établissement de santé, au directeur de la délégation territoriale de l'ARS, aux chefs de juridiction ainsi qu'au préfet. Le directeur du centre hospitalier du Rouvray a communiqué des observations par courrier en date du 3 septembre 2020 ; elles ont été intégrées au présent rapport définitif.

³ <https://www.cgpl.fr/2019/recommandations-en-urgence-relatives-au-centre-hospitalier-du-rouvray-a-sotteville-les-rouen-seine-maritime/>

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE

2.1 L'ETABLISSEMENT, SANS PROJET COLLECTIF, EST SCLEROSE

2.1.1 Le projet

Le centre hospitalier du Rouvray (CHR) a vocation à prendre en charge les patients adultes de dix secteurs de psychiatrie du département de la Seine-Maritime, les sept autres l'étant par le centre hospitalier (CH) de Dieppe et le groupe hospitalier du Havre (GHH).

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, le CHR est compétent pour les soins à la population de trois des sept secteurs que compte le département mais a vocation à hospitaliser les enfants et les adolescents de toute la région en complément de l'offre de lits spécialisés au GHH.

Les secteurs du CHR couvrent notamment l'agglomération de Rouen, très urbanisée, concentrant à elle seule environ 500 000 des 700 000 habitants qui peuplent les secteurs qui lui sont attribués. Au-delà, la population réside en zone rurale.

Le CHR est situé sur la rive gauche de l'agglomération rouennaise, à Sotteville-lès-Rouen, dans un territoire mêlant industries et habitat dense souvent populaire. Il y est implanté depuis le début du XIX^{ème} siècle en tant qu'hospice des aliénés. Dorénavant situé en zone urbanisée, il comprend plus d'une trentaine de bâtiments pavillonnaires d'un à trois niveaux bâtis à des époques très différentes, rénovés voire érigés dans le courant des années 2000 et 2010.

Depuis 2016, le CHR est intégré au groupement hospitalier de territoire (GHT) Rouen Cœur de Seine, dont le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen est l'établissement support.

De nombreuses tensions sont perceptibles au sein du CHR, entre les différentes catégories professionnelles mais aussi au sein de chacune d'entre elles, et depuis plus d'une dizaine d'années, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

De mars à juin 2018, le CHR a été marqué fortement par une crise sociale ouverte, motivée notamment par la saturation constante des capacités en lits de l'établissement et par l'hospitalisation de mineurs dans des unités pour adultes. Une intersyndicale a mené une grève locale et plusieurs actions médiatisées, qui se sont soldées par la signature d'un relevé de décisions accordant trente postes de soignants supplémentaires. Un nouveau directeur général de l'établissement a pris ses fonctions en janvier 2019. Le conflit social a repris avec une acuité particulière en septembre 2019.

La visite du CGLPL s'est inscrite dans cette période de crise durable, à l'issue de laquelle les contrôleurs relèvent que :

- l'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM) venait de débiter ;
- aucun projet d'établissement – ni même les documents qui le sous-tendent⁴ – n'était valide, la démarche d'élaboration venant également de commencer et le précédent ayant couvert la période 2012-2017.

Les projets de service sont inexistants, y compris s'agissant de l'unité d'accueil et d'orientation (UNACOR) dont l'organisation interne au CHR et externe avec les structures connexes n'est pas formalisée, de même, *a fortiori*, que les projets de pôle (cf. §.7).

⁴ Projet médical, projet de soins, etc.

Si ces documents institutionnels doivent être établis, leur inexistence manifeste surtout une absence majeure de vision collective. Elle est d'autant plus grave que la prise en charge des patients en pâtit et que le personnel rencontré, médical et non médical, a exprimé sa « souffrance » et sa « perte de sens », pour reprendre les termes utilisés.

2.1.2 L'organisation

Depuis septembre 2018, motivé par le départ de médecins, le CHR a réduit le nombre de ses pôles, passant de quatre à trois pôles : deux de psychiatrie pour adultes (pôle Rouen Rive Droite, RRD, pour l'agglomération rouennaise ; pôle Rouen Seine Caux Bray, RSCB, pour le reste du territoire), un de psychiatrie infanto-juvénile (pôle pour enfants et adolescents, PEA).

Chaque pôle de psychiatrie pour adultes réunit cinq secteurs. Le pôle RRD y ajoute les urgences psychiatriques, tant au CHU que dans l'UNACOR située au CHR, et deux UMD. Le pôle RSCB ajoute l'addictologie et la prise en charge des personnes détenues (en détention, et en hospitalisation dans l'unité Badinter).

Chaque pôle gère une offre intra et extra hospitalière, plus ou moins étoffée dans chaque secteur, composée de places en hôpitaux de jour (HDJ) et en accueil familial thérapeutique (AFT), de centres médico-psychologiques (CMP), centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), voire consultations assurées dans des CH ou mairies. A chaque secteur correspondent une à trois unités d'hospitalisation, majoritairement deux, à l'origine au moins une unité d'admission et une unité complémentaire offrant des soins de suite et de réhabilitation. Seul le PEA n'offre qu'une unité, à vocation intersectorielle : l'unité régionale d'hospitalisation des enfants et adolescents (URHEA).

Finalement, les contrôleurs ont visité vingt-cinq unités d'hospitalisation à temps complet, toutes susceptibles d'accueillir des personnes en soins sans consentement, restrictives quant à la liberté de circulation sauf exceptions. Elles se présentent ainsi :

Pôle	Secteur	Unité	Spécificité	Lits	Chambres isolement
Rouen Rive Droite (RRD)	3	Henry Ey		25	2
		Saint Jean		25	3
	5	Maupassant		24	3
		Duchamp		25	1
	8	Paul Verlaine		24	3
		Virginie Henderson		23	1
	4	Gérard de Nerval		18	2
		François Tosquelles		20	
	9	Lacan		20	2
		Matisse	Personnes âgées	20	
		UNACOR	Accueil et orientation CHR	12	3
		Colonna	Accueil et orientation CHU	20	

Rouen Seine Caux et Bray (RSCB)	1	Flaubert		22	2
		Monet		25	
	2	Daumezon 1		22	3
		Daumezon 2		18	1
	6	Fanon 1		19	1
		Fanon 2		21	2
	7	Artaud		30	2
		Pinel		14	1
		Pussin		15	1
	10	Éole 1		24	2
		Éole 2		19	2
		Badinter	Personnes détenues	8	2
	PEA		URHEA (Rimbaud)	Enfants et adolescents	10
		Total		503	40

En démultipliant les unités d'hospitalisation au sein des secteurs qui sont déjà nombreux – et donc les services et les chefs de service – le CHR favorise une organisation en silos énergivore. La réduction du nombre de pôles a été guidée non par l'émergence de deux cultures de pôle mais par la nécessité « d'habiller » la pénurie médicale. Faute d'intérêt commun partagé dans l'établissement et *a minima* dans les pôles, le CHR présente autant de conditions de prise en charge que de secteurs et d'unités, à savoir une prise en charge fragmentée.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'établissement doit disposer de l'ensemble des documents institutionnels – projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projets de service dont les projets de pôle – de nature à guider son activité.

Dans ses observations du 3 septembre 2020, le directeur du CHR indique que le projet d'établissement 2021-2025 est en cours d'élaboration, accompagnée par un prestataire externe. A partir du diagnostic posé, un cadre stratégique a été proposé « *aux organisations syndicales, au collège des psychologues et aux représentants des usagers qui les ont complétés* » puis présenté début septembre au comité de pilotage stratégique du projet d'établissement. Il comporte quatre volets : « *humaniser (locaux, accueil, droits des patients, libertés, conditions de travail et d'hébergement, respect)* » ; « *faciliter l'accès aux soins et se mettre du côté du patient géographiquement, par pathologie et par âge (proximité réelle)* » ; « *coordonner les parcours en interne et en externe pour orienter les patients au bon endroit, avec les bonnes personnes et avec les moyens adéquats* » ; « *professionnaliser et harmoniser les pratiques de soins pour que le patient s'y retrouve* ».

Cinq axes se dessinent dans le projet d'établissement : « *un projet médico-soignant et psychologique unique, socle des développements que nous souhaitons mettre en œuvre* » ; « *un*

projet qualité et prises en charge » ; « un projet social, garant de coopération entre les acteurs » ; « un projet architectural, qui synthétisera les évolutions des locaux à mettre en œuvre » ; « un projet technique et financier, qui synthétisera les éléments nécessaires pour mettre en œuvre les autres volets ».

Le CGLPL prend acte très favorablement de l'engagement de la démarche et de son avancement.

2.2 L'ETABLISSEMENT, DONT L'ACTIVITE AUGMENTE PLUS FORTEMENT EN EXTRA QU'EN INTRA-HOSPITALIER, NE MET RIEN EN ŒUVRE POUR REMEDIER A LA SUROCCUPATION DE SES LITS D'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

Dans son rapport d'activité pour l'année 2018, le CHR rapporte une file active totale de 30 661 patients, en hausse de 2,5 % par rapport à l'année 2017. Cette hausse dure depuis au moins sept ans.

Cette hausse est due presque exclusivement à l'augmentation de la file active ambulatoire, qui a gagné 716 patients entre 2017 et 2018 (soit 2,4 % supplémentaire). La hausse du nombre d'actes en ambulatoire est encore plus forte : 3,4 %, représentant près de 11 000 actes supplémentaires. Parallèlement, l'activité d'hospitalisation à temps complet est aussi de plus en plus sollicitée, quoique moins fortement : la file active a augmenté de 0,8 % en passant à 4 436 patients, qui se sont présentés de plus en plus directement (1,6 % d'augmentation des entrées directes). Seul le nombre de journées a diminué de 1,6 %, à 203 383 journées en 2018, couplé à une diminution du nombre moyen de patients en hospitalisation à temps complet quotidiennement (1,8 % de diminution, correspondant à 558 patients en 2018). Le CHR a en fait hospitalisé de plus en plus de patients en réduisant leur durée moyenne d'hospitalisation (DMH) de 1,2 jour (DMH à 45,8 jours en 2018). Cela a aussi permis de réduire le taux d'occupation des lits de 102,8 % en 2017 à 101,3 % en 2018.

La demande de soins en extra hospitalier, illustrée par des délais allant jusqu'à trois mois pour obtenir un rendez-vous médical dans un CMP, n'est pas compensée par la réaffectation de ressources humaines dans cette direction : les trente postes supplémentaires de soignants accordés en 2018 ont été dirigés vers l'intra hospitalier afin de faire face à la tension immédiate dans la mise en œuvre des soins en hospitalisation.

Lors de la visite, la suroccupation des lits était toujours une réalité : le 3 octobre 2019, leur taux d'occupation était de 107,7 % dans les unités visitées, obligeant à l'installation de lits supplémentaires ou de lits dits d'urgence, par ajout d'un lit de camp dans une chambre simple ou double (conduisant à son doublement ou à son triplement). Il n'est pas rare qu'un lit soit installé dans un bureau ou dans le salon de visites des familles, ou qu'un patient soit maintenu en chambre d'isolement. Selon les informations recueillies, il manquerait en permanence une vingtaine de lits d'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Un plan d'action visant à résorber l'installation de lits supplémentaires doit être sans délai mis en œuvre eu égard à l'aggravation inadmissible des conditions d'hospitalisation qui en résulte pour les personnes et aux conséquences qui compromettent gravement leurs perspectives de soins.

Dans ses observations du 3 septembre 2020, le directeur du CHR annonce : « La suppression des 29 lits supplémentaires est effective depuis le 25 mars 2020. De plus, le dispositif de gestion des flux patients est désormais mis en œuvre par les équipes médicales pour faciliter les sorties. ».

L'hospitalisation d'enfants et d'adolescents au-delà de la capacité spécialisée de l'URHEA est aussi une réalité : une moyenne de 2,6 mineurs est en permanence prise en charge dans des unités pour adultes, parfois même en deçà de 16 ans (cf. §.9.2.3).

2.3 DES POSTES DE MEDECINS SONT VACANTS

2.3.1 Effectif global de l'établissement

	2017		2018		2019	
	Budgété	Dont non pourvu	Budgété	Dont non pourvu	Budgété	Dont non pourvu
ETP personnel médical (hors étudiants et internes)	103,19	ND	99,86	ND	101,93	ND
ETP personnel non médical	1 874,95	ND	1 880,86	ND	1 914,13	ND
TOTAL	1 978,14	-	1 980,72	-	2 016,06	-

(ETP : équivalent temps plein ; ND : non disponible)

L'effectif de médecins a légèrement diminué depuis 2017 alors que les postes non médicaux ont augmenté. Parmi les trente postes supplémentaires de personnel paramédical obtenus par les organisations syndicales lors du mouvement social, vingt ont déjà été créés et dix autres le seront d'ici la fin de l'année 2019. Initialement, il s'agissait d'étoffer les équipes intervenant dans le champ du handicap, de la réhabilitation psychosociale ainsi que de la réinsertion dans les structures médico-sociales. Par ailleurs dix postes devaient être affectés à la future unité d'hospitalisation pour adolescents. Compte tenu des pressions exercées par les organisations syndicales, tous ces postes ont été attribués aux unités d'hospitalisation adulte.

2.3.2 L'effectif de médecins

L'établissement connaît des difficultés pour recruter des médecins psychiatres. La réorganisation des pôles qui a donné lieu à la suppression du pôle Rouen Sud Elbeuf en septembre 2018 en découle (cf. *supra* §.2.1.2), à la suite du départ de médecins et d'une pénurie médicale dans quatre des six services de ce pôle.

Selon les données transmises par la direction des ressources humaines, l'effectif requis de médecins – toute spécialités confondues – pour l'année 2019 est de 115,9 ETP. Au cours du mois de septembre 2019, l'établissement comptait 96,5 ETP de médecins (hors internes). Les données recueillies dans les unités d'hospitalisation lors de la visite des contrôleurs font apparaître les éléments suivants :

- le secteur 1 (pôle RSCB) : au cours des neuf premiers mois de l'année 2019, le chef de service, secondé par un interne et un praticien associé, gérait les deux unités d'hospitalisation ;

- le secteur 6 (pôle RSCB) : un poste de chef de service était vacant depuis le mois de juillet 2019 en raison d'un congé maladie de longue durée ;
- le secteur 7 (pôle RSCB) : un poste de PH était vacant et un départ à la retraite était prévu d'ici la fin de l'année, aucun remplaçant n'avait été identifié à ce jour ;
- le secteur 8 (pôle RRD) : l'effectif théorique compte cinq postes de médecins psychiatres mais dans la pratique seuls trois postes sont pourvus ;
- le secteur 10 (pôle RSCB) : un PH est en arrêt maladie et son poste n'est pas remplacé.

Par ailleurs lors de la visite, cinq PH envisageaient de présenter leur démission. Ces départs trouveraient en partie leur origine dans la crise sociale de 2018. Il convient également de préciser que l'exercice libéral est beaucoup plus attractif.

Les vacances de postes, auquel est confronté l'établissement, ne sont pas sans conséquences sur le suivi et les modalités de prise en charge des patients même si de manière générale une présence médicale quotidienne – une demi-journée bien souvent – est assurée dans les unités d'hospitalisation du lundi au samedi midi. Certains praticiens ne comptent pas leurs heures et consacrent une majeure partie de leur temps dans les unités. Cependant, ils doivent se partager entre les unités d'hospitalisation et les structures extra hospitalières. Si dans les unités d'admission, les patients bénéficient globalement d'un suivi médical régulier et adapté à leur état clinique, la situation est différente dans les unités complémentaires. Les patients, notamment ceux considérés comme étant chroniques, ne sont pas vus systématiquement toutes les semaines par leur médecin référent. Le personnel paramédical déplore cette situation. Faute de disponibilité et de présence physique des médecins, les infirmiers sont conduits à adopter des pratiques qui interrogent. A titre d'exemples, certaines décisions médicales sont transmises oralement par téléphone telles que le maintien en chambre d'isolement ou la prescription d'un traitement médicamenteux. De même, dans la majorité des services des prescriptions de traitement par voie injectable en cas de besoin (si le patient s'agite et qu'il refuse de prendre son traitement par voie orale) sont couramment pratiquées.

La garde médicale est assurée sur place en semaine et durant les week-ends à partir du samedi midi par un PH et un interne qui demeurent en poste à l'UNACOR. Ils interviennent dans les unités à la demande du personnel infirmier. Selon les propos recueillis, le PH ne se déplacerait pas systématiquement dans les services notamment pour le renouvellement de la décision d'isolement (cf. §.8.2).

RECO PRISE EN COMPTE 3

L'établissement doit identifier des solutions afin que les postes vacants de médecins psychiatres soient pourvus dans les plus brefs délais.

Dans ses observations du 3 septembre 2020, le directeur du CHR rapporte que « l'établissement s'est engagé dans une politique d'attractivité des postes médicaux et intégrera un axe qualité de vie au travail (QVT) dans le projet social spécifique au personnel médical [...] », dont il développe le contenu envisagé : réorganisation de la direction des affaires médicales, rédaction d'un guide statutaire et d'un guide sur la gestion du temps de travail (GTT), réflexion sur l'accompagnement des médecins pour se loger, organisation d'une journée des internes ; développement des outils de suivi de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), renforcement notamment financier du développement professionnel continu (DPC), publication systématique

des postes vacants et éventuel accompagnement des pôles afin de réorganiser les filières, restructuration et développement de l'équipe recherche ; développement de l'attractivité financière par le biais de primes, simplification de l'accès à l'activité d'intérêt général (AIG).

2.3.3 Les effectifs des postes non médicaux

Lors de la visite, l'effectif des postes non médicaux était globalement au complet à l'exception d'un poste d'infirmier qui était vacant depuis peu à l'unité Fanon 2. En dehors de la période estivale, le CHR ne rencontre pas de difficultés majeures pour recruter du personnel paramédical. L'effectif minimum requis d'infirmiers et d'aides-soignants est de 386 postes. L'établissement compte 439 postes, l'objectif d'ici la fin de l'année est d'atteindre un effectif de 449 postes. Cependant, le nombre de 439 postes est déjà difficilement atteignable compte tenu des absences récurrentes des agents. Ainsi donc, le nombre d'agents en poste varie entre 425 et 430.

A la demande du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), deux études ont été réalisées en 2018 pour évaluer l'effectif cible en intra hospitalier en vue de réaliser des maquettes organisationnelles. Il a été précisé que les organisations syndicales auraient exigé que chaque unité d'hospitalisation dispose de 2,5 ETP d'agents en sus de l'effectif cible. Les unités d'hospitalisation, dans leur majorité, ont obtenu un poste d'infirmier supplémentaire.

Il existe un système de rotation entre les équipes de jour et les équipes de nuit. Ainsi, les équipes de jour doivent intervenir de nuit trois mois par an. Ce dispositif s'applique également aux équipes de nuit. Il a été indiqué que certains agents échangeaient leurs nuits ou leurs journées afin de conserver le même rythme de travail.

Les équipes de jour alternent entre les matinées et les après-midis.

L'organisation prévoit, *a minima* dans les unités d'admission, la présence de quatre paramédicaux (à titre d'exemple, trois infirmiers et un aide-soignant) le matin et trois à quatre soignants l'après-midi avec une présence supplémentaire d'un infirmier « de journée » qui intervient en horaire décalé. Cet agent est chargé notamment d'effectuer les accompagnements à l'extérieur. Cependant ce poste supplémentaire n'est pas systématiquement garanti. Bien souvent l'agent est appelé dans une autre unité, lorsqu'un soignant vient à manquer.

Dans les unités complémentaires, l'effectif cible compte deux à trois soignants le matin et deux l'après-midi ainsi qu'un agent qui intervient en horaire décalé.

Durant les week-ends, les équipes ne comprennent pas d'infirmier de journée.

Deux agents de bionettoyage (ABN) viennent compléter les équipes du matin tandis que l'après-midi, un seul agent est en poste. Durant les week-ends, un seul agent est présent le matin.

Les équipes de nuit sont composées d'un infirmier et d'un aide-soignant (AS). Cependant dans les unités Pinel et Pussin, les effectifs sont mutualisés : Pinel ne compte qu'un infirmier tandis que l'équipe de Pussin est composée d'un infirmier et d'un AS, ce dernier se partageant entre les deux unités. En outre, l'infirmier de Pussin est positionné pour intervenir si nécessaire dans toutes les autres unités de l'établissement.

Les patients bénéficient en principe d'une prise en charge pluridisciplinaire, chaque pôle dispose de psychologues et d'assistantes sociales. Cependant, les psychologues n'interviennent pas tous en intra hospitalier comme ont pu le constater les contrôleurs. Ainsi dans le secteur 8 et à l'unité Henry Ey du secteur 3, aucun psychologue n'intervient en intra hospitalier. Dans le secteur 6, les deux postes de psychologue étaient vacants ; l'une était partie en retraite et la seconde était en congés de maternité.

Les contrôleurs ont rencontré des équipes paramédicales « *en bout de course* » et dont l'investissement est à géométrie variable. Les soignants ont indiqué « *ne plus s'y retrouver* » dans la mission qui leur est confiée. Ils ont évoqué le manque de disponibilité de certains médecins et la part importante de leur temps de travail consacré à la gestion de la suroccupation des lits.

2.3.4 La gestion des ressources humaines

Si l'établissement ne rencontre pas de difficulté particulière pour recruter du personnel paramédical, la fidélisation des agents représente un véritable défi en raison du mouvement social qui en a découragé certains. Les entretiens de recrutement sont réalisés par les cadres de pôle ; l'objectif étant d'évaluer la capacité d'adaptation du candidat et son appétence pour la psychiatrie. Il n'est pas mis en place de système de tutorat pour le personnel junior. Les agents se voient proposer un cursus de formation dans le cadre de la consolidation des savoirs mais l'ensemble des agents ne peut y avoir accès dès la première année.

Concernant le suivi de parcours et de carrière des agents, la direction des soins avait élaboré une politique de mobilité concertée. Elle avait pour objectif de favoriser les mouvements des agents entre l'intra et l'extra hospitalier et d'éviter aux soignants, affectés dans des unités accueillant des patients chroniques et présentant des pathologies lourdes, de s'épuiser sur le long terme. Depuis le mouvement de grève, cette politique n'est plus mise en œuvre.

a) L'absentéisme

Tous motifs confondus, le taux d'absentéisme du personnel médical a été de 5,9 % en 2015, 3 % en 2016, 3,8 % en 2017 et 4,2 % en 2018. Tandis que pour le personnel non médical, il a été de 8 % en 2015, 8,77 % en 2016, 8,58 % en 2017 et 8,37 % en 2018.

Dans ses observations du 3 septembre 2020, le directeur du CHR précise que le taux d'absentéisme pour maladie exclusivement (longue maladie, maladie ordinaire) se situe en général, ces dernières années, entre 0,8 à 1,5% pour le personnel médical et 5,5 et 6 % pour le personnel non médical.

L'établissement dispose d'un pool de suppléance composé de dix infirmiers pour 9,4 ETP. Ce pool a vocation à pallier l'absentéisme de courte durée dans les unités d'hospitalisation adulte. La direction des soins a également dressé une liste d'étudiants en soins infirmiers de troisième année (3,5 ETP) qui sont habilités à remplacer les AS.

Pour pallier les absences des agents de nuit, il est fait appel au volontariat des soignants en poste de journée.

Concernant les absences de longue durée, la direction fait appel à du personnel vacataire. Cependant, les absences de longue durée en extra hospitalier sont systématiquement pourvues par des soignants expérimentés issus de l'intra hospitalier, ces derniers étant alors remplacés par du personnel vacataire. Par ailleurs, un congé de maternité est remplacé une fois sur deux.

Lors de la visite, dix postes au pôle RRD (cinq congés de maternité et cinq congés maladie de longue durée dont deux en extra hospitalier) n'étaient pas remplacés. Au pôle RSCB, quatre congés de maternité et cinq congés maladie de longue durée ne l'étaient pas non plus.

b) La formation

Le personnel paramédical nouvellement recruté se voit en principe proposer dans le cadre du projet professionnel individualisé (PPI) un cursus de formation qui comprend trois modules

distincts : 1) consolidation des savoirs en psychiatrie, 2) gestion de la violence et de l'agressivité, 3) formation à l'entretien infirmier.

Les premier et troisième modules sont d'une durée de huit jours et sont dispensés par du personnel de l'établissement alors que le deuxième module est animé par un organisme extérieur. Le module 1 compte une séquence de 3 heures et 30 minutes réservée à la loi du 5 septembre 2011 modifiée en septembre 2013. Les assistants de service social (ASS) bénéficient également de cette formation, dix-sept agents ont été inscrits en 2018.

En 2018, quarante-sept agents ont assisté au module 1, trente-quatre ont été inscrits au module 2 et cinquante-trois ont suivi le module 3. Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir le nombre de personnes inscrites sur la liste d'attente. De même, le nombre de demandes de formation portant sur d'autres thèmes ainsi que le nombre de demandes accordées n'ont pas été communiqués.

2.4 LA SITUATION FINANCIERE DE L'HOPITAL NE PERMET PAS D'AVOIR UNE POLITIQUE DYNAMIQUE AU SERVICE DES PATIENTS

L'équilibre financier du CHR n'est qu'apparent : la réalité, au-delà des données comptables, fait apparaître l'amorce d'un processus de déficit structurel.

Si le déficit de fonctionnement reste faible en 2018, rapporté à l'ensemble des dépenses et des recettes, et bien qu'il ait été multiplié par treize depuis 2014 (de 52 000 à 702 000 euros), ce résultat n'est dû qu'à la prise en compte de fins d'amortissement, de reprises de provisions et de rentrées financières provenant de ventes foncières ou immobilières : sans ces mouvements, ce déficit aurait été nettement supérieur –environ 1,5 million d'euros–, montant qui sera atteint en 2019 malgré une reprise de provisions à hauteur de 400 000 euros. Et la projection budgétaire élaborée pour 2020 retient pour hypothèse qu'il pourrait s'élever à 3,2 millions d'euros.

Pourtant, la croissance des dépenses de fonctionnement depuis 2014 reste faible : de 118 à 122 millions d'euros, soit 4 millions d'euros (+ 3 %). Elle est principalement due à la croissance des dépenses de personnel, soit pour l'ensemble de l'hôpital, plus 1 million pour le personnel médical et plus 5,2 millions d'euros pour le personnel non médical, dont pour les seules unités intra hospitalières 0,5 million d'euros pour le personnel médical (+9 %) et 1,8 million d'euros pour le personnel non médical (+ 5 %). Due essentiellement à l'effet prix (GVT⁵, revalorisation du point, etc.), cette augmentation des dépenses de personnel n'a pas permis de faire évoluer positivement les effectifs au profit des patients.

Les autres dépenses de fonctionnement ont été maîtrisées, notamment grâce à la rénovation de la chaufferie qui a permis d'initier un processus de cogénération diminuant le montant des dépenses d'énergie.

L'évolution des recettes de fonctionnement, elle aussi, n'est guère positive. Si la facturation des chambres individuelles depuis 2015 rapporte chaque année entre 400 000 et 500 000 euros, l'augmentation du nombre de patients pris en charge à 100 % diminue les recettes provenant du forfait hospitalier.

Quant à la dotation annuelle de financement (DAF), sa progression (+ 2,1 millions d'euros entre 2014 et 2018, de 104 à 106,1 millions d'euros soit + 2 %) est due au financement des opérations

⁵ GVT : glissement vieillesse technicité.

nouvelles comme START, le CMP Germaine Tillon ou l'unité ETADA pour des enfants autistes⁶. En revanche, le débasage annuel de la DAF et l'absence de mesures nouvelles pour les recrutements ont fait perdre au CHR 5,25 millions d'euros durant la période 2013-2018.

En matière d'investissement, les réalisations de ces dernières années ont été conséquentes : l'UNACOR, la construction de l'unité Henri Ey, la rénovation des deux unités Éole (3,5 millions d'euros dont 2,6 millions d'euros depuis 2016), la modernisation de la chaufferie (0,8 million d'euros). Par ailleurs, chaque année, les investissements courants et les acquisitions d'équipement s'élèvent à environ 1,4 million d'euros. Mais le montant des nouvelles immobilisations décroît au cours de la période, passant de 6,7 millions d'euros en 2014 à seulement 2,7 millions d'euros en 2018 et vraisemblablement 3 millions d'euros en 2019. Cela ne permet pas d'affecter aux opérations d'investissement nouvelles plus de 1,5 million d'euros par an, ce qui compromet ou retarde la réalisation de celles qui sont prévues comme l'indispensable réhabilitation des chambres d'isolement, la réfection du toit de l'unité Henri Ey – faire jouer la garantie décennale risque de s'avérer délicat et long – la rénovation de l'unité Saint-Jean comme celle de nombreuses autres unités sur le site.

Or, cette évolution est due à des réalités financières structurelles : diminution du fonds de roulement passant de 1,7 million d'euros en 2014 à seulement 584 000 euros en 2018, diminution du taux de marge brute de 7 % en 2013 à moins de 5 % en 2018 avec des prévisions de baisse à 3 %, alors que le taux de marge brute demandé par l'ARS est de 8 % et que celui permettant au CHR tout à la fois de rembourser le capital des emprunts antérieurement souscrits et de réaliser de nouveaux investissements s'établit à 6 %.

Ainsi, actuellement, malgré deux opérations de reprofilage de la dette très bien menées en 2016 et en 2018, la capacité d'autofinancement du CHR devient insuffisante, même pour rembourser le capital des emprunts antérieurs, sans parler du coût de nouveaux emprunts auxquels il serait nécessaire de recourir pour financer les investissements indispensables permettant d'améliorer la condition des patients accueillis.

⁶ START : service de traitement à vocation régionale des troubles thymiques ; ETADA : équipe territoriale d'appui au diagnostic de l'autisme.

2.5 LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT AUGMENTE PRINCIPALEMENT SUR LE FONDEMENT DU PERIL IMMINENT

L'établissement a fourni les données quantitatives suivantes sur les hospitalisations des patients en soins sans consentement (SSC) depuis la loi de 2013 :

Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personnes détenues	128	121	155	157	166	177
Soins sur décision du préfet	43	60	62	50	56	52
Soins sur décision du maire	26	24	24	28	30	24
Irresponsabilité pénale	3	1	3	1	5	1
UMD	31	33	28	26	31	21
Total	231	239	272	262	288	275
Évolution en %		+ 3,46	+ 13,81	- 3,68	+ 9,92	- 4,51

Soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soins sur demande d'un tiers	285	262	271	286	294	318
Soins sur demande d'un tiers en urgence	359	359	447	429	469	463
Péril imminent	202	267	375	376	451	514
Total	846	888	1093	1091	1214	1295
Évolution en %		+ 4,96	+ 23,09	- 1,18	+ 11,27	+ 6,67

Sur les vingt-sept unités d'hospitalisation complète – à l'exception de l'unité de dix lits destinée aux mineurs, de deux unités réservées exclusivement à des patients admis en soins libres (SL) et de deux autres (Badinter et les UMD) qui ne reçoivent que des patients en SSC – toutes les autres unités admettent des patients hospitalisés sous le statut juridique de SSC qui sont répartis en fonction de leur secteur géographique d'habitation.

En 2018, 1 373 patients en SSC ont ainsi rejoint les 4 710 patients admis en SL.

Le pourcentage des SSC, qui était de 21 % en 2014 a atteint 25 % en 2018, cette progression ne cessant d'augmenter puisque pour le premier semestre 2019, et selon les chiffres donnés lors de la visite par l'établissement, 853 patients ont été hospitalisés sans leur consentement. Dans son courrier du 3 septembre 2020, le directeur du CHR observe : « Concernant le nombre de mesures de SSC sur le premier trimestre 2019, nous recensons 780 soins sans consentement contrairement aux données citées dans le rapport »⁷.

⁷ Sans pouvoir trancher entre l'une et l'autre sources à ce stade (l'une pour le premier semestre, l'autre pour le premier trimestre), le CGLPL rapporte l'ensemble des éléments recueillis pendant et après la visite.

Durant les cinq dernières années, l'analyse de la part respective des types d'hospitalisation sans consentement fait ressortir les éléments suivants :

- le pourcentage des SDDE à la suite de la demande d'un tiers est en constante diminution passant de 34 % en 2013 à 25 % en 2018 ;
- la procédure d'urgence après demande d'un tiers mais avec un seul certificat médical reste la plus utilisée bien qu'en légère diminution puisque de 42 % en 2013, elle a été de l'ordre 37 % en 2018 ;
- les admissions au vu du péril imminent (SPI) augmentent régulièrement ; représentant 24 % en 2013, elles ont atteint le seuil de 40 % en 2018.

Dès 2016, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a alerté l'établissement en regrettant le recours trop important aux procédures d'urgence. Ses observations n'ont pas eu pour conséquence la modification des pratiques en la matière.

Il est à signaler que la procédure de péril imminent au niveau national représente environ 20 % des SSC, n'étant destinée qu'aux personnes désocialisées ou isolées et pour lesquelles le recueil de la demande d'un tiers est difficile. Ces critères ne sont manifestement pas respectés au CHR.

Dans ses observations au rapport provisoire datées de septembre 2020, le directeur du CHR précise : « Un rappel de la procédure d'admission en SPI avait déjà été effectué par le Président de CME auprès du corps médical des urgences du CHU et plus particulièrement auprès de la psychiatrie de liaison. Nous avons pu ainsi constater sur l'année 2019 une baisse significative des admissions en SPI par rapport à 2018 (34 % des mesures en SPI en 2019 contre 40 % en 2018). ».

Ces données consolidées pour l'année 2019 postérieurement à la visite permettent d'attester de l'attention – récente mais réelle – des responsables des hospitalisations en soins sans consentement aux particularités du cadre juridique de l'admission en SPI, mais témoignent toujours de leur proportion très élevée.

RECOMMANDATION 1

La proportion d'admission en SPI doit continuer à appeler l'attention des responsables dans la mesure où ce mode d'admission, qui permet l'hospitalisation d'une personne sans son consentement sur l'appréciation d'un seul médecin qui n'est pas nécessairement psychiatre est particulièrement attentatoire aux droits du patient.

La recherche d'un tiers est faite systématiquement, mais si elle est positive le statut du patient arrivé dans le cadre du péril imminent ne change pas, car la procédure a déjà été enregistrée.

Les hospitalisations en SDRE concernent pour les trois quarts les admissions de personnes détenues (128 en 2013, 177 en 2018). Le nombre des arrêtés préfectoraux et municipaux pris conformément aux articles L3213.1 et L3213.2 du code de la santé publique (CSP) est stable : soixante-dix-neuf en 2013, soixante-seize en 2018.

Postérieurement à la visite, l'établissement précise par la voie de ses observations au rapport provisoire que le nombre de mesures en SDDE a diminué de 2,3 % au cours de l'année 2019 par rapport à la précédente.

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

3.1 LES INFORMATIONS ORALES DONNEES AUX PATIENTS SONT LACUNAIRES, LES DOCUMENTS ECRITS PEU NOMBREUX ET LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT INSUFFISANTE

3.1.1 L'information en début d'hospitalisation

La responsable du bureau des entrées (BDE) ainsi que le cadre administratif répondent à toute question juridique. Les secrétaires médicales qui travaillent dans les unités sont invitées à passer une demi-journée au BDE pour échanger avec leurs collègues et connaître le fonctionnement de ce bureau.

Pour les patients qui arrivent directement à l'UNACOR, la procédure est unique ; c'est ensuite au niveau des unités d'admission ou complémentaires que le protocole est différent (*cf. infra*, §.3.1.3). Mais près de 80 % des patients arrivent à l'UNACOR.

En ce qui concerne l'UNACOR – où un agent est présent 24h/24, soit deux personnes en journée et une personne la nuit – après l'enregistrement des éléments d'identité et des informations sur la situation sociale et professionnelle du patient, il est procédé à la création du dossier administratif papier du patient.

La décision d'admission du patient en SSC est notifiée directement par l'agent qui est à l'accueil, qui se déplace dans la chambre du patient, en étant toujours accompagné par un soignant ; cette notification est faite en prenant le temps nécessaire (au moins vingt minutes) compte tenu de l'état du patient, et la copie de la décision, des certificats médicaux ainsi que la liste des droits est laissée au patient. Le livret d'accueil n'est pas remis à ce moment-là.

La liste des droits est complète, reprenant expressément ceux énoncés par l'article L3211-3 du CSP. Mais, une fois admis dans l'unité de soins, les contrôleurs ont observé que cela ne fait pas l'objet d'un affichage dans l'ensemble des unités, excepté à Monet et Flaubert.

Les documents qui ne sont pas remis ou acceptés par le patient sont placés dans son dossier administratif, tant qu'il ne les réclame pas.

Le BDE précise que le nom du tiers qui a demandé l'admission du patient n'est jamais indiqué spontanément, pour éviter les conflits potentiels avec les familles et éviter les ruptures.

3.1.2 Le règlement intérieur, le livret d'accueil, les règles de vie

Les contrôleurs ont pu constater que les pratiques relatives à l'information du patient sont très différentes d'une unité à l'autre.

a) Le livret d'accueil

Le livret d'accueil ne présente pas les droits spécifiques des patients en SSC ; pourtant des documents annexes, sous forme de petits dépliants ont été rédigés sur ce point mais ils ne sont pas toujours remis aux patients.

Dans les unités d'admission, ce livret d'accueil est remis en mains propres (Verlaine et Henderson) ou déposé dans la chambre (Éole, Tosquelles). Toutefois certains patients ont indiqué qu'ils n'avaient pas eu connaissance de ce document ; selon les soignants, les patients préféreraient jeter le livret à la poubelle.

Dans les unités complémentaires, le livret d'accueil ne serait remis qu'à la demande du patient.

Quelques unités ne disposent pas d'une réserve de livrets (Maupassant notamment) et ne les réclament pas au BDE.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement ajoute qu'une procédure relative à la remise du livret d'accueil existe. Il annonce aussi que le circuit de distribution de ce document va être revu.

b) Les règles de vie

Au sein des unités Artaud, Pinel et Pussin, Duchamp, Monet, Flaubert, les règles de vie identiques, bien qu'anciennes (en date d'avril 2010), sont affichées.

Ces règles de vie sont parfois affichées dans la chambre du patient (Maupassant).

Dans d'autres unités (Lacan, Verlaine, Henderson, Tosquelles, Nerval), aucun affichage n'est fait et les règles de vie sont indiquées oralement au patient à son arrivée.

Les interdictions portent notamment sur la conservation de médicaments avec soi, ou l'entrée d'alcool ou de produits illicites ou dangereux. L'interdiction de fumer dans l'unité et l'obligation de déposer les objets de valeur au coffre sont mentionnées. Les autres règles concernent les horaires des repas ou encore l'existence d'un inventaire contradictoire à l'arrivée. Dans certaines unités, il a été constaté que les instruments de musique sont autorisés, ainsi que les consoles de jeu ou l'ordinateur.

Un cadre de santé a insisté sur le fait que rien n'est interdit, que seules s'appliquent les règles générales de l'établissement que l'on peut retrouver dans le règlement intérieur (non affiché) ou dans le livret d'accueil. Cela explique, selon ce cadre, que la seule affichette figurant sur l'une des portes d'entrée concerne l'interdiction de rapporter de la nourriture périssable dans sa chambre.

3.1.3 L'information du patient tout au long de son hospitalisation

Lorsque le patient est transféré dans l'unité d'admission ou l'unité complémentaire, la responsabilité de la notification des décisions ultérieures de maintien ou de mainlevée de la mesure revient au cadre de santé, au personnel soignant ou au médecin de cette unité.

Les cadres de santé déclarent s'attacher à dire et redire en permanence les droits des patients et surtout ceux en SSC, et notamment le droit de contester la mesure à tout moment, en écrivant au juge des libertés et de la détention (JLD) ; éventuellement, le papier et le crayon sont fournis. Dans la plupart des unités, le cadre de santé n'est pas impliqué dans la notification des décisions et des droits, laissant cette responsabilité aux infirmiers.

Un cadre de santé a estimé que plus de la moitié des infirmiers étaient bien formés à la notification des droits, qui intervient systématiquement lors des prolongations des mesures de placement. En réalité, le niveau d'information du personnel sur les droits des patients en SSC est très variable d'une unité à l'autre et les cadres de santé incitent plus ou moins à sa formation.

Des soignants ont déclaré être suffisamment formés pour expliquer aux patients les conditions dans lesquelles va se dérouler l'audience devant le JLD et les décisions qui peuvent être prises. D'autres ont reconnu avoir très peu de connaissances juridiques et estiment qu'une formation serait nécessaire.

Des documents sont disponibles sur le site intranet de l'hôpital, sous formes de fiches, mais leur existence n'est pas connue par tout le personnel soignant.

La responsable du BDE a indiqué avoir repris depuis la fin de l'année 2018 les formations sur les procédures applicables aux patients en SSC, à l'intention des seuls nouveaux cadres de santé.

RECOMMANDATION 2

Le niveau de connaissance de certains soignants sur les droits des patients en soins sans consentement est insuffisant et une formation spécifique s'impose.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHR indique qu'un groupe de travail constitué fin 2019 sur les droits des patients a réalisé un audit auprès des soignants sur lesdits droits. Ses résultats « vont permettre de mettre en place des actions de formation ciblées ». D'ores et déjà, « un lexique en format de poche recensant les abréviations utilisées en matière de soins sans consentement a été établi et devrait être distribué à l'ensemble du personnel de l'établissement avant la fin de l'année 2020 ».

Ces éléments sont de nature à améliorer - à l'avenir - la situation constatée.

Au sein des unités Monet et Flaubert une liste des droits des patients est affichée. Les dépliants correspondants ne sont pas donnés aux patients mais conservés dans le bureau du cadre. Dans ses observations du 3 septembre 2020, l'établissement précise que le groupe de travail sur les droits des patients a sélectionné « une affiche à destination des patients sur leurs droits » et qu'elle « sera affichée prochainement dans les services ». De plus, les informations des dépliants précités relatifs aux droits des patients en SSC sont désormais intégrées au livret d'accueil dans une annexe.

Certains médecins s'attachent à expliquer au patient en SSC les raisons pour lesquelles ils demandent le maintien de l'hospitalisation à temps complet au moment où ils rédigent le certificat médical, mais ils estiment que les certificats ne doivent pas être remis aux patients car cela pourrait être source d'angoisse. Dans d'autres unités les certificats médicaux sont remis aux patients (Nerval notamment).

De manière générale, les médecins ne mentionnent pas expressément dans le certificat les observations des patients qu'ils ont pu recueillir au moment de l'entretien.

Les autres documents et décisions (ordonnances du JLD, arrêtés de maintien ou de modification de la prise en charge) traités par le BDE sont déposés tous les jours dans les secrétariats de chaque unité sous enveloppe fermée portant le nom du patient, comprenant cinq copies de la décision dont une prévue pour le patient et une autre pour le dossier papier du patient.

Dans les unités d'admission où ce sont les infirmiers qui procèdent aux notifications, ils doivent en principe faire retour au BDE des avis de réception signés par les patients ; mais le BDE a indiqué qu'il n'avait pas le temps matériellement de réclamer les avis de réception qui ne lui étaient pas renvoyés.

La seule vérification stricte du BDE porte sur le retour des avis de réception de la convocation du patient à l'audience du JLD.

Dans d'autres unités les enveloppes du BDE sont transmises directement à leurs destinataires, mais certains patients ne les ouvrent pas ou les jettent, ce qui ne garantit pas que l'intéressé a pris connaissance de ses droits et ses voies de recours.

RECOMMANDATION 3

Les patients doivent être accompagnés par les soignants dans la prise de connaissance des documents qui concernent leur hospitalisation en soins sans consentement, *a fortiori* quand il s'agit de documents devant faire l'objet d'une notification. Cette dernière doit être effectuée et une copie du document remise au patient.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHR indique qu'une « *note de service diffusée en février 2020 rappelle aux soignants les informations qui doivent être délivrées aux patients admis en soins sans consentement et le rôle de l'infirmier dans la délivrance de cette information. Les formations sur les droits des patients qui seront délivrées aux soignants permettront également à ces derniers de mieux accompagner le patient dans la prise de connaissance des SSC* ». Seule une visite ultérieure du CGLPL permettra de considérer pleinement que la recommandation a été prise en compte.

3.2 LA NON-DIVULGATION D'UNE HOSPITALISATION EST POSSIBLE MAIS LA PROCEDURE EST MAL CONNUE DES PATIENTS COMME DES SOIGNANTS

Le livret d'accueil du patient ne fournit aucune information sur la possibilité ouverte à un patient – ou, s'agissant d'un mineur, à la personne détentrice de l'autorité parentale – de la non-divulgence de son hospitalisation.

Une *procédure de non-divulgence de présence* existe. Elle date d'avril 2004 et est numérotée P/DAF/14/A. Elle prévoit que le patient hospitalisé peut demander la non-divulgence de sa présence lors de son entrée ou en cours d'hospitalisation.

Cette procédure ne distingue pas la non-divulgence totale – aucune personne de l'extérieur ne devant connaître la présence au sein du CHR d'un patient – de la non-divulgence partielle – permettant à un ou des proches dûment désignés par le patient – d'entrer en contact avec lui.

Le procès-verbal de la réunion regroupant le département d'information médicale (DIM) et le BDE du 16 janvier 2019 précise que la procédure doit être révisée au motif que le logiciel Cortexte ne fait pas apparaître d'information lorsqu'une demande de non-divulgence est émise.

Au BDE, quand la demande de non-divulgence est prise en compte, le nom du patient apparaît en rouge dans le listing des hospitalisés. Ce document est consulté par l'agent du BDE auquel le standard retransmet les communications téléphoniques venant de l'extérieur et demandant à entrer en contact avec un patient. L'agent du bureau des entrées ne retransmet aucun appel vers les unités quand le nom du patient apparaît ainsi en rouge.

Indépendamment de cela, le standard transmet aux unités tous les appels qui leur sont destinés sans en connaître la teneur. Ainsi, une personne peut demander à l'agent de l'unité ainsi contacté à parler avec un patient. Cet agent transmet ou ne transmet pas l'appel en fonction de l'heure (les appels sont rarement transmis le matin), des éventuelles consignes et de l'état du patient.

Au sein des unités, les contrôleurs ont constaté que le personnel des équipes soignantes et administratives avait des pratiques et des connaissances variées de la procédure :

- certains considèrent que la demande est traitée au moment de l'admission, donc à l'UNACOR ;

- à Daumezon 1 et 2, Nerval, Tosquelles, Fanon 2, Artaud, Pinel, Pussin, Henderson, la procédure est inconnue ou mal connue. Par ailleurs des soignants s'interrogent sur le sens d'une telle procédure dès lors que les patients disposent de leurs téléphones portables ;
- à Duchamp et Verlaine, le BDE est informé de la demande et les soignants se relaient l'information au cours des transmissions ;
- à Maupassant et Lacan, l'équipe consulte chaque patient sur sa volonté et l'enregistre dans Cortexte.

PROPOSITION 1

Le livret d'accueil doit comporter une rubrique permettant au lecteur de connaître la possibilité de la non-divulgence d'une hospitalisation. La procédure, à actualiser, doit être connue du personnel soignant.

Le directeur du CHR indique dans ses observations au rapport provisoire que « *le livret d'accueil a été modifié afin de comporter une rubrique sur cet item* » et que « *la procédure qui avait été actualisée en 2019 va de nouveau être travaillée pour intégrer la non-divulgence partielle* ».

3.3 LE PROCESSUS DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PARTIELLEMENT MIS EN ŒUVRE

Le processus de désignation d'une personne de confiance est partiellement mis en œuvre seulement car il est apparu lors de la visite que le personnel soignant des trois unités du secteur 7 ignore tout de cette obligation.

A l'attention du personnel soignant, la direction du CHR a diffusé en février 2019, un document de deux pages précisant la procédure de désignation de la personne de confiance lors de l'admission d'un patient, la première rappelant le cadre juridique et la seconde décrivant sous forme de schéma la procédure à suivre. Le formulaire de désignation permet de recenser toutes les données nécessaires en précisant qu'il revient au patient d'informer de cette désignation la personne concernée. Cette démarche n'est pas formalisée.

Le livret d'accueil mentionne (page 19) les modalités et les finalités de cette désignation d'une personne de confiance, mais la rédaction actuelle est tout à la fois inexacte et restrictive :

- inexacte car elle ne prévoit cette possibilité de désigner une personne de confiance que pour les « *personnes capables juridiquement* », contrairement à la loi 2016-87 du 2 février 2016 qui ouvre cette possibilité aussi aux personnes incapables juridiquement à condition d'y être autorisées par le juge ;
- restrictive, car elle limite le rôle de cette personne de confiance au cas où l'état de santé du patient ne lui permettrait pas de donner son avis.

Par ailleurs, si la rédaction de l'instruction adressée au personnel soignant est plus exacte dans la mesure où elle mentionne bien qu'avec l'accord du juge une personne incapable juridiquement peut désigner une personne de confiance, elle comporte une erreur en faisant état de la possibilité, à défaut de l'accord du juge, d'un accord du conseil de famille.

Lors de la visite, il a été relevé que :

- aucune statistique du nombre de personnes de confiance désignées n'est établie et le recensement des refus de désignation n'est pas effectué ;

- la fiche de désignation n'est pas contresignée par la personne de confiance envisagée par le patient ;
- le recours à cette personne de confiance, notamment au cours de l'hospitalisation en liaison avec l'équipe soignante, est peu fréquent et fort aléatoire.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Il convient de rectifier les erreurs rédactionnelles relatives à la désignation d'une personne de confiance contenues dans le livret d'accueil comme dans l'instruction à l'attention du personnel soignant, qui doit recevoir une formation précise. La personne de confiance doit être informée de sa désignation et des conséquences qui en découlent, et doit la confirmer par écrit.

La direction du CHR indique dans ses observations de septembre 2020 :

« Le groupe de travail droit des patients prévoit une formation sur la désignation de la personne de confiance à destination des professionnels.

La procédure relative à la personne de confiance a été modifiée au regard de la réglementation. Le livret d'accueil a été mis à jour.

Deux brochures relatives à la personne de confiance et aux directives anticipées ont été rédigées dont une est à destination du personnel et la seconde des usagers. Ces brochures seront adressées à toutes les unités de soins et à disposition des usagers dans les salles d'attente. ».

3.4 L'ETABLISSEMENT DISPOSE D'UN MANDATAIRE JUDICIAIRE REACTIF POUR LES MAJEURS PROTEGES ET LE TRAVAIL SOUTENU DES ASSISTANTS SOCIAUX EST RECONNU

3.4.1 Les patients protégés

Le 24 octobre 2019, quatre-vingt-quinze patients bénéficient d'une protection juridique.

La mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), ou préposée au sein de l'hôpital, en avait en charge cinquante-cinq à la fin de l'année 2018, dont vingt-deux admis en SSC. Ces patients bénéficient de mesures de curatelle renforcée (vingt-trois), de tutelle (trente), de tutelle aux biens (deux).

Quarante-deux patients sont âgés de 40 à 59 ans et dix-huit d'entre eux sont sous tutelle depuis près de dix ans. Quarante-six personnes touchent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et sept l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

3.4.2 Les relations avec les tuteurs et les mandataires

Les tuteurs institutionnels sont notamment l'association tutélaire des majeurs protégés (ATMP), l'union départementale des associations familiales (UDAF), la société privée d'entraide sociale (SPES).

Selon les interlocuteurs, le rôle et la place des tuteurs et curateurs est diversement appréciée : si les assistants de service social (ASS) décrivent aisément leur rôle, certains soignants estiment qu'ils ne sont pas assez présents et difficiles à joindre et d'autres ne connaissent pas exactement leurs missions telles que prévues par la loi et leur demandent des choses hors de leurs compétences strictes. Les contacts avec les tuteurs institutionnels (UDAF, ATMP) se font par mail

essentiellement et certains cadres de santé interviennent également quand il faut gérer le budget par rapport à l'achat du tabac ou préparer la sortie.

La MJPM a des contacts directs avec l'infirmier référent des patients ou le cadre de l'unité et participe aux réunions au cours desquelles des bilans et évaluations du patient sont faits, notamment lorsque le projet de sortie est élaboré et qu'il faut tenir compte des revenus de la personne. Elle assure deux permanences par semaine pour permettre aux patients de venir voir leurs comptes bancaires, demander de l'argent pour leurs achats divers et parler du projet de sortie sur le plan financier. Elle est assistée par une adjointe administrative qui assure l'accueil des patients qui se présentent au guichet quand ils veulent retirer de l'argent en espèces. Les relevés des comptes bancaires sont envoyés aux patients dans leurs unités.

L'ensemble des mandataires est convoqué pour les audiences du le JLD, mais ils sont rarement présents.

Les patients peuvent contacter directement leur tuteur par téléphone ; ces derniers peuvent leur rendre visite au sein des unités, mais c'est plutôt rare, à l'exception des tuteurs familiaux. Le tuteur, comme la famille, est associé au projet de sortie et peut être invité à une réunion de synthèse.

Tous les professionnels, en équipe pluridisciplinaire, peuvent signaler à l'ASS une situation qui mériterait une protection juridique, mais c'est le plus souvent le médecin qui le fait. L'ASS est chargé de préparer l'ensemble des pièces qui constituent le dossier envoyé au juge des tutelles, étant précisé qu'il privilégie la désignation d'un membre de la famille.

Sous la responsabilité d'un cadre, quarante-cinq ASS représentant 40,14 ETP sont affectés en intra et extra hospitalier. Un projet de service social est en cours de construction et un rapport d'activité devrait intervenir à la fin de l'année 2020. Des réunions plénières avec l'ensemble des ASS tous les deux mois permettent de résoudre les éventuels problèmes soulevés ou la situation complexe de certains patients. Dans les unités, les ASS participent aux réunions de synthèse et aux *staffs* une fois par semaine ; selon les besoins repérés lors de ces rencontres, ils établissent les contacts avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Dans certaines unités, un temps plein d'ASS est prévu mais tous les postes ne sont pas pourvus. A Fanon 1 lors de la visite, l'ASS de Fanon 2 faisant le travail pour les deux unités. A Éole 1, un patient n'avait pas rencontré d'ASS quinze jours après son arrivée alors qu'il n'avait aucun relais familial, que son téléphone portable était toujours chez lui, qu'il n'avait pas de vêtements de rechange et que son chien était seul au domicile.

Postérieurement à la visite, par le biais de ses observations au rapport provisoire, la direction du CHR tient à préciser, concernant les postes non pourvus d'assistant de service social, que « *des actions vont être menées pour plus d'attractivité et maintenir en permanence un vivier de candidatures pour anticiper les mobilités et les remplacements maternité* » (développement des liens avec l'institut de formation IRTS, susciter des vocations en accueillant des stagiaires, améliorer l'accueil et l'accompagnement des ASS nouvellement recrutés). Selon elle, trois recrutements étaient en cours pendant l'été afin d'avoir pourvu tous les postes début septembre 2020.

Concernant la protection juridique des majeurs, le coût de l'expertise médicale est de 160 euros, demandé à la famille ; sinon l'ASS demande au procureur de la République de désigner lui-même

l'expert, alors rémunéré sur les frais de justice. Le délai pour obtenir la mesure du juge des tutelles est variable, parfois plus de six mois.

Le 1^{er} décembre 2014, un protocole de coopération a été signé entre les services publics, les associations en charge des majeurs protégés, les mandataires privés et les directeurs des quatre établissements de santé des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure sur le thème : « *les majeurs protégés à travers les soins psychiatriques sans consentement* ». Des dispositions portent sur la nature des informations à échanger :

- au moment de l'admission, le mandataire communique la décision du juge des tutelles et l'établissement, de son côté, informe le mandataire de la présence du patient ;
- durant l'hospitalisation, l'établissement informe le mandataire de toute sortie temporaire non accompagnée, y compris lorsqu'une « fugue » est constatée ;
- avant la fin de l'hospitalisation, l'établissement et le mandataire préparent ensemble la sortie définitive en fixant une date précise ;
- sur le programme de soins (PDS), l'établissement informe le mandataire de sa mise en œuvre, avec le nom du médecin référent, ses modalités pratiques et ses modifications éventuelles.

Pour ce faire, chaque service ou association désigne un référent unique et les échanges s'effectuent par voie de messagerie structurée à titre principal et de façon marginale par téléphone, sauf en cas d'urgence avérée.

3.4.3 La banque des patients

Un régisseur exerce à temps complet sur le site. La banque des patients, qui est située dans le bâtiment à l'entrée de l'hôpital qui abrite l'UNACOR, est sous la responsabilité de l'attachée d'administration hospitalière responsable du BDE. Cette banque ne concerne que les patients qui sont bénéficiaires d'une mesure de protection juridique.

Après avoir fait le constat que le BDE avait des difficultés à se procurer lors de l'arrivée d'un patient les documents nécessaires à une gestion rapide de ses liquidités, une réunion a porté en septembre 2018 sur les relations entre la banque des patients, les deux associations tutélaires (ATMP 76 et UDAF 76) et un mandataire judiciaire privé. Les dispositions suivantes ont été prises :

- les contacts entre le BDE et les associations tutélaires se feront par messagerie électronique, pour l'ensemble des demandes et notamment pour les demandes d'envoi de fonds ; une alerte pourra être envoyée quand il y a SSC pour un majeur protégé et également lorsqu'une permission de sortie a été accordée ;
- un formulaire-type « autorisation de gestion de fonds » signée par les mandataires devra être adressé par mail à la banque des patients en précisant le montant hebdomadaire autorisé et un récépissé sera établi pour tracer la remise effective des fonds au patient ;
- une demande ponctuelle « d'argent de poche » supplémentaire est possible par messagerie électronique, si elle est signée par le mandataire ; tous les mois, le BDE adresse aux mandataires le solde des comptes de leurs protégés ;
- le BDE prévient les mandataires en cas de sortie non autorisée ou de fugue du patient protégé.

Les infirmières ne parviennent parfois pas à joindre quand c'est nécessaire certains tuteurs pour obtenir de l'argent pour pouvoir acheter des cigarettes ; en effet il n'y a une livraison de cigarettes qu'une fois par mois dans les unités (convention avec un buraliste) ; un dépannage est

possible pour l'achat de petites courses ou du tabac, avec une avance d'argent, grâce à un fonds de caisse disponible chaque semaine.

3.5 LE DROIT DE VOTE EST PRIS EN CONSIDERATION

Si le livret d'accueil ne mentionne pas le droit de voter, le dépliant traitant des soins psychiatriques sans consentement, donné aux patients ou à leur disposition suivant les unités, en fait état dans la liste énumérant les droits des personnes ainsi hospitalisées. En septembre 2020, dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement a rapporté la mise à jour effective du livret d'accueil « *afin de mentionner la possibilité [donnée] aux patients de voter en présentiel ou par procuration* ».

Un mois avant chaque élection, une instruction relative au vote par procuration est adressée au personnel soignant de chaque unité. Il en fut ainsi en 2017 pour les élections présidentielles comme pour les élections législatives, et en 2019 pour les élections européennes.

Pour établir ces procurations, un officier de police judiciaire du commissariat de Sotteville-lès-Rouen se déplace dans l'hôpital. Cinq patients ont ainsi voté lors des présidentielles et un seulement lors des élections européennes, chiffres à rapprocher du nombre de patients en SSC (252) lors des européennes.

Il n'est par ailleurs pas tenu de statistiques sur le nombre de patients ayant pu voter dans le cadre d'une autorisation de sortie.

3.6 TOUS LES CULTES SONT REPRESENTES MAIS LA PARTICIPATION DES PATIENTS EST RESTREINTE EN RAISON DE LA FERMETURE DES UNITES

Le CHR a mis à la disposition des aumôniers présents sur le site (catholique, protestant et musulman) des locaux bien situés et correctement aménagés et entretenus : une grande salle servant de chapelle, un bureau affecté aux deux aumôniers chrétiens et, plus récemment, un autre pour l'aumônier musulman qui, lui, ne dispose pas de salle lui permettant de réunir de nombreux fidèles. Il n'y a jamais eu de demande de la part des représentants du culte hébraïque. L'information des patients est conséquente, la possibilité de pratiquer un culte étant mentionnée dans :

- le livret d'accueil (page 16) , qui comporte en outre en annexe une liste complète de tous les aumôniers avec leurs coordonnées postales, téléphoniques et informatiques – y compris celles des aumôniers non présents sur l'hôpital (culte bouddhiste et culte israélite) – ;
- un dépliant format A4 en trois volets, comportant ces mêmes informations (sauf pour les cultes non présents dans l'hôpital) ;
- un plan permettant de trouver les locaux affectés aux cultes, à la disposition des patients dans les unités ;
- une affiche format A4 intitulée « *Le service des aumôniers hospitaliers* » est apposée sur le panneau d'affichage des unités ainsi que, dans certaines d'entre elles, le calendrier des messes.

Les aumôniers assurent deux demi-journées de présence dans le centre hospitalier et se rendent dans les unités à la demande des patients. Leur activité est loin d'être négligeable : ainsi, pour ne

prendre qu'un seul exemple, 477 usagers ont été reçus par l'aumônier catholique en 2018 et 537 personnes ont assisté aux messes.

Le service des aumôneries fait l'objet d'un rapport d'activité annuel élaboré par la direction de l'hôpital et présenté à la commission des usagers (CDU).

Un problème important demeure cependant : la plupart des unités étant fermées et les règles adoptées pour contrôler la circulation des patients sur le site étant très rigides et imposant qu'ils soient accompagnés par deux membres du personnel soignant, y compris trop souvent pour des patients en SL, nombre de patients ne peuvent se rendre facilement dans les locaux affectés aux cultes tant pour y rencontrer un aumônier que pour y assister à des cérémonies religieuses (cf. §.5.1.1).

3.7 L'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES PLAINTES, LACUNAIRE, EST TOURNEE VERS UN OBJECTIF SECURITAIRE

3.7.1 Le traitement des événements indésirables

a) La fiche d'événement indésirable

Une équipe de la direction de la qualité est chargée de la gestion des fiches d'événements indésirables (FEI) depuis mai 2019.

Un événement indésirable (EI), signalé *via* le logiciel Yes, est décrit comme « *tout accident, incident ou dysfonctionnement, survenant au sein de l'établissement de santé, dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèle un état de risque, d'insécurité ou de non qualité, pour les patients, les professionnels, les visiteurs ou les biens* ».

En 2018, 84 % des événements ont été signalés par du personnel soignant (14 % par des cadres de santé, 16 % par des aides-soignants et 54 % par des infirmiers). La déclaration s'effectue sous le nom du déclarant, avec une possibilité d'entrer une donnée personnalisée telle que « équipe soignante » si la déclaration est faite au nom de plusieurs soignants. Aucune possibilité d'anonymisation n'est offerte, une discussion sur ce sujet s'engageait néanmoins lors de la visite. A l'unité Tosquelles, la cadre de santé encourageait les soignants à lui mentionner le problème avant de faire une FEI pour essayer de trouver une solution commune, à l'échelle de l'unité.

La fiche à remplir comporte également une appréciation de la gravité de l'événement, la fréquence et une liste déroulante d'items placés sous sept grandes catégories : accueil-soins ; blessures-violences-suicide ; circuit du médicament ; environnement-sécurité ; prestations hôtelières et logistiques ; système d'information ; vigilances sanitaires ; autres. Un espace est dédié à la description des faits de manière circonstanciée. Une formation avec la distribution d'une brochure de présentation du fonctionnement du logiciel a été faite à tous les agents hospitaliers, la brochure est également disponible sur l'intranet.

Une fois la FEI envoyée le déclarant se voit attribuer un numéro de suivi qui lui permettra de contrôler la réponse apportée. La directrice qualité, la responsable qualité, la gestionnaire des risques, la secrétaire, les syndicats sont alertés de la création d'une nouvelle fiche. La responsable ou la gestionnaire la transmet au cadre de pôle, cadre de santé, cadre supérieur, médecins si nécessaire et au gestionnaire en charge de la question (lingerie, restauration, sécurité). Seuls le personnel soignant et le gestionnaire concerné sont habilités à clôturer un événement. Un espace de discussion peut être ouvert et permet aux différentes parties prenantes d'échanger.

En 2018, 706 FEI ont été reçues par le département qualité. Elles provenaient de tous les pôles et toutes les unités, les unités Pinel et Pussin étant celles qui déclaraient le moins. 30,7 % des déclarations concernent l'accueil-soins (problèmes d'effectifs, accueil en surnombre, incident concernant un transfert), 27,2 % l'environnement-sécurité (dysfonctionnement du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI), problème de climatisation-chauffage, disparation ou vol d'objets), 17 % des blessures-violences-suicides (agression ou violence physique, violence verbale, blessure accidentelle).

Vingt-neuf FEI concernaient l'accueil en chambre inadaptée entre le 1^{er} janvier 2018 et le 1^{er} septembre 2019.

Toutes les fugues ne sont pas considérées comme des EI : pour les mêmes dates, vingt-quatre fugues ont été signalées comme EI alors que près de 600 ont été signalées au commissariat (une trentaine par mois) et que l'établissement en a quant à lui comptabilisé plus de 350 selon les éléments recueillis. Parmi 157 fugues recensées par le CHR depuis le 1^{er} janvier 2019, sept concernaient des mineurs hospitalisés dans des unités pour adultes et soixante-quinze concernaient des patients en SL. Cette dernière catégorie, que la direction de l'établissement persiste à appeler « fugue » alors que le départ d'un patient en SL ne peut y être assimilé, est enregistrée comme FEI « sur appréciation médicale et soignante d'un risque avéré pour le patient », selon ce que la direction de l'établissement a précisé postérieurement à la visite dans ses observations au rapport provisoire.

L'évaluation de la gravité des événements, qui peut être requalifiée par la responsable qualité, ne correspond à aucune échelle objective, ce qui a été déploré par les soignants.

b) L'analyse des fiches d'évènement indésirables

Trois catégories d'analyse des FEI coexistent : les revues de morbidité et mortalité (RMM) concernant les décès, les événements indésirables graves (EIG) concernant les violences et les comités de retour d'expérience (CREX) concernant les erreurs médicamenteuses. Pour chacune, la composition d'un collège d'experts issus du personnel du CHR existe.

Lorsqu'un événement nécessite la mise en place d'une analyse, cette dernière comporte un plan d'actions, une réunion est organisée avec le personnel présent lors de la situation ainsi que le cadre et au moins un membre du collège concerné. Si aucune analyse n'est engagée, alors une réponse est envoyée à la cadre de santé en charge d'informer les soignants de la suite qui a été donnée. A l'unité Tosquelles, la cadre de santé affiche la réponse dans le bureau des soignants, la plupart de ces derniers ont cependant affirmé n'avoir aucune nouvelle après la création d'une FEI.

En 2018, neuf FEI ont fait l'objet d'une RMM : cinq tentatives de suicide, quatre décès. Ces derniers ont eu lieu notamment à Adosphère (hôpital de jour), Monet, l'UNACOR. Les propositions d'amélioration à la suite du décès à l'unité Monet en septembre 2018 se sont limitées à une meilleure disponibilité médicale pour debriefer les soignants après l'évènement et une isolation du bâtiment car les cris de la personne (liés à sa pathologie et à une mise en isolement pour éviter les chutes) indisposaient les autres patients de l'unité. Le décès à l'UNACOR a eu lieu en chambre d'isolement ; les améliorations concernent une évaluation plus régulière des patients placés en isolement, le rappel au personnel qu'aucune toilette mortuaire ne doit être effectuée lorsqu'il y a un obstacle médico-légal, une nouvelle diffusion du protocole mortuaire.

Un décès a aussi eu lieu à l'unité Artaud en 2019, les causes et l'analyse n'étaient pas encore connues au jour de la visite.

Des analyses d'EIG (erreur d'identitovigilance, blessure d'une personne détenue lors d'un transfert et agression d'une infirmière par un patient agité, unités Daumezon 1 et 2 ; défenestration d'un patient, unité Fanon 2) ont retenu l'attention des contrôleurs. L'analyse de la défenestration a conclu à une révision du système de PTI et à la fermeture des fenêtres de l'unité, aucune réflexion n'a été engagée sur les raisons qui ont poussé cet homme à se défenestrer et encore moins sur la question des unités fermées.

Malgré un nombre élevé de FEI remplies chaque année, il a partout été rapporté aux contrôleurs une lassitude, une lourdeur administrative et un manque de réflexion à la suite des FEI. Les soignants rencontrés ne se disent pas convaincus de l'utilité des fiches et regrettent une absence de réponse. Face à ce sentiment, ils disent ne plus déclarer tous les événements qu'ils trouvent problématiques mais utilisent les FEI pour « *se couvrir en cas de problème* » comme par exemple lorsque des patients sont placés sur des lits supplémentaires.

Il a été rapporté que certains médecins et cadres de santé apprécient peu que des FEI leur parviennent. Ils demanderaient aux soignants de dénoncer les personnes lorsqu'une observation sur une pratique professionnelle est faite, ou leur répliqueraient que « *c'est leur métier* » lorsqu'ils dénoncent des agressions verbales ou des prises en charge ne relevant plus du service. Cette désillusion fait que des situations graves sont signalées plusieurs mois après les faits. Lors de la visite, les contrôleurs ont eu connaissance d'un cas de viol d'un patient sur une autre, la victime a été emmenée au CHU pour des soins et une plainte déposée au commissariat le 28 août. A la suite de l'agression, la victime a décompensé et a été placée en isolement. Au jour de la visite, aucune FEI n'avait été renseignée par le personnel de l'unité et la responsable qualité n'était pas au courant.

La consultation d'une partie des améliorations proposées montre qu'elles sont essentiellement tournées vers des considérations sécuritaires plutôt que sur une véritable réflexion sur les pratiques. Le soutien au personnel est également souvent au centre des préoccupations (déplacement de la psychologue du travail, affichage de sa plaquette, formation des soignants, circulation d'un protocole) et le soutien aux patients n'est quant à lui jamais mentionné, alors que certains ont assisté à des situations graves : un patient a ainsi rapporté aux contrôleurs qu'il « *était difficile de voir un autre patient mort dans un couloir* ». Il est également regrettable que les changements, quand ils ont lieu, ne soient opérés qu'au niveau de l'unité concernée sans approche globale.

Enfin, la direction de la qualité ne participe à aucune instance décisionnaire au sein de l'établissement. Les événements ne sont rapportés qu'à la CDU et aucun levier plus institutionnel n'est mis en place pour soutenir les analyses et faire évoluer rapidement des questions soulevées régulièrement (vols, manque de pyjamas, travaux de réparation, etc.). Ce manque d'implication au niveau de la direction est dommageable et empêche une prise de conscience collective des problèmes auxquels le personnel peut être confronté quotidiennement. Une synthèse annuelle des FEI est établie chaque année, elle comporte uniquement des éléments chiffrés sans analyse, ces synthèses sont ensuite transmises aux cadres de pôle qui sont chargés de les diffuser.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les fiches d'événements indésirables doivent pouvoir être anonymisées et les personnes les remplissant doivent pouvoir le faire en toute confiance. L'analyse de ces fiches doit conduire à une réflexion sur les pratiques professionnelles en vue d'améliorer la réponse qui est apportée aux événements et en limiter la survenue. Pour parvenir à de tels objectifs, la direction de la qualité doit être associée aux différentes instances de l'hôpital.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'établissement précise :

« Une nouvelle procédure relative au circuit et au traitement des fiches d'évènements indésirables a été établie et est en place depuis mars 2020.

L'anonymisation des fiches d'évènements indésirables est dorénavant systématique.

Une réunion hebdomadaire de la cellule qualité est instituée depuis fin mai pour étudier les évènements indésirables de la semaine n-1 et deux en cours de suivi.

Une réunion des gestionnaires de risque est planifiée au 11 septembre [2020] pour revoir la traçabilité sur le logiciel des actions mises en œuvre.

Une synthèse annuelle des FEI est présentée aux instances avec un bilan qualitatif des actions mises en place.

La direction de la qualité est associée aux différentes instances de l'établissement expliquant les modalités. ».

3.7.2 Le traitement des plaintes et réclamations

a) Le traitement des plaintes et réclamations administratives

La possibilité de faire valoir ses observations est mentionnée dans le livret d'accueil. Il est proposé aux patients de remplir le questionnaire de satisfaction à leur sortie ou de s'adresser au cadre de santé ou au médecin dans le cas d'une question relative à leur prise en charge. La possibilité d'écrire au directeur adjoint chargé de l'accueil est également ouverte, l'adresse est fournie. Une annexe au livret d'accueil mentionne de manière plus précise les modalités et l'existence de médiateurs médicaux ou non médicaux si besoin, avec leurs coordonnées.

En 2018, seul 3,5 % des questionnaires de satisfaction ont été remplis par des patients et cinquante et une plaintes ou réclamations ont été reçues par la direction et deux médiations effectuées. Depuis le 1^{er} janvier 2019, quarante plaintes ou réclamations ont été reçues.

Ces dernières, une fois adressées au directeur, sont regardées par la directrice des affaires juridiques, qui les envoie à la responsable du service accueil, patientèle et usagers. Un accusé de réception est envoyé au patient si la réponse ne peut pas être apportée dans les jours suivant le courrier. En 2018 le délai moyen de réponse était de 19 jours. La réponse, faite soit par oral soit par écrit avec en copie le cadre de santé, le responsable de la CDU, propose de saisir le médiateur.

S'agissant des quarante plaintes recensées en 2019, les contrôleurs y relèvent notamment :

- onze portant sur des pertes d'objets (lunettes, chargeur, vêtements) ;
- trois demandes de changement de médecins (transmises aux médecins) ;
- deux concernant des vols (les personnes ont été remboursées par l'assurance de l'hôpital à la suite d'un rapport circonstancié de l'unité) ;
- deux demandant la mainlevée de la mesure de SSC (demandes transmises au JLD) ;

- une famille se plaignant des propos inappropriés d'un médecin ;
- une patiente contestant sa mise à nu en chambre d'isolement ;
- une plainte collective de patients relative à l'absence de digicode dans leurs chambres ;
- une contestant l'occupation d'une chambre double ;
- une se plaignant que le livret d'accueil ne lui a pas été remis ;
- une se déclarant victime de harcèlement par un autre patient.

PROPOSITION 2

Chacun des événements signalés doit être analysé en vue d'améliorer la prise en charge des patients.

Le CGLPL avait recommandé un délai de traitement plus court des plaintes et réclamations. Dans sa réponse du 3 septembre 2020, le directeur du CHR a rappelé que « *l'établissement est très attentif au délai de traitement des réclamations et il est parfois complexe d'obtenir des éléments de réponse dans des délais courts* ». La recommandation n'a plus lieu d'être dans le rapport définitif, l'attention du CHR ayant été attirée par le biais du rapport provisoire.

Par ailleurs, la direction du CHR affirme que chaque événement est analysé, que des actions d'amélioration sont proposées et que « *les plaintes et réclamations sont transmises aux membres de la CDU qui peuvent exprimer des propositions d'amélioration complémentaires des mesures prises* ». Eu égard à l'ensemble des constats effectués par le CGLPL dans les services tant de soins qu'administratifs, il convient de continuer à attirer l'attention du CHR sur ce point.

b) Les plaintes pénales

Il a été précisé aux contrôleurs que lorsque les faits étaient graves, la possibilité de porter plainte au commissariat était mentionnée dans le courrier de réponse à la réclamation. Aucun système de suivi n'est cependant mis en place.

En 2018, l'établissement a recensé trois signalements faits au titre de l'article 40 du code de procédure pénale (CPP) : un pour menace de mort avec arme à feu d'un patient ; un pour menace de mort d'un patient à l'encontre d'un praticien ; un pour tentative d'agression sexuelle entre patients majeurs. En 2019, sept signalements auraient été faits, dont certains par des membres de la famille de patients laissant penser que l'établissement comptabilise plaintes au commissariat et article 40 de la même manière.

L'établissement n'a aucune convention avec la police relative au dépôt de plainte, il a été déclaré que cette dernière ne se déplaçait pas pour recueillir les témoignages. Selon les éléments recueillis par les contrôleurs auprès de la direction départementale de la sécurité publique (DDSP) de Seine-Maritime, dix-huit plaintes ont été déposées en 2018 et vingt-trois pour les neuf premiers mois de 2019, concernant principalement des vols entre patients et des agressions sexuelles entre patients. Les patients seraient rarement accompagnés par un membre du personnel du CHR selon la police, les unités disent quant à elles faire appel à un membre de la famille ; le personnel du CHR n'est pas non plus accompagné par un autre membre du personnel quand il souhaite porter plainte.

Selon l'établissement, deux plaintes déposées concernaient des mineurs : l'une avait été déposée par le directeur de garde à la suite d'un attouchement sexuel d'un mineur sur une autre à l'UNACOR, l'autre déposée par le parent de la patiente dénonçant des gestes agressifs d'un

patient adulte envers sa fille. L'établissement n'a pas été en mesure d'informer les contrôleurs sur les suites données à ces plaintes.

Au niveau de l'établissement il n'y a donc aucun suivi des plaintes déposées par les patients, par leurs familles ou par un membre du personnel. Il est également impossible de savoir si une réclamation peut donner lieu à la création d'un événement indésirable et si la victime a voulu porter plainte.

PROPOSITION 3

Le patient qui en fait la demande doit pouvoir être accompagné par les soignants pour déposer plainte.

La direction du CHR indique dans son courrier du 3 septembre 2020 qu'un « *partenariat avec les autorités de police, justice et gendarmerie va être élaboré et permettra d'aborder différents sujets comme le dépôt et le suivi des plaintes, l'intervention de la police sur le site...* ».

Elle ajoute que le personnel du Rouvray qui souhaite porter plainte peut être accompagné par un agent du service de sécurité, un agent de son service ou un représentant de la direction qualité. Une nouvelle procédure sur la protection juridique des agents a été élaborée et diffusée dans ce sens.

Si ces éléments vont dans le sens attendu par le CGLPL, la recommandation portait avant tout sur la prise en charge des patients et l'établissement n'y apporte pas de réponse précise.

3.7.3 La sécurité des patients

a) Dans l'ensemble du site

Le site, couvrant plus de 80 hectares, offre trois accès qui ne sont pas surveillés en permanence : deux entrées principales, dont une sans poste de contrôle utilisée essentiellement par le personnel de l'établissement ; un portail près du terrain de sport, ouvert à certaines heures pour permettre à des sportifs d'utiliser le parcours créé dans le parc, à la suite d'une convention signée avec la mairie. Les entrées principales sont ouvertes de 6h 30 à 22h30.

La sécurité du site est assurée par une équipe d'agents hospitaliers en charge de l'accueil et de la sécurité, assistés quotidiennement par un ou deux agents d'une entreprise privée (société APSM), qui effectuent sur le site quatre à cinq rondes dans la journée avec un véhicule sérigraphié.

Aucune convention n'a été signée avec la direction départementale de la sécurité publique (DDSP) prévoyant le cadre d'intervention des services de police au sein du CHR, qui est donc limitée.

Des intrusions de personnes dans des unités ou du trafic de produits stupéfiants à travers les grillages des jardins des unités ou les fenêtres semi-ouvrantes des chambres en rez-de-chaussée ont été rapportés aux contrôleurs dans plusieurs unités, dont Fanon 1, Éole 1 ou encore Flaubert.

Si des mouvements ou regroupements de personnes dans le parc paraissent suspects aux agents d'accueil, ils envoient l'agent de sécurité les aborder ou bien le demandent au responsable du service de sécurité. La personne qui ne vient pas rendre visite à un patient en particulier est invitée à quitter l'établissement ; ce n'est que s'il y a des insultes, des violences, des menaces ou

une intrusion dans une unité que le responsable demande aux services du commissariat de police principal de Rouen d'intervenir dans l'établissement.

Aucune statistique précise n'a pu être produite sur le nombre d'intrusions dans le périmètre intérieur de l'hôpital. Le registre des EI et son exploitation par l'établissement ne sont pas précis sur ce sujet (*cf. supra* §.3.7.1).

Concernant les produits stupéfiants, l'intervention des services de police dans le parc est rarissime. Il n'a pas été rapporté aux contrôleurs d'opérations de surveillance programmées par la police pour lutter contre le trafic de stupéfiants, ni dans le parc ni dans les unités.

Un registre est spécialement tenu par les agents de l'accueil s'agissant des stupéfiants et armes découverts par les soignants dans les unités : ces produits ou objets retirés sont entreposés dans un coffre au BDE et inscrits sur un registre avec signature du soignant qui a fait la découverte. Une fois par trimestre en principe, le commissariat de police vient les récupérer pour procéder à leur destruction. Entre le 1^{er} janvier et le 16 octobre 2019⁸, les contrôleurs ont relevé cinquante-cinq événements portant sur la saisie de résine de cannabis (vingt et une fois), de cutters et couteaux (seize), de ciseaux (trois), de seringue (une), de cocaïne (deux), de bombes lacrymogènes (trois). Ces saisies par le personnel soignant ont été réalisées essentiellement au sein de l'UNACOR (quarante fois) et pour le reste dans les unités (ouvertes ou fermées) : Éole 1 (cinq fois), Maupassant (deux), Pussin (une), Badinter (une), Lacan (deux), Nerval (deux), Jean-Pierre Pot (une), Tosquelles (une).

Concernant les fugues, des procédures ont été discutées avec les services de police. Datées de janvier 2012, les procédures hospitalières concernent pour l'une la fugue d'un patient majeur hospitalisé sous contrainte, pour l'autre la fugue d'un mineur.

Si le personnel de l'accueil voit un patient qui cherche à quitter l'établissement alors qu'il se trouve en pyjama, il va immédiatement alerter le BDE, qui préviendra l'UNACOR et le responsable du service sécurité. Après des recherches faites par l'agent de sécurité au sein du parc, le patient est recherché dans sa famille contactée par téléphone ; s'il se trouve chez lui, le personnel soignant va le chercher en ambulance, avec une escorte de police si un épisode de violence est craint.

En cas d'incendie ce sont les pompiers qui interviennent. Le BDE a en sa possession la liste de toutes les chambres d'isolement occupées. Les pompiers prennent attache avec ce bureau pour connaître l'occupation des chambres d'isolement.

b) Dans les unités

La sécurité des patients au sein des unités est assurée par le personnel soignant. Lorsqu'un renfort est nécessaire, le personnel actionne son PTI. Un système de sectorisation en deux parties a été mis en place pour faire sonner les PTI des soignants les plus proches puis ceux des unités les plus éloignées. Les soignants reçoivent l'appel sur lequel est inscrit le nom de l'unité nécessitant le renfort et confirment leur venue en appuyant sur le bouton vert de l'appareil. Le dispositif sonne jusqu'à ce que dix soignants aient confirmé leur venue. Les soignants, généralement des hommes, se rendent sur place par leurs propres moyens, comme le déplore l'ensemble du personnel soignant. En effet, les distances peuvent parfois être très longues, rendant inutiles l'arrivée du personnel qui survient alors que la crise est contenue. Dans ses

⁸ Ouvert depuis le 16 mai 2004, ce cahier recense 1 035 événements.

observations au rapport provisoire établies postérieurement à la visite, la direction du CHR rappelle que l'établissement « dispose d'une flotte de véhicules et de vélos au niveau du garage à disposition des agents, qui peuvent en faire la réservation conformément à la fiche de réservation disponible sur le logiciel documentaire Apta YES ».

Des soignants ont rapporté que des PTI ne fonctionnaient pas, ralentissant la venue du renfort, et que la formation serait insuffisante. Au contraire, dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CHR précise que « la refonte des infrastructures systèmes, réseau et téléphonie, s'inscrit dans un projet global mené depuis plusieurs années ». Selon elle, les réseaux auraient été fiabilisés et sécurisés, permettant d'améliorer les fonctionnalités et performances des PTI, et les agents auraient été formés à l'utilisation du nouveau produit.

Lors de la visite du CGLPL une infirmière se rendait à l'UNACOR « car un homme était suspecté de porter une arme sur lui ».

La nuit, le système de renfort fonctionne de la même façon, laissant ainsi souvent une seule personne en charge de l'unité.

La préoccupation quant à la sécurité des patients et des soignants, illustrée par la fermeture de la quasi-totalité des unités (cf. §.5.1.1), a pu donner lieu à des pratiques attentatoires à la dignité humaine s'agissant de patients consommant des produits stupéfiants. S'il leur est généralement demandé de se soumettre à un test urinaire et à une consultation médicale lorsqu'ils sont suspectés d'en avoir consommé, les contrôleurs ont aussi eu connaissance d'un toucher rectal effectué sur un patient pour vérifier qu'il ne transportait pas des produits stupéfiants et éviter un risque d'overdose. En parallèle de l'atteinte à la déontologie médicale, il est extrêmement préoccupant d'observer que cette pratique n'est pas considérée comme un événement indésirable et ne fasse pas l'objet d'une FEI, ni même de discussions.

En réponse au rapport provisoire, la direction du CHR regrette qu'une situation aussi exceptionnelle soit rapportée, d'autant qu'il avait été tenu compte des antécédents médicaux sévères ayant engagé le pronostic vital du patient et que celui-ci avait été informé en amont de la pratique et avait accepté l'examen, réalisé par un médecin dans des conditions « sereines et strictement professionnelles ».

Le CGLPL entend maintenir la recommandation remaniée qui suit, justifiée également par la mise à nu en chambre d'isolement de personnes présentant un risque suicidaire (cf. §.8.2.2, où une autre recommandation est formulée).

RECOMMANDATION 4

La préoccupation de la sécurité des patients ne peut pas justifier la pratique de gestes attentatoires à la dignité humaine.

c) La vidéosurveillance

Lors de la visite, seules les unités Éole 1 et 2⁹ disposaient d'une vidéosurveillance installée à l'entrée du bâtiment, dans le couloir et les chambres d'isolement (cf. §.8.1, où une recommandation a été prise en compte à ce sujet), dans le cadre d'une expérimentation validée

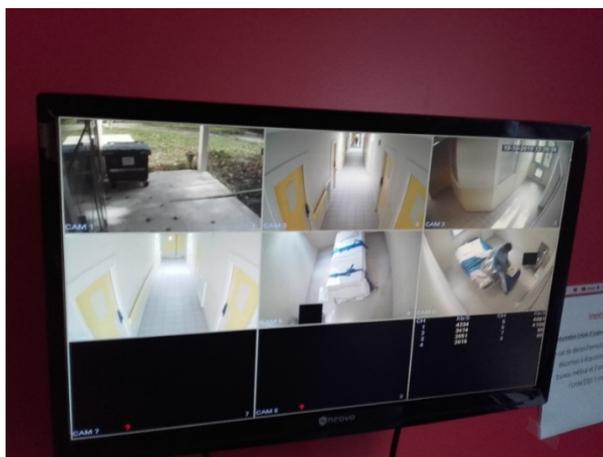
⁹ L'autre exception se trouve dans les UMD qui depuis leur ouverture en 2012 disposent d'une dizaine de caméras pour surveiller les extérieurs du bâtiment et les chambres d'isolement ; les images reçues ne sont retransmises que sur des écrans situés dans le poste de contrôle de cette unité.

par le CARE¹⁰ à partir d'octobre 2019 pour une durée de six mois. Le service se félicitait d'avoir obtenu un tel dispositif qu'il demandait depuis plusieurs années, notamment pour que les soignants puissent surveiller l'étage la nuit.

A l'entrée de chaque unité, une information sur la vidéosurveillance est affichée et une note est censée être signée par les patients lors de leur admission. Selon les propos recueillis, les soignants ne la font pas signer.

Les écrans de report se situent dans le bureau des infirmiers. Aucun enregistrement des images n'est effectué. Dans l'une des chambres d'isolement, la vue sur les toilettes n'est pas protégée.

D'autres unités sont en demande de ce dispositif afin de dissuader les intrusions, les trafics et d'avoir une surveillance sur toute l'unité, l'extension de la pratique fait craindre une présence soignante moins importante et une diminution des rondes.



Ecran de report des images de vidéosurveillance dans le bureau infirmier de Eole 1 : extérieur, couloirs intérieurs, deux chambres d'isolement

3.8 LE COMITE D'ETHIQUE SE REUNIT SANS PARVENIR A INTERESSER LES PROFESSIONNELS

Le règlement intérieur constituant le Comité d'Aide à la Réflexion Éthique (CARE) a été établi en 2012. Depuis, le CARE se réunit environ quatre fois par an et est composé de vingt-cinq professionnels pluridisciplinaires : médical, soignants, psychologue, représentants des usagers, personnalités qualifiées (philosophe, juriste).

Lors de ces rencontres, ses membres examinent une saisine jugée préalablement recevable et y apportent une réponse. Les conditions de recevabilité de la saisine ne sont pas inscrites dans le règlement mais concernent des situations particulières qui peuvent être évoquées par des membres du personnel comme par des usagers ou leur entourage. La réponse apportée est ensuite envoyée par écrit au demandeur et les avis sont ensuite disponibles sur l'intranet de l'établissement. Lors des quatre dernières réunions, les saisines ont concerné l'orientation d'un patient faisant l'objet d'un risque important de fausse route actuellement pris en charge par une assistante familiale thérapeutique ; la vidéoprotection dans les chambres d'isolement à deux reprises ; l'ennui induit par l'isolement.

¹⁰ CARE : Comité d'Aide à la Réflexion Éthique (cf. *infra* §.3.8)

Le CARE traite aussi de certains sujets sur sa propre initiative : la mise en place du groupe isolement et contention (cf. §.8), la mise en place de journées de réflexion éthique sur la gestion du risque en psychiatrie en 2017. Une réflexion sur la sexualité était à venir.

En 2019, seules deux réunions avaient eu lieu (à la date de la visite) avec un taux de participation de 40 % en juin et de 50 % en mai. Selon les propos recueillis, il y aurait un manque d'intérêt pour le CARE dû au « *climat social tendu* ». Au sein des unités, le rôle du CARE et ses avis se sont avérés être méconnus.

L'établissement est également membre de l'espace de réflexion éthique de Normandie (EREN) qui se réunit au moins une fois par an et participe à des colloques et congrès nationaux ou internationaux.

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

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES, CONVAINCUE DE SON ROLE DE CONTROLE, S'EFFORCE D'ÊTRE UN LANCEUR D'ALERTE

Un arrêté préfectoral en date du 15 novembre 2018 a désigné, conformément aux termes de l'article L3223-2 du CSP, pour une durée de trois ans, les six membres de la CDSP compétente pour examiner la situation des personnes admises en SSC dans les trois CH de la Seine-Maritime (Le Havre, Le Rouvray et Dieppe). L'analyse des trois derniers rapports d'activité fait apparaître que la CDSP se réunit, selon les exigences des articles R3223-5 et R3223-6 du CSP, une fois par trimestre en séance plénière ou en commission restreinte et visite semestriellement chacun des trois établissements ci-dessus mentionnés. Lors des séances plénières, la CDSP s'attache à faire le bilan des visites d'établissements autant qu'à réfléchir sur des sujets thématiques ou d'actualité, tandis qu'en formation restreinte elle procède, outre à la consultation des livres de la loi (dernier visa le 26 juin 2019), à l'étude de dossiers et plus particulièrement pour ceux des patients hospitalisés en SDDE depuis plus d'un an ou à la suite d'un péril imminent.

Depuis 2016, le nombre des dossiers examinés n'a cessé d'augmenter pour se situer à une moyenne annuelle de 500, dont les trois cinquièmes proviennent du CHR. Dans ses rapports, la CDSP note que si son analyse n'a pas révélé de mesures injustifiées, elle a permis de constater des motivations insuffisantes dans bon nombre de certificats médicaux mensuels et trop de « copier-coller ». Elle dit en avoir fait régulièrement la remarque aux établissements sans toutefois constater de changements dans cette pratique.

Les réclamations directes des patients sont de moins en moins nombreuses et la CDSP explique ce fait par le contrôle du JLD dont les audiences sont le lieu où les patients font connaître leurs remarques et expriment leur désapprobation. Un courrier de réponse est systématiquement adressé à tout patient réclamant.

Concernant le CHR, la CDSP y exerce sa mission de contrôle en le visitant, durant deux jours, au mois de juin et au mois de décembre de chaque année. Ainsi sa dernière venue date des 19 et 26 juin 2019.

Seuls trois patients ont été rencontrés par cette délégation, d'où il n'est pas résulté de remarques particulières ni de saisine du JLD pour solliciter une mainlevée.

Au cours de cette même visite, les membres de la CDSP se sont entretenus avec le médecin responsable du DIM et ont examiné avec lui le registre d'isolement et de contention qu'ils considèrent comme un outil peu performant et peu fiable pour analyser les pratiques de ces mesures (cf. §.8.3).

L'un des membres, porte-parole de l'ensemble de la CDSP, avec qui les contrôleurs ont longuement échangé, a fait part de son regret quant à la fermeture progressive mais irréversible, depuis une dizaine d'années, de l'ensemble des unités. Considérant que « *c'est un mauvais choix* », il l'explique par la diminution constante du nombre de soignants (par ailleurs mal formés à la psychiatrie) et par la difficulté à pérenniser les postes de psychiatres.

Il a été ajouté qu'à chacune des visites de l'établissement la CDSP ne manquait pas d'alerter sur :

- l'usage trop important des procédures d'urgence pour admettre des patients en SSC ;
- la vétusté et la suroccupation inadmissibles des locaux ;

- la pratique habituelle, voire abusive, de l'isolement et de la contention avec l'impossibilité d'en contrôler les modalités de mise en œuvre compte-tenu du logiciel inexploitable.

S'étonnant du peu de patients qui sollicitent une rencontre avec ses membres, la CDSP dont la venue est affichée dans les unités, déplore l'absence récurrente des médecins durant le temps de ses visites.

Il a enfin été dit aux contrôleurs qu'au cours de l'année 2019, lors des réunions plénières, la CDSP a développé des axes de réflexion pour parvenir :

- à une diminution des admissions en péril imminent en rappelant aux médecins que cette procédure était à utiliser uniquement en cas de risques graves pour la santé et l'intégrité du patient. Elle ne saurait être une solution facile pour éviter la demande d'un tiers et, à plus forte raison, pour se substituer à des mesures d'admission prises sur décision du représentant de l'Etat ;
- à une tenue du registre isolement et contention permettant à toute instance de contrôle de s'assurer que les prescriptions de la loi et les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) sont respectées.

Ces points de réflexion seront, selon les dires, exploités dans le rapport d'activité 2019.

Il a enfin été fait part aux contrôleurs des excellentes relations entretenues avec l'ARS qui gère avec efficacité la logistique de la CDSP et transmet le rapport annuel d'activité à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté.

4.2 LES ASSOCIATIONS D'USAGERS PARTICIPENT LARGEMENT AUX INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT MAIS LEURS REPRESENTANTS MANQUENT DE VISIBILITE

4.2.1 Les structures représentant patients et familles

Trois structures sont présentes au CHR : la section de Seine-Maritime de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), celle de l'union départementale des associations familiales (UDAF) ainsi que l'UFC-Que Choisir. Les contrôleurs ont rencontré les représentants de chacune de ces organisations.

L'UNAFAM est représentée par huit bénévoles ; elle seule tient une permanence tous les mardis de 15h à 18h dans un local mis à sa disposition au sein de l'établissement et peut également recevoir sur rendez-vous les personnes indisponibles le mardi après-midi. Avec l'UDAF, elle siège au conseil de surveillance et à la commission des usagers (CDU) avec voix délibérative.

Ces trois structures sont largement associées à la vie institutionnelle de l'établissement. Elles sont invitées, à titre consultatif, à la CME, à la commission des soins infirmiers, au comité d'éthique, au comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), etc. et rencontrent régulièrement le directeur de l'hôpital. Elles ont été associées à la rédaction du livret d'accueil du patient et animent chaque année à la cafétéria une « journée des usagers » destinée à présenter aux équipes et aux patients le rôle des associations.

Le numéro du mois de juin 2019 du magazine « Le Rouvray », journal d'information du centre hospitalier, consacre un article de trois pages à la présentation des représentants des usagers.

Malgré ces éléments, les contrôleurs s'interrogent sur la réelle visibilité des associations auprès des patients. Leurs représentants ne se déplacent pas dans les unités, ils ne sont donc pas identifiés par les professionnels au contact des patients ; dans certaines unités les soignants ignorent l'existence de structures représentant les patients et ne peuvent donc pas leur en

parler. Par ailleurs, si le livret d'accueil présente leur rôle et fournit leurs coordonnées, il n'est pas distribué dans un certain nombre d'unités.

4.2.2 La commission des usagers

La CDU est régie par un règlement intérieur de décembre 2017 ; sa mission est de :

- contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches ;
- veiller au respect des droits des usagers ;
- faciliter les démarches des patients et de leurs proches et veiller à ce qu'ils puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes.

Elle est présidée par le directeur adjoint chargé de la qualité, des usagers et des affaires juridiques. La vice-présidente de l'instance est la représentante de l'UDAF.

La commission se réunit quatre fois par an. Elle étudie les réclamations des patients et le bilan des événements indésirables, analyse les questionnaires de satisfaction et les demandes d'accès au dossier médical, et a connaissance du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers ainsi que des mesures relatives à la politique d'amélioration de la qualité préparées par la CME et des avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement.

D'autres sujets peuvent être mis à l'ordre du jour (en 2018 : le projet de mise en place de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, notamment). Elle émet des préconisations dont elle étudie, année après année, la mise en œuvre.

Les représentants des usagers ont indiqué aux contrôleurs être satisfaits de la place qui leur est laissée au sein de cette instance et apprécient la transparence de la direction à leur égard.

4.3 LES REGISTRES, DONT LA TENUE MANQUE DE RIGUEUR, OBLIGENT A CONSULTER LE DOSSIER DU PATIENT POUR CONTROLER EFFICACEMENT LES MODALITES DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Sous la responsabilité d'une attachée d'administration hospitalière, six agents polyvalents sont affectés à la gestion administrative de l'ensemble des patients admis au CHR. Il s'y ajoute quatre personnes qui, par équipe de deux, assurent la permanence du bureau des entrées (BDE) de 16h30 à 22h 30 et de 22h30 à 8h tout en étant chargées de remplir les registres de la loi.

Ces registres, dits livres de la loi, sont renseignés et conservés au BDE. Distincts selon le statut juridique d'hospitalisation, dix registres au minimum sont ouverts annuellement, quatre d'entre eux spécifiques pour les admissions en SDRE et six pour ceux ouverts en SDDE.

Nonobstant les prescriptions de l'article L3212-11 du CSP, ils ne sont toutefois pas renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif, à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC.

D'un modèle standard, ces registres paraphés à l'ouverture par le maire de la commune, comportent 100 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission. Si les rubriques à renseigner sont remplies de manière lisible, les informations sont incomplètes deux, au moins, des neuf exigées par l'article L3212-11 du CSP sont manquantes. En effet, les mentions suivantes

ne figurent pas dans les registres : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L3211-3 du CSP et, le plus souvent, les décisions de mise sous protection juridique des majeurs.

Les certificats médicaux et l'avis motivé envoyé au JLD (voir *infra*, §.4.5) sont tardivement collés dans les registres. Questionnés, les agents en charge de ce travail (ils n'en comprennent pas l'utilité) ont indiqué s'en acquitter quand leur permanence de nuit leur en laissait le temps. Ainsi, le 15 octobre 2019, les contrôleurs ont constaté que de très nombreux documents, certes copiés, étaient en attente de collage, aucun n'ayant été effectué depuis le 3 octobre. D'autre part, il a pu être observé, à l'instar des remarques faites par la CDSP, que le contenu de certains certificats, même si ce n'est pas la majorité, est insuffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante.

Les certificats mensuels concernant les patients en PDS sont rarement joints aux registres, et pour ceux qui y figurent l'usage de certificats-type ou de copier-coller est fréquent, étant ajouté que les éventuelles observations du patient ne sont pas reportées sur ces certificats ; au mieux une case est cochée mentionnant que le patient a donné son accord pour le maintien de la mesure. Postérieurement à la visite, par le biais des observations au rapport de visite, il a été indiqué qu'un rappel allait être effectué auprès des médecins par le président de la CME et que le BDE allait rester attentif à cette problématique afin d'alerter le président de CME en cas de nombreux certificats médicaux copiés-collés.

Lors de la visite, l'ensemble de ces constatations amenait à la conclusion que la fonction et donc l'intérêt du registre étaient inopérants puisque seule la consultation du dossier du patient regroupant la globalité des pièces nécessaires à la régularité des SSC permettait un contrôle efficace.

Les arrêtés préfectoraux sont, quant à eux, établis selon un modèle national ; ils font état des voies de recours judiciaires et administratives devant la CDSP.

RECO PRISE EN COMPTE 6

La tenue des registres doit être améliorée pour respecter les règles de l'article L3212-11 du code de la santé publique afin que puisse s'exercer un contrôle des mesures de soins sans consentement.

Selon les observations transmises par le directeur du CHR au rapport provisoire, « un rappel a été fait aux agents du bureau des entrées sur la tenue de ces livres. Seuls deux agents sont désormais en charge de la tenue de ces registres et des contrôles réguliers sont dès lors effectués par l'encadrement du service de l'accueil ».

4.4 LES MODALITES DE SORTIES ET DE PROGRAMMES DE SOIN SONT CONTRAINTEES PAR LES DIRECTIVES PREFECTORALES

4.4.1 Les sorties de courte durée

Conformément à l'article L3211-11-1 du CSP, les sorties de courte durée peuvent être accordées par le directeur de l'établissement d'accueil si la mesure d'admission a été décidée par ce dernier, après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement, ou par le représentant de l'Etat si le patient a été admis en SDRE. L'autorisation comporte « *l'avis favorable du psychiatre et sauf réponse opposition écrite et motivée du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au*

plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire ».

Si les demandes de sortie présentées au directeur de l'établissement ne posent aucun problème, en 2019 le préfet a refusé seize demandes de sortie accompagnée de moins de douze heures. Les motifs de refus se recoupent : sortie prématurée au regard de la date d'admission (motif avancé dans sept refus), demande que la sortie soit accompagnée par du personnel soignant (huit refus), absence des garanties nécessaires au respect de l'ordre public (sept refus). Un refus est également lié à la situation administrative d'un patient qui fait l'objet d'un arrêté d'expulsion du territoire « *se trouvant en situation irrégulière il n'est pas possible de lui accorder une sortie* » malgré une possibilité d'accompagnement par des membres de sa famille.

L'unité Fanon 2 a mis en place un protocole pour les sorties des patients en SDRE : la première et la deuxième sortie de moins de douze heures sont accompagnées par deux soignants ; ce n'est qu'à partir de la troisième sortie que la famille peut accompagner le patient.

Les sorties de moins de quarante-huit heures non accompagnées font elles aussi l'objet de refus du préfet, pour des motifs similaires. En 2019, vingt et une demandes de sorties ont été refusées, pour des motifs multiples : douze pour insuffisance des garanties au regard de l'ordre public, cinq pour caractère prématuré de la demande au regard de la date d'admission, trois mentionnent des durées de sortie trop importantes (« *sortie trop longue* ») et douze pour absence de sorties préalablement accompagnées par le personnel soignant.

Si les refus du préfet ne mentionnent pas de conditions supplémentaires de façon explicite, le personnel a confié aux contrôleurs que ses pratiques se voient modifiées : demandes de sorties qui ne seraient pas formulées car « *on sait que le préfet va la refuser* », anticipation de la rédaction d'un deuxième certificat médical. Dans une communication de 2016 l'ARS rappelle au personnel hospitalier les directives de la préfecture « *dans le contexte actuel [...] la préfecture 76 demande pour les patients en SDRE que les sorties de moins de 48h, non accompagnées aient toujours été précédées de sortie de courte durée de moins de 12h accompagnées. Des oppositions aux sorties, par la préfecture, peuvent ainsi avoir lieu si ce schéma n'est pas respecté au même titre que le non-respect des délais de transmission* ». Le groupe de travail de l'ARS sur les soins psychiatriques sans consentement a, lors de sa réunion du 1^{er} juin 2017 encouragé l'hôpital à « *fournir aux préfectures, [en plus du dernier certificat mensuel], des éléments actualisés portant sur l'état du patient ou sur son évolution depuis le dernier certificat mensuel* ».

RECOMMANDATION 5

Les modalités de sorties accompagnées ou non accompagnées doivent être individualisées et ne doivent en aucun cas se fonder sur des directives préfectorales. La situation administrative d'un patient ne doit pas constituer un obstacle à sa sortie si son état le permet.

L'établissement annonce dans ses observations au rapport provisoire la reprogrammation d'une rencontre « avec le préfet afin d'aborder toutes les problématiques liées aux soins sans consentement sur décision du représentant de l'État ».

En l'état, le CGLPL maintient sa recommandation.

4.4.2 Les programmes de soins

Aucune information concernant la possibilité de poursuite des soins au sein de structures ambulatoires n'est mentionnée dans le livret d'accueil. Dans les annexes se situant à la fin du

livret une liste des coordonnées des structures ambulatoires existe et définit le rôle de chacune sans mentionner les modalités d'accès.

Dans ses observations postérieures à la réception du rapport provisoire, l'établissement déclare que l'information sur les modalités d'accès aux soins ambulatoires a été ajoutée dans le livret d'accueil.

Le 16 octobre 2019, 178 patients étaient en PDS dont 46 sous statut de SDRE.

En 2019, onze demandes de PDS pour des patients en SDRE ont été refusées par le préfet pour des motifs variés : huit parce que le patient ne présentait pas les garanties suffisantes au regard de l'ordre public, trois parce que le nombre de sorties préalables ont été jugées insuffisantes. Dans trois cas un deuxième avis d'un psychiatre de l'établissement a été présenté permettant ainsi la mise en place du programme. L'absence de confiance du préfet dans l'avis médical et la frilosité des médecins à établir un deuxième certificat font que les hospitalisations complètes sont souvent prolongées alors que des alternatives sont possibles. Cela ajoute probablement à la suroccupation des lits.

RECOMMANDATION 6

Les autorisations de programme de soins par le préfet ne doivent pas être conditionnées par un nombre de sorties préalables mais doivent se baser sur le certificat médical du psychiatre.

L'annonce par la direction du CHR de la programmation d'une réunion en septembre 2020 avec les services de la préfecture ne suffit pas à considérer cette recommandation comme prise en compte. Elle est donc maintenue en l'état.

La durée moyenne d'un PDS n'est pas connue, ni même la date du plus ancien programme. Selon les propos recueillis, les durées sont longues pour les SDRE puisque le préfet émet souvent des réserves quant à la levée de la mesure.

Sur onze dossiers de patients en SDRE consultés, un deuxième avis d'un psychiatre a été fourni à quatre reprises et le refus du préfet était motivé par l'insuffisance du nombre de sorties – accompagnées ou non – préalables. Dans un cas, une demande de levée de la mesure de SDRE avait été formulée mais refusée ; un PDS a donc été engagé à la place de soins libres, après que le patient concerné a bénéficié de deux sorties de moins de douze heures accompagnées de soignants et d'une sortie de moins de quarante-huit heures.

Dans le cas d'une rupture du contrat de soin le patient peut être hospitalisé à temps complet de nouveau, pour une période la plus courte possible. A l'unité Saint Jean, il a été fait part aux contrôleurs d'une situation où un patient en PDS a manqué un de ses rendez-vous au CMP ayant pour conséquence son retour immédiat au CHR en unité fermée. Le nombre de retours à la suite d'une rupture du contrat n'a pu être fourni aux contrôleurs.

4.4.3 La préparation de la levée de la mesure

Ce sont les ASS qui, dans la plupart des unités, travaillent sur la réhabilitation sociale et la préparation à la sortie. Selon les soignants, la sortie est préparée dès l'admission et des réunions régulières avec les structures pertinentes sont organisées lorsqu'un besoin est identifié, mais peu d'unités intègrent ce point systématiquement lors de leurs réunions hebdomadaires.

Un ergothérapeute peut également intervenir à la demande du médecin pour établir un bilan d'autonomie, qui peut être réalisé au sein de l'unité.

Il peut également être fait appel à la filière de réhabilitation psychosociale et de préparation à la sortie (RPPS) qui comprend notamment l'unité de préparation à la sortie La passerelle, le dispositif Le pas pour des patients hospitalisés au long cours, l'unité de réhabilitation Le village, la résidence Le relais, des appartements en bail-tremplin.

Tous les secteurs ont rapporté un manque de structures extra hospitalières et des délais d'attente pouvant aller jusqu'à six mois pour une consultation en CMP ou pour l'obtention d'un appartement thérapeutique. Pour les personnes âgées, l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est elle aussi soumise à des délais d'attente importants, parfois plusieurs années. Cela concerne aussi l'ensemble des établissements médico-sociaux. Selon ce qui a été expliqué aux contrôleurs, environ soixante-dix patients restent hospitalisés dans l'attente d'une place en EHPAD, maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM).

La réintégration de l'EHPAD d'origine après une période d'hospitalisation est en revanche possible sans difficulté une fois l'état de santé mentale à nouveau stabilisé.

Les demandes de mainlevée des mesures de SDDE, adressées au directeur, sont acceptées systématiquement.

Concernant les mesures de SDRE, les demandes de mainlevée sont non seulement rarement acceptées par le préfet, mais ses décisions sont souvent assorties de conditions (*cf. supra*, §.4.4.1 et 4.4.2). En 2019, vingt-sept demandes de mainlevées de la mesure de SDRE ont été refusées et seulement cinq ont été levées à la suite de la transmission d'un deuxième certificat car selon les médecins « *c'est une grosse responsabilité que l'on prend alors* ». Selon les statistiques du BDE, les demandes sont refusées dans 80 % des cas, les 20 % restant ne représentant que trois mesures exclusivement pour des patients ayant bénéficié de plusieurs sorties auparavant. Un PDS est privilégié dans tous les cas où la levée d'hospitalisation est envisagée.

Dans des conditions pareilles, la perspective de voir sa mesure levée à l'issue d'une période d'hospitalisation complète est presque nulle, allongeant le parcours de soins de patients en SDRE en maintenant la contrainte plus longtemps que médicalement nécessaire, tant pendant l'hospitalisation qu'en ambulatoire. Le PDS devient un levier pour libérer des lits, au détriment de l'adaptation du cadre de soins aux besoins du patient.

RECOMMANDATION 7

Il n'est pas concevable que les demandes de mainlevée pour les patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État fassent quasi systématiquement l'objet d'un refus de la part du préfet. Les médecins doivent se mobiliser pour établir un deuxième certificat médical en considérant l'état du patient et non pas le risque sécuritaire.

Outre la réunion avec le préfet, l'établissement rapporte le renforcement du « partenariat avec les structures d'aval et [la rencontre des] acteurs majeurs du secteur médico-social du territoire Rouen-Elbeuf, dans le prolongement des travaux du PTSM, afin de définir un véritable parcours de soins pour les patients dits « inadéquats » », ainsi que des groupes de travail ayant montré la volonté de chacun de travailler ensemble et la définition de plusieurs axes « concrets » pour faciliter les solutions d'aval. Il cite parmi ces dernières :

- la création d'une équipe mobile handicap pour étayer les structures médico-sociales dès avril 2020 ;

- la mise en place d'une commission d'orientation médico-sociale (COMS) des patients à partir de critères d'évaluation communs ;
- la formation à la prise en charge du handicap psychique par le centre support de réhabilitation psycho-sociale cogéré par le CHR et le CHU, autorisé et financé par l'ARS fin 2019 ;
- le déploiement de la télémedecine entre le CHR et les structures médico-sociales.

Si ces perspectives positives manifestent la volonté de l'établissement de prendre la recommandation en compte, elles ne répondent en rien à la recommandation. Le CGLPL la maintient donc.

4.4.4 Modalités du collège des professionnels de santé

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé n'apparaît pas conforme aux exigences de la loi, qui prévoit sa réunion pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de SSC, en hospitalisation complète ou en programme de soins, prise sur décision du directeur de l'établissement lorsque sa durée excède un an et avant le contrôle du JLD pour les patients hospitalisés à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.

Le BDE veille au respect des dates butoir pour la convocation de ses membres.

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre médecin psychiatre extérieur au suivi, qui le plus souvent est sollicité par son confrère, et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité hospitalière ou du CMP assurant le suivi ambulatoire, ce collège se réunit beaucoup plus pour les PDS que pour les hospitalisations complètes de plus d'un an.

Ainsi au cours de l'année 2019 et jusqu'au 15 septembre, 126 collèges ont été convoqués pour examiner la situation de patients en SDDE, parmi lesquels trente-trois étaient en hospitalisation complète et quatre-vingt-treize suivaient un PDS. Quinze réunions ont été, en sus, nécessaires pour vérifier l'évolution de l'état des patients irresponsables pénalement.

Il a été particulièrement difficile aux contrôleurs de s'assurer que ce collège fonctionnait dans le total respect des prescriptions de l'article L3212-17 du CSP exigeant le recueil de l'avis du patient. En effet selon les renseignements recueillis, notamment dans les unités où la plupart des soignants étaient dans l'ignorance de ce dispositif, il est apparu que, sauf exception, le collège ne travaillait que sur dossier sans convocation du patient, donc sans prise en compte de son avis.

Les vérifications effectuées par les contrôleurs après examen, selon échantillonnage, d'une douzaine de dossiers, ont conduit au constat, quand le retour de l'avis du collège y figurait, que la mention de l'audition du patient était systématiquement absente.

RECOMMANDATION 8

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé doit être revu pour se mettre en conformité avec les dispositions de l'article L3212-7 du code de la santé publique et ainsi recevoir obligatoirement le patient pour recueillir ses observations avant de donner son avis.

L'établissement indique dans ses observations au rapport provisoire qu' « un flyer va être mis à disposition de tous les professionnels. Les formations sur les droits des patients aborderont également le fonctionnement des collèges. ».

Ces éléments attestent de la volonté de l'administration du CHR de prendre en compte la recommandation, mais seule une visite ultérieure permettra de confirmer sa prise en compte dans les pratiques médicales, rien n'étant rapporté sur l'intention des professionnels de santé. C'est pourquoi la recommandation est maintenue.

4.5 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES SATISFAISANTES MAIS L'ENJEU DE LA CONVOCATION DEVANT LE JUGE EST INSUFFISAMMENT EXPLIQUE AUX PATIENTS

Conformément aux dispositions de l'article L3211-42-2 du CSP, l'audience du JLD se tient au sein de l'hôpital ; en effet, le 8 août 2014 une convention a été signée entre les chefs de juridiction du tribunal de grande instance (TGI) de Rouen, la direction du CHR et le directeur de l'ARS de Haute-Normandie organisant ainsi la mise à disposition, dans l'enceinte de l'établissement, de locaux spécialement aménagés et affectés à sa tenue.

Composés d'une grande salle d'audience, d'un bureau à usage de greffe et de salle de délibéré, d'une salle d'attente, d'une pièce permettant un entretien confidentiel des patients avec leur avocat, et de sanitaires, ces locaux, dans un bon état de maintenance et de propreté, sont clairs, spacieux agréablement aménagés et facilement accessibles au public puisque bien signalés. Les patients y sont donc reçus dans des conditions matérielles satisfaisantes qui permettent au juge de statuer publiquement après débat contradictoire.

Sous la présidence, alternative, d'un des trois JLD nommés par décret au TGI de Rouen, assisté d'un greffier, les audiences ont lieu trois fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi matin).

4.5.1 Les modalités d'organisation

Le bureau de la loi (bureau des entrées, BDE) et le greffe judiciaire entretiennent de bonnes et constructives relations professionnelles. Les échanges de documents se font sous forme dématérialisée.

La requête de saisine du juge est transmise au greffe, conformément aux prescriptions de la loi, au plus tard huit jours après la décision d'admission et au moins quinze jours avant l'expiration du délai de six mois pour les contrôles ultérieurs.

A cette requête sont joints les certificats médicaux de 24h et 72h, les médecins ayant été sensibilisés, notamment par la CDSP, à l'importance de la description précise des troubles mentaux justifiant la nécessité de l'hospitalisation complète autant qu'à l'explication de l'incapacité du patient à consentir à être hospitalisé.

Il a pu être constaté que l'avis motivé rédigé généralement le sixième ou le septième jour suivant l'admission, complète le certificat de 72h en précisant en quoi l'évolution de l'état du patient ne permet pas la levée de l'hospitalisation.

Les coordonnées du tiers autant que l'existence d'une mesure de protection juridique sont toujours mentionnées permettant ainsi au greffe de les informer de la date d'audience.

Dès réception de la requête, le greffe avise le bâtonnier pour la désignation d'un avocat.

Après vérification de la régularité du dossier, le greffe envoie la convocation au bureau de la loi qui la transmet à l'unité d'hébergement du patient.

Le patient se voit alors notifier sa convocation par un soignant (ou plus rarement par le cadre de santé) ; il signe un accusé de réception que l'on retrouve au dossier.

A l'instar des conditions de notification des décisions d'admission et des droits, il a été difficile aux contrôleurs de vérifier si les explications données aux patients étaient suffisantes pour leur permettre de comprendre le sens de l'audience. Il est toutefois apparu que les soignants étaient plus sensibles à l'importance de l'audience du JLD, dont ils comprennent l'enjeu, qu'à celle des droits dont doivent bénéficier les patients.

Toutefois, tous ignoraient la possibilité offerte aux patients de consulter le dossier judiciaire ; une telle consultation n'est ainsi jamais demandée.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les modalités de remise de convocation à l'audience du juge des libertés et de la détention doivent être protocolisées pour garantir au patient une exacte et complète compréhension des enjeux judiciaires et leur assurer un accès complet aux droits découlant de l'audience.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHR s'engage à transmettre à nouveau dans les unités de soins la brochure relative au contrôle exercé par le JLD et à rappeler l'existence de ce dernier sur le site intranet de l'établissement. Il ajoute qu'une « *discussion est en cours avec les JLD du tribunal judiciaire de Rouen pour modifier les convocations remises aux patients afin de préciser la possibilité de consulter le dossier judiciaire* ».

4.5.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté le vendredi 11 octobre 2019 à l'audience à laquelle avaient été convoqués neuf patients dont sept étaient présents aux débats.

Les patients, accompagnés d'un ou deux soignants, sont arrivés de leur unité à pied ou en voiture quelques minutes seulement avant l'heure à laquelle ils étaient respectivement convoqués ; installés dans la petite salle d'attente, ils ont attendu l'appel de leur cause pour entrer séparément dans la salle d'audience alors même que la publicité restreinte n'était pas prononcée.

Il a été dit aux contrôleurs que les soignants qui souhaitent assister à l'audience en ont la possibilité, le juge sollicitant toujours l'accord de l'intéressé. Au jour du contrôle, les soignants ont tous accompagné leur patient durant les débats, s'asseyant à côté ou derrière lui et restant totalement taisants.

Le tuteur d'un des patients et le père d'un autre avaient répondu à la convocation ; ils se sont exprimés. Selon les renseignements recueillis une telle présence est peu fréquente.

Soucieux du respect du contradictoire, le juge, qui n'avait pas revêtu sa robe (pas plus que la greffière), s'est montré empathique et pédagogique. Il s'est présenté avant d'expliquer son rôle ; il a ensuite résumé les éléments du dossier et a mené son entretien avec pour finalité la vérification de la régularité procédurale et le recueil d'informations nécessaires à l'élaboration de son processus décisionnel.

Les patients, dont ce n'était pas la première hospitalisation, ont tous eu la capacité de s'exprimer, deux d'entre eux disant consentir à rester pour quelques temps encore hospitalisés. Une patiente, agitée et hostile à l'hospitalisation, s'est adressée violemment à la greffière pour lui reprocher de « *faire du mal à son chien* ». Avec calme et fermeté tout en prenant du temps, le juge a rétabli la sérénité des débats sans qu'il y ait eu nécessité de faire sortir la patiente.

L'avocate de permanence n'a soulevé aucun moyen, ni de fond ni de forme, s'en remettant « à la sagesse du juge ».

Après un temps de délibéré utilisé, entre autres, pour rédiger l'ordonnance, le juge a expliqué à chacun des patients les motifs de sa décision puis il a indiqué avec clarté les modalités des voies de recours. Aucune des personnes n'a manifesté de surprise ni d'intention de faire appel alors que toutes les hospitalisations avaient été maintenues.

Le temps consacré à chaque affaire a été de l'ordre de quarante-cinq minutes dans des conditions respectant la dignité et favorisant la sérénité.

Selon les dires des avocats mais aussi des soignants, les audiences sont un temps privilégié pour permettre au patient d'exprimer, à sa manière, son ressenti.

4.5.3 Les décisions rendues

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est globalement stable depuis plusieurs années, même si on note une légère augmentation en 2019 : 1 192 saisines en 2017, 1 206 en 2018 et 682 au premier semestre 2019.

Les requêtes à l'initiative des patients sont très faibles : on en dénombre 42 en 2017 et 2018.

Les patients, en très grande majorité (dans une proportion de l'ordre de 75 %) comparaissent à l'audience. Seuls 8 % environ d'entre eux refusent de s'y présenter tandis que des patients – pour un pourcentage variant entre 12 et 15 % – sont considérés comme médicalement non auditionnables.

En 2018, le JLD a rendu 1 206 décisions, parmi lesquelles il a prononcé 27 mainlevées dont 9 étaient exécutoires dans un délai de 24 heures. Au premier semestre 2019 sur les 683 décisions rendues par le JLD, 10 ont ordonné la mainlevée de l'hospitalisation. Les principaux motifs ayant conduit aux décisions de mainlevées sont la saisine hors délais du JLD et le manque d'éléments pour caractériser la réalité des troubles mentaux mettant en danger le patient ou risquant de porter atteinte à l'ordre public.

Les recours, qu'ils soient interjetés par le patient ou très exceptionnellement à l'initiative du procureur de la République ou du préfet, sont rares : dix-huit en 2017 et vingt-quatre en 2018¹¹.

A l'exception de trois arrêts infirmatifs en 2017 et deux en 2018, les décisions de la cour d'appel ont confirmé celle du premier juge. A toutes fins utiles, il peut être précisé que la cour a annulé une décision de maintien au motif de l'absence de convocation du tuteur.

Il a été dit aux contrôleurs que la mainlevée de l'hospitalisation en SSC avait rarement pour effet la sortie définitive du patient mais plutôt la transformation du statut juridique de son hospitalisation en SL ou la continuité des SSC sous la forme d'un PDS.

¹¹ Il n'a pas été possible d'obtenir communication des chiffres pour 2019.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION EST ENTRAVEE POUR TOUS LES PATIENTS, EN SOINS LIBRES OU EN SOINS SANS CONSENTEMENT, CE QUI NUIT GRAVEMENT A LA QUALITE DES SOINS PRODIGUES

La liberté d'aller et venir qui est un droit inaliénable dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux, peut être limitée, à titre exceptionnel et pour des raisons strictement médicales. La liberté du patient autant que sa sécurité doivent être assurées mais en respectant un bon équilibre qui doit permettre de respecter sa dignité.

Aux termes de l'article L3211-3 du CSP, lorsqu'une personne est en SSC, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis ».

5.1.1 La circulation hors des unités

Sur un total de vingt-deux unités d'hospitalisation pour adultes¹², vingt sont fermées, totalement ou partiellement.

Deux unités (Fanon 2, Maupassant) disposent d'un régime mixte : l'unité est divisée en deux parties, avec deux portes à chaque extrémité dont une seule est ouverte à certains patients pendant la journée et pendant seulement quelques heures (entre 11h et 19h ou entre 9h30 et 18h30, avec fermeture les temps de repas).

Dans l'unité Artaud, la porte est ouverte uniquement l'après-midi entre 13h30 et 18h30.

Seules deux unités (Tosquelles et Pussin) ont leur porte ouverte, de 8h à 17h.

Les explications recueillies quant à la fermeture sont variées : la protection des patients les plus fragiles que sont les mineurs ; le risque de fugue des mineurs ; le risque de fugue de certains patients non stabilisés et leur propre mise en danger ; la crainte des intrusions malveillantes ; la crainte de l'introduction de produits illicites (stupéfiants, médicaments, alcool) ; l'absence de tout contrôle des personnes à l'entrée de l'établissement ; la protection des personnes engagées dans un sevrage tabagique.

Certaines unités ont toujours été fermées, mais pas toutes. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il y a plusieurs années les unités dites complémentaires étaient ouvertes.

Le « principe » de la fermeture des unités est un sujet discuté par un certain nombre de soignants et de cadres de santé, mais qui n'est pas abordé officiellement par les chefs de service ou la direction, sauf quand l'aspect sécuritaire revient dans l'actualité (découverte de stupéfiants, fugues, intrusions, etc.). Autant l'idée de la fermeture d'une nouvelle unité est abordée relativement facilement, autant celle de l'ouverture n'est plus, depuis plusieurs années, un sujet à l'ordre du jour. Ainsi, lors de la visite, il était question de fermer entièrement l'unité Artaud, ouverte l'après-midi, en raison du risque d'intrusion malveillante.

L'établissement, au lieu de développer ses possibilités d'adhésion aux soins, met en avant des préoccupations sécuritaires et prend des précautions qui contreviennent au principe fondamental de la liberté d'aller et venir.

Cet état des lieux contraignant s'impose tant aux patients en SSC qu'à ceux en SL, sachant que :

¹² Hors les unités Matisse, Rimbaud, Badinter qui, quoi que fermées, font l'objet de développements à part (cf. §.9).

- la proportion de patients en SSC est comprise, selon les unités, entre 25 et 57 % du nombre de patients. Lors de la visite, la part de patients en SL enfermés dans l'unité était par exemple de 60 % à Fanon 1, 73 % à Éole 1, etc. tous enfermés par principe et tous susceptibles de « fuguer » selon le décompte effectué par le CHR (cf. §. 3.7.1.a) ;
- tous les patients, quel que soit leur statut, sont *de facto* enfermés à chaque fois que les soignants sont trop occupés pour ouvrir la porte (lors de la réunion d'équipe, du repas des soignants, de la préparation des médicaments, etc.).

Dans le livret d'accueil, il n'est mentionné à aucun moment que le patient pourrait voir limiter sa liberté de circuler dans l'établissement pour des raisons d'ordre sécuritaire ou pour un autre motif.

Toute activité est rendue aléatoire par la nécessité de franchir la porte de l'unité, dans une relation de dépendance très forte avec les soignants, qui ne sont pas toujours disponibles. Outre le difficile accès à l'air libre (variable selon les unités, cf. *infra*), la fermeture de la porte de l'unité d'hospitalisation a des conséquences, pour tous les patients, notamment quant à :

- leur accès aux soins, pour participer aux activités thérapeutiques proposées ailleurs que dans l'unité (addictologie, sport, jardinage, etc., ainsi que la cafétéria) ;
- la jouissance de leurs biens personnels (pour se rendre à la banque des patients par exemple) ;
- l'achat de produits de première nécessité (à la cafétéria par exemple) et du tabac ;
- le règlement de problématiques sociales et administratives et la préparation de la levée d'hospitalisation en général ;
- les visites des familles à leur proche hospitalisé : selon les témoignages recueillis, il arrive qu'elles attendent jusqu'à trente minutes avant qu'un soignant vienne ouvrir la porte.

RECOMMANDATION 9

L'enfermement des patients en soins sans consentement pendant l'hospitalisation complète n'étant pas intrinsèque à ce mode juridique de soin, cette contrainte de principe dans la liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital doit cesser. Elle est particulièrement injustifiable pour les patients en soins libres.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le directeur du CHR rapporte que, « dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, une réflexion est engagée pour revoir l'organisation, distinguant unités ouvertes / unités fermées au niveau de chaque pôle », complétée par « une étude de faisabilité des locaux [...] en cours ».

Même si les éléments transmis du débat accompagnant l'élaboration du projet d'établissement (cf. *supra*, §.2.1) et du projet de rénovation en cours (cf. *infra*, §.5.1.2) sont prometteurs d'une évolution, le CGLPL estime à ce stade nécessaire de maintenir sa recommandation.

5.1.2 L'accès à l'air libre

L'accès au parc de l'établissement est limité par le principe de fermeture de la presque totalité des unités (cf. *supra*).

L'aspect des jardins dans les unités, quand ils existent, est lui variable : certains sont agréables et bénéficient d'une belle superficie, avec parfois des bosquets, des bancs, un abri protégé pour la pluie, une table de ping-pong (Duchamp, Éole, Nerval) ; d'autres, parfois grillagés, sont mal

entretenus et peu accueillants (Verlaine, Flaubert). Des jardins existants sont parfois fermés aux patients, ou ouverts à des horaires très restrictifs de nature à permettre la surveillance infirmière : c'est le cas du « grand jardin » de l'unité Henry Ey, ouvert l'après-midi seulement, ou de l'un des deux jardins de l'unité Henderson, seul le plus petit et le plus proche du bureau des soignants étant accessible. Au sein de l'unité Pinel, il est question de réduire sa superficie pour améliorer la surveillance visuelle par les soignants et limiter l'introduction de produits illicites à travers le grillage.

Les patients des unités situées en étage de bâtiments anciens rénovés doivent traverser l'unité du rez-de-chaussée pour accéder au jardin clôturé commun aux unités du bâtiment. Les patients de l'unité Monet doivent prendre un ascenseur pour accéder au jardin, à condition qu'il ne soit pas en panne.

Surtout, plusieurs unités ne disposent d'aucun jardin, patio ou terrasse (Daumezon 1 et 2, Lacan, Maupassant).

RECOMMANDATION 10

Chaque unité d'hospitalisation doit proposer l'accès à un espace à l'air libre à des horaires larges et dans des conditions adaptées aux besoins de chaque patient.

Il apparaît dans les observations du directeur du CHR au rapport provisoire de la visite du CGLPL, qu'un projet de rénovation immobilière doit débuter à l'automne 2020 avec livraison des premières chambres fin 2021. Il comprend l'humanisation des chambres d'isolement qui passeraient du nombre de trente-sept à vingt-trois, ainsi que la création de chambres d'hébergement réparties entre des unités ouvertes (à l'étage) et des unités fermées (au rez-de-chaussée). Les dernières disposeraient des chambres d'isolement et d'un accès sécurisé aux jardins ; les premières n'auraient que des chambres d'hébergement classiques sans passer par les unités fermées pour sortir.

A ce stade, la portée des travaux non débutés étant de surcroît subordonnée à des règles de fonctionnement des unités qui seront déterminés par la suite, il convient de maintenir la recommandation.

Parallèlement, dans la plupart des unités, un espace à l'air libre est accessible dès le matin (parfois à partir de 6h15, parfois à partir de 8h) et jusqu'au soir (parfois 22h, parfois minuit), en premier lieu aux fins d'accueillir les fumeurs : « petit jardin » de l'unité Henry Ey par exemple.

La terrasse de l'unité Artaud est de trop petite dimension pour accueillir tous les fumeurs, et de surcroît les non-fumeurs.

Dans les unités n'ayant aucun espace extérieur directement accessible, des fumeurs ont été installés, parfois en des lieux insolites tels qu'une ancienne salle de bains commune où subsiste la baignoire (unité Maupassant), sans système d'extraction d'air. Les personnes atteintes de troubles psychiques ont une consommation de tabac généralement plus importante que le reste de la population et un séjour en psychiatrie ne saurait être l'occasion d'un sevrage forcé. Plutôt que d'interdire l'usage du tabac, il est préférable d'organiser l'accès vers l'air libre, qui est un droit fondamental pour toute personne privée de liberté.



Fumoirs des unités Daumezon et Lacan



Fumoir de l'unité Maupassant (partie fermée)

RECOMMANDATION 11

Les fumoirs, s'ils ne s'avèrent pas être une solution satisfaisante, ne doivent être supprimés qu'au profit d'un accès à l'air libre.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHR rapporte à la fois qu'une note de service a été diffusée en juillet 2020 afin de rappeler « *les règles concernant l'interdiction de fumer et l'accompagnement des patients* » et qu'un jardin va être aménagé à Daumezon.

Le caractère parcellaire de cette réponse amène le CGLPL à maintenir sa recommandation.

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES, NEANMOINS LE PORT DU PYJAMA FAIT L'OBJET D'UN TRAITEMENT PEU LISIBLE

5.2.1 L'accès aux chambres et aux espaces communs

Le libre accès aux chambres et aux espaces communs est le principe et les exceptions sont rares et justifiées cliniquement – par exemple dans la situation d'un patient clinophile¹³.

La liberté d'aller et de venir au sein de l'unité est assurée. Pour les unités bénéficiant d'un accès à un espace extérieur clôturé, leur accès est en général fermé la nuit (de 23h ou minuit à 6h).

Les unités font, dans l'ensemble, preuve de souplesse s'agissant des horaires de lever.

Les patients ont accès à leur chambre à tout moment de la journée mais ils ont interdiction d'aller dans celle des autres. Il leur est aussi demandé de sortir de leur chambre lorsque les agents de bionettoyage (ABN) y font le ménage.

Dans certaines unités seulement, les patients peuvent disposer d'une ouverture de leur chambre par digicode leur permettant de s'enfermer la nuit pour ceux qui craignent l'intrusion d'autres patients. Un tel système est complètement exclu dans le cas des patients se trouvant en lit supplémentaire installé dans un bureau ou dans un salon d'accueil famille ce qui ajoute aux conditions d'accueil inadaptées.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Toutes les chambres doivent disposer d'un système de fermeture de la porte manipulable par le patient, afin d'empêcher les intrusions.

Non seulement le directeur de l'établissement rend compte dans ses observations au rapport provisoire de la disparition des lits supplémentaires (cf. supra, §.2.2), mais il témoigne aussi de l'installation de digicodes sur les portes de toutes les chambres d'hébergement, sauf en gériatrie.

5.2.2 Le port du pyjama

Le pyjama hospitalier est systématiquement porté en cas de mise en chambre d'isolement (cf. §.8.2.2). En dehors de ce cas, il n'est pas rare de rencontrer des patients portant un pyjama, mais la pratique varie selon les unités.

Durant la visite, six patients étaient en pyjama à l'unité Artaud visiblement en raison d'une pénurie de vêtements de rechange pour des patients en situation sociale précaire et quatre à l'unité Pinel, dont une patiente restée en pyjama au moins une semaine à la suite d'une fugue. De même, s'agissant d'un patient de nationalité étrangère à l'unité Duchamp en raison d'un risque de fugue, ce alors que dans les unités Henry Ey et Saint Jean le port du pyjama pour éviter les fugues est proscrit. A Éole 1 et 2 les consignes médicales sur le port du pyjama sont peu claires, en conséquence le patient arrivant en pyjama de l'UNACOR est maintenu dans cette tenue.

Dans certaines unités la mise en pyjama est obligatoire à l'arrivée tant que le patient n'a pas rencontré le médecin alors que dans d'autres il peut conserver ses vêtements.

¹³ La clinophilie est le fait de rester au lit, la journée, allongé, pendant des heures tout en restant éveillé.

Il apparaît nécessaire d'harmoniser les pratiques et d'édicter des règles claires respectueuses de la dignité des patients. Le port d'un effet personnel, lorsqu'il est possible, devrait toujours être privilégié.

RECOMMANDATION 12

Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction ou pour des motifs sécuritaires mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques et le port d'un vêtement personnel confortable doit être privilégié.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur fait état d'un projet d'harmonisation des pratiques concernant le port du pyjama au sein du CHR, « *en cours de réflexion dans le cadre des groupes de travail sur le droit des patients* ». Il ajoute, sans détail sur le contenu, qu'un « *projet patient est en cours d'élaboration et sera présenté à la CDU* ».

La nature de cette réponse conduit le CGLPL à maintenir sa recommandation.

5.2.3 L'accès au tabac

L'accès au tabac est globalement libre mais sans harmonisation au niveau de l'établissement en grande partie en raison de la configuration des locaux – accès direct ou non à un espace extérieur (*cf. supra* §.5.1.2).

Toutefois, dans les unités Pinel et Artaud, le principe est que le tabac est déposé dans les bannettes des patients dans le bureau infirmier soit pour être rationnés soit pour protéger de vols éventuels.

A Pussin les patients fument librement à l'extérieur de 6h à 20h30 puis un fumoir, ancien WC doté d'une fenêtre, est accessible ; à Pinel il est possible de fumer à l'extérieur de 6h à 23h de même à Artaud, à Éole 1 et 2, Henry Ey, Monet et Flaubert, Verlaine et Henderson, Nerval qui disposent d'un accès direct à un espace extérieur.

Dans les unités Daumezon 1 et 2 qui ne disposent pas d'accès à un extérieur, un fumoir est aménagé dans une pièce dépourvue d'extracteur ; elle est dotée de fenêtres ouvertes toute la nuit à Daumezon 2, tout comme le fumoir de l'unité Lacan. En revanche, à l'unité Fanon 2 les patients admis dans l'aile fermée et non autorisés à sortir ne peuvent pas fumer faute de temps pour les soignants de les accompagner à l'extérieur. Un substitut nicotinique leur est proposé. De même, dans la partie fermée de l'unité Maupassant les patients qui ne sont pas autorisés à sortir fument dans une ancienne salle de bains dotée d'une fenêtre et d'une baignoire toujours en fonctionnement utilisée comme cendrier alors que certains peuvent y prendre des bains.

S'agissant de la conservation des briquets, elle est généralement autorisée en journée mais pas la nuit (notamment à Fanon 1 et à Daumezon 1 et 2) sauf dans certaines unités qui autorisent une conservation en continu en fonction de l'état du patient.

De manière générale, pour les patients ne maîtrisant pas leur consommation, présentant une contre-indication médicale ou susceptibles de se faire racketter, les soignants contrôlent l'accès aux cigarettes. Dans la plupart des cas le médecin établit une prescription et la limitation de l'accès au tabac fait l'objet d'un dialogue avec le patient.

Le ravitaillement en tabac est assuré par les familles ou par les patients lors de leurs sorties. Cependant, dans les unités fermées ce ravitaillement peut être compliqué. Par exemple à Éole 1

une patiente en SL qui n'est pas autorisée à sortir s'est plainte de ne pas pouvoir pourvoir à sa consommation.

5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES PAR L'UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE PERSONNEL MAIS L'ETABLISSEMENT NE PROPOSE PAS DE WIFI

5.3.1 Informatique et internet

Aucune interdiction générale sur le matériel informatique n'étant édictée, certains patients possèdent des terminaux fixes ou mobiles permettant l'accès à internet par le réseau 3G ou 4G qui fonctionne dans l'enceinte de l'hôpital. Il n'y a néanmoins pas d'accès à un réseau wifi.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Il conviendrait de déployer le wifi dans les unités d'hospitalisation afin de permettre un accès internet gratuit aux patients.

L'établissement rend compte dans ses observations au rapport provisoire de l'installation de 400 bornes wifi dans l'ensemble des unités, qui devraient être mises en service entre la fin d'année 2020 et le premier trimestre 2021.

Dans les unités, le principe est la libre disposition de matériel informatique – ordinateur, tablette ou consoles – de sorte que les exceptions à ce principe sont limitées et motivées par l'état clinique des patients. Ainsi peut être conservé sous clé l'ordinateur d'un patient dépendant aux jeux électroniques ou retiré ponctuellement le téléphone de celui qui l'utiliserait pour harceler son entourage pendant une période de crise. Néanmoins, le nombre des patients qui possèdent un équipement informatique autre qu'un smartphone est très limité ; à peine un par unité.

Pour les patients ne disposant pas de la 3G ou 4G, il n'existe pas de point d'accès informatique dans les unités à l'exception de l'unité Henry Ey qui dispose de deux ordinateurs connectés au réseau internet dans une salle d'activité. Néanmoins, les patients peuvent être autorisés à consulter leur courrier sur un ordinateur du service, sous la surveillance d'un soignant.

5.3.2 Le téléphone

Le principe est que l'usage du téléphone portable personnel est libre. Les restrictions à ce libre usage sont rares et justifiées cliniquement sur prescription médicale.

Aucune restriction particulière n'est liée au fait que les téléphones possèdent un appareil photo ; les patients sont néanmoins informés qu'ils ne peuvent pas prendre de photographies ou vidéo au sein de l'unité. Lors du contrôle une patiente de l'unité Duchamp n'avait accès à son téléphone portable qu'une heure par jour et sous surveillance car elle avait filmé au sein de l'unité.

Pour les patients qui ne possèdent pas de téléphone portable, l'hôpital ne dispose pas de cabines téléphoniques, néanmoins l'accès aux appareils du service est possible notamment dans le bureau infirmier et dans certaines unités un téléphone fixe mural est à disposition des patients comme à Henry Ey, Verlaine, Henderson, Maupassant, de Nerval. Certains patients se sont plaints de la non-confidentialité de leur conversation dans ce cas.

Dans certaines unités, les cordons et chargeurs sont conservés dans le bureau infirmier – notamment aux unités Éole 1 et 2, Daumezon 1, Flaubert, Verlaine et Henderson, etc. – les motifs sont variés allant de la protection du patient au risque de vol lorsque les portes des chambres ne ferment pas, les téléphones sont alors chargés la nuit dans le bureau infirmier.

5.3.3 Le courrier, la presse et la télévision

Le courrier des patients ne fait l'objet d'aucune restriction et d'aucun contrôle sauf en ce qui concerne le courrier arrivant en fonction de l'état du patient et des indications sur des événements personnels douloureux. Par ailleurs, dans certaines unités comme à Fanon 2 le courrier arrivant en provenance de l'autorité judiciaire est ouvert en présence du patient. Dans la plupart des unités, l'acheminement gratuit du courrier adressé au juge et aux autorités est assuré en intégrant ce courrier à celui du service. Il est regrettable qu'il n'y ait pas dans le parc de boîte aux lettres permettant aux patients qui ne peuvent pas sortir de l'établissement de poster leur courrier.

Toutes les unités sont dotées d'au moins un poste de télévision dans une salle commune qui peut être en fonction des unités accessible toute la nuit. Seule l'unité Maupassant a doté l'ensemble des chambres des patients d'un téléviseur. Les professionnels ne constatent pas de repli des patients sur eux-mêmes et cette dotation est appréciée des patients.

Très peu d'unités mettent à disposition des revues ou de la presse comme à l'unité Tosquelles.

5.3.4 Les visites

Le cas de patients qui ne sont pas autorisés à recevoir des visites est exceptionnel et pour une durée limitée en fonction de leur état et de l'effet de la relation avec leurs proches. En principe les patients placés en isolement ne peuvent pas recevoir de visite ; néanmoins en fonction des pratiques et de leur état ces patients peuvent être autorisés à recevoir de la visite ou à communiquer avec leur proche par téléphone.

Dans l'ensemble de l'hôpital, les visites sont en principes autorisées de 14h à 19h maximum, et interdites aux enfants de moins de 15 ans. Les conditions d'application de ces deux règles sont cependant très variables selon les unités et souvent des aménagements sont instaurés pour faciliter les visites même aux jeunes mineurs en évitant de les confronter à la vie de l'unité.

La plupart des unités sont équipées d'un salon permettant l'accueil des familles, ce qui n'interdit pas les visites dans le parc ou encore dans le jardin quand l'unité en dispose, à la cafétéria lorsque le patient peut sortir de l'unité et parfois dans les chambres. Néanmoins les contraintes liées à la suroccupation peuvent amener la transformation d'un salon de visite en chambre ce qui nuit aux conditions matérielles du déroulement des visites.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT DEGRADEES ET AGGRAVEES PAR LA SUROCCUPATION DES UNITES

Les locaux du CHS du Rouvray sont situés dans un grand parc arboré et très bien entretenu. Outre les pavillons d'hospitalisation s'y trouvent des équipements sportifs extérieurs modernes, un terrain de football, et une belle serre.

Plus de la moitié des pavillons ont été édifiés à la fin du 19^{ème} siècle, au moment de la construction de l'hôpital. Les unités sont souvent implantées sur deux étages avec des chambres doubles ou individuelles exiguës.

D'autres pavillons ont vu le jour dans les années 1970, puis un dans les années 1980, et enfin les deux derniers au début des années 2010. Parallèlement, des travaux de rénovation ont été conduits dans les années 1990, mais de manière incomplète. La dernière unité à avoir été entièrement rénové est Fanon, en 2011. D'autres n'ont été que partiellement rafraîchies (Duchamp et Éole 1 et 2 par exemple). Quant au pavillon Henderson, le seul à n'avoir jamais été rénové, il offre des conditions d'hébergement très dégradées.

6.1.1 Les chambres

L'état des chambres diffère d'un pavillon à l'autre, mais dans certains cas également au sein du même service. Certaines sont neuves, d'autres ont été rénovées, d'autres conservent un caractère suranné. Toutes ont des portes à code, sauf l'unité Henderson. Aucune chambre n'est équipée d'un dispositif d'appel en état de marche lors de la visite, sauf l'unité Henry Ey.

Le nombre de chambres doubles voire triples est prépondérant dans certaines unités, comme Éole 1 et Artaud qui en comportent huit, tandis que les unités Flaubert ou Pinel en ont deux.



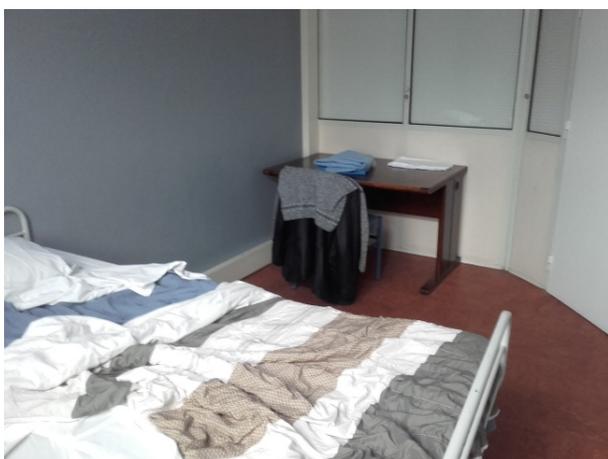
Chambres doubles, unité Fanon 1 et unité Duchamp



Chambre double avec lit supplémentaire, unité Henderson

Certaines chambres doubles sont exiguës : dans une chambre double de l'unité Duchamp, on ne peut ouvrir complètement la porte de la salle d'eau en raison de la proximité de l'un des lits. A Henderson, une chambre individuelle a une surface de 8 m².

Dans la grande majorité des unités, on constate la présence de bureaux ou salons transformés en chambre, avec un équipement pour le moins spartiate, sans placard, parfois sans bureau. Certains d'entre eux n'ont pas le même système d'ouverture de porte que les chambres ordinaires et le personnel soignant doit être sollicité pour l'ouvrir.



Des lits dans des bureaux (unités Maupassant et Lacan)

Dans la plupart des chambres, se trouve une salle d'eau privative avec douche, parfois vétuste, mais certains services n'en comportent aucune, notamment Henderson et Éole 1 et 2, où il n'y a que des sanitaires communs (cf. §.6.2.2).

Les chambres sont équipées d'un lit, d'une table de chevet, d'un placard qui ne ferme pas à clé ou pour lequel il faut apporter un cadenas personnel. Dans l'unité Monet, les placards sont non seulement exigus, mais il manque la poignée et il faut passer un doigt sous la porte pour les ouvrir. Les fenêtres ne s'ouvrent pas entièrement et ne peuvent l'être que par les soignants. Elles comportent parfois des barreaux (Henderson, Duchamp). Seules les chambres de l'unité Maupassant sont équipées d'un poste de télévision, ce que les patients apprécient.

Sauf dans les services récents (Henry Ey) ou entièrement rénovés (Fanon), le mobilier est très hétérogène. Des tables, chaises et placards de différentes époques forment parfois ce qui ressemble à un véritable bric-à-brac. On décompte quatre types de lits, selon leur ancienneté et qui n'ont pas tous les mêmes fonctionnalités, dont les plus anciens grincent et sont inconfortables. Dans une chambre d'Henderson, c'est un chariot à roulettes qui fait office de placard. Surtout, il n'y a pas toujours autant de meubles que de patients dans les chambres : il manque des tables, des chaises, et parfois même un placard dans certaines chambres triples, placard alors délocalisé dans une salle de bains collective (Daumezon et Henderson).

6.1.2 Salles et espaces communs

Globalement, il y a peu de salles d'activités dans les pavillons, d'autant plus lorsque certaines pièces sont utilisées pour pallier le problème de suroccupation des lits.

Dans certaines unités, la taille réduite de la salle n'encourage pas l'organisation d'activités (à Lacan par exemple). D'autres unités n'en disposent pas (Daumezon, Éole 1). Dans la partie ouverte de l'unité Maupassant et dans les unités Verlaine et Henry Ey, on y trouve une table de ping-pong.

Certaines unités disposent d'un salon pour les visites, d'autres non (Verlaine, Henderson, Lacan, Éole 1). Une salle d'activités peut avoir double emploi et tenir lieu de salon pour les visiteurs (Éole 2). Un salon peut ponctuellement servir de chambre, comme dans l'unité Fanon 1.

Il y a généralement une ou deux salles de télévision, ou un « coin TV » dans la salle de restauration. Parfois, la télévision est de petite taille, et l'écran placé trop haut.



Salle de restauration et coin télévision de l'unité Duchamp



Coin télévision de l'unité Henderson

La plupart des locaux communs sont impersonnels, dépourvus de tout élément décoratif ou donnant une impression de confort, équipés seulement de fauteuils ou sièges parfois peu engageants. Il convient également de souligner que les locaux du personnel soignant sont parfois exigus, comme dans les unités Flaubert et Duchamp, *a fortiori* dans les unités où l'on a transformé des bureaux en chambres.

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE NE SONT PAS OPTIMALES EN RAISON DE LA VETUSTE DES LOCAUX ET DE PRATIQUES CONTRE-PRODUCTIVES

6.2.1 L'hygiène des locaux

Malgré la vétusté de certaines unités, les locaux communs sont globalement apparus propres. Toutefois, des chambres sont fortement imprégnées d'une odeur d'urine, notamment à Éole 2, ainsi qu'à l'unité Duchamp, dans la chambre d'isolement.

Quatre à six ABN sont en roulement par unité pour l'entretien des locaux. Ils ont en charge le nettoyage des bureaux, des locaux communs, des chambres, ainsi que des chambres d'isolement quand elles ne sont pas occupées. L'effectif ne permet pas toujours la présence d'un ABN l'après-midi dans certaines unités (notamment à Tosquelles), ou une présence suffisante pour assurer un niveau correct de nettoyage le week-end (notamment à Duchamp).

Dans certaines chambres, le bac de douche a un défaut de conception et l'eau l'écoule mal, inondant parfois la pièce et nécessitant de placer une serviette de bain par terre (Fanon). On retrouve des défauts de conception similaire dans certaines chambres de l'unité Duchamp.



Une salle d'eau vétuste avec un problème d'évacuation d'eau (unité Duchamp)

Le linge de lit est changé toutes les semaines. Auparavant, un réassort de draps propres était fourni tous les jours. De ce fait, lorsqu'un ou plusieurs « accidents » nécessitant de changer les draps se produisent, le linge peut venir à manquer.

RECOMMANDATION 13

La rénovation des salles d'eau vétustes doit être mise en œuvre. Le linge de lit doit être fourni en quantité suffisante afin d'éviter les pénuries.

Les éléments apportés par l'établissement dans sa transmission du 3 septembre 2020 sont les suivants : « Des travaux sont en cours pour l'installation d'appels malades et devraient se terminer début 2021.

Concernant la taille de chambre trop petite à Henderson, ce point sera étudié dans le schéma directeur immobilier et arbitré dans le projet d'établissement.

Les cadres ont par ailleurs été sollicités pour lister les mobiliers manquants dans leurs unités et les commandes ont été passés ».

Force est de constater que ces éléments, encourageants quant à l'amélioration de l'équipement en mobilier et en appels malades, ne corrigent pas l'ensemble des constats effectués par les contrôleurs dans les unités, ce qui justifie le maintien de la recommandation.

6.2.2 L'hygiène personnelle

Les conditions d'accès à l'hygiène personnelle sont diverses, selon les unités.

Dans la plupart des services, les chambres sont équipées d'un local sanitaire comprenant un lavabo, une douche et un WC. A Fanon 1, bien que le service ait été rénové, des salles d'eau sont incomplètes, car elles ne comportent ni porte-serviettes, ni patère, ni siège de douche.

Quand les chambres en sont dotées, certaines salles d'eau d'un autre âge, avec bac de douche (Duchamp, Fanon), sans aucune étagère. Le sol de certains locaux sanitaires est mal entretenu. Les salles d'eau les plus récentes sont en revanche parfaitement équipées, et comprennent un miroir et des étagères.



Une salle d'eau rénovée (unité Duchamp)

Toutefois, trois unités ne disposent que des sanitaires collectifs (Henderson, Éole 1 et Éole 2). Dans les salles de bains communes, il manque parfois des patères et du savon. Les WC collectifs, quant à eux, ne sont pas toujours dotés d'une lunette.

Plus inquiétant, dans l'unité Henderson où les WC sont collectifs, la présence de seaux hygiéniques a pu être constatée dans des chambres, à l'occasion de « *temps calmes* » imposés au patient, autrement dit des moments durant lesquels certains sont enfermés dans leur chambre. Le paroxysme est atteint dans les chambres d'isolement (cf. §.8.1, où une recommandation est également faite à ce sujet).

RECOMMANDATION 14

L'utilisation de seaux dans des chambres ordinaires pose non seulement des problèmes d'hygiène mais est également attentatoire à la dignité humaine. Elle doit être proscrite.

Les observations de l'établissement sur cette recommandation se limitent à citer le projet de rénovation des chambres d'isolement. En conséquence, faute d'éléments attestant de sa prise en compte, la recommandation est maintenue.

Des kits d'hygiène sont distribués à ceux qui ne peuvent se fournir en produits d'hygiène, tel que cela a pu être constaté dans les chambres. Ils comprennent shampoing, gel douche, dentifrice, brosse, protections et rasoirs. Des produits d'hygiène sont également en vente à la cafétéria. Les draps de bain sont distribués à l'ensemble des patients mais en raison d'une restriction, les patients ne peuvent plus en changer comme ils le souhaitent.

Dans la plupart des unités (mais pas toutes, notamment pas à Éole), on trouve des laveries ou des buanderies, qui ont parfois une capacité limitée (4 kg). Il est fait appel en priorité aux familles, autrement le linge des patients est envoyé à la buanderie centrale pour être étiqueté, lavé et repassé, renvoyé sous blister dans les quatre à sept jours.

Pour les plus démunis, des vêtements sont stockés à la lingerie du CHS, laissés par des patients ou donné par des membres du personnel. Les vêtements courants sont en nombre suffisant mais il manque des chaussures et des sous-vêtements. Le relais n'est toutefois pas toujours fait rapidement car des patients rencontrés ont expliqué n'avoir que les vêtements avec lesquels ils étaient arrivés, notamment pour l'un d'entre eux depuis dix-sept jours. Seul un pyjama pour la nuit lui a été donné. L'accès à la lingerie se heurte, comme d'autres questions, aux règles applicables en matière de liberté d'aller et de venir (cf.§.5.1.1).

Il y a par ailleurs une véritable pénurie de pyjamas, car le cycle de remplacement n'a pas pu être assuré depuis juin 2018. Cela pose problème notamment pour les entrants qui n'ont pas de vêtements personnels.

PROPOSITION 4

Pour les personnes ne disposant pas de vêtements, le lien avec le vestiaire doit être fait au plus vite.

Sur ce point, dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement se borne à confirmer qu'un « système de dons de linge par le personnel ou personnes extérieures à l'hôpital a été mis en place en lien avec la lingerie » et que « les patients les plus démunis peuvent, accompagnés par un soignant, s'y rendre afin de se constituer un trousseau complet ».

Aucun élément n'atteste d'une évolution des stocks de linge de corps, de chaussures, de pyjamas disponibles ; aucun élément ne témoigne d'une évolution positive de la capacité d'accompagnement par les soignants, voire de la possibilité pour les patients de se rendre seuls à la lingerie ou encore du déplacement du personnel de la lingerie dans les unités. En conséquence, la recommandation est maintenue.

Une coiffeuse « ouvrière d'État » a son salon au niveau de la cafétéria, et se rend dans les unités pour couper les cheveux de ceux qui ne peuvent sortir. Toutefois, elle est en arrêt maladie depuis plusieurs mois, et la seule alternative est de se rendre au salon situé dans une grande surface à proximité de l'établissement.

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES A L'EXCEPTION DE QUELQUES UNITES DONT LES PORTES DES CHAMBRES OU DES PLACARDS NE FERMENT PAS A CLE

Les patients, arrivants à l'UNACOR ou directement dans une unité, sont accueillis par un infirmier ou un AS, qui procède à l'inventaire des biens, en triple exemplaire écrit et de façon contradictoire. A l'UNACOR, une copie de l'inventaire papier est archivée dans le dossier patient, une autre est remise au patient. Lors des changements d'unité, l'inventaire papier suit dans le dossier patient et l'inventaire est refait à l'arrivée.

Les objets tels que couteaux, médicaments, ciseaux, coupe-ongles, parfum, bouteilles en verre, rasoirs, ne sont pas laissés aux patients sauf décision médicale contraire. Ils sont rangés dans un casier nominatif auquel les patients peuvent avoir accès sur demande mais ils doivent ensuite restituer les objets.

6.3.1 L'argent des patients

L'argent liquide, les carnets de chèque, les cartes bancaires, les bijoux sont remis au régisseur, au BDE¹⁴, en vue de leur conservation pendant trente jours avant transfert au à la Trésorerie générale de Sotteville-lès-Rouen. Une copie de l'inventaire est remise au patient. Selon, les informations recueillies, le Trésor public va cesser en 2020 la conservation et la gestion des biens et des valeurs des patients, laissant au CH la responsabilité d'assurer cette mission.

Les patients peuvent en récupérer tout ou partie du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30, sauf les jours fériés, soit en se déplaçant (sous les réserves décrites dans le §.5.1.1 s'agissant de la liberté d'aller et venir hors des unités), soit en déléguant un soignant.

Pour les majeurs protégés dont le mandataire judiciaire est un agent du CH, l'argent transite par le Trésor public, donc par le régisseur du BDE. Pour les autres majeurs protégés, les mandataires délèguent de l'argent à la banque des patients gérée par l'association Regain (cf. §.6.6). Deux fois par semaine, les mardi et vendredi de 9h à 11h, les patients ayant un compte à la banque des patients peuvent ainsi retirer de l'argent au guichet situé au BDE ; trente à cinquante patients ou leurs délégataires viennent chercher une à deux fois par semaine entre 5 et 120 euros, ou 10 à 15 euros par patient en moyenne. En parallèle, des lignes de crédit peuvent être ouvertes à la cafétéria par les patients ayant un compte à la banque des patients afin de leur éviter de se déplacer au BDE ou de transporter de l'argent.

Dans certaines unités, comme à Daumezon 2, la cadre fait délivrer par les tuteurs à chaque patient 30 euros par mois dans le but de leur permettre d'acheter des produits d'hygiène. Cette procédure a pour but d'autonomiser les patients.

6.3.2 La conservation des biens dans les unités

Les portes des chambres des patients sont pour la plupart équipées de serrures à code (cf. §.6.1.1).

Dans les unités Tosquelles, Artaud, Pinet, Pussin, Ey, Saint Jean, les portes des placards ne sont pas dotées de serrures ni de cadenas ; cela soulève des difficultés notamment dans les chambres doubles. Des vols surviennent parfois. Des patients demandent aux soignants de conserver des

¹⁴ Selon les informations recueillies dans les unités Monet et Flaubert, les bijoux ne seraient pas conservés par le BDE.

affaires. Dans d'autres unités, comme Nerval, les placards peuvent être équipés de cadenas à la demande des patients.

Dans la plupart des unités, un local particulier accessible aux seuls soignants – parfois appelé vestiaire – contient un meuble avec un casier par patient. Ces casiers sont parfois cadenassés. Les affaires que les patients veulent protéger y sont placées et sont accessibles tout au long de l'hospitalisation. De l'argent peut être conservé dans ce casier ou dans le coffre de la cadre de l'unité. Souvent des petites sommes sont conservées dans des enveloppes dans les bureaux des infirmiers, dans la même case individuelle que celle qui contient le tabac.

La gestion de ces différentes sommes n'est régie par aucune procédure. Ainsi lors des mouvements, il est rare que le soignant et le patient signent de façon contradictoire l'enveloppe, la feuille volante ou le cahier. Des disparitions d'argent sont déjà survenues et auraient fait l'objet de FEI. Des remboursements auraient été faits par la direction de l'établissement et par l'association Regain (cf. §.3.7).

RECO PRISE EN COMPTE 10

La banque des patients doit être ouverte tous les jours de la semaine ou au moins tous les jours ouvrés, comme c'est le cas du bureau des entrées agissant pour le compte de la Trésorerie. Les patients doivent être en mesure de conserver leurs biens en toute sécurité dans leur chambre. Enfin, les sommes d'argent conservées au sein des unités doivent faire l'objet d'une traçabilité écrite.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CHR annonce que « *dès le 7 septembre, la banque des patients sera ouverte tous les matins des jours ouvrés et modifiera son fonctionnement afin de permettre aux patients de déposer également leur numéraire. Cette nouvelle modalité devrait empêcher la conservation de liquidité dans les unités de soins* ».

6.4 L'ALIMENTATION EST L'OBJET D'UNE SATISFACTION « MODEREE »

Les repas des patients et du personnel sont élaborés au sein du CH par le service de restauration, qui fabrique 2 500 repas par jour, cinq jours par semaine, dont 350 sont servis au self pour le personnel. Il emploie au total quarante-et-une personnes dont deux diététiciennes. Le principe est celui de la liaison froide dont la qualité gustative est moindre que celle de la liaison chaude.

Les déjeuners et dîners sont livrés en barquettes individuelles operculées de six couleurs différentes, chaque couleur correspondant à un régime. Certaines denrées sont livrées en vrac : la salade, les tomates, les melons, les gâteaux, les fromages, etc. sont mis dans des plats par les soignants et les ABN. Il n'existe pas de menu professionnel, cependant il n'est pas servi de viande de porc.

Le pain est livré tous les matins vers 6h sous deux formes : en pains et en tranches.

Les dîners et déjeuners sont livrés dans l'après-midi. S'il manque des portions à un repas, le personnel de l'unité prélève dans le repas suivant qu'ils font compléter par le service de restauration.

Des denrées d'épicerie (pour le petit-déjeuner notamment) sont livrées à échéance régulière et complétées, le cas échéant, sur demande de chaque unité. Les contrôleurs ont cependant constaté que parfois des unités étaient en rupture de stock de certaines denrées.

Le cycle des menus dure de l'ordre de six à huit semaines, modifié à chaque saison. Les contrôleurs ont constaté, à de rares exceptions près, que les menus de la semaine étaient affichés dans les salles à manger et, à défaut, accessibles.

Les patients peuvent remplacer un ou des plats des menus par des plats proposés dits « constants » pour un même cycle. L'entrée peut ainsi être remplacée par des betteraves, des haricots verts à la vinaigrette, des tomates ou du pâté de volaille sans porc ; le plat principal par du steak haché, du rôti filet de dinde, du cordon bleu ou du filet de colin en sauce crevettes ; l'accompagnement par de la poêlée maraîchère, des carottes primeurs, des pâtes tortis ou de la purée de pomme de terre ; le fromage par du fromage blanc nature, de l'emmental ou du camembert et le dessert par une pomme, une compote de pêche sans sucre ou de la mousse au chocolat. Il faut exprimer ce choix entre trois à six jours à l'avance.

Les nouvelles hospitalisations comme les départs anticipés ou retardés, ainsi que les erreurs ou les retards de saisie, les oublis des patients de leurs commandes sont générateurs de perturbations qui ne peuvent pas être systématiquement compensées.

La perte ou le gaspillage est évalué à la sortie de la cuisine : 40 à 80 repas sur un total de 12 500 sont ainsi donnés à une association caritative toutes les semaines. Cependant le gaspillage dans les unités n'est pas connu. Une action de principe a été menée par le service de restauration avec le concours des diététiciennes pour le réduire, en particulier en supprimant des menus types les aliments les moins appréciés.

Les questionnaires de sortie ne permettant pas de connaître le niveau de satisfaction des patients, des enquêtes « coup de poing » ont été lancées. Elles sont confiées aux étudiants de l'IFSI¹⁵. Le 9 octobre 2019, les contrôleurs ont pu assister à l'enquête qui faisait suite aux précédentes (2015, 2017, 2018, mars 2019). Les résultats comparatifs des deux dernières enquêtes étaient affichés dans plusieurs unités ; stables, ils montrent une satisfaction modérée des patients.

Les horaires des repas sont pour le petit-déjeuner de 8h30 à 9h30, le déjeuner de 12h à 13h, le goûter de 16h à 16h30, le dîner de 19h à 20h, avec parfois des horaires différents (Fanon 2 : 11h30 et 13h, 18h30 et 20h). Il n'est pas prévu de tisane ou d'infusion le soir, à l'exception de l'unité Henry Ey. Les repas sont pris dans les salles à manger, parfois – sur décision médicale – en chambre ou dans une petite pièce attenante à la salle à manger (Henderson) ou dans la salle de télévision (Daumezon 2). Les contrôleurs ont constaté, lors de la visite, que les salles à manger et les offices étaient propres mais manquaient souvent de décoration.

Les repas sont servis normalement en un seul service. Dans certaines unités les patients peu autonomes sont servis dans un premier temps pour bénéficier de la présence active des soignants (Daumezon 2). Selon les unités, des patients mettent le couvert et desservent à leur initiative ou à tour de rôle, ou encore ne participent pas à ce travail assuré par les soignants et les ABN. Les patients choisissent leurs places sauf pour quelques-uns, pour des raisons d'humeur ou de voisinage. Les tables sont conçues pour accueillir quatre patients.

Les barquettes sont posées chaudes – les patients n'ont pas fait état de température insuffisante – et il leur appartient d'enlever les opercules qui ne sont enlevés par les soignants que pour les patients non autonomes. Les motifs invoqués sont variés : autonomisation des patients, leur

¹⁵ IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

éventuelle crainte d'être empoisonnés, etc. Finalement, la plupart des patients consomment les aliments dans la barquette elle-même.

Les familles ne peuvent pas partager un repas dans une unité. Elles peuvent le faire à la cafétéria.

6.5 L'ACCES A LA SEXUALITE N'A PAS FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La question de la vie affective et sexuelle des patients en hospitalisation complète n'est pas traitée institutionnellement. Ni le livret d'accueil de l'établissement (et le règlement intérieur auquel il se réfère), ni les règles de vie des unités ne rappellent le caractère privatif des chambres des patients. La question des relations sexuelles n'est pas abordée lors des entretiens, même sous l'angle des rapports sexuels avec le conjoint. Il n'existe pas, de façon globale, d'action d'éducation ou de prévention, ni d'information sur la contraception, sur les infections sexuellement transmissibles ou encore les agressions sexuelles.

Il a été annoncé par les membres du CARE que la prochaine journée éthique de l'établissement serait consacrée à la vie sexuelle des patients, à relier aux questions de « *vulnérabilité, du consentement, de l'autonomie, de la liberté, des normes* ». Le projet de programme de cette journée ne semblait pas encore élaboré.

En l'absence de réflexion globale, la sexualité des patients est vécue par nombre de soignants comme malaisée, voire taboue, les équipes ne paraissant pas toujours prêtes à l'aborder frontalement. Elle est alors traitée de manière très diverse selon les unités, voire même selon la sensibilité et la sagacité de chaque soignant au sein de chacune.

Dans quelques unités, les soignants abordent la vie affective et sexuelle des patients avec réalisme et subtilité et les échanges en *staff* sur cette question témoignent d'une prise en compte au cas par cas, sans toutefois que les équipes puissent prendre appui sur une position soignante partagée par tous et élaborée sur des bases éthiques. Ainsi, les contrôleurs ont recueilli le récit des soignants concernant le couple formé par deux jeunes patients ; le consentement des deux a été exploré, il leur a été permis de se retrouver le soir dans l'une de leurs chambres et des informations leur ont été communiquées sur les infections sexuellement transmissibles et les moyens de contraception ; il leur a également été demandé de la discrétion à l'égard des autres patients. Ailleurs, des patients ont pu avoir des relations sexuelles avec leur conjoint à l'occasion des visites. Dans une autre unité, une partie des soignants n'entre pas dans la chambre individuelle d'une patiente quand celle-ci reçoit la visite d'une personne avec laquelle ils savent qu'elle entretient des relations sexuelles : « *On laisse faire* ». Mais ce positionnement n'est pas partagé par tous, et fait l'objet d'échanges en *staff* sans que se dégage une position commune. Dans une autre unité, un patient est laissé libre de se rendre dans le parc pour y rencontrer une personne avec laquelle il entretient une relation sexuelle connue des soignants.

Dans le même temps, certains soignants semblent considérer que s'agissant de patients en psychiatrie, leur consentement peut difficilement être éclairé. Est ainsi citée la situation d'une mineure qui s'est rapprochée d'un jeune majeur et qui une fois son hospitalisation achevée a porté plainte pour agression sexuelle alors qu'elle n'avait pas fait part de difficultés à l'équipe. Dans certaines unités complémentaires accueillant dans la durée des patients « chroniques », les soignants considèrent qu'ils ne sont pas confrontés à cette question, ou bien qu'il n'y a pas de demande, ce qui dénote un évitement du sujet, concernant des patients qui vivent durant une longue période dans l'unité d'hospitalisation et dont le droit aux relations affectives et sexuelles est ainsi évacué.

Paradoxalement, dans une unité où les soignants rencontrés ont précisé que cette question n'était pas abordée en équipe, les contrôleurs ont appris qu'une réflexion d'équipe a eu lieu à la suite de grossesses non désirées de plusieurs jeunes patientes. Suite à cette réflexion, l'ergothérapeute et une AS venaient de mettre en place un groupe ouvert à tous les patients qui le souhaitent concernant la sexualité et la prévention des conduites à risques en la matière. Elles se sont notamment appuyées sur la documentation de Promotion Santé Normandie.

La protection des patients vulnérables est généralement recherchée, notamment en les plaçant dans des chambres individuelles, ou à proximité du bureau des soignants. La fermeture des chambres par digicode facilite cette protection. Certains soignants précisent qu'ils restent particulièrement attentifs en ce qui concerne les patientes bipolaires au cours d'un épisode maniaque. Dans une unité, les soignants ont manifestement élaboré un embryon de réflexion commune, puisque s'agissant de deux patients présentant une déficience mentale qui se sont rapprochés, les soignants se sont assurés du consentement de tous deux et ne s'opposent dès lors pas à leurs relations sexuelles. Cependant, la protection des patients vulnérables (mais aussi de ceux qui ne sont pas considérés comme tels) ne peut certainement pas être parfaitement assurée quand certains soignants adoptent une approche fataliste, en admettant que s'ils interdisent les relations sexuelles dans l'unité, ils ne peuvent pas les contrôler quand elles se déroulent dans le parc. Il est vrai que la fermeture de quasiment toutes les unités limite beaucoup l'accès au parc.

Enfin, au sein d'une unité où un soignant dit lui-même que la question de la sexualité des patients est « *tabou* », la situation d'un patient sexuellement agressif n'a pas du tout été prise en compte alors que les autres patients s'en plaignaient, et ce jusqu'à la commission d'une agression sexuelle sur une patiente.

Alors que des préservatifs sont disponibles à la pharmacie et qu'il suffit aux soignants de les demander, peu d'équipes connaissent cette possibilité (deux unités seulement en ont fait état). De même, la possibilité pour les patients d'acquérir des préservatifs à la cafétéria n'a été mentionnée par les soignants que dans trois unités.

La contraception semble être assez facilement abordée avec les patientes dont les soignants identifient le besoin en la matière, et le service de médecine polyvalente a indiqué que le suivi gynécologique des patientes était bien assuré. Mais ces informations n'ont pu être confortées, puisque rien n'est formalisé dans les unités en matière d'accès effectif à la contraception, et que le manque de traçabilité des consultations spécialisées n'a pas permis aux contrôleurs d'en connaître le nombre (cf. §.7.3).

Quelques soignants ont pu accéder à des formations sur la vie affective et sexuelle des patients, ce qui produit immédiatement des effets, ainsi cette soignante qui vient de participer à l'une d'elles et qui relate : « *J'ai appris que la sexualité est un droit et cela va sans doute diminuer nos discussions au cours des staffs* ».

RECO PRISE EN COMPTE 11

L'établissement doit engager une réflexion institutionnelle sur les sujets relatifs à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois la liberté des patients en matière de sexualité et la nécessaire protection des patients les plus vulnérables. Il doit développer les formations du personnel, afin de ne plus laisser les soignants seuls face à ces questions.

Dans sa réponse au rapport provisoire, l'établissement indique qu'une « réflexion sera engagée sur ces sujets dans le groupe de travail sur les droits des patients ». Il ajoute que le CHR dispose d'un centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) et que la santé sexuelle est une thématique prioritaire du CARE, qui y dédiera une journée à la fin du second semestre 2020.

Par ailleurs, « le droit à la santé sexuelle sera intégré dans la formation à destination des soignants sur les droits des patients » et un personnel ressource a été identifié en la personne d'une IDE disposant d'un DU de santé sexuelle.

Enfin, « la mention du caractère privatif des chambres » a été ajoutée dans le livret d'accueil.

6.6 LA CAFETERIA EST UN LIEU DE RENCONTRES INCONTOURNABLE MAIS SON ACCES EST LIMITE

Au sein de la majorité des unités il est constaté l'absence de toute distraction – notamment Pinel, Artaud, Pussin, Éole 1, Monet, Flaubert, Fanon 1 et 2, Maupassant, Lacan, Daumezon 1, Saint Jean – à l'exception de la télévision et de la présence très aléatoire de livres, jeux de société, de journaux et revues dans certaines unités.

La cafétéria est centrale sur le site du CHR. Elle est ouverte au public, de 9h30 à 11h30 et de 12h à 17h, tous les jours de l'année sauf deux. Des travaux étaient en cours pour changer la tonnelle sur l'espace extérieur, ce à défaut d'une réfection générale des locaux qui avait pourtant été annoncée (et même projeté, selon les précisions apportées par la direction du CHR dans ses observations au rapport de visite).

Elle est gérée par l'association d'aide à la santé mentale Regain, qui finance les activités (cf. §.7.2.3). La cafétéria fonctionne en autogestion grâce aux recettes réalisées. Deux infirmiers, un AS, quatre ABN, un agent affecté à la blanchisserie, un agent affecté aux soins d'esthétique, un coiffeur, un agent administratif, un éducateur sportif sont associés à son fonctionnement. Des réunions mensuelles permettent de faire le point à la fois sur les activités proposées, les projets et le fonctionnement général.

Ce lieu offre une prestation de restauration le midi avec des plats cuisinés sur place (à base de produits surgelés) et de l'épicerie (boissons, gâteaux, chips, etc.). Elle est fréquentée par des patients, d'anciens patients et des visiteurs.



La cafétéria

Elle dispose d'une bibliothèque permettant aux patients d'emprunter des livres en les responsabilisant dans la mesure où il n'y a pas de formalisation de l'emprunt ni de délai imparti pour rendre les ouvrages. De plus, elle propose des revues issues de dons trimestriels en nature de la part de la compagnie générale de diffusion (invendus de presse).

Un espace est aménagé à l'entrée de la cafétéria pour les rencontres avec des enfants.

Un programme « Animation Cafet' » est communiqué à toutes les unités chaque semaine. La plupart des activités sont animées par l'AS, pour l'essentiel sans inscription préalable. Outre les nombreuses activités manuelles, l'association La porte ouverte (extérieure à l'établissement) y propose un espace d'écoute pour les patients et leurs proches.

Un salon de coiffure et d'esthétique assure des prestations sur place ou dans les unités pour les patients qui n'ont pas la possibilité de se rendre à la cafétéria. La coiffeuse était en congé maladie lors de la visite.

Une convention avec l'association Le Chantier permet l'installation d'un atelier d'expression et de création artistique animé à tour de rôle par un artiste disposant d'une formation aux beaux-arts et d'une artiste plasticienne.

Une soirée est organisée tous les deux ou trois mois entre 18h et 22h30, soit environ six soirées dans l'année contre une participation symbolique de 1 euro, pouvant réunir jusqu'à quatre-vingt-dix personnes, dont les familles. L'information est diffusée dans chaque unité.

De plus, la cafétéria accueille des journées d'informations spécifiques : le 17 octobre 2019, l'unité Jean-Pierre Pot animait des activités concernant l'addictologie.



Logo de la journée de prévention en addictologie sur le tee-shirt d'un soignant

La cafétéria est indéniablement un lieu dynamique soucieux d'adapter son fonctionnement au public concerné, cependant il a été constaté que son accès était limité pour les patients hospitalisés dans les unités, dont la liberté d'aller et venir est restreinte (une recommandation est faite à ce sujet au §.5.1.1).

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES BENEFICIENT D'UNE ORGANISATION STRUCTUREE ET OFFRENT DES PRISES EN CHARGE DE QUALITE

7.1.1 Organisation

Les structures de prise en charge des urgences psychiatriques des secteurs de psychiatrie rattachés au CHR incluent un site d'accueil aux urgences du CHU de Rouen, un second au CH d'Elbeuf et un troisième au CHR lui-même. Ces trois structures intersectorielles dépendent du pôle Rouen Rive droite (RRD). Le chef de pôle en assure la coordination.

L'accueil des urgences psychiatriques au CHU de Rouen est organisé au sein du service des urgences répondant de fait à la législation et aux textes d'application de celle-ci¹⁶.

Trois autres structures, implantées au CHU mais rattachées administrativement au CHR, participent à la prise en charge de ces patients :

- l'unité Colonna, de vingt lits, accueillant des patients en post-crise. Cette unité ouverte n'admet que des patients en SL, le plus souvent pour des tentatives de suicide ;
- le centre d'accueil de soins psychiatriques (CASP), adossé au CHU, recevant des patients des urgences du CHU adressés par les médecins généralistes et de l'UNACOR ;
- une unité d'écoute et de recensement auprès des autres hôpitaux de la région de toutes les tentatives de suicide (UMIS).

Leur fonctionnement est assuré par du personnel soignant et médical du CHR. Une convention aurait été conclue entre les deux établissements mais n'a pu être communiquée.

Le CU d'Elbeuf accueille également des urgences psychiatriques dépendantes du CHR. Il n'y a pas de convention.

Enfin l'UNACOR accueille depuis plus de quinze ans les urgences au CHR même. Celui-ci inclut un secteur de consultation et une unité d'hospitalisation intersectorielle de douze lits dont trois chambres d'isolement. Elles sont occupées à hauteur de 24 %. L'une d'elles est équipée d'un lit pré-équipé avec du matériel de contention.

Il n'y a ni projet de service, ni médical, et aucune évaluation du fonctionnement de ce service pourtant innovant n'est réalisée (une recommandation est faite à ce sujet au §.2.1).

L'UNACOR est au carrefour de toutes les structures annexes : elle reçoit tous les patients devant être hospitalisés dans les services du CHR, quel que soit leur statut.

7.1.2 Prise en charge des patients

Pour l'accueil des urgences psychiatriques au CHU de Rouen, un psychiatre dépendant du pôle de psychiatrie de rattachement est affecté à temps plein les heures ouvrées ainsi qu'une infirmière, présente 24h/24. Un temps-plein de secrétariat complète cette équipe. Les urgences psychiatriques fonctionnent de 8h à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 13h30 le samedi matin. Un psychiatre senior est présent tous les matins ainsi que deux internes et deux infirmiers. Les nuits, week-ends et jours fériés sont couverts par un psychiatre de garde sur place. Il n'y a

¹⁶ Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et circulaire n°39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

pas d'infirmier. Cette garde est assurée par des PH volontaires du CHR, la rémunération est prise en charge par le CHU. Les jours ouvrés c'est le PH de garde au CHR qui assure cette permanence. Une convention conclue entre le CHU et le CHR datée du 12 septembre 2013, acte de ce fonctionnement. Aucune évaluation n'a été conduite depuis lors.

3 800 passages concernent des urgences psychiatriques, représentant 4 % des urgences du CHU. Un tiers est adressé pour hospitalisation au CHR et admis en première intention à l'UNACOR.

La procédure d'accueil et de prise en charge d'un patient, connu ou non connu en psychiatrie, est assez classique : quel que soit le patient, l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) établit une première évaluation avant d'informer l'équipe de psychiatrie.

Les mesures de SSC, vues ou initiées aux urgences du CHU, sont dans la très grande majorité des soins à la demande d'un tiers (SDT) ou des soins pour péril imminent (SPI), les SDRE étant adressés directement à l'UNACOR. La demande de SPI est privilégiée, le médecin présent aux urgences ne dépendant pas du CHR pouvant en conséquence signer les certificats.

Les examens somatiques d'entrée sont réalisés aux urgences par un urgentiste senior et font l'objet d'une fiche médicale jointe au dossier du patient. Plusieurs procédures précisent les modalités de prise en charge de patients aux urgences du CHU notamment relatives aux décisions de contention liées aux patients agités, à l'accueil des patients suicidaires et à l'accueil de personnes détenues ou en garde à vue. Aucune procédure sur les conditions de transfert au CHR et l'organisation de celui-ci n'est rédigée.

A l'UNACOR, quatre PH psychiatres sont affectés ainsi qu'une vingtaine de soignants. Le nombre de consultations rapporté dans le rapport annuel de 2018 est de 10 927, chiffre le plus élevé de toutes les structures intra ou extra hospitalières du CHR assurant des consultations, le nombre d'entrées pour hospitalisation de 2 071, et le nombre de journées de 3 193 corroborant la DMH très courte de 1,1 jour. L'UNACOR peut être assimilée à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) d'un service d'urgence.

Dans 60 % de cas les patients viennent d'eux-mêmes ou avec leur famille, 10 % sont le fait de médecins généralistes et 30 % sont des admissions indirectes notamment en provenance du CHU de Rouen et du CH d'Elbeuf. 70 % des patients ne sont pas connus, le renouvellement de la file active étant de 45 % par an.

Sur ces venues, plus de 35 % des patients ne sont pas hospitalisés et sont adressés au CAPS pour un suivi ou retournent à domicile. Sur les 65 % de patients hospitalisés, 60 % le sont pour un risque suicidaire et 20 % pour des troubles psychotiques. Plus de 95 % des patients admis ensuite dans les unités de soins du CHR transitent par l'UNACOR. Aucune procédure ne précise les modalités de transfert dans les unités de soins.

Sur les patients hospitalisés à partir de l'UNACOR, 20 % font l'objet d'une mesure de SSC prise préalablement à leur admission à l'UNACOR.

Hormis ces quelques données d'activité, très générales, aucune autre information n'est disponible sur le mode d'adressage (spontanée, médecin généraliste, CMP, autres établissements de santé), sur la provenance des admissions pour hospitalisation, sur le nombre d'admission en SL et en SSC, sur le nombre de patients ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement et/ou de contention. La connaissance de ces données contribuerait à une meilleure connaissance de la population concernée et la mise en place d'actions pouvant contribuer à des prises en charge préventives.

L'UNACOR accueille également des mineurs, approximativement tous les deux jours. Dans la majorité des cas ce sont des plus de 15 ans. Ils sont ensuite hospitalisés dans des unités pour adultes (cf. §.9.2). Les moins de 15 ans sont adressés en pédopsychiatrie. L'UNACOR fait état de difficultés récurrentes, au moins une fois par mois, au placement de ces adolescents, qui conduisent à des hospitalisations à l'UNACOR d'au moins 48 heures. Les mêmes difficultés se posent pour les patients de plus de 70 ans, les unités de soins refusant fréquemment de les prendre en charge (cf. §.9.1).

A leur arrivée, les patients sont accueillis par une AS du BDE. En cas de présomption d'une hospitalisation, ils sont installés dans un box, un premier entretien étant réalisé par un infirmier. Le patient est ensuite vu en consultation par le médecin psychiatre qui décide des suites à donner. Tous les patients relevant d'une mesure de SSC sont vus systématiquement, avant leur transfert dans une unité de soins, par le BDE, par ailleurs implanté dans le même bâtiment.

Le personnel soignant de l'UNACOR a bénéficié d'une formation à la gestion et prévention des situations de violences. Les conditions d'accueil et la formation du personnel de cette unité y induisent un climat apaisé, contrastant parfois avec les conditions de prises en charge dans les unités d'hospitalisation d'aval.

L'UNACOR est maintenant une unité connue pour ses missions et reconnue du public et des médecins généralistes, expliquant le nombre de venues très important. Elle est sollicitée quotidiennement par téléphone pour des conseils sur des situations critiques et des prises en charge. Il est dommage qu'aucune traçabilité ne soit mise en place sur le nombre et les motifs de ces appels et les suites données. Le CHR devrait mettre en place un recueil des activités des urgences psychiatriques plus précis dans l'objectif de conduire une réelle évaluation de ces missions et de prévoir des procédures de fonctionnement validées au niveau de l'établissement.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES PATISSENT D'UNE ABSENCE DE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE, SOURCE POTENTIELLE D'INEGALITE D'ACCES AUX SOINS DANS LES UNITES

7.2.1 Structuration et organisation des pôles de psychiatrie et des unités

L'organisation des pôles et des unités, décrite *supra*, est marqué par l'inexistence des contrats de pôle, projets de pôle, projets de service. Une recommandation est faite à ce sujet au §.2.1.

Les rapports annuels d'activité 2017 et 2018 sont les seuls documents retraçant l'activité du CHR, limitant néanmoins celle-ci aux seules données d'hospitalisation complète et ambulatoires. Il n'y en effet aucune référence aux données concernant les SSC, celles-ci globalisant, sans distinction, les SL et les SSC. De même les mesures d'isolement et de contention, même si celles-ci font l'objet d'un rapport à part, ne sont pas évoquées. Enfin ni l'activité du service de médecine polyvalente ni celle de la pharmacie ne sont traités dans ce rapport.

Depuis les événements de l'année passée, il n'y a plus de réunion de pôle ni de conseil de pôle. Ces réunions sont de fait aujourd'hui intégrées aux réunions de directoire, associant à des réunions de directoire élargies les chefs de service. Il semblerait par ailleurs que les pôles ne soient que des lieux d'échanges au niveau médical et non de gestion comme le préconisent les textes.

La politique initiée par les chefs de pôle est de laisser une grande latitude d'organisation aux chefs de service. Cela explique en partie les différences de fonctionnement observées au sein des unités de soins. Ainsi tous les services organisent une réunion d'échange pluridisciplinaire portant sur les dossiers des patients, et un *staff* médical, la périodicité pouvant être

hebdomadaire, tous les quinze jours ou mensuelle selon les services, mais au sein de chaque service, voire unité de soins, est laissée une liberté d'approche sur les modalités de prise en charge des patients (*cf. infra*).

S'il est compréhensible de laisser une certaine latitude d'organisation aux services, certains principes ayant un impact sur la prise en charge des patients – fondamentaux en psychiatrie, comme l'implication de l'ensemble des équipes à la prise en charge des patients y compris leur participation au projet de soins, et l'élargissement des réunions de synthèse aux équipes de l'extra hospitalier – doivent être devraient pouvoir être discutés en réunion de service, de pôle voire en CME et appliqués dans tous les services.

Par ailleurs, si la plupart des prestations sont informatisées dans le logiciel Cortexte depuis 2011, le corps médical dans sa majorité n'a pas souhaité l'informatisation du dossier médical. Aussi les dossiers médicaux sont des dossiers papier, les observations médicales étant rédigées par écrit, toute extraction des activités médicales par le DIM étant rendue de ce fait impossible.

RECOMMANDATION 15

La mise en place d'une instance collégiale associant l'ensemble des médecins psychiatres et les cadres des pôles et des services est un impératif. L'informatisation du dossier patient contribuerait à faciliter les échanges d'information. L'absence de politique institutionnelle et la liberté laissée aux services, sans contrôle ni évaluation, ne peuvent être que nuisibles à la qualité de la prise en charge des patients qui *in fine* sont les victimes de ce système.

Plusieurs éléments apportés par l'établissement en réponse au rapport provisoire témoignent d'actions nouvelles allant dans le sens recommandé par le CGLPL :

- l'élaboration du projet d'établissement, dans lequel la gouvernance des pôles est abordée ;
- l'intégration à partir de septembre 2020 des observations médicales « dans Cortexte pour les hospitalisations à temps plein et pour les volontaires des structures ambulatoires », généralisée en septembre 2021 ;
- la réunion, une à deux fois par mois, d'un groupe de travail sur le dossier-patient informatisé (DPI) chargé de recueillir les besoins auprès des soignants et de recueillir les propositions d'évolution des outils, « transmises au DIM pour étude de faisabilité et action » ;
- un comité de pilotage du DPI réunit trimestriellement la direction, le président de la CME, la direction des systèmes d'information (DSI) ; il a décidé de la mise en place au DIM à partir de septembre 2020 d'un criblage quotidien des décisions d'isolement et de contention avec action curative immédiate auprès du cadre du service concerné.

A ce stade, il convient toutefois de maintenir la recommandation en l'état.

7.2.2 Prise en charge des patients

La prise en charge des patients, quelle que soit l'unité d'admission, prévoit systématiquement un accueil par un infirmier et une consultation dans des délais rapprochés par un psychiatre de l'unité ou du service. Selon les unités d'admission ou complémentaires voire spécialisées, le rythme des consultations pour un même patient est adapté à son profil clinique et à son évolution.

Les modalités de prise en charge des patients sont ensuite en grande partie laissées à l'appréciation des médecins psychiatres des services. La visite des unités confirme effectivement ces différences d'approche. Le nombre de psychiatres par service dépend de la taille des unités et de leur qualification mais un psychiatre est toujours présent ou joignable aux heures ouvrées de même qu'un interne en psychiatrie (cf. §.2.3.2).

Ainsi l'élaboration du projet de soins individualisé n'obéit pas aux mêmes règles selon les services ; soit il résulte d'un échange du patient avec le médecin psychiatre, soit ils sont élaborés en équipe pluridisciplinaire et souvent revus dans ce cadre en réunion clinique.

Les entretiens infirmiers ne sont pas une pratique généralisée, cette posture pouvant être liée à la position des médecins mais pouvant également résulter d'un manque de formation des infirmiers et d'une certaine frilosité de ceux-ci.

Les réunions soignants/patients sont laissées également à l'appréciation des cadres et des médecins des services, mais dans la plupart des unités n'existent pas, les raisons évoquées étant le plus souvent un manque de temps.

De même la désignation d'un infirmier référent n'est pas généralisée.

Enfin le lien avec l'extra hospitalier n'est pas toujours effectif dans tous les services.

La fréquence des consultations varie entre les unités d'admission et complémentaires, celles-ci étant plus fréquentes au cours des premiers jours. Des soignants ont signalé que des patients d'unités complémentaires étaient vus très rarement en consultation (cf. §.7.2.4).

L'attention des contrôleurs a également été attirée par le nombre de prescriptions « *si besoin* » voire « *autant que de besoin* » sous des formes *per os* ou injectables. Certaines consignes (rédigées, figurant dans Cortexte) autorisent des injections « *si besoin* » pour des patients jugés difficiles dans le cas où ils refuseraient le traitement *per os*. Le CGLPL rappelle que la prescription médicale est un acte médical majeur qui consiste à prescrire un traitement sur un document appelé « ordonnance ».

De même à l'issue de réflexions sur les mesures à décliner pour éviter le placement en isolement, une des douze recommandations porte sur la sensibilisation des équipes médicales de garde à la prescription d'anxiolytique si besoin quand l'état clinique du patient le permet. Ce même type de recommandation a été faite à l'issue de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) portant sur la constipation en CI demandant la prescription systématique de laxatifs en CI, et en si besoin pour tous les patients hospitalisés.

RECOMMANDATION 16

Les prescriptions « *si besoin* » doivent être encadrées par un protocole précisant les médicaments concernés, les modes de prescription et les doses à ne pas dépasser, celles-ci devant être tracées. Les protocoles doivent être visés par les médecins. Le consentement du patient doit être recherché¹⁷.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHR rapporte qu'il est projeté d'élaborer un protocole « afin d'encadrer les prescriptions « *si besoin* » conformément aux recommandations ».

¹⁷ Article R4311-7 CSP

En l'état de l'avancement des travaux, il convient de maintenir la recommandation.

7.2.3 Activités thérapeutiques et occupationnelles

Le financement des activités repose en grande partie sur l'association Regain qui reçoit une subvention annuelle de l'hôpital d'un montant global de 83 000 euros (77 382 euros en subvention et 5 618 euros du fonds national de solidarité). Par ailleurs, les unités disposent d'un budget annuel d'environ 1 000 euros, essentiellement affecté aux sorties thérapeutiques.

Il n'existe pas d'organisation structurée pour les activités thérapeutiques et occupationnelles, voire il n'y a pas vraiment de distinction entre celles-ci.

Les principales activités occupationnelles ou thérapeutiques repérées concernent l'art-thérapie, l'art plastique, l'éducation sportive, le travail en serre ou des activités potagères et culinaires, la cafétéria étant le lieu où se déroulent un certain nombre d'entre elles (cf. § 6.6).

Les patients peuvent y accéder librement ou sinon peuvent être orientés par l'ergothérapeute. Celles-ci peuvent également être prescrites. Le nombre de patients inscrits à des activités varie en fonction des unités et dépend de la capacité des patients à en sortir (cf. §.5.1.1).

Le CHR dispose d'un pôle de 14,4 ETP d'ergothérapeutes. Ceux-ci participent aux *staffs* des unités, au cours desquels des patients peuvent leur être signalés. Ils interviennent dans les unités. Certains disent manquer de salle d'activité et de lieux où stocker leur matériel, ce qui a été attesté dans certaines unités (cf. §.6.1.2).

De manière générale, les contrôleurs ont relevé dans les unités une très grande diversité d'approche du personnel soignant, des conditions matérielles très différentes, certaines unités ayant du matériel d'autres pas, traduisant un manque de pilotage et de coordination et l'absence de projet d'ensemble.

Les activités recensées par les contrôleurs dans les unités montrent que dans la majorité des cas elles sont liées à l'intervention des ergothérapeutes, des psychologues et des soignants volontaires. La participation aux activités proposées est souvent laissée à la libre appréciation des patients. La liberté restrictive d'un certain nombre d'unités ne permet pas aux patients sans autorisation (en SSC comme en SL, cf. §.5.1.1) d'accéder aux activités extérieures notamment celles se déroulant à la cafétéria.

Des sorties thérapeutiques peuvent être organisées à l'initiative des unités sur le budget de l'association Regain. A titre d'exemples, l'unité Lacan organise une sortie trimestrielle pour trois à cinq patients. De même, les patients de l'unité Daumezon 2 bénéficient de sorties durant les beaux jours.

Il ressort un sentiment d'ennui et de désœuvrement des patients dans un certain nombre d'unités, une grande diversité des pratiques, une inorganisation des activités thérapeutiques qui ne paraissent pas être intégrées aux projets de soins et l'absence de suivi et d'évaluation des actions en place. En outre, il a été constaté une moindre participation du personnel soignant de certaines unités. Sur vingt-trois unités visitées¹⁸, seule l'unité Tosquelles a détaché un poste d'aide-soignante à l'animation d'activités socioculturelles en articulant son intervention avec l'ergothérapeute.

Les activités sportives sont organisées par l'unique éducateur sportif salarié à temps plein du CHR et membre du bureau de l'association Regain. Il transmet des bilans écrits aux unités. L'emploi

¹⁸ Hors l'unité Badinter (personnes détenues) et l'unité Rimbaud (enfants).

du temps des activités est adressé à chaque unité, qui transmet la liste des participants, étant précisé que les inscriptions sont limitées à six participants par tranche horaire, hormis l'activité randonnée qui peut accueillir jusqu'à dix patients. Il a été indiqué que les listes étaient systématiquement complètes. Une convention avec le stade de la commune permet d'y réaliser l'activité musculation le lundi matin. Il en est de même avec la piscine de la commune. Des autorisations de sortie sont nécessaires, le cas échéant, en fonction de la situation du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 12

Une réflexion doit être conduite sur les activités thérapeutiques pouvant être proposées aux patients, leur organisation, les moyens pour les mettre en place et le service pouvant porter ce dossier. Ses conclusions devront faire partie intégrante du futur projet d'établissement.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique avoir fait de la question du développement des activités thérapeutiques au sein des services un des axes stratégiques de la politique de prévention de la mise en isolement et contention telle que décrite dans son rapport relatif à l'isolement et à la contention en 2019, « *afin de réduire l'ennui et les tensions entre patients* ».

Il ajoute vouloir intégrer ce même axe stratégique dans le plan d'actions se rapportant à la qualité et à la gestion des risques, en cours d'actualisation au regard des exigences du référentiel de certification V2020.

7.2.4 Réhabilitation psychosociale

Plusieurs projets concernent la réhabilitation sociale de patients notamment ceux hospitalisés dans les unités de soins complémentaires, patients au long cours relevant de SL mais également de SSC.

La filière de réhabilitation psychosociale et de préparation à la sortie a été structurée fin 2018 au sein du pôle SCB, avec à terme pour objectif de fédérer l'ensemble des prestations intra et extra hospitalières des différents services du pôle en un service unique pouvant également être sollicité par le CHR. Aucun document finalisant ce projet n'a pu être communiqué lors du contrôle.

Le second pôle RRD ne semble pas avoir de projet de cette envergure.

Enfin, il ressort des différents échanges conduits avec les responsables médicaux et soignants une confusion voire un amalgame entre ce qui relève des activités thérapeutiques et occupationnelles propres aux unités de soins, et ce projet.

7.3 LES MOYENS DEVOLUS AUX SOINS SOMATIQUES SONT INSUFFISANTS ET L'ACTIVITE N'EST PAS ANALYSEE

7.3.1 Organisation du service

Un service de médecine polyvalente est en place depuis 2002. Il est rattaché au pôle RRD. Trois PH de médecine générale y sont affectés ainsi qu'une infirmière, une aide-soignante à mi-temps et un temps plein de secrétariat. Ses locaux se situent pour partie à l'UNACOR (bureaux de consultation des médecins et le bureau infirmier), pour partie dans un bâtiment annexe (bloc de spécialités où deux spécialistes interviennent encore, notamment un pneumologue et un ORL tous les deux exerçant en libéral).

L'intervention de spécialistes (intervenait précédemment un ophtalmologue et un cardiologue) s'est raréfiée dans le temps, ceux-ci n'ayant pu être remplacés à la suite de leur départ en retraite.

Des consultations de dermatologie à distance *via* la télémédecine viennent de se mettre en place. Sont à l'étude sous ce même principe des consultations de neurologie et de gériatrie.

Les consultations dentaires ont lieu dans les UMD deux fois par semaine : le cabinet dentaire s'y trouve.

Les autres consultations spécialisées se font en grande majorité auprès du CHU, le privé étant également sollicité notamment pour la radiologie. Selon le secrétariat, ces demandes de rendez-vous sont obtenues dans des délais raisonnables sans que le qualificatif de raisonnable ait pu être quantifié, mais le circuit imposé par certains spécialistes du CHU de Rouen exigeant préalablement le passage aux urgences de ces patients n'est pas acceptable.

Les prélèvements sanguins sont adressés aux laboratoires du CHU de Rouen sauf ceux de bactériologie adressés à un laboratoire privé.

Les hospitalisations se font en principe au CHU, celui-ci imposant pour les patients en SSC qu'ils soient accompagnés par un soignant du CHR le temps de l'hospitalisation.

Le nombre d'actes et consultations internes au CHR se chiffre pour l'année 2018 à 3 888 et pour les dix premiers mois de 2019 à 3 933, l'un et l'autre pouvant concerner un même patient. La répartition entre actes et consultations n'a pu être communiquée.

Deux tiers des consultations ont lieu à l'UNACOR, les patients se déplaçant, accompagnés d'un voire deux soignants. Un tiers a lieu dans les unités. En l'absence de bureau médical, les médecins examinent les patients soit dans la salle de soins, soit dans leur chambre. Les conditions d'examen ne sont pas satisfaisantes ; le matériel médical adéquat est absent, notamment une table d'examen.

Il n'y a pas de consultation systématique organisée lors de l'admission des patients en hospitalisation à l'UNACOR faute de temps médical, mais la proximité du service situé dans les mêmes locaux facilite les échanges voire les consultations si nécessaire. Par ailleurs les patients transférés des urgences du CHU ont tous bénéficié avant leur arrivée d'un examen somatique. Cet examen est résumé dans une fiche jointe au dossier.

Les patients sont vus dans les unités d'admission selon les cas cliniques et à la demande des psychiatres, mais aussi des soignants. Les patients au long cours ou chroniques sont vus systématiquement deux fois par an. Il n'y a pas de consultation systématique des patients placés en isolement.

Aucune procédure ne formalise ce mode de fonctionnement. Il n'y a pas de projet de service. Aucune mention n'est faite de ces activités dans le rapport annuel.

7.3.2 Actions conduites

Les principales pathologies observées par les médecins concernent la cardiologie, le système métabolique, la pneumologie, la dermatologie, la cancérologie et la gynécologie. Aucun recueil n'est mis en place qui permettrait de quantifier le nombre de cas par pathologie et de suivre leur évolution dans le temps. La connaissance de ces données permettrait d'avoir une meilleure approche des caractéristiques de cette population voire d'envisager des actions préventives plus ciblées.

De même aucun bilan, au moins annuel, n'a été communiqué, permettant de connaître le nombre de patients pris en charge, les motifs, le nombre de patients adressés en consultations spécialisées et les spécialités concernées, le nombre de patients ayant été hospitalisés, le nombre de patients porteurs de pathologies somatiques concomitantes à leur pathologie psychiatrique et nécessitant une prise en charge et un suivi spécialisés.

Le service de médecine polyvalente est impliqué dans certaines actions de prévention et d'éducation pour la santé. Deux actions ont été portées à la connaissance des contrôleurs concernant notamment le tabac et la problématique de la constipation liée aux traitements neuroleptiques.

Une EPP de la consommation de tabac a été conduite sous le pilotage du comité tabac en 2017. L'analyse a été conduite dans les unités de soins abritant des chambres d'isolement (CI) cette analyse rapportant la diversité des pratiques mises en place dans ces lieux. Les propositions d'actions ne concernent que les CI. Aucune évaluation n'a *a priori* été conduite plus d'un an après. Au demeurant la diversité relevée nécessiterait que cette question et ses propositions fassent l'objet d'une doctrine commune à l'ensemble des services.

Une autre EPP a concerné la prévention de la constipation chez les patients en CI, l'objectif étant d'analyser les pratiques et la connaissance du protocole pré existant par les personnels médicaux et non médicaux.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Le service de médecine polyvalente du CHR doit être reconnu comme tel par l'établissement. Un bilan d'activité, intégrant l'activité interne au CHR et l'activité externe, doit être établi annuellement et lister les objectifs à prévoir à court et moyen terme en adaptant les moyens qui lui sont dévolus. Ce service doit se doter d'un projet de service.

L'établissement annonce dans ses observations au rapport provisoire que « *le projet du service de médecine polyvalente est en cours d'élaboration et sera intégré au projet d'établissement* ». De plus, un rapport d'activité pour l'année 2020 sera produit dès janvier 2021 (incluant des données sur le nombre de consultations, les gestes techniques, la biologie, etc.).

7.4 LA PHARMACIE SOUFFRE DE L'ABSENCE DE POLITIQUE COMMUNE

Le circuit du médicament est informatisé depuis 2011. Les prescriptions se font en ligne. L'analyse pharmaceutique est quotidienne.

Une livraison a lieu dans chaque unité une fois par semaine. Les traitements sont nominatifs. La distribution des médicaments est assurée deux fois par jour aux heures des repas.

Plusieurs points ont été relevés lors de la visite des unités concernant le nombre de prescriptions si besoin non encadrées (*cf. supra §.7.2.2*) et les modalités de distribution des médicaments. Ces dernières sont en effet différentes d'une unité à une autre, soit au cours du repas rendant dans ce cas tout échange avec le patient délicat, soit dans la salle de soins, les patients attendant leur tour mais pouvant échanger avec les soignants. Il n'existe aucune procédure initiée à partir de la pharmacie ni au demeurant pouvant émaner des pôles ou des services dans l'objectif d'harmoniser ces pratiques. C'est *in fine* laissé à l'appréciation des soignants. Aucune politique commune aux unités concernant la préparation des médicaments et les modalités de leur distribution n'est visible.

RECOMMANDATION 17

Les modalités concrètes de distribution des médicaments doivent permettre aux patients d'échanger s'ils le souhaitent avec les soignants et garantir la confidentialité du soin.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique qu'il existe un protocole infirmier relatif à l'administration des médicaments, référencé O/DsS/01/D¹⁹, disponible sur le logiciel de gestion documentaire, décrivant les étapes à suivre de préparation et distribution des traitements par les soignants. L'administration des traitements s'accompagne d'informations, explications, éducation au patient, délivrées par l'IDE en concertation avec le médecin, l'IDE ayant préalablement assisté à la prescription du traitement. L'IDE est particulièrement chargé de « *la surveillance de la prise du traitement* » et de « *soutien psychologique dans la dimension d'acceptation du traitement par le patient* ».

Si le CGLPL prend acte de l'existence de ce protocole, gage d'une volonté de politique commune en matière de préparation et de distribution des médicaments, il subsiste de ses constats sur place des pratiques de distribution plus ou moins respectueuses des droits des personnes hospitalisées, auxquelles l'établissement n'apporte pas de réponse.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit trois à quatre fois par an. Un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) « *Vivre mieux avec ma maladie* » a été validé par l'ARS : Il est destiné aux patients souffrant de schizophrénie et se déroule à l'hôpital de jour du secteur 6 Le village.

Un projet de conciliation thérapeutique vient d'être initié pour les personnes de plus de 65 ans admises à l'UNACOR.

La pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHR a établi fin 2018 un rapport d'activité très complet listant les activités conduites et prévues en 2019, les points faibles du circuit du médicament observés et les projets pour l'améliorer.

Comme pour le service de médecine polyvalente, il n'est pas fait mention dans le rapport annuel d'activité du CHR de cette discipline, ce qui est regrettable. Il importe que la pharmacie ait un soutien de la direction de l'établissement de santé et que ses projets soient intégrés au futur projet d'établissement.

¹⁹ La date d'entrée en vigueur de ce protocole n'a pas été précisée.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CONDITIONS MATERIELLES D'ISOLEMENT PORTENT ATTEINTE A LA DIGNITE DES PATIENTS

L'établissement dispose au total de quarante-cinq chambres d'isolement (CI) dont deux, positionnées à l'unité Flaubert, étaient en cours de rénovation lors de la visite. Les chambres, plus communément appelées « chambres protégées », sont réparties dans vingt et une unités d'hospitalisation pour adultes et à l'UHREA²⁰.

Aucune CI n'est équipée d'un bouton d'appel²¹ alors même que bon nombre d'entre elles sont éloignées géographiquement du poste de soins. Les patients doivent cogner, tambouriner contre la porte de la chambre pour pouvoir se faire entendre des soignants.

A la date de la visite, seules les deux CI de l'unité Éole 1 ont été rénovées et disposent de WC et d'un lavabo en inox implantés dans la chambre. La commande de la chasse d'eau est positionnée dans la chambre, en revanche les WC ne sont pas séparés du reste de la pièce. La douche est installée dans une autre pièce. A la différence des autres CI, celles-ci sont également équipées d'un système de vidéosurveillance dont les images sont retransmises dans le poste de soin. Les WC sont occultés par un carré noir qui est légèrement décalé. L'installation de ce système de vidéosurveillance interroge. Il porte atteinte à l'intimité du patient et par ailleurs il évite aux infirmiers de se déplacer jusqu'à la chambre, ces derniers pouvant se contenter d'une surveillance visuelle (cf. §.3.7.3.c).

RECO PRISE EN COMPTE 14

La vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, en expérimentation dans une unité, ne doit en aucun cas se substituer à une présence soignante.

L'établissement indique dans ses observations au rapport provisoire que la vidéosurveillance a été désactivée. Les autres CI, à l'exception de celles implantées dans les unités Henderson, Duchamp et Saint Jean, sont toutes équipées de sanitaires (WC, douches et lavabo) implantées dans une pièce attenante à la chambre ou directement dans le sas. Ainsi à l'unité Maupassant, les trois CI disposent d'un sas commun au sein duquel sont installés les sanitaires. En raison du lieu d'implantation des sanitaires ou de leur configuration (douche avec flexible, lavabo en céramique) pouvant présenter un risque pour les patients suicidaires ou très agités, leur accès est interdit durant les premiers jours – voire toute la durée – de l'isolement. **Les patients en sont réduits à utiliser un seau hygiénique** – la majorité du temps sans couvercle – laissé à disposition dans la chambre car les infirmiers et AS « *n'auraient pas le temps de passer régulièrement dans les chambres* ». Des patients isolés sont contraints de respirer l'air vicié par l'odeur de leurs excréments, et ce pendant parfois plusieurs heures, les chambres d'isolement n'étant équipées d'aucun bouton d'appel. Une jeune femme en période de menstruation, en isolement depuis plus d'une semaine, a ainsi indiqué avoir tambouriné à la porte pendant plusieurs heures de nuit, angoissée et incommodée par les odeurs dans la chambre. Ce procédé est indigne, choquant et inacceptable.

²⁰ Les CI de l'unité Badinter et de l'UHREA sont décrites dans des paragraphes distincts.

²¹ L'établissement précise dans ses observations que les chambres d'isolement de l'unité Flaubert, en cours de rénovation pendant la visite des contrôleurs, sont équipées d'un dispositif d'appel aux soignants.



Seau hygiénique mis à la disposition du patient

Lorsque les chambres sont précédées d'un sas qui donne accès aux sanitaires, la porte d'accès à ces sanitaires est dotée d'un fenestron en forme de losange qui permet d'avoir une vue directe sur les WC. L'intimité du patient n'est donc pas préservée.

La porte donnant accès aux CI est équipée d'un fenestron et d'un verrou. La couleur des murs des chambres varie d'une unité à l'autre. L'éclairage naturel est assuré par une fenêtre, munie de volets roulants actionnables depuis le sas, qui ne peut s'ouvrir qu'à l'aide d'une clef. La partie inférieure de la fenêtre est généralement recouverte d'un film opacifiant afin de préserver l'intimité du patient. L'éclairage électrique et le système de ventilation sont actionnés depuis le sas. Lors de la visite, le système de ventilation dans certaines CI était défectueux. A cet égard, il a été indiqué que la température est bien souvent trop basse durant l'hiver alors qu'au cours de la période d'été il fait une chaleur étouffante.

Lors de la visite, les CI étaient correctement nettoyées mais celle de l'unité Duchamp dégageait une odeur d'urine. Bien qu'il ait été précisé qu'elle n'était pas utilisée, elle n'était pas pour autant déclarée hors service.

Les CI sont équipées soit d'un lit fixé au sol avec un matelas plastifié ou bien d'un double matelas *Cumbria*®. A l'unité Éole 1, le matériel de contention était laissé à demeure alors qu'il a été précisé aux contrôleurs que le recours à la contention était rare. Les lits sont recouverts de draps et d'une couverture. Tous ne sont pas équipés d'un oreiller, qui généralement est dépourvu de taie afin de prévenir les passages à l'acte suicidaires. Pour les repas, il est mis à la disposition du patient un pouf et un guéridon en mousse. A l'exception de l'unité Henri Hey dont la CI est équipée d'une horloge numérique indiquant la date, les autres CI sont dotées d'une horloge mécanique positionnée dans le sas et visible depuis le fenestron de la chambre si le patient n'est pas contenu. Ce système n'est guère pratique car, durant la nuit, l'horloge n'est pas éclairée. En outre, la date n'est pas indiquée.



Chambre d'isolement, unité Daumezon 1



Matériel de contention à demeure, unité Eole 1



Bloc de WC et lavabo, unité Eole 1



Chambre d'isolement, unité Fanon 1

RECOMMANDATION 18

Les conditions dans lesquelles se déroule le placement en chambre d'isolement sont indignes. Les patients en sont réduits à utiliser un seau hygiénique. Cette pratique doit cesser immédiatement, il appartient au personnel soignant d'accompagner les patients aux sanitaires. De même, il convient de réaliser des travaux de rénovation dans les plus brefs délais. Ces travaux doivent comprendre l'installation de sanitaires dans toutes les chambres ainsi que la mise aux normes des sanitaires existants, la réparation du système de ventilation et l'installation d'un dispositif d'appel. Une horloge numérique, indiquant la date, doit être installée dans les chambres et non dans le sas.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement informe de son engagement dans un programme de réfection des chambres d'isolement, prévu de septembre 2020 à décembre 2021 pour leur mise en conformité incluant un dispositif d'appel des soignants à disposition du malade et la création de WC individuels, ainsi que des salles d'eau.

Malgré l'adoption de ce projet, le CGLPL estime qu'il serait prématuré de ne pas maintenir la recommandation.

8.2 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION, NON MAITRISE, CONTREVIENT A LA DIGNITE DES PATIENTS

8.2.1 La procédure

Les CI des unités des deux pôles fonctionnent de façon autonome sans politique commune arrêtée au niveau de l'établissement. Le taux d'occupation moyen des neuf premiers mois de 2019 pour les vingt unités d'hospitalisation adultes est de 66,15 %²², avec des écarts très importants, les taux d'occupation par unité se situant entre 93 % et 24 % et dix unités ayant un taux supérieur à 70 %. Le nombre de CI par unité ne semble répondre à aucune logique, ne pouvant également statuer si les taux d'occupation observés répondent à des caractéristiques spécifiques des patients admis dans les unités ou sont la résultante de la politique médicale locale.

Deux procédures ont été remises aux contrôleurs, l'une relative au guide de prescription de mise en isolement thérapeutique, datée du 16 août 2019, et la seconde portant sur l'application et l'utilisation de la contention en isolement, datée du 16 juillet 2015. La procédure concernant l'isolement ne fait que rapporter littéralement les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Son titre « *guide de prescription* » est erroné le placement en isolement étant une décision assortie de prescriptions. Cette procédure en l'état est difficilement exploitable au quotidien pour le personnel soignant et les médecins, se révélant plus un document de formation que de méthode. Hormis une rédaction détaillée des mesures, elle ne propose aucun moyen pour les décliner, ni aucune méthode interne au CHR pour exécuter ces décisions. Aucune annexe n'est jointe sur le type de décision à rédiger. Aucune mention ne figure sur, à titre d'exemple, les modalités d'accueil des patients et les conditions matérielles mises à leur disposition. Celle relative à la contention porte notamment sur le matériel pouvant être utilisé. Une confusion demeure sur le type de patient concerné, ce qui a été constaté dans les mesures enregistrées.

Le personnel soignant et les médecins n'ont reçu aucune formation sur ces pratiques. Peu connaissent les textes et documents de référence encadrant ces mesures²³. Lorsqu'elles sont connues, elles ne sont ni comprises ni appliquées.

La vérification conduite sur quelques mesures d'isolement a montré l'absence de décision médicale initiale, de renouvellement et de levée, dûment formalisées, tant pour les mesures d'isolement que de contention²⁴.

La consultation de quelques dossiers médicaux, très complexe au demeurant à consulter dans leur agencement actuel (*cf. supra* §.7.2.1), a confirmé :

- l'absence de document formalisant les décisions initiales et de renouvellement de ces mesures ;
- des décisions prises parfois par des internes ou des soignants sans savoir si celles-ci ont été validées par un senior, ni dans quels délais ;

²² Données DIM Centre Hospitalier Rouvray

²³ Article L3222.1.5 du CSP ; HAS, Isolement en contention en psychiatrie générale, Recommandation de bonne pratique, février 2017 ; Instruction DGOS/DGS du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention.

²⁴ HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandation de bonne pratique, février 2017

- l'absence d'observation certains jours, voire plusieurs jours de suite, interrogeant sur le réel suivi de ces patients même si certains psychiatres ont indiqué, nonobstant cette absence de traçabilité, voir ces patients quotidiennement ;
- l'absence d'indication formelle sur le renouvellement ni bien sûr les motifs de celui-ci ;
- l'oubli très fréquent de lever ces décisions.

Le jour du contrôle 245 mesures étaient en cours (données DIM) alors qu'il n'y a que quarante et une CI et que seuls trente patients étaient recensés le jour donné.

Ces décisions désignées sous le terme prescription sont, de fait, tracées dans le dossier de soins lors de leur mise en place, indiquant uniquement le jour, l'heure et le nom du prescripteur assortie de la mention « *autant que nécessaire* » signifiant que cette mesure peut être renouvelée par les soignants. Il en est de même pour la majorité des prescriptions.

La lecture des dossiers de soins n'apporte aucun élément sur les suites données. Ce n'est d'ailleurs pas sa fonction.

Les fiches de surveillance infirmière sont informatisées dans le dossier de soins, les soignants devant cocher après chaque passage dans la chambre d'isolement les soins réalisés et l'état du patient. Il s'avère que ces fiches sont partiellement, voire non renseignées. Par ailleurs certaines consignes d'unité d'hospitalisation prévoient un passage des infirmiers toutes les quatre heures selon un protocole établi mais non remis aux contrôleurs. Le CGLPL rappelle que le rythme de surveillance infirmière recommandé par la HAS est au moins une fois toutes les heures, voire plus selon la prescription du psychiatre.

8.2.2 La prise en charge des patients

A priori quelles que soient les unités, rares sont les cas où la décision de placement en isolement est collégiale, résultant d'une concertation après examen du dossier médical du patient. Elles sont le plus souvent prises à chaud pour répondre à un comportement de violence ou d'agressivité.

Les patients sont systématiquement mis en pyjama. Dans certaines unités ceux dont le risque suicidaire est considéré comme élevé sont placés nus dans la chambre, une seule couverture leur étant octroyée.

RECOMMANDATION 19

Il doit être mis un terme à la mise à nu intégrale des patients présentant un risque suicidaire. Des moyens respectueux de la dignité humaine doivent être envisagés.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHR apporte les éléments de réponse suivants :

- le groupe de travail « isolement et contention » révisé le guide de mise en isolement et sous contention, en collaboration avec le comité « droit des patients » ; il a l'objectif d'intégrer un « *axe respect des droits des patients* » ;
- le plan de formation « qualité » élaboré en référence à la certification V2020 comporte des objectifs de formation sur les droits des patients, parmi lesquels le respect de leur intimité, de leur intégrité et de leur dignité ;

- la cellule qualité a mis en place dans les services début juillet 2020 des revues de pertinence, en vue d'une réflexion « *collégiale et pluri-professionnelle sur les pratiques réelles de soin au regard des recommandations* », déclenchées à partir d'évènements indésirables en lien avec l'éthique et les droits des patients.

Ces éléments n'informant pas d'une évolution franche de la pratique consistant à mettre des patients à nu, le CGLPL maintient sa recommandation.

L'accès au tabac dépend des possibilités de sortie séquentielle. Des substituts nicotiques sont en principe proposés aux patients.

Les repas sont pris sur un tabouret ou à même leur lit.

D'une façon générale les mesures de contention pour les patients en CI sont rares, notant que tout patient faisant l'objet d'une telle mesure se voit imposer des protections hygiéniques.

Il n'y a pas d'examen somatique systématique sinon à la demande du psychiatre.

Aucun débriefing n'est organisé après ses mesures, ce quelles que soient les unités.

Les formations proposées sont ciblées sur la violence en institution.

Un groupe de travail intitulé « *limiter l'isolement et la contention* » a été mis en place en janvier 2019 et a remis ses conclusions en juin, proposant douze recommandations actuellement soumises pour avis aux instances consultatives et délibératives de l'établissement. Elles visent à prévenir en amont des situations de violences et d'agressivité et à généraliser dans toutes les unités des pratiques professionnelles au sein des équipes de soins et médicales, non acquises ou volontairement non appliquées dans certaines d'entre elles. Deux concernent directement les CI : l'installation d'un « *appel malade* » qui aujourd'hui n'existe pas, et d'un système de vidéoprotection qui de fait est de la vidéosurveillance pourtant non recommandée par la HAS. Une recommandation étonnante propose de sensibiliser les équipes médicales de garde à la prescription d'anxiolytique en « *si besoin* » quand l'état clinique du patient le permet.

Aucune politique globale n'est pour le moment arrêtée, à tout le moins aucun document écrit précisant au regard de ces constats les objectifs à court et moyen terme, et les indicateurs de suivi de ceux-ci.

RECOMMANDATION 20

La mise en œuvre d'une politique commune, relative à l'isolement et à la contention, dans les pôles de psychiatrie doit permettre d'atteindre le niveau d'exigence attendu par les recommandations de bonne pratique de la HAS ainsi que celles du CGLPL. Une évaluation des pratiques professionnelles sur ce thème doit être conduite.

L'établissement indique au cours de la phase contradictoire d'élaboration du présent rapport que, parmi les axes stratégiques de la politique qualité de l'établissement, deux sont en lien avec la recommandation du CGLPL : garantir le respect des droits des patients, selon un plan d'actions correspondant aux recommandations de la HAS et du CGLPL ; impulser et pérenniser une culture d'évaluation et d'amélioration des pratiques par la formation et le déploiement des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Une commission EPP sera ainsi installée en septembre 2020 sur ce thème.

De plus, les travaux concernant l'amélioration de la traçabilité du dossier-patient en matière d'isolement et de contention s'appuient sur des résultats IPAQSS qui seront présentés à la CME en septembre 2020 afin de déterminer un plan d'actions prioritaires.

Malgré tous ces éléments, il serait prématuré de considérer la recommandation comme prise en compte, en conséquence de quoi elle est maintenue.

8.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST INSUFFISAMMENT EXPLOITE

Le registre a été mis en place en mars 2017 intégrant les items figurant dans l'instruction ministérielle susmentionnée. C'est un tableau *Excel* renseigné par le département d'information médicale (DIM), à partir des données colligées dans le dossier de soins informatisé, l'exploitation étant assurée par le médecin du DIM. Les données sont exploitées annuellement, les résultats faisant l'objet d'une communication au conseil de surveillance et à la CDU. La CME n'est *a priori* jamais consultée sur ces pratiques.

Les données quantitatives figurant dans le rapport annuel 2018 montrent que 35 % de patients (688) placés en SSC ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et de contention. La durée moyenne de séjour serait de 11,7 jours.

Ces données sont à considérer avec beaucoup de circonspection, la consultation du registre étant assez fastidieuse et difficile à exploiter et surtout les données recueillies peu fiables. Dans certaines unités d'hospitalisation lors du contrôle, des patients étaient présents depuis plusieurs semaines voire plusieurs mois, durées très éloignées de la durée moyenne de séjour de 11,7 jours rapportée dans le rapport annuel 2018.

Concernant l'année 2019, le nombre de patients identifiés comme ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement et de contention se chiffre à 678. Rapporté au nombre de SSC ne serait-ce que fin juin (seule donnée disponible) le pourcentage est déjà de plus de 44 %. Une extrapolation conduirait à ce que plus de 60 % des patients en SSC fasse l'objet d'une mesure d'isolement en 2019. Par ailleurs 36 séjours avec mesure d'isolement ont été répertoriés sans qu'il y ait eu de SSC, le patient isolé étant en SL.

Compte tenu du peu de données nationales, il est difficile d'établir des comparaisons mais la proportion de plus de 50 % de patients en SSC faisant l'objet d'une mesure d'isolement doit interroger.

Les mesures de contention sont beaucoup plus difficiles à analyser, celles-ci intégrant des contentions réalisées auprès de personnes âgées pour des raisons de sécurité, ces personnes n'étant pas placées dans des espaces d'isolement. Les mesures de contention concernant les patients placés en isolement sont de fait assez rares.

Aucune analyse des pratiques n'est faite, mais ce rapport fait référence au groupe de travail précité listant les douze recommandations retenues pour limiter ces pratiques.

RECOMMANDATION 21

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre de définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques.

Parmi les observations du directeur du CHR au rapport provisoire, seuls peuvent être retenus comme étant en lien avec la recommandation qui précède les éléments suivants :

« Concernant l'impossibilité de contrôler les modalités de mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention compte-tenu du logiciel inexploitable, nous tenons à préciser que ce logiciel est utilisé dans de nombreux établissements de psychiatrie. Par ailleurs, nous précisons que les données sont difficilement exploitables suite à des erreurs de saisie et surtout absences de saisie des décisions de levée de la mesure. Le CHR a mis en place un COPIL DPI dont l'un des axes prioritaires est la sollicitation accrue des utilisateurs à suivre les bonnes pratiques. » (cf. supra, §.7.2.1 concernant ce comité de pilotage)

Par ailleurs, l'établissement rappelle que le rapport relatif à l'isolement et à la contention a été établi pour l'année 2019.

Enfin, l'établissement répète quels sont ses axes de politique en matière de recours à l'isolement et à la contention.

Ces éléments ne garantissent ni que les modalités d'exploitation du registre ont été modifiées, ni que son analyse sert dorénavant de justification aux actions à mener. C'est pourquoi le CGLPL maintient en l'état sa recommandation.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES SOINS DE GERONTOPSYCHIATRIE SONT PLEINEMENT INVESTIS ET INDIVIDUALISES

Le service de psychiatrie pour personnes âgées (SPPA) fait partie du pôle RRD. Il couvre tous les secteurs attribués au CHR, soit environ la moitié de la population de la Seine-Maritime. Il comprend l'unité d'hospitalisation à temps plein Matisse (vingt lits), un hôpital de jour orienté vers la remédiation cognitive et la rémission des troubles dépressifs de la personne âgée (vingt places), une équipe mobile qui intervient dans les EHPAD. Le service assure également la gérontopsychiatrie de liaison au CHU, et participe à la MAIA²⁵ Rouen Rouvray.

Les contrôleurs ont visité l'unité Matisse, qui assure des hospitalisations programmées – mais accepte parfois un patient passé par l'UNACOR – de patients présentant des pathologies de la personne âgée, notamment des états dépressifs, ou des décompensations psychiatriques en lien ou non avec un état somatique perturbé ou des troubles cognitifs majorés. Les patients présentant une pathologie psychiatrique ancienne et suivis de longue date par leur secteur ne sont pas pris en charge dans cette unité, ce qui n'est pas toujours compris dans les unités pour adultes, où des soignants ont pu dire aux contrôleurs que certains de leurs patients âgés étaient là par défaut, du fait du manque de place à l'unité Matisse.

La DMS est de quarante jours, l'objectif étant de limiter la durée d'hospitalisation, mais lors de la visite, le patient le plus ancien est présent depuis cinq mois. Les sorties se font par retour à l'EHPAD d'origine ou bien à domicile, avec orientation vers l'hôpital de jour.

Au jour de la visite, huit patients étaient hospitalisés en SL et douze en SDDE (quatre SDT, quatre SDTU, quatre SPI). Six étaient sous mesure de protection des majeurs. Aucun n'avait désigné de personne de confiance.

La porte d'entrée de l'unité est fermée mais les circulations intérieures restent ouvertes aussi bien en journée que la nuit. L'unité de plain-pied, rénovée en 2000 et en bon état d'entretien, donne sur un grand jardin intérieur clos dont la porte est ouverte toute la journée jusqu'à 21h30, et dans lequel le goûter ou quelques jeux d'extérieur peuvent avoir lieu aux beaux jours. Les activités thérapeutiques ou occupationnelles (peinture-collage avec un art-thérapeute, cuisine avec des AS, esthétique avec l'infirmière esthéticienne de l'établissement, jeux de société) se déroulent dans l'unique salon au cœur de l'unité, qui est également la salle de télévision, ou dans la salle à manger, mais les soignants regrettent de n'avoir que très peu de temps à y consacrer. Le chat de l'unité circule lui aussi librement dans les locaux, et se laisse caresser par ceux qui le souhaitent. Les portes des chambres sont fermées uniquement sur évaluation clinique : dans la journée, pour des patients clinophiles, la nuit pour certains patients déambulatoires.

Il n'y a pas de CI et il n'a été recouru qu'une fois en dix-huit mois au placement d'un patient dans la CI d'une autre unité.

Les contentions sont pratiquées pour éviter les chutes, par contention pelvienne au fauteuil, barrière de lit ou Securidrap®. Il y a chez les soignants et les médecins un souci perceptible de n'appliquer ces mesures de contention qu'après observation, évaluation et en dernier recours, de s'assurer qu'elles sont prescrites et réévaluées. La chute du lit d'un patient l'année

²⁵ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Elle associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants dans une démarche d'intégration des services d'aide et de soins.

précédente, ayant occasionné le décès de celui-ci, renforce probablement la vigilance des soignants pour éviter les chutes.

Quatorze chambres individuelles et trois chambres à deux lits sont adaptées dans leurs équipements : lits médicalisés (des lits Alzheimer si nécessaire), placards, tables de chevet et chaises ; elles disposent d'une salle d'eau avec douche et WC. Des boutons d'appel viennent d'être mis en place depuis peu, des horloges (digitales) sont présentes dans certaines chambres, les placards ferment à clé. Les contrôleurs ont observé que les WC des chambres n'étaient pas équipés de lunettes, ce qui peut constituer une gêne certaine pour des personnes fragiles et réduites dans leur mobilité et leur souplesse, alors même que des rehausseurs sont disponibles dans une réserve. La cadre de santé a immédiatement recherché les moyens de remédier à ce manque, notamment par le rappel à l'utilisation plus systématique des rehausseurs mais aussi par l'installation de nouvelles lunettes.

Quatre médecins se relaient pour assurer la présence médicale dans l'unité : le PH de l'unité est présent le matin du lundi au samedi, le somaticien est présent deux demi-journées par semaine, un médecin est présent deux jours par semaine jusqu'à 19h, et il est toujours possible de faire venir l'un d'entre eux si besoin.

L'effectif de l'équipe soignante, qui n'est pas assujéti à la « maquette » mise en place dans les unités de psychiatrie générale, permet la présence de quatre soignants matin et après-midi (trois l'après-midi des week-ends), plus un soignant de journée, et de deux soignants la nuit, ce qui du point de vue de la cadre de santé est suffisant, y compris pour faire des accompagnements vers des soins somatiques ou de préparation à la sortie, même si les plannings sont plus difficiles à établir depuis peu. En revanche, il manque un ABN l'après-midi.

L'unité Matisse dispose également d'un ergothérapeute à 0,4 ETP, une assistante sociale à 0,6 ETP, une neuropsychologue à 0,5 ETP et une cadre de santé à 0,6 ETP.

Alors même que les soignants regrettent de ne pas disposer de temps de supervision, les contrôleurs ont pu observer de manière générale une atmosphère d'attention aux patients, de respect de leur intimité, d'ajustement de la prise en charge aux capacités d'autonomie des personnes et de bienveillance de la part des soignants, ce que les patients avec lesquels les contrôleurs se sont entretenus ont confirmé. A titre d'exemple, la prise en compte de l'incontinence est abordée de façon souple et individualisée : les patients, même ceux portant des protections, sont accompagnés plusieurs fois par jour aux toilettes ; il est proposé à certains d'essayer de retirer celles-ci, et la réserve de protections reste en libre-service.

9.2 L'OFFRE DE SOINS DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT, ARTICULEE SUR SON TERRITOIRE, FAIT DEFAUT POUR L'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN DES ADOLESCENTS ET CONTRAINT CES DERNIERS A ETRE PRIS EN CHARGE DANS DES UNITES POUR ADULTES

9.2.1 Présentation du pôle de l'enfant et de l'adolescent

Le pôle de l'enfant et de l'adolescent (PEA) a une des plus importantes files actives du territoire français : 7 800 patients ont bénéficié d'une prise en charge en très grande majorité en hôpital de jour et en ambulatoire, dans un contexte où l'offre de soins libérale est extrêmement limitée. Il couvre tout le Sud-Est du département de la Seine-Maritime et les cantons d'Yvetot et de Gournay-en-Bray, jusqu'à la frontière avec le département de la Somme. La capacité d'hospitalisation à temps plein au-delà du territoire du pôle est réduite, ce qui a des effets

d'attraction vers Rouen, chef-lieu du département et de la région : sept lits pour adolescents au Havre, huit lits de crise à Caen (Calvados).

Le PEA est l'objet d'une convention hospitalo-universitaire CHU/CHR, qui a créé en 2011 une fédération hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (FHUPEA), laquelle est depuis 2012 la partie pédopsychiatrique du groupement de coopération sanitaire CHU/CHR. L'objectif affiché est de mettre en œuvre une filière de soins de pédopsychiatrie capable de couvrir de manière exhaustive le territoire de santé et de structurer un parcours de soins cohérent.

La filière ambulatoire est organisée en quatorze CMP et six HDJ (dont un pour adolescents de dix places : Adosphère), deux CATTP à Yvetot et à Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Maritime), une maison des adolescents sur deux sites à Rouen.

Dans les CMP, la problématique principale est le délai d'attente pour les primo-consultations (des données provisoires indiquent un délai de trois mois). Pour tenter de le réduire, la consultation infirmière a été généralisée. La collaboration avec les centres médico-psycho-pédagogiques²⁶ est facilitée du fait –rare– de la sectorisation de ceux-ci.

La filière « hospitalisation complète et service adolescents » est organisée en trois services :

- le site du CHU :
 - o une unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent (douze lits, unité ouverte fonctionnant onze mois sur douze, accueillant de façon programmée des jeunes de 11 à 17 ans, présentant des troubles du comportement alimentaire, troubles dépressifs graves, des troubles anxieux sévères, des intrications psycho-organiques et des maladies chroniques associant difficultés psychologiques et psychiatriques. Elle ne prend pas en charge, sauf exception, les adolescents dans la suite immédiate d'un accueil aux urgences ou à l'UNACOR) ;
 - o une unité de psychiatrie d'urgence et de liaison (qui voit chaque jour aux urgences de quinze à vingt-cinq enfants et adolescents) ;
 - o la maison des Adolescents ;
- un service intersectoriel comprenant :
 - o l'unité régionale d'hospitalisation pour enfants et adolescents Arthur Rimbaud (URHEA, dix lits) sur le site du Rouvray ;
 - o le service d'accueil familial thérapeutique (SAFT, soixante-six places) ;
 - o un centre de thérapie familiale ;
 - o une équipe de diagnostic de l'autisme ;
- un service pour adolescents comprenant :
 - o l'HDJ Adosphère (dix places) ;
 - o la maison des adolescents site ville ;
 - o l'unité mobile pour adolescents hospitalisés (UMAH, dix places), qui propose des prises en charge en demi-journées ou journées, du lundi au vendredi (bilans psychologiques et neuropsychologiques, scolaires et sociaux, médiations

²⁶ CMPP : centres médico-psycho-pédagogique. Structures médico-sociales qui proposent des consultations et des soins ambulatoires aux enfants et adolescents.

thérapeutiques, temps scolaire, temps de CATTP) avec une organisation des soins qui privilégie la souplesse et l'adaptation. L'UMAH prend connaissance au jour le jour de la liste des patients mineurs présents dans les services adultes par un contact préalable avec l'UNACOR et propose une évaluation médicale conjointe avec les services adultes. Les patients les plus déficitaires ne peuvent pas en bénéficier. Les locaux de plain-pied de l'UMAH sont accueillants, lumineux et en très bon état, bien que l'installation date d'une dizaine d'années. Les salles d'activités sont bien équipées et chaleureuses. Cette unité ouverte dispose d'un jardin où se déroulent certaines activités. L'équipe, partagée au sein du service pour adolescents, est constituée d'un médecin, un cadre de santé, des éducateurs, des infirmiers et des enseignants. La file active de l'UMAH a été de soixante-seize patients en 2018 (quarante-huit patients en 2017) ;

- l'équipe mobile d'appui pour adolescents (EMAA, intervenant en appui des professionnels dans les structures médico-sociales).

9.2.2 L'hospitalisation à temps plein d'enfants et d'adolescents dans une unité spécialisée

L'URHEA Rimbaud sur le site du Rouvray, qui dispose de dix lits, fermée, fonctionne toute l'année. Elle a une vocation héli-régionale (Eure et Seine-Maritime) et accueille de façon programmée pour des durées de quelques jours à trois mois des enfants et pré-adolescents de 5 à 14 ans présentant des pathologies variées : dépression du jeune enfant, schizophrénie précoce, troubles du spectre de l'autisme, troubles de déficit de l'attention, troubles disruptifs avec dysrégulation de l'humeur.

Au jour de la visite, les patients présents ont de 7 à 14 ans. L'unité accueille exceptionnellement des jeunes à 24h ou 48h de leur accueil aux urgences ou à l'UNACOR. Tous les patients sont en soins libres en tant que mineurs.

L'unité est située à l'extrémité Sud-Est du site du CHR, isolé par rapport aux unités pour adultes. Les chambres sont toutes individuelles, six d'entre elles disposent d'une salle d'eau avec douche et WC privatifs, et les quatre autres partagent deux à deux leurs salles d'eau et WC. La partie nuit dispose également d'une salle de bains avec baignoire, actuellement hors d'état mais dont la réfection est prévue fin 2019 sur financement « Pièces jaunes » pour devenir une salle de bain zen et salle de soins sensoriels et esthétiques. La partie nuit, qui n'est pas accessible librement en journée, et la partie jour sont disposées de chaque côté du bureau des soignants, vitré sur trois côtés.

Côté jour, se trouvent sept salles d'activités et une salle à manger, dont une salle d'apaisement appelée « zen » en accès libre et jamais fermée à clé, qui permet un temps de retrait pour un enfant ou un adolescent qui peut s'y rendre lui-même ou auquel elle peut être proposée. Un grand jardin est attenant à l'unité, il dispose de jeux d'extérieur et n'est accessible aux patients qu'en présence d'un soignant. Lors de la visite en début d'après-midi, les dix patients présents étaient occupés à des activités thérapeutiques (prescrites), des activités de médiation (non prescrites) et de scolarité, puis au goûter. L'ambiance était calme. Les adolescents hospitalisés à l'unité Rimbaud peuvent également être adressés à l'UMAH. La gestion de la coexistence de jeunes enfants et d'adolescents ne présente pas de difficultés selon le cadre de santé, l'équipe étant attentive à créer une dynamique de groupe pour les adolescents.

mise en isolement : la salle Kung Fu Panda²⁷ (accès libre, espace d'expression de la colère ou de l'énervernement avec un sac de frappe et un matelas épais) ; la salle zen (accès libre, lieu apaisant, confortable, enveloppant) ; le jardin.

Il liste également les alternatives à l'isolement (repérage des signes précurseurs, entretien individuel, roue des émotions, décroisement entre enfants, espace Kung Fu Panda, espace zen, proposition d'aller en chambre ordinaire, utilisation de l'espace extérieur) et affirme que « la chambre d'hypostimulation » n'est qu'un ultime recours, pour un temps très court, souvent quinze minutes, et fait l'objet d'une surveillance rapprochée ainsi que d'une évaluation clinique à l'issue.

Pour autant, l'équipe de l'URHEA s'engage à mener une réflexion « pour éviter à tout prix le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent ».

Le CGLPL étant particulièrement attentif à ce que cette réflexion d'équipe aboutisse, il maintient la recommandation.

9.2.3 L'hospitalisation des mineurs en unités pour adultes

Comme pour les adultes, l'accueil en urgence des enfants et adolescents en psychiatrie est réalisé indifféremment par le service des urgences au CHU et par l'UNACOR au CHR, sans que les modalités d'orientation vers l'un ou vers l'autre de ces deux services ne soient explicites. Au CHU, l'organisation des urgences se structure entre urgences pédiatriques jusqu'à 16 ans et urgences générales au-delà. Les moins de 16 ans qui nécessitent une évaluation psychiatrique peuvent être admis en pédiatrie au CHU et suivis par l'équipe de liaison de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dépendant du PPEA du CHR. Quand l'âge du patient, ou les caractéristiques de ses troubles, ou la disponibilité des places dans les services de pédiatrie ne lui permettent pas d'y être pris en charge, le patient mineur entre dans le circuit pour adultes.

C'est ainsi qu'au premier jour de la visite des contrôleurs, le 7 octobre 2019, douze patients mineurs étaient hospitalisés dans une unité pour adultes au CHR.

Selon les données recueillies et transmises aux contrôleurs par la direction de l'établissement et par le PPEA, de janvier à septembre 2019 on comptait en moyenne quatorze patients mineurs hospitalisés par jour dans une unité pour adultes, dont l'UNACOR²⁸. Ces données étaient en légère diminution par rapport à 2018. Parmi ces patients mineurs, 2,34 par jour avaient moins de 16 ans, avec une proportion limitée de 12 et 13 ans. L'unité Colonna²⁹ accueillait à elle seule 19 % des mineurs hospitalisés.

S'agissant des hospitalisations en SSC, de janvier 2017 à fin avril 2019, vingt patients mineurs ont été hospitalisés en SDRE, pour un total de trente-neuf hospitalisations (plusieurs hospitalisations multiples, pouvant aller de deux à six pour un même patient), qui se répartissent de la façon suivante :

- neuf en 2017, vingt-quatre en 2018, six en 2019 ;
- trente et une ont concerné treize patients en provenance d'un établissement pénitentiaire et se sont déroulées à l'unité Badinter (cf. §.9.3).

²⁷ La salle Kung Fu Panda était en travaux lors de la visite ; sa mise en service n'avait pas encore eu lieu.

²⁸ Hors l'unité Badinter.

²⁹ Unité Colonna : unité de psychiatrie générale ouverte n'accueillant que des patients en service libre et située au CHU (cf. §.7.1.1).

- huit ont concerné huit patients (dont un précédemment hospitalisé à l'unité Badinter) se sont déroulées dans une unité pour adultes du CHR. Ils étaient âgés de 17 ans (cinq patients), 16 ans (deux patients), 15 ans (un patient).

La prise en charge des jeunes patients mineurs dans les unités pour adultes consiste surtout à assurer une vigilance particulière à leur égard, pour les protéger autant que faire se peut de la confrontation avec les manifestations jugées traumatisantes de la pathologie de patients adultes, ou bien de risques d'agression sexuelle. Ces mineurs sont ainsi placés systématiquement dans des chambres à proximité des bureaux soignants et dans des chambres individuelles. Ils peuvent aussi être placés dans les CI de ces unités, dans les mêmes conditions attentatoires à leurs droits que les adultes (cf. §.8), aggravées encore du fait de leur statut de mineur.

Les soignants se sentent mal armés pour aborder les problématiques présentées par ces jeunes (mise en danger, troubles du comportement, parcours institutionnels lourds), ainsi que pour mettre en place la prise en charge très individualisée qu'ils nécessiteraient.

Dans un contexte où l'hospitalisation des mineurs dans les unités pour adultes est perçue comme inadéquate, l'existence de l'UMAH (cf. *supra* §.9.2.1) semble parfois dédouaner certaines équipes des unités pour adultes d'une réflexion sur la prise en charge globale de ces jeunes, alors même que cette unité mobile intra hospitalière n'intervient qu'en journée. C'est ainsi qu'une jeune fille de 16 ans hospitalisée dans un service fermé n'est sortie de sa chambre que pour les repas durant les six premiers jours, avant de pouvoir se rendre à l'UMAH.

Ce sont les médecins des services adultes qui font – ou ne font pas – une prescription pour un suivi à l'UMAH. Il apparaît que certains ne souhaitent pas faire appel à l'UMAH, considérant disposer des moyens de la prise en charge. Les contrôleurs se sont interrogés sur la nécessité d'une prescription médicale pour un suivi à l'UMAH, alors même que dans un autre domaine, celui des addictions, l'infirmier de liaison en addictologie propose un suivi à un patient entrant dès son séjour à l'UNACOR, qui pourra ensuite se poursuivre en lien avec l'unité dans laquelle le patient sera hospitalisé. Ce caractère incontournable de la prescription peut occasionner un retard ou une absence de mise en place d'un suivi adapté pour des mineurs dont la perte de chance est déjà bien réelle du fait de leur hospitalisation en service pour adultes.

Des incidents graves ont été rapportés aux contrôleurs au sein des unités d'hospitalisation pour adultes, dont des adolescents seraient victimes, constitués de propos et gestes violents de la part de patients adultes, parfois de nature sexuelle, parfois relatifs à la consommation de produits stupéfiants. L'analyse des FEI établies en 2018 et en 2019 ne fait apparaître aucun fait de violence physique entre patients, ce qui exclut *a fortiori* des faits de violence physique ou sexuelle exercés sur un patient mineur, du moins tels que ces faits devraient être tracés par lesdites FEI. Mais il a été établi que le personnel recourt peu au système des FEI (cf. §.3.7.1).

Par ailleurs, toujours en 2018, un seul fait concernant un mineur victime a fait l'objet d'un signalement au procureur de la République en application de l'article 40 du CPP : il s'agissait d'un mineur victime d'une agression sexuelle de la part d'un autre mineur à l'UNACOR.

Le CGLPL n'a donc pas été en mesure, en l'état des informations disponibles, d'objectiver l'existence de violence physique ou sexuelle subie par des patients mineurs de la part de patients majeurs.

Il n'en reste pas moins que les mineurs sont hospitalisés de façon inadéquate et attentatoire à leurs droits dans les unités pour adultes. La prise en charge de journée réalisée par l'UMAH, bien que de qualité, ne peut être considérée comme un palliatif de nature à permettre des soins

adaptés. Ces pis-aller ne sont pas cohérents avec l'objectif affiché par le pôle de « *mettre en œuvre une filière de soins de pédopsychiatrie capable de couvrir de manière exhaustive le territoire de santé et de structurer un parcours de soins cohérent* ».

RECOMMANDATION 23

Les patients mineurs ne doivent pas être accueillis avec des adultes. Le projet d'une unité d'hospitalisation à temps plein pour adolescents porté depuis plusieurs années par le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent permettrait d'assurer l'hospitalisation temps plein et non programmée d'adolescents de 13 à 17 ans dans des conditions adaptées et respectueuses de leurs droits. Il est urgent que ce projet se mette en place.

Dans tous les cas, le suivi des patients mineurs doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.

Le directeur du CHR indique, postérieurement à la visite, qu'une unité pour adolescents va ouvrir début 2021. Après validation du projet par le ministère de la santé, cette unité aura dix lits et 10,5 postes de travail qui seront financés par l'ARS. Parallèlement, une réflexion doit conduire à la mise en place de solutions alternatives à l'hospitalisation des 16/17 ans, réflexion intégrée à celle menée pour élaborer le projet d'établissement.

Le CGLPL en prend acte favorablement mais il serait prématuré de considérer la recommandation comme prise en compte, s'agissant à la fois de spécialiser des locaux et les acteurs de la prise en charge.

9.3 LES PERSONNES DETENUES SONT ESSENTIELLEMENT HOSPITALISEES DANS UNE UNITE SPECIFIQUE MAIS ELLES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACEES EN ISOLEMENT A LEUR ADMISSION

Inaugurée en 2012, l'unité Badinter compte sept lits d'hospitalisation complète (plus trois CI) et accueille les personnes détenues de la maison d'arrêt (MA) de Rouen, du centre de détention (CD) de Val-de-Reuil (Eure) et, depuis 2018, celles du centre pénitentiaire (CP) du Havre.

L'accueil au CHR fait l'objet de deux protocoles : le premier, de 2014, conclu avec les deux premiers établissements pénitentiaires précités et le second, en date du 20 juin 2019, avec le CP du Havre.

Au moment de la visite, quatre patients y étaient hospitalisés, trois condamnés et un prévenu. Un était présent dans l'unité depuis deux mois – séjour entrecoupé d'un retour de 48 heures au CD de Val-de-Reuil – un autre depuis trois semaines, un depuis quatre jours et le dernier était arrivé la veille.

Deux PH et un interne travaillent au sein de l'unité tout en exerçant dans d'autres unités du secteur. Un psychiatre est théoriquement présent dans l'unité de 9h à 12h du lundi au samedi mais, selon les témoignages recueillis, la durée de sa présence est beaucoup plus restreinte. Les soins somatiques sont réalisés par les médecins généralistes du CHR qui se déplacent dans l'unité. Une psychologue intervient à mi-temps dans l'unité.

Le personnel paramédical initialement recruté sur la base du volontariat est désormais le plus souvent affecté d'office ; « *Ça ne se bouscule pas pour venir ici* », les agents se sentent très isolés et les laissés-pour-compte de l'établissement. L'équipe compte une cadre de santé, seize

infirmiers (dont sept hommes), sept AS (dont un homme) et trois ABN ; ils assurent le service de jour et de nuit. L'équipe du matin est composée de deux infirmiers, un AS, un ABN ; celle de l'après-midi de trois infirmiers, un AS, un ABN. Un soignant supplémentaire est présent de 10h à 17h40 les jours d'audience du JLD, les lundis, mercredis et vendredis. La prise en charge de nuit est assurée par un infirmier et un AS.

9.3.1 Les locaux

On accède à l'unité par une entrée unique, utilisée à la fois par les patients détenus et le personnel soignant. L'unité est fermée ; le visiteur doit se signaler par interphone.

L'espace est divisé en deux zones distinctes, séparées par une porte tenue fermée :

- d'une part, aussitôt l'entrée, un espace administratif où se trouvent, pour l'essentiel,
 - o le bureau de la cadre de santé, un salon de visite, les vestiaires du personnel, des toilettes et un portique de détection des masses métalliques ;
- d'autre part, un espace de soins et de vie où on trouve successivement :
 - o un office destiné aux personnels, une salle pour la réception et la préparation des repas (remise en température), une salle à manger vitrée faisant face à un vaste salon ouvert (équipé d'un téléviseur, d'un baby-foot et d'un vélo d'appartement) ouvrant sur le fumoir et la cour de promenade ;
 - o un bureau de consultation médicale, le bureau – vitré – des infirmiers et la salle de soins ;
 - o enfin, séparées du reste par une porte tenue ouverte en journée, les sept chambres individuelles et les trois chambres d'isolement, une buanderie, un local de stockage du linge.



Vues du salon, du fumoir et de la cour

L'ensemble est fonctionnel et en très bon état d'entretien.

Les chambres sont toutes individuelles et lumineuses. Leur aménagement témoigne d'une volonté de différencier l'univers hospitalier de l'univers carcéral : chaque porte est munie d'un dispositif avec digicode individuel choisi par le patient, le fenestron permettant la surveillance est muni d'un cache, les fenêtres sont équipées d'un barreaudage en fer forgé.

Le mobilier est constitué d'un lit, d'une table-bureau et d'un tabouret tous fixés au sol, d'une armoire vissée au mur et d'un téléviseur enfermé dans un cache de protection. Un bouton d'appel permet de signaler un incident. Chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette indépendant, équipé d'une douche avec flexible, d'un lavabo surmonté d'un miroir, d'un WC en faïence avec abattant et d'une VMC³⁰.

³⁰ VMC : Ventilation Mécanique Contrôlée.



Une chambre et une chambre d'isolement

9.3.2 La prise en charge

La procédure d'admission et d'hospitalisation est décrite dans le règlement intérieur de l'unité, dans une procédure datée de 2013 et dans la convention signée avec le CP du Havre (*cf. supra*).

Concernant la MA de Rouen et le CD de Val-de-Reuil, les demandes d'admission sont, dans la mesure du possible, anticipées grâce à la collaboration étroite qu'entretiennent les équipes psychiatriques des deux établissements pénitentiaires avec l'unité Badinter. Aucun formalisme n'est exigé quant à la demande. En revanche, pour le CP du Havre, un accord écrit par mail doit être donné par le PH de l'unité Badinter à l'unité sanitaire de la prison.

La réponse à une demande d'admission est formulée dans la journée ; il n'y a jamais de refus de principe, seule la date peut être différée, lorsque l'unité est complète. Dans ce cas, le patient est admis dans une autre unité du CHR, où il est placé en isolement, jusqu'à son accueil à Badinter. Une proportion non négligeable de patients transite d'abord dans une autre unité – pour une durée le plus souvent inférieure à 36 heures et où ils sont systématiquement hébergés en CI – avant qu'une place se libère à l'unité Badinter : entre le 1^{er} janvier au 17 octobre 2019, tel a été le cas pour 59 % des patients hospitalisés à Badinter.

Il est prévu que l'administration pénitentiaire porte à la connaissance du CHR les éléments nécessaires à l'appréciation de la dangerosité ou de la vulnérabilité des personnes détenues ; la fiche pénale, le niveau d'escorte et les documents relatifs au droit de visite et aux numéros de téléphone autorisés des personnes détenues à la MA de Rouen et au CD de Val-de-Reuil sont généralement transmis avant l'arrivée de l'intéressé, ceux des personnes détenues au CP du Havre, au moment de leur arrivée à l'unité Badinter. Le CGLPL rappelle que la fiche pénale n'a pas à être communiquée.

Une fois l'arrêté préfectoral reçu par l'établissement, une équipe constituée d'un chauffeur et de deux soignants de l'unité Badinter (un homme et une femme) se déplace à la MA de Rouen ou au CD de Val-de-Reuil dans une ambulance obligatoirement équipée pour un transport couché. Selon les informations fournies aux contrôleurs, le patient est systématiquement contentonné (ceinture ventrale, poignets et chevilles) et sédaté pendant le transport ; une escorte policière peut être décidée par l'administration pénitentiaire. Les patients détenus au CP du Havre (distant d'environ 90 km du CH du Rouvray) sont transportés par des soignants de l'unité d'accueil et de crise de l'hôpital Pierre Janet du Havre.

RECOMMANDATION 24

Les modalités de transport d'un patient détenu par les soignants depuis l'établissement pénitentiaire doivent être adaptées à l'état clinique de celui-ci.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement précise que la procédure P/DAF/01/D décrit les modalités de transport d'un patient détenu comme devant être individualisées au moyen :

- du certificat médical réalisé par un médecin généraliste, s'accompagnant d'un examen médical et d'un examen psychiatrique d'évaluation clinique systématique avant le départ, précisant le degré de médicalisation et de sécurisation du transport ;
- de l'adaptation du lieu d'attente du patient au sein de l'établissement pénitentiaire (cellule habituelle, cellule protégée, unité de soins, etc. ;
- de la prescription individualisée ponctuelle d'un traitement oral destiné avant tout au confort du patient durant son transport mais aussi adaptée à son état de sthénicité éventuelle afin de le protéger et de protéger l'équipe de transport ;
- de la fiche de liaison individualisée précisant l'état du patient et les thérapeutiques administrées ainsi que leurs horaires ;
- du recours nécessaire à une escorte policière du fait d'un état clinique menaçant ;
- du maintien ou non d'un soignant auprès du patient, en fonction de la clinique, dans l'attente de l'arrivée de l'équipe de soins assumant le transfert.

Si l'existence de cette procédure complète l'information des contrôleurs, il n'en reste pas moins que le transfert en lui-même, systématiquement couché, contentionné, sédaté (ainsi que l'ont expliqué des professionnels) ne constitue pas une modalité individualisée de transport. En conséquence, la recommandation est maintenue.

Les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement à leur arrivée (qui a toujours lieu en fin de journée) pour une durée d'observation comprise entre 12 et 24 heures.

RECOMMANDATION 25

Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours, y compris pour les patients détenus ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

L'établissement n'apporte aucune réponse en lien avec cette recommandation dans ses observations communiquées suite à la transmission du rapport provisoire.

La journée est très structurée ; l'emploi du temps ménage des temps libres, des temps collectifs et des temps de repos obligatoire. L'accès aux chambres est limité, répondant à la fois à des nécessités pratiques (ménage), de socialisation (pas d'accès aux chambres pendant les activités thérapeutiques), de santé et/ou d'organisation.

L'accès à l'extérieur est possible sur demande, en dehors des activités programmées, dans une cour fermée et sécurisée, accompagné d'un soignant. La cour est aussi utilisée pour des activités

de détente ou sportives. L'accès à l'espace fumeur est possible, sur demande. Les patients peuvent bénéficier de deux appels téléphoniques de 20mn et d'une visite de 30mn par semaine. Aucune activité n'est organisée en dehors de l'unité compte tenu du statut des patients. Les seules sorties autorisées sont liées à des nécessités thérapeutiques (examen médical) ou des exigences judiciaires (audience).

Les activités sont laissées au libre choix des patients au cours de la matinée et en fin d'après-midi. En revanche, une activité obligatoire, animée par les soignants, est programmée du lundi au vendredi de 15h à 16h30. En cas de refus de participer à une activité obligatoire, le patient retourne dans sa chambre, sans possibilité de regarder la télévision.

La sortie s'effectue selon des critères exclusivement médicaux et s'organise en lien avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaire. Le retour du patient vers la prison incombe aux services pénitentiaires qui doivent, dès réception de l'arrêté de mainlevée, procéder au rapatriement. Selon les informations fournies, les patients subissent systématiquement, avant de quitter l'unité, une fouille intégrale effectuée par l'escorte pénitentiaire dans le salon de visite et repartent toujours menottés et parfois entravés.

10. CONCLUSION

Le contrôle du CGLPL met en lumière des atteintes aux droits fondamentaux liées à l'indignité de certaines installations d'hébergement, aggravée par la suroccupation des lits, ainsi qu'à la fermeture de la presque totalité des unités visitées qui entrave la liberté d'aller et venir de tous les patients, quel que soit leur état clinique.

Au cours de l'hospitalisation, l'information des patients – particulièrement en soins sans consentement et sur leurs droits notamment – est lacunaire et l'offre d'activités ne parvient pas à toucher la majorité d'entre eux.

L'attention des contrôleurs s'est arrêtée sur l'hospitalisation d'adolescents dans les unités pour adultes. Si les contrôleurs n'ont pas trouvé trace de la plupart des incidents qui leur ont été rapportés, les conditions actuelles de leur prise en charge, assurément non adaptées à leurs besoins et déstabilisatrices pour les équipes, portent atteinte aux droits de l'enfant et doivent amener l'établissement à adapter ses capacités de soins vis-à-vis de cette tranche de la population.

Enfin, concernant l'isolement, force est de constater que la loi de 2016 et l'ensemble des recommandations de bonne pratique de la HAS ne sont pas appliquées. Les conditions matérielles de déroulement des mesures d'isolement sont à tout le moins disparates, certaines indignes, et s'accompagnent de la mise à nu intégral en cas de risque suicidaire. Des enfants et adolescents sont placés en isolement, parfois dans des unités pour adultes. Les personnes détenues sont systématiquement placées en isolement alors qu'une unité sécurisée les accueille. La mauvaise qualité du registre d'isolement et de contention ne permet pas d'analyser les pratiques, analyse qui, de toute façon, n'existe pas au jour de la visite.

Eu égard à la gravité de ces constats, la Contrôleure générale a publié des recommandations en urgence au journal officiel du 26 novembre 2019, auxquelles la ministre des solidarités et de la santé a répondu le 22 janvier 2020. Elle annonce notamment le fonctionnement en novembre 2020 d'une unité de prise en charge des adolescents, une réflexion en vue d'aboutir à l'ouverture d'une partie des unités d'hospitalisation pour adultes en associant l'ensemble des professionnels de l'établissement, des actions destinées à modifier les pratiques de recours à l'isolement, etc.

L'ensemble des constats effectués par le CGLPL est probablement à rattacher à l'absence de portage d'une vision collective d'établissement, manifestée par l'absence de documents institutionnels fondateurs pour l'activité des services, des pôles, de l'établissement et pour l'activité des médecins et des soignants. Cela laisse libre cours à des pratiques aussi nombreuses que les unités et les professionnels qui y travaillent et certaines pratiques dégradent la qualité des soins en portant atteinte aux droits des patients.

Les entretiens réalisés par les contrôleurs lors de la visite, au cours desquels des réflexions individuelles fortement imprégnées de bienveillance se sont aussi exprimées, et la qualité de l'accueil reçu laissent augurer de la possibilité de ce travail collectif.

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