



Rapport de visite :

30 novembre au 3 décembre 2020 – 1^{ère} visite
Clinique Val-Dracy à Dracy-le-Fort

(Saône-et-Loire)



SYNTHESE

Trois contrôleurs ont visité la clinique Val-Dracy (CVD), située à Dracy-le-Fort (Saône-et-Loire) du 30 novembre au 3 décembre 2020.

Un rapport provisoire a été adressé le 11 mai 2021 à la direction de l'établissement, au préfet du département, aux chefs de juridiction et au directeur général de l'agence régionale de santé. Seule la direction de l'établissement a, le 7 juin 2021, adressé des observations au CGLPL. Ces observations sont intégrées dans le présent rapport.

La CVD est un établissement de soins psychiatriques privé à but lucratif habilité à accueillir des patients en soins sans consentement (SSC) sur décision du directeur de l'établissement – à l'exclusion des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat – afin, essentiellement, d'accueillir des patients ne pouvant pas, faute de place, être pris en charge par le centre hospitalier (CH) de Mâcon ou le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Sevrey, tous deux également situés en Saône-et-Loire

L'établissement dispose de 140 lits et places pour adultes ; quatre-vingt-dix lits d'hospitalisation en soins libres sont installés dans trois unités de soins ouvertes et une unité fermée de trente lits héberge les patients en SSC.

Au moment de la visite, l'unité fermée allait être transférée dans un nouveau bâtiment encore en cours de construction ; selon les informations transmises par la direction de l'établissement en réponse à l'envoi du rapport provisoire, il devait ouvrir le 29 juin 2021. L'ouverture de ce bâtiment devrait être de nature à améliorer les conditions matérielles d'accueil et de vie des patients en SSC et à réduire les restrictions aux libertés individuelles dénoncées dans le présent rapport.

En effet, les locaux de l'unité fermée sont globalement inadaptés ; ils ne disposent pas de pièce de vie collective, de bureau d'entretien, de salle d'activités ni de salon de visite des familles. La plupart des chambres et des sanitaires sont dépourvues du mobilier et des équipements nécessaires.

La liberté d'aller et venir des patients est entravée. L'unité est fermée, les patients ne disposent au moment de la visite d'aucune possibilité d'en sortir ; hors période de crise sanitaire, ils doivent être accompagnés par un personnel soignant. La cour grillagée d'aspect carcéral, seul espace extérieur accessible, est en permanence fermée à clé par peur des fugues ; seuls les patients fumeurs peuvent y accéder neuf fois par jour, accompagnés, pour fumer une des neuf cigarettes autorisées quotidiennement.

Au moment du contrôle, aucune visite des proches n'est autorisée alors qu'elles ont repris pour les patients en soins libres.

Les contrôleurs relèvent une méconnaissance du patient en tant que sujet de droit. Les décisions d'hospitalisation prises par le directeur de l'établissement sont fréquemment antidatées. En effet, après la fermeture du secrétariat à 17h, elles ne sont rédigées au mieux que le lendemain, deux jours après si elles interviennent avant le week-end, voire plus si le lundi est férié. Le formulaire « *de notification de la décision et des droits* » est souvent remis très tardivement au patient et, parfois, selon les témoignages recueillis, jamais remis. Les patients ne bénéficient pas d'une information orale concluante sur leurs droits et voies de recours. Ce manque d'information n'est pas compensé par les informations du livret d'accueil qui ne contient que peu d'éléments utiles aux patients en SSC et aucun affichage ne pallie ces carences.

Les contrôleurs ont constaté une absence de projet d'établissement et de véritable projet médical. Si les patients bénéficient chaque jour d'un entretien avec un médecin psychiatre, aucune réunion clinique n'associe l'ensemble des acteurs du projet individuel de soins qui n'est donc pas élaboré de façon pluridisciplinaire. L'effectif soignant présent quotidiennement auprès des patients est insuffisant et les activités thérapeutiques sont totalement interrompues depuis l'épidémie de coronavirus pour les patients en SSC alors qu'elles ont repris pour les patients en soins libres.

Au moment du contrôle, l'établissement n'a pas engagé de réflexion institutionnelle sur l'isolement et la contention, qu'il s'agisse tant du recours à ces mesures que des modalités de leur mise en œuvre.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 37

Le service des urgences de Mâcon s'est investi depuis cinq ans dans la prise en compte des restrictions de liberté pour les patients pris en charge, dont ceux relevant de soins de psychiatrie sous contrainte.

BONNE PRATIQUE 2 37

L'examen clinique effectué par le somaticien est protocolisé et complet.

BONNE PRATIQUE 3 40

Une grande diversité d'activités thérapeutiques est habituellement proposée aux patients.

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 13

Les effectifs de soignants présents auprès des patients doivent être suffisants pour permettre l'exercice des soins de psychiatrie, y compris les activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soin.

RECOMMANDATION 2 13

Les rythmes de travail doivent garantir non seulement une présence mais aussi une disponibilité et une vigilance suffisantes du personnel, tant en journée que de nuit ou en fin de semaine.

RECOMMANDATION 3 14

Tout infirmier postulant pour un service en psychiatrie doit suivre un cursus de formation spécialisée d'une durée d'au moins six mois.

RECOMMANDATION 4 15

L'établissement doit mettre en place un comité d'éthique qui doit être saisi de toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 5 16

La notification des décisions et l'information des patients sur leurs situation juridique, droits, voies de recours et garanties offertes doivent intervenir sans délai.

Les informations relatives aux droits des personnes admises sans consentement devraient être affichées dans l'unité et accompagnées des coordonnées des autorités et institutions pouvant être saisies ou avec lesquelles le patient peut communiquer.

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise au patient tant lors de son admission que tout au long de son hospitalisation.

RECOMMANDATION 6 18

Le document d'information relatif au choix de la personne de confiance doit être complété et purgé de ses informations erronées.

La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment écrit à cette désignation.

RECOMMANDATION 7 21

Les membres de la CDSP doivent être désignés par les autorités compétentes et la commission doit se réunir pour assurer ses missions dans l'intérêt des patients.

RECOMMANDATION 8 22

Les décisions d'admission, de prise en charge, de modification de la forme de la prise en charge et de maintien des mesures de privation de liberté prises au nom du directeur général, doivent être signées par un membre de l'encadrement administratif supérieur dûment habilité, dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés.

RECOMMANDATION 9 23

Les patients admis en soins sans consentement doivent être enregistrés dans le registre de la loi dans les 24 heures de leur admission et toutes les informations légales prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique doivent y être portées dans les meilleurs délais.

RECOMMANDATION 10 28

La liberté d'aller et venir doit être la règle y compris pour les patients en soins sans consentement ; les restrictions doivent être individuelles et dûment motivées par l'état clinique des patients. Les patients doivent pouvoir librement accéder à un espace extérieur, pour s'aérer, marcher, se détendre, profiter d'un environnement naturel ou pratiquer une activité physique.

RECOMMANDATION 11 29

Les restrictions aux libertés individuelles des patients doivent demeurer exceptionnelles et toujours être justifiées par leur état de santé.

RECOMMANDATION 12 29

La clinique doit garantir aux patients un accès à un poste téléphonique dans des conditions garantissant la confidentialité des conversations.

RECOMMANDATION 13 30

Une réflexion institutionnelle sur la sexualité doit être entreprise et aboutir à des conduites à tenir pratiques dans le service et une information dans les règles de vie.

RECOMMANDATION 14 32

L'inventaire des objets retirés doit être signé par le soignant y procédant et la personne, de manière contradictoire.

RECOMMANDATION 15 36

Un registre spécifique de l'isolement et de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

RECOMMANDATION 16 37

Le retrait de biens personnels du patient doit répondre à des motivations cliniques décidées au cas par cas par le psychiatre.

RECOMMANDATION 17 38

Des réunions cliniques régulières associant l'ensemble des acteurs du projet de soin doivent être mises en place.

RECOMMADATION 18 40

Les activités thérapeutiques, réoffertes pour les patients en soins libres, doivent l'être aussi pour les patients en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 19 42

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

RECOMMANDATION 20 43

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme dans son projet médical l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

RECOMMANDATION 21 44

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques au strict nécessaire.

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 28

Toutes les chambres doivent disposer d'un système de fermeture de la porte empêchant les intrusions.

RECO PRISE EN COMPTE 2 29

Les visites des proches doivent être remises en place pour les patients hospitalisés sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 3 33

Des placards fermant à clef doivent être à la disposition des patients dans chaque chambre.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	9
1. CONDITIONS DE LA VISITE	9
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	10
2.1 Habilité à recevoir des patients hospitalisés sans consentement sur décision du directeur, l'établissement joue sur le territoire un rôle supplétif du service public	10
2.2 L'activité dégage une rentabilité moyenne de plus de 15 %.....	11
2.3 Si le personnel médical intervient en nombre amplement suffisant, il n'en va pas de même s'agissant des effectifs en personnel soignant.....	11
2.4 Les mesures de soins sans consentement représentent près d'un tiers des séjours en hospitalisation complète	15
2.5 L'établissement n'a pas mis en place de comité d'éthique	15
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	16
3.1 L'information des patients en SSC n'est pas satisfaisante	16
3.2 les événements indésirables et les plaintes, peu nombreux, sont pris en compte par l'établissement	17
3.3 La personne de confiance n'est pas informée de sa désignation	18
3.4 Le droit de faire appel à un représentant du culte de son choix est reconnu au patient.....	18
3.5 L'assistante sociale est impliquée dans les démarches de protection judiciaire	19
3.6 La confidentialité de l'hospitalisation a fait l'objet de procédures formalisées mais n'est pas connue des patients ni des soignants.....	19
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	21
4.1 la place des usagers dans la vie de l'établissement est organisée malgré l'inexistence de la commission départementale des soins psychiatriques.....	21
4.2 Le registre de la loi, renseigné tardivement, ne contient pas toutes les mentions prévues par la loi	22
4.3 La sortie est préparée par différents intervenants sans recours à la mise en place de programme de soins	23
4.4 Le recours au juge des libertés et de la détention est exercé dans le respect des droits des patients	24
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	27
5.1 La liberté d'aller et venir et venir des patients est extrêmement limitée	27
5.2 les restrictions de la vie quotidienne sont nombreuses.....	28
5.3 L'interdiction des visites compromet le maintien des liens avec les proches	29

5.4	La vie sexuelle des patients n'est pas un sujet débattu par l'institution	29
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	31
6.1	Les locaux de l'unité sont inadaptés mais cette dernière doit être hébergée dans un nouveau bâtiment début 2021	31
6.2	Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes.....	32
6.3	Les biens des patients sont difficilement accessibles et peu protégés dans les chambres	32
6.4	Le déjeuner est pris une heure plus tôt que l'horaire indiqué dans le livret d'accueil	33
7.	LES SOINS.....	35
7.1	Les prises en charge aux urgences du centre hospitalier de Mâcon sont attentives au respect des droits des patients.....	35
7.3	L'accès aux soins somatiques est assuré	40
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	42
8.1	Les chambres d'isolement ne répondent pas à tous les critères du respect de la dignité	42
8.2	Les pratiques d'isolement et de contention ne constituent pas une priorité dans la politique de l'établissement	43
8.3	Le registre n'est pas analysé.....	44
9.	CONCLUSION.....	45

RAPPORT

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Luc Chouchkaïeff, contrôleur ;
- Patrice Duboc, contrôleur ;
- Agnès Lafay, contrôleure ;
- Bruno Rémond, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée de la clinique Val-Dracy située à Dracy-le-Fort (Saône-et-Loire) du 30 novembre au 3 décembre 2020.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement, situé impasse Paul Frédéric de Cardon, le 30 novembre à 15h. Ils ont été reçus par la directrice administrative et le directeur financier auxquels ils ont présenté la mission.

Une réunion de restitution s'est tenue le 3 décembre à 10h30.

Le directeur de cabinet du préfet de Saône-et-Loire, l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté, la présidente du tribunal judiciaire de Chalon-sur-Saône ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont été avisés de ce contrôle.

Une salle de travail et les documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans l'unité accueillant les patients en soins sans consentement.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas sollicité d'entretien.

Un rapport provisoire a été adressé le 11 mai 2021 à la direction de l'établissement, au préfet du département, aux chefs de juridiction et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Seule la direction de l'établissement a, le 7 juin 2021, adressé des observations au CGLPL. Ces observations sont intégrées dans le présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 HABILITE A RECEVOIR DES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT SUR DECISION DU DIRECTEUR, L'ETABLISSEMENT JOUE SUR LE TERRITOIRE UN ROLE SUPPLETIF DU SERVICE PUBLIC

La clinique Val-Dracy (CVD) est un établissement de soins psychiatriques privé à but lucratif. Il s'agit d'une société par actions simplifiée (SAS), détenue à 100 % par une société à responsabilité limitée (SARL), « *JL Participations* », dont le gérant est médecin psychiatre et dispose du mandat de président de la CVD. Il est également le directeur médical de la clinique.

Dracy-le-Fort est une commune de 1 300 habitants située à 7 km de Chalon-sur-Saône, accessible principalement en voiture même si quelques rares autobus font quotidiennement la navette entre les deux villes. La clinique est implantée à proximité d'une clinique orthopédique sur un vaste terrain entouré de prés et de champs.

Le projet de construction de la CVD a été déposé en janvier 2006 à l'ARS ; après deux années de travaux la clinique, d'une capacité de 120 lits, a ouvert ses portes en avril 2013 et n'était alors autorisée qu'à accueillir des patients en soins libres (SL).

Peu après l'ouverture des portes, l'ARS a habilité l'établissement à accueillir des patients en soins sans consentement (SSC) sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), à l'exclusion des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) afin, essentiellement, d'accueillir des patients ne pouvant pas, faute de place, être pris en charge par le centre hospitalier (CH) de Mâcon (Saône-et-Loire) ou le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Sevrey (Saône-et-Loire). Une unité fermée de trente lits pour les patients en SSC a donc été aménagée en urgence dans l'une des quatre unités existantes. Seule cette unité fait l'objet d'une visite, les autres unités accueillant exclusivement des patients en soins libres.

L'établissement s'inscrit dans le dispositif sanitaire bourguignon et, sous le contrôle de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté, il participe aux priorités régionales de santé. Non sectorisée, la clinique concourt, dans le département, avec le CH de Mâcon et le CHS de Sevrey, à l'offre de soins en psychiatrie adulte et joue un rôle supplétif du secteur public.

L'établissement dispose de 140 lits et places pour adultes. Trois types de prises en charge sont identifiés : quatre-vingt-dix lits d'hospitalisation en soins libres sont installés dans trois unités de soins ouvertes (HA1, PPA et PC), une unité fermée de trente lits (HA2) est réservée aux SSC (au moment de la visite, vingt-six patients y étaient hospitalisés) et une unité accueille vingt places d'hospitalisation de jour. Par ailleurs, la clinique coanime, avec le CH de Mâcon, un hôpital de jour (HJ) à Paray-le-Monial (Saône-et-Loire).

Au moment de la visite, un nouveau bâtiment, encore en cours de construction et situé à proximité du bâtiment principal, devait ouvrir un mois plus tard – selon les informations fournies par la direction – et héberger le service fermé désormais renommé « service Platinium ». Ce nouveau bâtiment n'entraîne pas d'augmentation de la capacité d'accueil de l'établissement, l'ancienne unité d'hospitalisation des patients en soins sans consentement devant être réaménagée et accueillir des bureaux de consultation et des salles d'activités. Lors de la réunion de restitution, les contrôleurs ont émis des réserves sur certains aménagements de cette nouvelle unité (absence de cloisonnement des sanitaires dans les chambres et en chambres d'isolement, impossibilité d'ouvrir les fenêtres des chambres et absence de verrou de confort) et invité la direction à procéder à des modifications avant l'ouverture.

2.2 L'ACTIVITE DEGAGE UNE RENTABILITE MOYENNE DE PLUS DE 15 %

Il n'y a pas de budget ni de comptabilité analytique spécifiques à l'unité de soins sans consentement dite unité HA2. Il a été tenté d'en reconstituer la structure puisqu'elle se différencie peu des autres unités, où sont accueillis les patients en soins libres.

Avec un taux d'occupation constamment supérieur à 90 % (93,6 % en 2019) et malgré un prix de journée en légère érosion, les recettes d'activité de l'unité s'établissent à plus de 4 M € par an. Le budget prévisionnel pour 2020 anticipe une baisse de 5,6 % par rapport aux produits de l'exercice 2019 (-2,8 % rapporté à l'exercice 2018, où le taux d'occupation a été de 91,6 %).

La part du budget d'investissement hors immobilier, sur la période de 2018 à 2020, représente environ 1,8 % des recettes d'activité.

Les charges à caractère général et hôtelier sont en augmentation maîtrisée : +15,4 % pour 2018/2017 ; +3,6 % pour 2019/2018 et +2 % pour 2020/2019. Elles représentent environ 40 % des recettes d'activité.

La masse salariale représente moins de 30 % des produits d'activité (27 % pour l'exercice 2019 et une prévision de 29,7 % pour 2020). Elle est en légère croissance : 3,4 % pour 2018/2017 ; 1,7 % pour 2019/2018 et 2,8 % pour 2020/2019. Cette croissance est concentrée sur la rémunération du personnel médical.

Les charges de personnel non médical sont prévues augmenter de moins de 1,9 % en 2020 par rapport à 2018 et 2019. Avec un montant estimé de 157 k€ pour 2020, soit un peu plus de 14 € par jour et par lit, elles ne représentent que 4 % du prix de journée. Cela n'est pas sans conséquence sur les effectifs de soignants présents auprès du patient et sur la qualité de la prise en charge, et peut être regardé comme insuffisant.

Cependant l'excédent brut d'exploitation (33,97 % en 2017 ; 27,23 % en 2018 ; 27,47 % en 2019 et une prévision de 21,35 % pour 2020) et la capacité d'autofinancement importante ont permis des apports au fonds de roulement de 16,2 % en 2017, 16 % en 2018, 16,7 % en 2019 et un apport prévu de plus de 13 % pour 2020.

2.3 SI LE PERSONNEL MEDICAL INTERVIENT EN NOMBRE AMPLEMENT SUFFISANT, IL N'EN VA PAS DE MEME S'AGISSANT DES EFFECTIFS EN PERSONNEL SOIGNANT

2.3.1 Effectifs

1. Médecins psychiatres

Pour l'ensemble de la clinique, onze médecins psychiatres libéraux, dont cinq ont leur cabinet sur le site même, interviennent et suivent chacun leurs patients sur la durée ; tous sont conventionnés en secteur 1.

Tous les patients sont rencontrés quotidiennement, pour une visite de « cure intensive » pendant les quinze premiers jours, pour des visites « de surveillance » ensuite.

En cas de nécessité, il est prévu que des consultations psychiatriques puissent avoir lieu à tout moment, de nuit comme le week-end : une astreinte est assurée jusqu'à 18h, au-delà de laquelle le psychiatre référent du patient concerné est consulté par téléphone.

2. Médecins somaticiens

L'établissement rémunère deux médecins somaticiens sous contrat (1,3 équivalent temps plein-ETP), l'un étant présent de 8h30 à 16h30 et l'autre de 16h30 à 20h30.

Un examen somatique « complet » est systématiquement réalisé à l'admission, et de même en cas de décision de mise en isolement ou de contention. Des examens plus restreints, notamment à propos de diabète, de risque de phlébite ou d'embolie, de contraception, sont effectués au besoin ou à la demande.

Un anesthésiste a été recruté sous contrat à durée indéterminée (à 0,5 ETP) à partir de 2019 pour permettre la mise en œuvre de l'électroconvulsivothérapie.

3. Pharmacien

Le processus est en cours pour un recrutement (0,5 ETP) d'un pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur (PUI).

L'actuel pharmacien par intérim est assisté d'un préparateur.

4. Personnel soignant

Pour l'unité HA2, l'équipe soignante, depuis le 1^{er} juillet 2019, est composée de dix soignants de jour (sept infirmiers diplômés d'état – IDE – et trois aides-soignants – AS) en service de 12 heures avec 1 heure de pause, et quatre de nuit (deux IDE et deux AS).

Elle était précédemment de seize soignants, douze de jour et quatre de nuit, en service de 8 heures.

Le roulement pour l'équipe de jour s'organise dorénavant sur 5 semaines, comprenant deux week-ends de service sur la période.

Pour l'équipe de nuit, il s'organise par duos d'une IDE et une AS, sur cinq semaines également, avec alternance de « grande semaine » de cinq nuits et « petite semaine » de deux nuits.

De jour, sont ainsi présents dans l'unité un IDE et un AS de 7h à 20h ainsi que un IDE et un AS de 8h à 21h, soit cinq ETPR¹ dont une IDE en congé de maternité, non remplacée.

De nuit, sont présents un IDE et un AS de 20h40 à 7h20, soit quatre ETPR dont un IDE actuellement et au moins jusqu'au 20 décembre en congé pour accident de travail.

Les transmissions ont lieu de 7h à 7h20 et de 20h40 à 21h.

Le jeudi, un renfort d'un ou deux soignants (IDE ou AS) peut venir d'autres unités pour pallier ou prévenir d'éventuelles difficultés.

L'encadrement est assumé par un IDE.

Ce sont donc des effectifs minimaux et qui ne garantissent pas une disponibilité suffisante pour trente patients (cf. § 7.2), dont certains voire plusieurs peuvent se révéler difficiles à prendre en charge simultanément.

Au demeurant, la fréquence des accidents de travail est significative, et les causes sans doute à chercher dans le faible nombre des agents présents et un défaut de formation à la gestion de la violence. Le détail et l'analyse précise des accidents de 2020 et de 2019 n'ont pas été fournis, mais on peut cependant remarquer pour l'unité HA2 que neuf accidents (dont quatre sans arrêt de travail) ont été déclarés en 2018, tous à l'occasion d'une « maîtrise d'un patient agité » inadaptée,

¹ ETPR : équivalent temps plein rémunéré

trois dont deux sans arrêt de travail en 2017, mais treize (dont huit sans arrêt de travail) en 2016 pour les mêmes causes et un seul pour une autre cause.

RECOMMANDATION 1

Les effectifs de soignants présents auprès des patients doivent être suffisants pour permettre l'exercice des soins de psychiatrie, y compris les activités thérapeutiques et occupationnelles intégrées au projet de soin.

Sur ce point la direction de l'établissement précise : « *Les plannings de travail sont de 12 heures/jour. L'effectif par jour est de 4 soignants (IDE, AS) au minimum, pouvant aller jusqu'à 6 professionnels. Les plannings de travail sont de 10h40/nuit. Deux soignants (1 IDE et 1 AS) sont présents dans le service. Une soignante « roulante » est affectée sur l'ensemble de l'établissement, elle intervient pour surcharge de travail ou besoins identifiés (situation à risque, ...). Un déménagement dans une autre structure est prévu le 29/06/2021, les effectifs prévus augmentés. Pour la nuit : 3 soignants ETP* ».

En cas d'absence au sein de l'équipe, il est recouru au volontariat pour effectuer des heures supplémentaires. Le service ordinaire étant en 12 heures, ce palliatif ne peut pas être considéré comme satisfaisant.

RECOMMANDATION 2

Les rythmes de travail doivent garantir non seulement une présence mais aussi une disponibilité et une vigilance suffisantes du personnel, tant en journée que de nuit ou en fin de semaine.

La direction note dans ses observations : « *Les plannings de 12 heures de jour sont établis sur 5 semaines respectant un nombre maximum de 2 jours travaillés consécutifs, l'agent travaille 2 WE sur 5. Les plannings de travail sont validés par les délégués du personnel et respectent le Code du travail* ».

Un pool de remplacement polyvalent est également prévu pour remédier aux absences au sein de la clinique, composé de deux IDE et six AS.

Chaque année la clinique reçoit plusieurs stagiaires de 2^{ème} et 3^{ème} année d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) mais qui ne sont pas prioritairement affectées à l'unité HA2.

5. Agents d'entretien et de restauration

L'hygiène des locaux est assurée par deux agents des services hospitaliers (ASH) ; une troisième effectue également le service lors des repas.

Un agent polyvalent titulaire de « l'habilitation électrique » est affecté à la petite maintenance quotidienne des locaux ; il assure également la conduite du véhicule de l'établissement pour conduire les patients concernés aux audiences du juge des libertés et de la détention (cf. § 4.4.1)

L'essentiel de la maintenance générale du bâtiment est externalisé.

Est également externalisée la production des repas, réalisée en liaison froide.

6. Psychologue et assistante sociale

Les activités thérapeutiques (cf. § 7.2), pour l'ensemble de la clinique (SSC, SL et HJ) sont prises en charge par une psychologue et deux aides-soignantes ; une partie importante est confiée à des intervenants extérieurs.

7. Personnels administratifs et d'accueil

Outre le directeur financier et la directrice administrative, l'administration générale mobilise trois agents à la facturation et deux à la comptabilité ; le bureau des admissions et l'accueil sont tenus par deux agents.

La gestion de la paie est externalisée.

Le secrétariat médical est assuré par trois secrétaires, dont une s'occupe spécialement des certificats d'admission à la demande de tiers.

2.3.2 Recrutement et fidélisation

Les recrutements se font sur contrat à durée indéterminée (CDI) après une période d'essai de deux fois deux mois.

L'affectation à l'unité de soins sans consentement repose sur le volontariat.

Du fait d'un bassin de recrutement restreint, tous les infirmiers embauchés n'ont pas nécessairement une expérience antérieure avérée en psychiatrie.

RECOMMANDATION 3

Tout infirmier postulant pour un service en psychiatrie doit suivre un cursus de formation spécialisée d'une durée d'au moins six mois.

La direction précise : « *Tout infirmier a suivi 36 mois de formation et validé un Diplôme d'Etat. Ce diplôme lui permet de travailler dans toutes les disciplines sanitaires (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie, Gériatrie...).* Les IDE recrutés à la CVD bénéficient d'une journée d'accueil par l'IDE référente du service, d'un tutorat par un IDE du service, de différentes formations en interne ».

Face à cette difficulté des contacts par « *job dating* » et participation à des jurys de mémoires de fin d'étude sont entretenus avec les IFSI de Chalon-sur-Saône, Dijon (Côte-d'Or), Beaune (Côte-d'Or), Lons-le-Saulnier (Jura).

Le *turn-over* n'est pas calculé ; il semble pourtant relativement important.

Des mesures sont prises pour améliorer la fidélisation du personnel.

A la grille des salaires régie par la convention collective nationale de l'hospitalisation privée, du 18 avril 2002, sont donc ajoutés une bonification de 120 € mensuels pour les IDE, 80 € pour les AS, une majoration de 20 € par nuit, de 100 € pour dimanche et jour férié, des chèques-vacances, une prime de Noël uniforme de 500 €, une participation annuelle aux bénéfices (dont le montant varie collectivement selon l'année et individuellement en fonction de l'absentéisme).

Concourt également à cet effort de fidélisation, la prise en charge par l'établissement de formations diplômantes (diplôme d'université, DU). Sont ainsi engagés dans des DU de remédiation cognitive, d'addictologie, d'hygiéniste, sur les psycho-traumatismes et sur les plaies et cicatrices, quatre IDE et une AS ; de même trois agents administratifs suivent des DU en qualité et gestion des risques et un DU de technicien en information médicale. En outre, et pour ne s'en tenir qu'à l'unité HA2,

l'infirmier faisant fonction de cadre (IDE-FFC) est déchargé d'une partie de son service pour suivre une formation en master d'infirmier en pratique avancée et financièrement pris en charge (pour environ 10 k€).

2.3.3 Formation

Les formations sont assurées en interne, portant notamment sur la prise en charge et le risque d'erreurs médicamenteuses, ou dispensées en externe, sur les transmissions ciblées, la gestion de l'agressivité, le risque suicidaire, les addictions (formation en *e-learning*), l'hygiène, la qualité et la gestion des risques, la formation incendie. Ces formations sont récurrentes d'année en année.

Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont conduites, principalement sur le risque suicidaire, les neuroleptiques et laxatifs, la prise en charge somatique.

Un « *Kit du nouveau collaborateur* », un « *Guide pour les professionnels sur les droits du patients* » (2020, 14 pages), une présentation sur les « *Droits des patients en santé mentale et en psychiatrie* » (2020, 32 pages), sur la « *Confidentialité et sécurité des données* » (2018, 18 pages) et sur le « *Système d'information et identitovigilance* » (2020, 12 pages) sont remis à chaque nouvel agent recruté, ainsi que la « *Charte de bon usage du système d'information* » à signer.

2.4 LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT PRES D'UN TIERS DES SEJOURS EN HOSPITALISATION COMPLETE

Selon le rapport d'activité, la clinique a enregistré 1 758 séjours en 2019 contre 1 606 en 2018 (soit une hausse de 9 %), dont 1 582 séjours en hospitalisation complète (pour une file active de 1 050 patients) et 176 en hospitalisation de jour ; 508 séjours concernent des patients en SSC.

Les mesures de soins sans consentement représentaient donc 32 % de la totalité des séjours à temps plein en 2019.

La durée moyenne de séjour en SDDE est de trente et un jours en 2019 (en baisse de quatre jours par rapport à 2018) contre trente-deux en SL.

En 2019, 494 patients en SDDE ont été admis à la clinique dont 140 en soins à la demande d'un tiers (SDT), 240 en urgence (SDTU) et 154 pour péril imminent (PI). Les chiffres pour l'année 2020 n'ont été fournis que jusqu'au 30 septembre. A cette date, l'établissement enregistrait 406 admissions en SSC : 76 SDT, 192, SDTU et 138 PI.

2.5 L'ETABLISSEMENT N'A PAS MIS EN PLACE DE COMITE D'ETHIQUE

RECOMMANDATION 4

L'établissement doit mettre en place un comité d'éthique qui doit être saisi de toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux des patients.

La direction de l'établissement précise que « *Les questions éthiques sont traitées en CME et en CDU* ».

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

3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SSC N'EST PAS SATISFAISANTE

La notification de la décision d'admission, comme celle de toutes les décisions ultérieures, est faite par les infirmiers. Un accusé de réception de cette notification est signé par le patient et renvoyé au secrétariat. Lors de la notification, sont supposément remis au patient :

- copie de la décision du directeur ;
- copies des certificats médicaux ;
- un document d'information, de quatre pages, relatif à la situation juridique des patients en soins sans consentement, à leurs droits et voies de recours.

Si ce dernier document est complet, il omet cependant de préciser le nom et l'adresse du tribunal judiciaire auquel est rattaché le juge des libertés et de la détention compétent pour se prononcer sur la mesure. Il précise par ailleurs que la liste des avocats du barreau de Chalon-sur-Saône est affichée dans l'unité ; or, tel n'est pas le cas.

Selon les informations recueillies et les constats opérés par les contrôleurs, cette notification est parfois effectuée très tardivement, plus de quatre jours après l'admission, sans que l'état clinique du patient justifie un tel retard. Par ailleurs, les certificats médicaux ne lui sont pas systématiquement tous remis.

Une « *évaluation des informations données aux patients* » en SSC effectuée par l'établissement en avril 2020 sur trente dossiers de patients entrants en février 2020 montre que 35 % des notifications d'admission ont été faites entre deux et trois jours après l'entrée dans le service.

En outre, en raison de l'incapacité de certains soignants à fournir des informations juridiques adaptées aux patients, aucune explication orale ne vient compenser ce retard ni éclairer les informations techniques contenues dans le document. De plus, il n'y a aucun affichage des droits et voies de recours ouvertes aux patients hospitalisés sans leur consentement au sein de l'unité.

Enfin, le livret d'accueil, remis au patient lors de son arrivée dans le service, ne contient que peu d'informations utiles aux patients en SSC.

RECOMMANDATION 5

La notification des décisions et l'information des patients sur leurs situation juridique, droits, voies de recours et garanties offertes doivent intervenir sans délai.

Les informations relatives aux droits des personnes admises sans consentement devraient être affichées dans l'unité et accompagnées des coordonnées des autorités et institutions pouvant être saisies ou avec lesquelles le patient peut communiquer.

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise au patient tant lors de son admission que tout au long de son hospitalisation.

La direction de l'établissement affirme dans ses observations que « *Les certificats médicaux sont toujours remis au patient. Si ce dernier est en chambre d'isolement et si son état ne lui permet pas de recevoir les documents alors ces derniers lui sont remis quand son état de santé le permet* » ; tel n'est cependant pas le constat que les contrôleurs ont pu effectuer lors de la visite, cette recommandation est donc maintenue.

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LES PLAINTES, PEU NOMBREUX, SONT PRIS EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT

3.2.1 Le traitement des événements indésirables

Les fiches d'événements indésirables (FEI) sont rédigées par les professionnels sur papier et analysées deux fois par mois par le service qualité gestion des risques (SQGR) et les résultats sont présentés à différentes instances : commission médicale d'établissement (CME), comité de pilotage (COPIL) qualité-gestion des risques et commission des usagers (CDU).

Quatre types d'événements indésirables sont qualifiés de graves (EIG) : chutes, fugues, décès et tentative de suicide, identitovigilance et leur déclaration fait l'objet de comité de retour d'expérience (CREX) par des professionnels formés à la qualité gestion des risques avec reprise du dossier patient en présence des intervenants concernés et du médecin référent.

En 2019, une journée à thème sur les outils qualité (signalement des EI, CREX, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMED), compte qualité et cartographies des risques) a été organisée par l'établissement.

La pharmacienne de l'établissement organise des REMED en cas d'événements indésirables relatifs au circuit des médicaments.

Au cours de l'année 2018, quarante-quatre FEI ont été enregistrées par le SQGR pour le service fermé des soins sans consentement et cinquante et un en 2019 dont vingt-six en raison de patients non vus par le médecin pour la prise en charge, cinq pour des réparations à faire et seulement trois pour agitation et agressivité ; les déclarations ont été faites essentiellement par les infirmiers. Durant les onze premiers mois de 2019, cinquante-cinq EI ont été déclarés dont un ayant entraîné le décès d'un patient (hors de la clinique) en raison d'une fausse route. Tous les événements indésirables sont traités dans le mois du signalement et font l'objet d'une réponse auprès des professionnels concernés.

Peu d'événements indésirables portant sur des violences sont recensés car selon les renseignements recueillis, les agents mettent en place des mesures d'apaisement.

L'encadrement infirmier référent a suivi une formation sur la qualité et la gestion des risques.

3.2.2 Le traitement des plaintes

Le livret de l'accueil de l'unité en soins sans consentement ne mentionne pas la possibilité de faire des réclamations en termes généraux qu'à travers la charte de la personne hospitalisée qui est aussi affichée dans l'unité. Un registre de réclamation et de satisfaction des usagers est disponible à l'accueil pour l'ensemble des patients.

Les patients saisissent oralement les soignants de leur unité, notamment le cadre de santé, pour toutes les demandes courantes (changement de chambre par exemple). Une partie des réclamations des patients est ainsi traitée au sein de l'unité, sans traçabilité particulière.

Dans les autres cas, le soignant avertit le médecin ou la directrice de la plainte émise.

La directrice voit systématiquement en entretien individuel les patients concernés.

Les plaintes sont analysées et présentées à chaque commission des usagers (cf. § 4.1.2).

Un journal annuel des plaintes est rédigé par le gestionnaire des risques et présenté aux représentants des usagers.

Il ressort de la consultation des comptes rendus des réunions de la CDU qu'aucune plainte n'a été enregistrée pour l'année 2019, les réclamations portant essentiellement sur la nourriture et la chaleur (réunion du 25 juin 2019).

En 2020, une réunion spécifique de la CDU a été organisée à la suite de la réclamation du fils et de la fille d'une patiente portant notamment sur la communication avec les médecins. Il a été proposé par le médiateur médical d'organiser une double référence médicale pour chaque patient admis permettant une meilleure communication entre les familles et les différents soignants et de permettre à chaque famille des questionner le médecin référent en envoyant un mail de demande au secrétariat médical (ces deux procédures ont été validées l'une par la commission médicale d'établissement du 29 septembre 2020 et l'autre par son président le 1^{er} octobre 2020).

Selon les renseignements recueillis, les relations de l'établissement avec la gendarmerie de Châtenoy-le-Royal (Saône-et-Loire), dont le chef se déplace une fois par mois à la clinique, sont bonnes.

Les patients qui le souhaiteraient pourraient déposer plainte mais à la connaissance des personnes entendues aucune procédure n'a été introduite.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS INFORMEE DE SA DESIGNATION

La possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance fait l'objet d'une information dans le livret d'accueil. Cependant, le document de quatre pages inséré dans le livret contient des informations erronées et incomplètes. En effet, il y est écrit « *Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance* » ; cette affirmation inexacte, puisqu'il est possible d'en désigner une avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille, est relayée par les soignants. Par ailleurs, il n'est aucunement fait mention du fait que la personne de confiance doit avoir été informée de sa désignation et l'avoir acceptée par écrit ; en conséquence, son accord n'est jamais sollicité.

Au moment de la visite, dix-sept patients sur vingt-six avaient désigné une personne de confiance.

RECOMMANDATION 6

Le document d'information relatif au choix de la personne de confiance doit être complété et purgé de ses informations erronées.

La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment écrit à cette désignation.

3.4 LE DROIT DE FAIRE APPEL A UN REPRESENTANT DU CULTE DE SON CHOIX EST RECONNU AU PATIENT

Les croyances religieuses du patient sont respectées ; il est informé qu'il peut faire appel à un représentant du culte de son choix.

A tout patient qui en fait la demande, est remise la liste des adresses et numéros de téléphone où joindre les représentants des cultes catholique, orthodoxe, musulman, protestant, israélite, qui tous se trouvent à Chalon-sur-Saône (à 7 km de la clinique). Ce type de demande est très rare.

Il n'y a pas de présence d'aumôniers au sein de la clinique, ni de locaux spécifiques pour les y accueillir, non plus que de lieu ou de moyens spécifiques qui soient mis à disposition sur place pour pratiquer telle ou telle religion.

La nécessité ne semble pas en être ressentie pour les patients en général.

Au cas particulier, des permissions de sortie accompagnées par un proche peuvent être accordées au patient qui le souhaiterait, sous réserve toutefois d'une autorisation médicale. Or, en raison de la crise sanitaire, au moment de la visite, aucune autorisation de sortie n'était accordée sauf pour des examens médicaux.

3.5 L'ASSISTANTE SOCIALE EST IMPLIQUEE DANS LES DEMARCHES DE PROTECTION JUDICIAIRE

Lors de la visite, trois personnes en SSC avaient un mandataire judiciaire désigné.

Le repérage des personnes paraissant nécessiter une mise sous protection est généralement le fait du cadre de l'unité d'hospitalisation, parfois du médecin dès l'admission.

En ce cas, l'assistante sociale (1 ETP), en concertation avec la famille, prend l'initiative d'un signalement auprès du procureur de la République afin d'engager une démarche de protection judiciaire et ainsi d'éviter à la famille d'avoir à en assumer explicitement la responsabilité envers le patient. De cette façon, le délai pour que soit effectivement désigné un mandataire est généralement compris entre trois et six mois.

Il n'y a pas de procédure formalisée ; l'assistante sociale s'organise à son initiative, en lien avec le médecin et la famille, pour que soient engagées les mesures de protection, et en lien avec l'assistante sociale de secteur pour l'accompagnement à la sortie.

Empiriquement, il semble que le mandataire s'en remette très vite à la seule assistante sociale, et que l'efficacité globale de la démarche varie surtout en fonction de la personnalité dudit mandataire.

3.6 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION A FAIT L'OBJET DE PROCEDURES FORMALISEES MAIS N'EST PAS CONNUE DES PATIENTS NI DES SOIGNANTS

Les patients peuvent à leur demande être hospitalisés sans que leur présence dans l'établissement soit divulguée, notamment en cas d'appel téléphonique ou de visite impromptue.

La gestion de l'anonymat du patient est organisée par un protocole interne clairement formalisé (du 05/02/2018, « *Gestion de l'anonymat du patient* »), tant en ce qui concerne le dossier administratif (logiciel SIGEMS) et le standard téléphonique, qu'en ce qui concerne le dossier médical (logiciel ARCADIS).

Une fiche de « *Non divulgation de présence du patient* » est prévue, et peut être signée par l'intéressé.

La procédure est connue au bureau des admissions et au standard téléphonique ; elle ne l'est pas des soignants.

L'information est disponible au standard téléphonique, à la fois par le système informatique et par une liste dactylographiée sur papier.

Un support de formation sur la « *Confidentialité et sécurité des données* » a été élaboré par la technicienne de l'information médicale (TIM) et l'IDE coordinatrice et périodiquement réutilisé depuis, lors des « Journées du nouveau collaborateur », en lien avec la formation au *Système d'information et identitovigilance*.

Au surplus, chaque nouveau professionnel recruté signe une *Charte du bon usage du système d'information*, qui insiste sur la sécurité des données et des informations médicales et administratives, la protection de l'information, la confidentialité et l'obligation de discrétion absolue.

Toutefois, si les modalités techniques et les formations relatives ont bien été mises en place pour garantir l'anonymisation effective et immédiate des patients qui en font la demande, il n'apparaît pas que ce droit soit porté à leur connaissance de façon systématique et, selon les informations fournies, la procédure n'a jamais trouvé à s'appliquer.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PLACE DES USAGERS DANS LA VIE DE L'ETABLISSEMENT EST ORGANISEE MALGRE L'INEXISTENCE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Le rapport d'activité 2019 de la clinique Val-Dracy mentionne que la CDSP n'intervient plus dans l'établissement depuis 2017.

Selon les renseignements donnés par l'agence régionale de santé (ARS), la CDSP ne s'est pas réunie depuis juillet 2018 au motif que l'arrêté fixant sa composition avait pris fin et que son renouvellement n'avait pu avoir lieu, ses membres n'ayant pas souhaité être reconduits dans leur fonction et l'agence étant dans l'attente des désignations par les instances habilitées à proposer des candidatures conformément aux dispositions de l'article L.3223-2 du code de la santé publique.

Lors de la dernière visite de l'établissement le 2 février 2017, le président de la commission a remarqué en consultant les registres de la loi que les certificats médicaux écrits à la main étaient parfois illisibles ce qui avait amené le juge des libertés et de la détention à procéder à des mainlevées de mesure. Actuellement les certificats médicaux sont dactylographiés.

La commission a procédé à la visite de l'établissement sans faire de remarque particulière mais n'a pas entendu de patient.

RECOMMANDATION 7

Les membres de la CDSP doivent être désignés par les autorités compétentes et la commission doit se réunir pour assurer ses missions dans l'intérêt des patients.

4.1.2 La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil contient la charte de la personne hospitalisée datant d'avril 2006 et mentionnant donc l'existence de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC), ancienne dénomination de la CDU et le document d'information sur les droits remis au patient (cf. § 3.1) énonce en dernière page la possibilité de saisir la commission des usagers en précisant son adresse.

La commission est présidée par la directrice administrative de la clinique, le vice-président étant un représentant des usagers ; elle est composée d'un médecin psychiatre médiateur, président de la CME, de la responsable assurance qualité (RAQ), de la coordinatrice du service des soins, de l'assistante sociale, d'une aide-soignante et de trois représentants des usagers (dont deux suppléants).

Elle s'est réunie quatre fois en 2018, quatre fois en 2019 et trois fois en 2020 dont une réunion exceptionnelle le 22 juillet 2020 pour donner suite aux réclamations du fils et de la fille d'une patiente (cf. § 3.2.2).

L'ordre du jour est sensiblement le même à chaque séance avec un point fait par la présidente sur les projets de la clinique, les changements d'effectifs, la formation professionnelle puis l'examen des réclamations et plaintes des patients, des événements indésirables graves et des différentes enquêtes de satisfaction.

4.1.3 Les représentants des usagers

Ils sont au nombre de quatre, membres de différentes associations : l'association d'accompagnement de la personne addictée et de son entourage (ACPA 58), l'association des malades hospitalisés (AMHE 71), de l'union départementale des associations familiales (UDAF 71) et de l'union nationale de famille et amis de la personne malade et/ou handicapée psychique (UNAFAM 71).

Les contrôleurs se sont entretenus avec chacun d'eux. Ils ne font état d'aucune difficulté particulière et précisent que l'établissement leur fournit toute la documentation nécessaire avant les CDU sur les plaintes et réclamations et qu'ils en reçoivent les comptes rendus rapidement. Ils sont conviés au COPIL qualité-gestion des risques, à la CDU et participent aux journées à thème organisée une fois par mois par l'établissement. Ils indiquent être accueillis par la directrice comme des partenaires dans une grande transparence et dès qu'ils en font la demande.

Ils n'ont pas de permanence dans la clinique. Ils en avaient organisé une au CHS de Sevrey mais les familles ne venaient pas. Ils ne se rendent pas dans les unités.

4.1.4 Le questionnaire de satisfaction

Un registre de réclamation et de satisfaction des usagers est disponible à l'accueil pour l'ensemble des patients.

Un questionnaire de sortie est remis au patient dès son admission. Il lui est demandé de noter les prestations fournies de 1 à 10. Il est analysé et traité une fois par mois par le service qualité.

Concernant l'hospitalisation en soins sans consentement, le taux de retour a été en 2018 de 43 % et la note moyenne attribuée de 7,65 et en 2019 jusqu'à fin octobre de 42,3 %.

Le questionnaire de sortie comporte une partie destinée à la libre expression des patients et les suggestions peuvent être prises en compte par le service qualité.

4.2 LE REGISTRE DE LA LOI, RENSEIGNE TARDIVEMENT, NE CONTIENT PAS TOUTES LES MENTIONS PREVUES PAR LA LOI

Le registre de la loi est tenu par l'agent administratif du secrétariat médical assisté de deux secrétaires médicales.

L'une ou l'autre des deux secrétaires réceptionne les documents permettant de constituer le dossier d'un nouvel arrivant, en contrôle la conformité, prépare la décision d'admission et la donne à la signature de la directrice ou d'une des quatre infirmières diplômées d'état bénéficiaires d'une délégation par décisions de la directrice administrative de la clinique.

Aucune permanence durant les fins de semaine et les jours fériés n'est organisée de sorte que la décision portant admission en soins sans consentement peut être formellement prise avec plus de 48 heures de retard et est antidatée.

RECOMMANDATION 8

Les décisions d'admission, de prise en charge, de modification de la forme de la prise en charge et de maintien des mesures de privation de liberté prises au nom du directeur général, doivent

être signées par un membre de l'encadrement administratif supérieur dûment habilité, dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés.

Le registre est renseigné une fois par semaine et non dans les 24 heures de l'admission du patient comme prévu par l'article L.3212-11 du code de la santé publique ce qui ne permet pas un contrôle effectif de la situation des personnes privées de liberté à un moment donné.

Sur les trois pages réservées à chaque patient, figurent sur la première à droite, l'identité, l'adresse, et la date de l'admission. L'identité du tiers est renseignée, et sa lettre de demande est accolée. Sur cette même page, sont portées la date de levée de la mesure de soins sans consentement et celle de l'audience du juge des libertés et de la détention, mais le dispositif de la décision du magistrat n'y figure pas en cas de mainlevée de la mesure. Y sont apposés le certificat médical rédigé pour l'admission ainsi que celui de l'examen somatique complet.

S'il s'agit d'un patient admis en péril imminent l'attestation de recherches infructueuses du tiers est collée en format réduit de même que la copie de la décision du maire en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes.

Sur les deux autres pages, sont apposés par ordre chronologique, les certificats des 24 et 72 h, et les certificats mensuels jusqu'au certificat de levée d'hospitalisation.

Ne sont pas mentionnées les dates de délivrance au patient des informations portant sur la décision d'admission en soins sans consentement, sur ses droits et sur les voies de recours qui lui sont ouvertes.

Aucun avis du collège tripartite des professionnels de santé n'est mentionné mais selon les renseignements recueillis il n'a été réuni qu'une fois depuis l'ouverture de la clinique en l'absence de nécessité juridique de recueillir son avis.

RECOMMANDATION 9

Les patients admis en soins sans consentement doivent être enregistrés dans le registre de la loi dans les 24 heures de leur admission et toutes les informations légales prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique doivent y être portées dans les meilleurs délais.

Le registre est visé une fois par an par le procureur de la république et la présidente du tribunal de Chalon-sur-Saône ainsi que par le préfet de Saône-et-Loire et pour la dernière fois le 23 octobre 2019.

Le maire de la commune de Dracy-le-Fort atteste en début de registre du nombre de pages qu'il contient et le paraphe lorsqu'il est terminé.

4.3 LA SORTIE EST PREPAREE PAR DIFFERENTS INTERVENANTS SANS RECOURS A LA MISE EN PLACE DE PROGRAMME DE SOINS

La prise en charge des patients à leur sortie n'est pas assurée par les psychiatres de l'établissement. Les sorties de moins de 12h accompagnées sont autorisées, mais essentiellement pour les examens médicaux. Il est compliqué d'organiser des sorties en ville compte tenu de l'éloignement géographique et de la difficulté à mobiliser des soignants. L'assistante sociale accompagne les patients pour les visites de logement (appartement, foyer résidence) et pour effectuer des démarches administratives. Des sorties de courte durée entre 30 mn et 3 heures sont permises sur avis médical pour se promener dans les alentours de la clinique.

Les médecins psychiatres accordent aussi des sorties non accompagnées qualifiées « d'essais thérapeutiques » pour une durée de moins de 48 heures. Le tiers est informé de cette sortie par le secrétariat.

Depuis la crise sanitaire, aucune sortie n'est autorisée sauf pour les examens médicaux.

Si le patient adhère aux soins il est transféré dans le secteur libre de la clinique.

Lorsque le psychiatre envisage une sortie proche il demande à l'assistante sociale de prévoir les relais à l'extérieur. Il est fait état de difficulté pour obtenir des rendez-vous avec les centres médico-psychologiques (CMP), le secteur de Mâcon ne prenant pas de nouveaux patients. Il est alors fait appel à des consultations externes avec des psychiatres travaillant en libéral.

En 2019, sur 473 patients sortis de l'unité de soins sans consentement, 430 sont revenus à leur domicile, 24 ont été transférés vers des structures de court séjour, 5 vers des structures de longs et moyens séjour et 14 ont été transférés dans les unités psychiatriques de soins libres.

Il n'a pas été mis en place de programme de soins depuis 2016.

Le collège tripartite des professionnels de santé n'a été réuni qu'une fois depuis l'ouverture de la clinique en l'absence de nécessité juridique de recueillir son avis.

4.4 LE RECOURS AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EXERCE DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

4.4.1 L'organisation des audiences

Un protocole « *de coordination pour la procédure judiciaire de mainlevée des mesures de soins psychiatriques* » a été signé entre le préfet de Saône-et-Loire, le président du tribunal de Chalon-sur-Saône, la directrice de l'agence régionale de santé (ARS), le bâtonnier de l'ordre des avocats de Chalon-sur-Saône, la direction du CHS de Sevrey et la direction de la clinique Val-Dracy le 22 octobre 2012. Il a été actualisé par deux avenants prenant en compte les modifications législatives et notamment la mise en application de la loi du 27 septembre 2013. Il a notamment pour objet de permettre la mise en place de bonnes pratiques pour la tenue des audiences du JLD et le suivi des décisions judiciaires. L'audience du juge des libertés et de la détention (JLD), prévue douze jours après l'admission du patient hospitalisé sans consentement, donne lieu à la saisine du magistrat dans un délai maximum de huit jours après l'admission. Concernant la saisine du sixième mois, elle est exigée au plus tard quinze jours avant l'expiration du délai.

A chaque entrée d'un patient le service médical renseigne le tableau des audiences prévues dans le mois avec la date de saisine et la date d'audience.

Les échanges entre le secrétariat médical en charge de la préparation de la procédure et le greffe judiciaire se font sous forme dématérialisée par mail.

Un formulaire standard comportant les renseignements d'identité est transmis au greffe, accompagné de la décision d'admission, des certificats médicaux de 24h et 72h, de l'avis médical de saisine et de l'avis de compatibilité ou non de l'état de santé du patient avec sa présence à l'audience.

Le greffe du tribunal se charge de l'édition des convocations qui sont remises au patient par les soignants. Il convoque les mandataires de justice qui sont très rarement présents et avise les tiers ayant demandé la mise en place de la mesure.

La convocation informe le patient de la date d'audience, de l'assistance obligatoire de l'avocat (choisi ou désigné d'office) et, si l'audition est impossible compte-tenu de l'avis médical, de la

possibilité qui lui est offerte de faire parvenir des observations écrites au greffe et de consulter son dossier. Le patient signe un accusé de réception après remise de la convocation par le cadre de santé ou un soignant qui donne des explications sur l'audience et sur la possibilité de bénéficier d'un avocat d'office ou d'en choisir un. Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans l'unité.

Une copie du dossier est envoyée au barreau qui la transmet aux avocats commis d'office la veille de l'audience.

L'avis médical motivé est communiqué le jour de l'audience.

4.4.2 Tenue de l'audience

Les audiences ne se tiennent pas dans les locaux de la clinique mais dans une salle située au CHS de Sevrey, distant de 14 km, les lundi et jeudi matin à 9h.

Le transport se fait dans un mini bus, le patient non sédaté et sans contention est accompagné d'un soignant du service.

La direction du CHS a mis à disposition des locaux accessibles au public comprenant une pièce de petite dimension pour la tenue de l'audience, une salle d'attente, des toilettes et un bureau réservé aux entretiens avec l'avocat.



Bureau d'entretien avec les avocats



Salle d'audience

Les patients ont la possibilité d'aller fumer dans un patio extérieur.

Les avocats sont choisis sur la liste de la permanence pénale et sont volontaires pour intervenir. Une formation est organisée par l'école régionale des avocats du Grand Est (ERAGE) mais elle n'est pas obligatoire. Les avocats ne se rendent jamais dans l'unité pour voir le patient en cas de certificat d'impossibilité à comparaître.

Un contrôleur a assisté à l'audience du jeudi matin et a pu s'entretenir avec le JLD.

Le magistrat, le greffier et les avocats sont en tenue civile. La porte de la salle d'audience est systématiquement fermée. Le ministère public n'est jamais représenté, se contentant, comme le prévoit la loi de prendre des réquisitions écrites.

A l'appel de leur affaire les patients entrent dans la salle, sans les soignants, avec leur avocat.

La JLD se présente et explique son rôle. Elle est bienveillante et laisse le patient parler sans l'interrompre. Elle donne ensuite la parole à l'avocat. Elle prend le temps de questionner, d'écouter et de commenter les certificats médicaux. Alors qu'une patiente présente avec sa mère et sa tutrice refusait d'entrer dans la salle d'audience, elle a réussi à la convaincre de venir et de laisser son avocate l'assister.

Sauf cas particulier, la JLD rend sa décisions immédiatement, explique qu'elle sera transmise le lendemain et mentionne les voies de recours mais non la possibilité de sa saisine à tous moments.

Lors de l'audience le contrôleur a pu constater que la cloison entre la salle d'audience et la salle réservée à l'entretien avec l'avocat était insuffisante pour assurer totalement la confidentialité des échanges.

Le JLD estime que le problème majeur est celui de l'indigence de la motivation des certificats médicaux et qu'il suit les avis médicaux lorsqu'ils sont motivés. Il précise que les avocats soulèvent rarement les nullités de procédure.

Selon les renseignements donnés par l'établissement, en 2018 sur 312 mesures examinées par le juge, 36 ont été levées ; en 2019, 277 dossiers ont été présentés au JLD, et la mesure a été levée dans 19 cas pour les motifs suivants : avis non suffisamment motivés au regard des exigences légales (12) , certificats des 24 et 72h non concordants (2), péril imminent non légalement justifié, le certificat médical d'admission ne caractérisant pas le péril imminent (1) erreur de date pour le certificat des 24h (1) et patient sortant (3).

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR ET VENIR DES PATIENTS EST EXTREMEMENT LIMITEE

L'unité HA2 est fermée par une porte métallique installée lors de l'habilitation de l'établissement à accueillir des patients en soins sans consentement. Pour en sortir, les patients doivent solliciter un soignant afin qu'il ouvre la porte toujours fermée à clé.



Accès à l'unité fermée

Au moment de la visite, les patients ne disposent d'aucune possibilité de sortir de l'unité sauf exceptionnellement – selon les informations fournies – pour se rendre à la bibliothèque, en étant accompagnés, où se promener une demi-heure aux abords du bâtiment. Cependant, au cours de la visite des contrôleurs, il a été constaté qu'aucun patient n'est sorti de l'unité.

Hors période de Covid-19, ces derniers peuvent se rendre à la bibliothèque et dans les différentes salles où se déroulent les activités thérapeutiques ; ils peuvent également, sur prescription médicale, obtenir l'autorisation de sortir dans le parc pour une durée allant d'une demi-heure à trois heures, à condition d'être accompagnés d'un membre du personnel soignant. Cependant, il n'est pas certain que ces sorties s'effectuent régulièrement sans difficultés compte-tenu du fonctionnement en mode dégradé du service dû à la faiblesse des effectifs soignants (cf. § 2.3.1).

A l'intérieur de l'unité, la liberté d'aller et venir est également drastiquement limitée. La petite cour grillagée de l'unité (cf. § 6.1), toujours fermée, n'est accessible qu'aux patients fumeurs, uniquement durant neuf brèves séquences journalières d'un quart d'heure et sous la surveillance d'un membre du personnel soignant.

RECOMMANDATION 10

La liberté d'aller et venir doit être la règle y compris pour les patients en soins sans consentement ; les restrictions doivent être individuelles et dûment motivées par l'état clinique des patients.

Les patients doivent pouvoir librement accéder à un espace extérieur, pour s'aérer, marcher, se détendre, profiter d'un environnement naturel ou pratiquer une activité physique.

La direction de la CVD note dans ses observations au rapport provisoire que : « *Les objets coupants, tranchants et inflammables sont retirés systématiquement des affaires des patients pour des raisons de sécurité (cf. livret d'accueil). Le patient peut récupérer à sa demande et au besoin ses objets. En dehors de la crise sanitaire, tous les patients du service fermé peuvent bénéficier des temps de sortie sur prescription médicale. Les patients peuvent également participer aux activités thérapeutiques de la structure : activités sportives et physiques, activités physiques adaptées, relaxation, atelier créatif, sophrologie...* ».

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT NOMBREUSES

À leur arrivée, les patients sont contraints de déposer dans un coffre dont le personnel soignant détient la clé presque tous leurs effets personnels : téléphone portable, équipements électroniques, cigarettes, briquet, rasoir, parfum, déodorant, denrées alimentaires, etc. Si, ultérieurement, ils leur sont le plus souvent rendus (sauf les cigarettes, le briquet et les produits alimentaires) sur prescription médicale, le principe demeure donc l'interdiction, même de courte durée.

L'accès aux chambres est libre, mais les portes de celles-ci ne sont pas équipées de verrou de confort permettant au patient de s'isoler et de n'être pas dérangé intempestivement.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Toutes les chambres doivent disposer d'un système de fermeture de la porte empêchant les intrusions.

Sur ce point, la direction précise que « *des verrous ont été installés sur toutes les portes de toutes les chambres du nouveau bâtiment* ».

Sauf prescription médicale contraire, ils peuvent disposer de leur téléphone portable et du chargeur ; les équipements électroniques – MP3, ordinateur – ne sont pas interdits mais peu de patients en disposent au moment de la visite.

Le port du pyjama est rare et s'impose uniquement sur prescription médicale.

En revanche, les conditions d'accès au tabac sont extrêmement restrictives pour tous. Conservées dans le local infirmier, les cigarettes sont distribuées une à une un peu avant l'ouverture de la porte qui donne accès à la cour grillagée, à raison de neuf cigarettes par jour. Les patients ne disposent pas de leur propre briquet et doivent utiliser celui que détient le membre du personnel soignant chargé de les surveiller.

RECOMMANDATION 11

Les restrictions aux libertés individuelles des patients doivent demeurer exceptionnelles et toujours être justifiées par leur état de santé.

5.3 L'INTERDICTION DES VISITES COMPROMET LE MAINTIEN DES LIENS AVEC LES PROCHES

Les patients disposent de plusieurs moyens pour continuer à communiquer avec leurs proches.

Le téléphone portable est l'option la plus couramment utilisée. Un téléphone fixe peut également être mis à disposition des patients mais son emplacement dans le bureau infirmier ne garantit aucunement la confidentialité des conversations téléphoniques.

RECOMMANDATION 12

La clinique doit garantir aux patients un accès à un poste téléphonique dans des conditions garantissant la confidentialité des conversations.

La direction de CVD rappelle dans ses observations qu'un accès à un téléphone filaire est organisé. Mais la confidentialité des conversations téléphoniques n'étant pas assurée, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Les personnes hospitalisées peuvent également communiquer par courrier. Le courrier entrant est distribué dans l'unité et, pour le courrier sortant, il arrive que, en tant que de besoin, le personnel soignant fournisse l'enveloppe et le timbre nécessaire à son envoi.

Au moment du contrôle, les visites des proches sont interdites aux patients hospitalisés dans l'unité fermée alors qu'elles sont de nouveau autorisées pour les patients hospitalisés en soins libres. La crise sanitaire et la protection des patients de l'unité ne sauraient justifier une telle atteinte au maintien de liens familiaux et amicaux.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Les visites des proches doivent être remises en place pour les patients hospitalisés sans consentement.

La direction de l'établissement écrit : « *Les visites sont régulièrement organisées. Durant la crise sanitaire, le service a subi un cluster. Dès lors les visites ont été suspendues* ». Les contrôleurs prennent bonne note de la remise en place des visites au sein de l'unité fermée et maintiennent qu'au moment de la visite, en dehors de toute période de cluster, elles étaient cependant interdites aux patients hospitalisés dans cette unité.

En matière de presse, de nombreux journaux et revues sont disponibles en accès libre à la bibliothèque. L'unité n'est pas équipée d'ordinateur connecté à Internet et librement accessible aux patients ; il n'existe pas non plus de connexion wifi pour les patients.

5.4 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS UN SUJET DEBATTU PAR L'INSTITUTION

La sexualité n'est pas abordée dans le livret d'accueil ou dans des règles de vie diffusées auprès des patients lors de l'admission.

Les portes des chambres ne sont pas fermables et les conjoints ou amis ne sont pas autorisés à venir dans les chambres des patients. Une affiche apposée sur toutes les portes indique de ne pas rentrer dans la chambre des autres.

La contraception est gérée conjointement entre le médecin généraliste et le psychiatre qui travaille sur le même dossier médical et pharmaceutique.

Il n'y a pas d'éducation à la sexualité faute de temps de somaticien suffisant ; seuls des préservatifs peuvent être demandés auprès des soignants.

RECOMMANDATION 13

Une réflexion institutionnelle sur la sexualité doit être entreprise et aboutir à des conduites à tenir pratiques dans le service et une information dans les règles de vie.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX DE L'UNITE SONT INADAPTES MAIS CETTE DERNIERE DOIT ETRE HEBERGEES DANS UN NOUVEAU BATIMENT DEBUT 2021

L'unité dispose de trente chambres individuelles – toutes dotées de sanitaires comprenant une douche, un lavabo et un WC – réparties dans trois ailes d'hébergement. A l'exception des huit chambres situées dans l'une d'entre elles – appelée « aile VIP » par certains patients – qui disposent d'un mobilier adapté et même d'un poste de télévision, la plupart des chambres ne sont équipées que d'un lit, d'une table de chevet et d'un siège ; les patients sont contraints de ranger leurs effets personnels dans des sacs en plastique posés au sol. En outre, les salles de douches attenantes aux chambres sont dépourvues de miroir et de patère pour accrocher serviettes et vêtements. Comme indiqué *supra*, les portes des chambres sont dépourvues de verrou de confort et les fenêtres des chambres ne s'ouvrent pas.

Selon les informations fournies, l'établissement n'effectue plus d'investissements dans cette unité depuis la mise en œuvre du nouveau projet d'hébergement des patients admis en SSC. Les meubles endommagés ne sont donc pas remplacés.



Vues d'une chambre et de la salle d'eau

Les locaux sont globalement inadaptés ; l'unité ne dispose pas de pièce de vie collective, de bureau d'entretien, de salle d'activité ni de salon de visite des familles. Une même pièce sert de salle à manger, de salon de télévision, de salle d'activité, etc. Le nouveau bâtiment est doté de trois salles d'activités, de deux bureaux d'entretiens et d'un espace de rencontre avec les proches.



Salle à manger

L'unité comporte une cour grillagée d'aspect carcéral, seul espace extérieur accessible mais qui demeure en permanence fermée à clé (cf. § 5.1). La nouvelle unité est construite autour d'un grand patio arboré qui, selon les informations fournies devrait être librement accessible aux patients.



Cour de l'unité HA2

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES

Les locaux, entretenus par les agents des services hospitaliers de l'établissement, sont propres. L'infirmière hygiéniste assure la coordination des équipes.

L'unité dispose d'une réserve de produits d'hygiène, de serviettes de toilette et de vêtements remis aux patients qui en sont dépourvus.

Les patients dont les proches ne peuvent prendre en charge le nettoyage du linge personnel, peuvent le confier à la clinique pour la somme de 5 € le sac de 8 kg.

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT DIFFICILEMENT ACCESSIBLES ET PEU PROTEGES DANS LES CHAMBRES

Lors de l'admission, un inventaire de tous les biens est réalisé à la fois des objets retirés et des objets laissés à la personne ; les objets retirés sont entreposés dans des casiers individuels numérotés à l'identique des chambres, fermables à clef. L'inventaire n'est pas signé par le patient.

RECOMMANDATION 14

L'inventaire des objets retirés doit être signé par le soignant y procédant et la personne, de manière contradictoire.

La direction affirme dans ses observations que « *Tous les inventaires réalisés sont signés par le patient et le soignant ayant réalisé l'inventaire. Une évaluation annuelle est réalisée sur la présence des signatures des inventaires* ». Tel n'est cependant pas le constat effectué par les contrôleurs.



Casiers individuels



Armoire sans porte

Beaucoup d'objets sont systématiquement retirés pour des raisons de sécurité : parfum, déodorant, rasoir, tabac et briquet, ainsi que pour certains patients, les gâteaux secs ou confiseries apportés par la famille ou achetés par le patient. Ces retraits occasionnent des demandes incessantes des patients pour en disposer, et sollicitent les soignants pour en assurer la délivrance et le retour, tout au long de la journée.

Lorsque les patients disposent d'une somme d'argent importante, elle peut être conservée par la comptabilité de la clinique et rendue avant le départ du patient, ou donnée au fur et à mesure de ses demandes.

En ce qui concerne les biens conservés par le patient, outre que les portes de chambre ne peuvent être verrouillées et que de nombreuses chambres sont dépourvues de placards, nombre d'entre eux sont dépourvus de porte. Certains peuvent cependant être fermés avec un cadenas (deux patients en disposent au moment du contrôle). Des cadenas sont à vendre à l'accueil de l'établissement mais l'information n'est pas fournie dans le livret d'accueil.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Des placards fermant à clef doivent être à la disposition des patients dans chaque chambre.

Selon les informations fournies par la direction, des « *placards muraux ont été installés dans la nouvelle structure* ».

6.4 LE DEJEUNER EST PRIS UNE HEURE PLUS TOT QUE L'HORAIRE INDIQUE DANS LE LIVRET D'ACCUEIL

La préparation et la livraison des repas ont été externalisées et confiées à la société *Bourgogne Repas*. Livrés en liaison froide, les plats sont réchauffés sur place dans la cuisine correctement équipée de la clinique, puis distribués dans l'unité grâce à un chariot chauffant, en panne au moment de la visite.

Lors de la mission, et pour des raisons liées à la pandémie, les repas sont servis sur des plateaux individuels. Les patients, durant les cinq jours suivants leur arrivée dans l'unité, et dans l'attente des résultats du second test de dépistage (cf. § 7.1.2), prennent leurs repas en chambre ; à l'issue de cette « quarantaine », ils peuvent se restaurer dans la salle à manger avec les autres. Les patients consultés ont indiqué qu'ils appréciaient la qualité des repas.

Contrairement à ce qui est indiqué dans le livret d'accueil, le repas de midi est servi non à 12h30 mais à 11h30, ce qui est singulièrement tôt et modifie de manière peu satisfaisante (brève matinée, long après-midi, le petit déjeuner étant servi vers 8h et le dîner à 18h30) le rythme de la journée.

7. LES SOINS

7.1 LES PRISES EN CHARGE AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE MACON SONT ATTENTIVES AU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

7.1.1 L'accueil aux urgences du CH de Mâcon

Une « convention de coopération relative au transfert et à la prise en charge de patient hospitalisé sous contrainte entre le centre hospitalier de Mâcon, le centre hospitalier spécialisé de Sevrey, le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône et la clinique Val-Dracy » a été signée le 29 novembre 2012. Cette convention précisait alors la mise à disposition de quatorze lits pour les patients hospitalisés sous contrainte venant des urgences du CH de Mâcon, pour des patients ne pouvant plus, faute de place, être pris en charge par le CH de Mâcon ou le CHS de Sevrey. Les hôpitaux adresseurs s'engagent à réaliser l'examen somatique complet du patient et faire réaliser une évaluation psychiatrique avant son transfert.

Les patients de l'unité fermée de la clinique proviennent ainsi très majoritairement des urgences des hôpitaux du territoire, rarement du domicile ou d'une structure ambulatoire.

Le service des urgences de Mâcon est situé au cœur de l'établissement. Les patients relevant de soins de psychiatrie accueillis en urgence sont pris en charge soit au service des urgences soit à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD : hospitalisation de vingt-quatre heures).



Entrée des patients allongés



Brancard Flixéo

Les patients en soins sans consentement sont admis aux urgences soit par l'entrée piéton soit par l'entrée des ambulances. Les personnes agitées et allongées sont ainsi directement transportées jusqu'à l'espace de l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) sans croiser de public.

Ils font, comme tous les patients, l'objet d'une évaluation par l'IOA avant d'être amenés dans un des douze boxes afin d'être examiné par l'urgentiste. Si le patient est contentonné ou agité, il est systématiquement placé dans un box individuel fermé et non dans une salle collective.

Si un patient relève d'un avis psychiatrique, l'urgentiste téléphone au psychiatre qui vient voir le patient (y compris en astreinte). Un psychiatre est présent la journée aux urgences et est d'astreinte la nuit et les week-ends ; le tour de garde et d'astreinte est organisé par les psychiatres des deux secteurs de psychiatrie gérés par le CH. L'inventaire des effets de la personne est réalisé par l'infirmier de salle des urgences après l'installation dans le box ; il n'est pas signé par le patient.

Les certificats médico-légaux sont établis avec l'aide régulière des médecins généralistes de Mâcon qui ont mis en place une astreinte la journée précédant la garde de nuit pour venir établir si besoin, des certificats aux urgences, lorsque le médecin généraliste référent du patient n'est pas disponible. Par ailleurs, les médecins généralistes du territoire ont tous un accès au logiciel médical des urgences et peuvent voir en temps réel ce qu'il en est de leur patient.

Les observations des psychiatres sont consignées à la fois dans le logiciel Crossway de psychiatrie et aux urgences sur le logiciel Urcal.

Le psychiatre gère le transfert vers un service adapté, le cas échéant, et décide de toutes les mesures d'isolement et de contention en prise en charge commune avec les urgentistes ; ces mesures ont des durées courtes car servant à l'attente de l'arrivée d'une ambulance pour emmener le patient. Elles sont ainsi toujours de moins de six heures et jamais une nuit ; si l'hospitalisation doit être plus longue, le patient est placé à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Le psychiatre prend également les décisions d'isolement durant l'astreinte de nuit, avec un déplacement pour avis ou prise en charge psychiatrique qui a été effectif 350 jours sur 365 jours en 2019.

Toutes les mesures sont aujourd'hui tracées informatiquement, avec mention de la date et de l'heure de l'instauration, sur le logiciel Urcal des urgences et également sur Crossway si le patient est amené à être hospitalisé en psychiatrie.

Cette décision est associée à une surveillance infirmière systématique.

Le médecin chef de service travaille actuellement la mise en place d'un registre pour l'isolement et la contention, collationnant ces données.

RECOMMANDATION 15

Un registre spécifique de l'isolement et de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

Le service des urgences dispose d'une chambre d'isolement (CI). Cette CI est équipée d'un WC protégé du regard et d'un lavabo mais dépourvue de bouton d'appel. Le lit est un brancard adapté type Fixéo ou un lit d'hôpital. Il n'y a pas d'horloge mais les séjours sont très courts ; le patient n'a pas la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière, ni la possibilité de sortir à l'extérieur pour fumer.



CI service d'urgence



CI de l'UHCD et sa salle d'eau



De nombreux protocoles sont à la disposition des soignants : « *guide de bonnes pratiques de la contention physique au SAU* » actualisé le 1^{er} décembre 2020 ; « *utilisation du système de contention Fixéo au SAU* » daté du 1^{er} décembre 2020 ; « *conduite à tenir face à une situation de violence* » datée du 24 novembre 2017, « *protocole de surveillance infirmière d'un patient en isolement* »

thérapeutique avec ou sans contention » daté du 5 février 2015 (qui parle d'isolement « thérapeutique »); « *gestion des mesures de restrictions de liberté* » datée du 21 avril 2015.

Le personnel des urgences a bénéficié de formations à l'utilisation des contentions, dont celles permettant d'utiliser le brancard spécifique Fixéo, qui nécessite six professionnels pour l'installation de la personne.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une attention particulière depuis dix ans dans ce service et les urgences en psychiatrie ont fait l'objet depuis de nombreuses années d'évaluation des pratiques professionnelles.

Les contentions utilisées peuvent associer selon les prescriptions du médecin, les poignets les chevilles et la ventrale ; seule la contention ventrale est utilisée lorsque le transfert du patient vers l'établissement spécialisée d'accueil le nécessite. Cette contention est mise en place par les infirmiers des urgences et non par les ambulanciers privés.

BONNE PRATIQUE 1

Le service des urgences de Mâcon s'est investi depuis cinq ans dans la prise en compte des restrictions de liberté pour les patients pris en charge, dont ceux relevant de soins de psychiatrie sous contrainte.

Au moment du contrôle, aucun patient ne se trouvait en attente d'hospitalisation en psychiatrie, que ce soit en boxe ou sur un brancard.

Le service des urgences totalise 75 000 passages par an.

7.1.2 L'admission au sein des unités

A son arrivée dans le service de la clinique, les soignants amènent la personne dans sa chambre et lui expliquent oralement le fonctionnement de l'unité. Ils effectuent alors l'inventaire de tous les biens retirés et des biens laissés à la personne. Beaucoup d'objets sont retirés systématiquement indépendamment d'une motivation clinique (rasoir, déodorant, parfums, tabac, etc.).

RECOMMANDATION 16

Le retrait de biens personnels du patient doit répondre à des motivations cliniques décidées au cas par cas par le psychiatre.

Une fois admis au sein de l'unité, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre dans les heures qui suivent, si besoin par le psychiatre de garde. Le patient est également examiné par le médecin généraliste au décours de l'admission, avec un examen complet protocolisé.

BONNE PRATIQUE 2

L'examen clinique effectué par le somaticien est protocolisé et complet.

Les praticiens enregistrent leurs observations médicales dans le logiciel Arcadis ainsi que leurs prescriptions. Le cadre de santé (appelé infirmier référent) désigne un soignant référent.

Au regard de l'épidémie de coronavirus, tous les patients admis dans l'unité bénéficient d'un test PCR, renouvelé entre le 5^{ème} et 7^{ème} jour. Le patient doit rester confiné en quarantaine dans sa

chambre jusqu'aux résultats du premier test (trois jours). Un seul cas positif à l'entrée a été détecté depuis septembre 2020.

7.2 L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES EMPECHE UN REEL SOIN PLURIDISCIPLINAIRE

L'unité fermée constitue un des sites d'hospitalisation complète des SSC du secteur, avec une prise en charge exclusive de personnes en SDT.

La prise en charge en amont et en aval n'est pas assurée par l'établissement et le patient est réadressé aux structures et soignants de son secteur. La prise en charge ambulatoire dans certains centres médico-psychologiques (CMP) est actuellement difficile en raison du manque de psychiatres avec des rendez-vous impossibles ou trop tardifs (surtout dans le secteur de Mâcon).

Dans le service, les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient chaque jour d'un entretien avec un médecin psychiatre. Chaque patient est affecté à un des huit psychiatres de l'établissement, par régulation entre eux ; ces médecins passent ainsi tous, chaque jour, dans le service à des moments différents et sont « psychiatre référent » du patient.

Les entretiens se tiennent rarement avec les infirmiers.

Chaque infirmier est « référent » de cinq chambres et assure pour les occupants de ces chambres, le suivi de l'inventaire. Les soignants tiennent chaque jour pendant midi un *staff* entre infirmiers et aides-soignants. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Le logiciel médical utilisé est Arcadis. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps spécifique. Il n'y a pas d'entretien infirmier formalisé.

Deux psychologues sont en principe présents au sein de l'ensemble de la clinique mais l'une est en congé maternité et le second poste est vacant.

La permanence des soins est assurée par un psychiatre d'astreinte avec appel au centre 15 si un avis somatique est nécessaire. Un psychiatre passe voir les patients le samedi matin.

Des réunions de synthèse ont lieu parfois. Mais aucune réunion clinique n'associe l'ensemble des acteurs du projet de soins (psychiatres, généralistes, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants). Les soignants ne bénéficient ainsi pas d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales pour être rassurés et accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique. Les projets de soins individualisés ne sont pas élaborés avec l'équipe et discutés lors de ces réunions collégiales mais uniquement de manière informelle après les consultations des différents psychiatres.

RECOMMANDATION 17

Des réunions cliniques régulières associant l'ensemble des acteurs du projet de soin doivent être mises en place.

Sur ce point, la direction note : « *Les entretiens infirmiers sont tracés dans le suivi journalier du dossier patient. Les projets de soins individualisés sont élaborés et évalués par l'équipe médicale* ».

L'absence de réunion clinique est à mettre en perspective de l'insuffisance de personnel auprès des patients. En effet, alors même que des protocoles datés de 2017 sur l'isolement mentionnait un effectif de sécurité à cinq soignants, cet effectif est annoncé désormais à quatre. Or l'analyse du planning de décembre 2020 montre que sur 31 jours, 26 jours ne comptent que quatre soignants (IDE et AS confondus), et 13 jours ne comptent qu'une seule IDE. Le fonctionnement en mode de sécurité est ainsi devenu le fonctionnement habituel de l'unité, dans un mode dégradé permanent.

L'aspect habituel de ce fonctionnement est confirmé par l'analyse du planning d'octobre 2020 qui comporte 18 jours à quatre soignants et 13 jours avec un seul IDE.

Sans remettre en question l'intérêt de la présence d'aides-soignants dans les unités de psychiatrie, il convient d'être vigilant sur les risques de glissement de tâche lorsque le nombre d'aides-soignants est ainsi supérieur au nombre d'IDE, surtout s'il n'y a plus qu'une IDE pour trente patients. D'autant que, comme évoqué au paragraphe 2.3, les soignants ne disposent pas de tutorat ou de supervision. Le seul tutorat qui est en train de se mettre en place, concerne le tutorat des étudiants infirmiers par des soignants du service, formés à cet effet.

Par ailleurs il n'y a pas de réunions formelles entre médecins pour évoquer les difficultés de prise en charge ou échanger autour de certaines pratiques, même si au quotidien, quatre médecins ont leurs cabinets privés à côté au rez-de-chaussée de l'établissement et deux autres à l'étage en dessous, cela facilitant les échanges quotidiens informels entre eux.

Le nouveau président de la commission médicale d'établissement (CME) n'a pu la réunir que deux fois à la suite de l'épidémie de coronavirus. Le médecin directeur médical par ailleurs propriétaire de la clinique, n'a pas souhaité rencontrer les contrôleurs.

Les patients qui le nécessitent ont accès à la sismothérapie sur le site ; un espace moderne comprend un lit adapté aux séances et trois lits de surveillance, tous monitorés. Les patients, quel que soit leur statut, reçoivent avant les séances un ensemble de documents complet sur la thérapie, et signent un consentement pour la procédure anesthésique comme pour les séances d'électroconvulsivo-thérapie (ECT). Dès qu'un patient n'est plus consentant pour une des séances, celle-ci n'est pas mise en œuvre.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale. Les familles sont associées à la prise en charge.

La mise en œuvre de la rédaction des directives anticipées, expliquées dans le livret d'accueil n'est pas encore réellement développée et il n'y a pas de réunion soignants-soignés.

Par ailleurs, les activités, occupationnelles et thérapeutiques, sont intégrées à la prise en charge mais les activités thérapeutiques sont totalement stoppées depuis l'épidémie au coronavirus pour les patients de l'unité des SSC.

Au moment du contrôle, seuls un baby-foot situé dans le couloir permettait aux plus jeunes de s'occuper et une activité coloriage et perles permettait à quelques patientes de passer un moment ensemble l'après-midi.

Le projet de soins écrit en perspective des futurs locaux indique qu'une aide-soignante sera affectée à la mise en place des activités pour les patients du service 9h30 à 11h et 14h à 16h.



Baby-foot situé dans le couloir



Patiente dessinant

Pour autant, il est rapporté que de nombreux patients accèdent, hors période Covid, aux activités thérapeutiques sur prescription ; celles-ci se déroulent au rez-de-jardin au sein d'un plateau technique mutualisé pour toute la clinique. Ces activités sont proposées au moment du contrôle à tous les patients hospitalisés en soins libres (des trois autres unités) et à ceux de l'hôpital de jour, sans qu'il ne soit possible de savoir pourquoi les patients en SSC en sont privés.

RECOMMENDATION 18

Les activités thérapeutiques, réoffertes pour les patients en soins libres, doivent l'être aussi pour les patients en soins sans consentement.

La direction de l'établissement précise dans ses observations que : « *Les activités thérapeutiques sont organisées par le Pôle d'activités de la CVD sauf pendant la période de la crise sanitaire. Mais durant la crise sanitaire, des activités thérapeutiques ont été organisées au sein de l'unité* ».

Beaucoup d'activités étaient ainsi proposées avant l'épidémie de coronavirus : groupes de parole, activités physiques adaptées, relaxation, sophrologie, danse, ateliers créatifs, équithérapie, médiation musicale, éveil et conscience du corps, théâtre, boxe individuelle.

Un calendrier des activités était présenté aux patients qui s'engageaient à participer à certaines activités ; des comptes rendus de l'activité et du comportement du patient étaient inscrits par les différents thérapeutes ou animateurs d'activité dans le dossier patient informatisé en plus des transmissions orales faites aux soignants.



Salon de coiffure et de soins esthétiques



Salle d'ergothérapie

BONNE PRATIQUE 3

Une grande diversité d'activités thérapeutiques est habituellement proposée aux patients.

7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST ASSURE

7.3.1 L'accès aux médecins généralistes

Trois médecins généralistes sont présents dans l'établissement pour l'ensemble des 120 lits de psychiatrie, pour un total de 1,3 ETP, un seul des médecins étant à temps complet. Les médecins somaticiens sont salariés de la clinique.

Les demandes d'examen s'effectuent sur repérage des soignants ou demandes des patients. Les consultations se font dans la chambre des patients. Les somaticiens examinent par ailleurs toutes les patients admis s même ceux en provenance d'un service d'urgences.

Le temps de généraliste ne permet pas de développer l'éducation à la santé, les réunions cliniques, la supervision des protocoles, la conciliation médicamenteuse avec les pharmaciens ; ils n'ont parfois pas le temps de visiter toutes les unités dans la journée.

Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé, qui est accessible aux médecins traitants.

La permanence des soins somatiques est assurée par le dispositif d'astreinte de psychiatrie qui contacte le centre 15 en cas de besoin.

Un chariot d'urgence est disponible dans la salle de soins et régulièrement contrôlé. Des formations sont régulièrement proposées aux soignants sur la gestion des urgences vitales.

7.3.2 L'accès aux autres soins spécialisés

Pour tous les besoins d'examens et d'avis spécialisés, les patients ont accès facilement au plateau technique du CH de Chalon-sur-Saône où sont proposées toutes les spécialités. Ces services spécialisés imposent cependant un accompagnement par un soignant, y compris lors des phases d'hospitalisation ; les soignants restent ainsi à côté du patient sur un fauteuil jour et nuit quelle que soit la clinique du patient, uniquement sur la base de leur statut d'hospitalisé sans consentement.

Pour le besoin de soins dentaires, l'accès au dentiste d'un cabinet libéral est celui du droit commun. Un kinésithérapeute exerce à temps plein au sein de la clinique mais ne dispose pas de cabinet ou d'une salle équipée ce qui restreint le champ de son exercice. Un pédicure-podologue intervient à la demande.

7.3.3 L'accès aux traitements

La pharmacie à usage intérieur (PUI) livre un réapprovisionnement du service en dispensation hebdomadaire et une dotation d'urgence y est mise en place. Dans l'unité, les infirmières confectionnent les piluliers journaliers durant le service de nuit et les traitements sont délivrés aux patients de manière confidentielle dans chaque chambre.

Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit sous la forme d'une sous-commission de la CME mais plus depuis 2019.

La pharmacie hospitalière ne développe avec les médecins ni conciliation médicamenteuse ni éducation thérapeutique.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE REPONDENT PAS A TOUS LES CRITERES DU RESPECT DE LA DIGNITE

L'unité fermée de l'établissement comporte deux chambres d'isolement (CI) spécifiquement dédiées à cet usage. Les deux chambres sont identiques.



Chambre d'isolement



Porte de chambre



horloge

La porte de la chambre comporte, un fenestron occultable permettant au soignant de voir l'intérieur de la chambre.

La pièce peut être aérée par une ouverture à commande extérieure (par le soignant). Une climatisation est également installée. Le patient ne peut allumer ou éteindre seul la lumière.

Il n'y a pas de bouton d'appel mural ou portatif lors des contentions.

La chambre a un accès libre à une salle d'eau pourvue d'une porte fermable, et comportant WC, douche et lavabo en fonctionnement. Le nonaccès à cette salle d'eau est cependant la règle et l'ouverture l'exception sur décision du psychiatre.

Le lit est fixé au sol avec renfort en bois. Il n'y a pas de siège ou pouf. Une table à roulettes est apportée pour les repas.

Une horloge affichant la date et l'heure, permet de se repérer dans le temps. Les personnes disposent de draps et couvertures.

Le patient ne peut fumer sauf lorsqu'il bénéficie de sorties séquentielles.

RECOMMANDATION 19

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

La direction précise que « les sièges pour les chambres d'isolement sont achetés ».

8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE CONSTITUENT PAS UNE PRIORITE DANS LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

8.2.1 La politique menée

L'établissement ne mentionne pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement et il n'y a pas de projet médical. Seul le rapport d'activité 2019 mentionne « *la chambre d'isolement et mise en isolement du patient.* » Ce bilan 2019 rappelle les réglementations en cours et trace l'évolution des pratiques depuis 2017 : 115 patients ayant été isolés en 2017, 74 en 2018 et 60 en 2019 ; 29 patients ont été contenus en 2018 et 33 en 2019. Le nombre de mesures d'isolement et de contention était ininterprétable car comptant les renouvellements comme des nouvelles mesures.

RECOMMANDATION 20

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme dans son projet médical l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir.

La direction ajoute : « *Un projet de soin du service fermé est rédigé et porté à la connaissance des professionnels. Un projet d'établissement 2017-2021 est à la disposition de l'ensemble des professionnels.* ».

8.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins renseignent le dossier informatique des patients.

Plusieurs protocoles sont à la disposition des soignants dans le logiciel *ad hoc* disponible sur l'intranet : « *prévention des risques d'agitation en psychiatrie* » du 1^{er} juin 2018, « *contention physique stricte associée à un isolement thérapeutique* » du 11 février 2018, « *mise en chambre d'isolement thérapeutique* » du 8 juillet 2020, « *contention physique stricte chez le sujet âgé* » du 11 février 2018. Ces protocoles sont clairs, actualisés et rappellent la réglementation et les bonnes pratiques à mettre en œuvre.

Dans la pratique, les CI ne sont jamais comptabilisées dans les lits d'hospitalisation ; il n'y a pas d'entrées directes en CI depuis l'extérieur sans qu'une chambre hospitalière ne soit disponible, et il y a toujours conservation de la chambre d'hospitalisation lors des phases d'isolement en CI.

Les procédures de décision sont respectées et les mesures sont décidées par le psychiatre de jour ou d'astreinte et tracées.

La surveillance est assurée, tant médicale avec deux visites physiques par vingt-quatre heures (médecin généraliste ou psychiatre) que soignante toutes les heures par les infirmiers. Cette surveillance est tracée sur un outil papier. Le rythme de la surveillance est protocolisé toutes les heures sans adaptation au cas par cas.

Les personnes placées en isolement portent une tunique indéchirable en cas de risque suicidaire ; les personnes sont alors nues en dessous. Pour les autres motifs d'isolement, le patient conserve ses vêtements.

Les téléphones n'y sont pas autorisés de même que l'accès au tabac.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode d'isolement séquentiel dont la durée est variable.

Le matériel de contention utilisé comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et deux chevilles, par un système à aimant. Les sangles sont nettoyées après utilisation.

8.3 LE REGISTRE N'EST PAS ANALYSE

Les décisions de placement en isolement et contention sont sérieusement tracées sur le logiciel et le cadre de santé tient à jour un tableur *Excel* de toutes les mesures. La durée est renseignée, mais non le lieu de mise en isolement (espace dédié ou hors espace dédié), étant indiqué cependant qu'aucune mesure n'est prise hors CI. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

L'analyse du registre montre les chiffres suivants.

En 2018, sur une file active de 370 patients présents et entrés dans le service, 74 (20 %) ont été placés en chambre d'isolement. Les durées sont complexes à calculer dans la mesure où le registre n'est pas informatisé et les mesures de courtes durées, multiples.

29 patients ont eu une contention associée à l'isolement, soit 39,2 % des patients placés en isolement et 7,8 % de la file active.

En 2019, sur une file active de 466 patients présents et entrés dans le service, 61 (13 %) ont été placés en chambre d'isolement.

34 patients ont eu une contention associée à l'isolement, soit 55,7 % des patients placés en isolement et 7,3 % de la file active.

En 2020, sur une file active de 147 patients présents et entrés dans le service du 1^{er} janvier au 31 mars, 14 patients (9,5 %) ont eu 93 mesures d'isollements pour des durées de 0,5 à 216 heures. 8 patients (soit 57,1 % des patients isolés et 5,4 % de la file active) ont eu 33 mesures de contentions associées.

L'analyse du registre est actuellement fiable au regard des renseignements enregistrés dans le logiciel sur le nombre de patients objets d'isolement et de contention ; il ne l'est pas encore sur la durée moyenne des mesures. Il conviendrait de diffuser et partager au sein des équipes ces données comparatives de manière régulière afin d'analyser les évolutions de pratiques.

L'ensemble de ces chiffres montre en effet des pratiques d'isolement légèrement plus faibles en nombre de patients isolés que la moyenne actuelle des établissements contrôlés (14,5 %) mais un nombre de patients contenus très supérieur à cette moyenne actuelle (3,9 % de la file active). En revanche, les durées d'isolement et de contention sont plus courtes.

L'isolement est, contrairement aux préconisations de la haute autorité de santé (HAS), très souvent utilisé en prévention du suicide aux dépens d'une surveillance accentuée dans le service et comportent régulièrement des phases séquentielles.

RECOMMANDATION 21

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques au strict nécessaire.

Au sujet de cette recommandation, la direction de la CVD se contente de préciser que « *le registre est informatisé à partir du logiciel Excel et est imprimé et collé dans un registre* ».

9. CONCLUSION

La visite de la clinique Val-Dracy a mis en lumière des atteintes injustifiées à certains droits des patients hospitalisés sans leur consentement et plus particulièrement à leur liberté d'aller et venir. L'ouverture imminente d'un nouveau bâtiment réservé à l'hébergement de ce type de patients, doit permettre à l'établissement de réinterroger le champ des libertés individuelles dont tout patient devrait pouvoir bénéficier ; elle améliorera, par ailleurs, les conditions matérielles d'hébergement et l'accès aux activités.

L'établissement doit sans tarder mettre fin aux interdictions systématiques (visites des proches, autorisations de sorties, activités thérapeutiques) posées dans le cadre du premier confinement et que la situation sanitaire ne saurait aujourd'hui justifier, d'autant que les patients en soins libres hospitalisés à la clinique n'y sont heureusement plus soumis.