



Rapport définitif :

5 au 8 juillet 2021 – 2^{ème} visite

Unité pour malades difficiles
de Champagne-Ardenne

(Marne)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une deuxième visite de l'unité pour malades difficiles de Champagne-Ardenne du 5 au 8 juillet 2021 ; la première visite s'était déroulée en 2013. A l'issue, un rapport provisoire a été adressé au directeur de l'EPSM de la Marne, à l'agence régionale de santé Grand-Est, au préfet du département, à la présidente et à la procureure de la République près le tribunal judiciaire de Châlons-en-Champagne. Seul le directeur de l'établissement a fait valoir en retour des observations intégrées dans le présent rapport définitif.

L'UMD est implantée dans l'emprise de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Marne situé à Châlons-en-Champagne¹ (site de l'hôpital Henri Briquet). L'EPSM porte sept pôles de psychiatrie adulte² dont un pôle de psychiatrie universitaire, un pôle de psychiatrie de la personne âgée, deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile, un pôle médico-social (Maison d'Accueil Spécialisée – MAS), un pôle d'addictologie, un pôle de médecine générale et le pôle de psychiatrie médico-légale (51P01) regroupant l'UMD, le service médico-psychologique régional³ (SMPR), le Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles de Champagne-Ardenne (CRIA VS) et l'unité d'électro-convulsion (ECT) ; ainsi que le niveau 3 d'enseignement et de recherche en addictologie.

L'UMD de Champagne-Ardenne a connu une ouverture en deux phases au cours de l'année 2012⁴. Elle dispose d'une capacité de quarante lits répartis dans deux unités. Depuis la première visite, elle est complètement intégrée à l'EPSM. Elle accueille des patients présentant une difficulté de prise en charge dans leur secteur d'origine, au vu des spécificités de leur pathologie qui nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs et adaptés et des mesures de sûreté particulières.

Au moment de la visite, trente-cinq patients étaient hospitalisés, tous des hommes puisque l'UMD n'est pas mixte.

L'UMD a, par ailleurs, globalement évolué dans ses pratiques depuis la dernière visite, par une prise en compte plus importante des droits des patients qui se traduit dans le projet thérapeutique communiqué. En outre, l'unité fonctionnelle d'électro-convulsivo-thérapie (ECT) en projet lors du premier contrôle, a été ouverte. Au moment de la visite deux patients de l'UMD en bénéficiaient.

Les effectifs des équipes soignantes complétés de trois éducateurs et de deux ergothérapeutes permettent l'organisation de nombreuses activités au sein des unités et au pôle de sociothérapie et de sorties thérapeutiques. L'autorité préfectorale s'oppose très rarement aux sorties à l'extérieur de l'EPSM.

Néanmoins, seulement trois médecins psychiatres pour 2,4 ETP exercent au sein de l'UMD ; la pénurie médicale sur le territoire est préoccupante, au mois de septembre l'un des médecins

¹ Rapport de visite du CGLPL de l'EPSM de Châlons-en-Champagne du 3 au 7 juin 2019.

² File active d'environ 18 000 patients dont 90 % en ambulatoire.

³ Rapport de visite du CGLPL de la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne du 3 au 7 décembre 2018.

⁴ Cf. rapport de visite du CGLPL du 15 au 17 janvier 2013.

exerçant à 60% devrait quitter l'UMD et un autre médecin exerçant à 80% sera en congé maternité.

La dynamique d'équipe insufflée à l'UMD portée par l'ensemble des professionnels de santé, la fluidité des relations inter professionnelles, le travail en équipe, la référence des patients partagée à deux ou trois infirmiers et aides-soignants sont des modalités de travail servant l'intérêt des patients.

Les principaux constats des contrôleurs s'articulent autour de quatre thèmes.

1. Sur la prise en charge du patient, sujet de droit.

– Les modalités de la prise en charge

Une grande attention est portée au patient grâce à un travail d'équipe fluide et une grande disponibilité des médecins malgré le sous-effectif. Par ailleurs, la permanence des soins somatiques est garantie grâce à l'intervention du médecin du pôle somatique et le partenariat avec les services spécialisés du centre hospitalier général.

Dans le cadre de la prise en charge psychiatrique, des objectifs ciblés sont dégagés pour chaque patient malgré l'absence de projet de soins individualisé formalisé et le patient est associé aux décisions médicales et aux objectifs de soins. Il reçoit des informations claires sur sa pathologie et son traitement.

L'accès à des activités et sorties thérapeutiques est garanti. D'une part de nombreuses initiatives sont portées par les soignants des unités qui sont tous référents d'activités. D'autre part, les activités organisées par le pôle de sociothérapie sont également variées et les appétences et capacités du patient sont prises en compte. De plus, la prise en charge des patients est fréquemment réévaluée en fonction de l'évolution de son état, par des échanges quotidiens entre les équipes soignantes et de sociothérapie.

– Les droits du patient et l'information délivrée

Les patients de l'UMD sont informés de leur droit de manière satisfaisante et adaptée. Un diaporama sur les droits des patients leur est diffusé et est considéré comme une bonne pratique à valoriser et à diffuser auprès des autres UMD et unités d'hospitalisation complète. En sus, un livret d'accueil remis à l'arrivée du patient est lisible et comprend les règles de vie.

Au moment de l'élaboration du certificat médical mensuel, le patient est reçu en entretien, la question du maintien de la mesure est abordée et il est entendu. Il est également tenu informé des différentes étapes de son parcours de soins sans consentement. De plus, les certificats médicaux, qui ont été consultés dans le cadre du registre de la loi, sont particulièrement bien étayés, permettant de connaître de manière lisible l'évolution du patient sur sa prise en charge.

Le service des admissions en lien avec le secrétariat de l'UMD a mis en place un circuit permettant de remédier aux difficultés qui avaient été constatées en 2013, lors de l'admission d'un nouveau patient, s'agissant des notifications tardives des arrêtés préfectoraux de transfert à l'UMD et le cas échéant de modification du statut du patient.

Le registre de la loi est particulièrement bien tenu et permet de tracer les étapes de la prise en charge du patient hospitalisé et l'exercice de ses droits de manière lisible.

Néanmoins, alors que la prise en charge médicale, thérapeutique est individualisée, des restrictions générales et systématiques aux libertés individuelles demeurent dans le quotidien des patients.

2. Sur les restrictions aux libertés individuelles et les règles qui régissent le quotidien des patients

Dans le souci d'établir un juste équilibre entre la sécurité d'une part et le respect des droits fondamentaux d'autre part, il apparaît nécessaire d'engager une réflexion portant sur la systématisation de certaines règles de vie :

- * des appels téléphoniques limités en nombre, un horaire de coucher tôt et généralisé avec de rares exceptions ;
- * des restrictions liées au tabac déjà interrogées en 2013, comme la limitation à cinq cigarettes par jour sans accompagnement par l'unité d'addictologie ;
- * le retrait systématique des effets personnels après 21h.

3. Sur les conditions matérielles de prise en charge

Les locaux sont propres et l'équipement des chambres d'hospitalisation est adapté. Néanmoins, l'intimité du patient n'est pas respectée en raison de la présence d'un œilleton extérieur donnant sur la douche et les WC des chambres d'hospitalisation. Par ailleurs, les patients se sont plaints de l'inconfort des oreillers indéchirables. Enfin, les cours extérieurs ont un aspect carcéral auquel il convient de remédier.

4. Sur l'isolement et la contention

De manière générale, les décisions d'isolement et de contention sont prises en dernier recours et rediscutées en réunion clinique et entre l'infirmier, le patient et le médecin. Les modalités de surveillance humaine démontrent une attention toute particulière à l'égard du patient placé en isolement. Néanmoins, la surveillance vidéo est déplorée comme trop intrusive et portant atteinte à l'intimité du patient.

De plus, les pratiques systématiques et non tracées de la sieste imposée en chambre fermée ainsi que l'enfermement la nuit en chambre sont interrogées. De même, s'agissant de la mise à l'isolement systématique des entrants pour une durée de 48 heures, même si depuis la première visite, une souplesse a été introduite s'agissant des patients déjà connus de l'UMD.

Enfin, le rapport de l'établissement sur l'isolement et la contention ne contient pas d'analyse des pratiques sur la base des données du registre qui sont par ailleurs lacunaires.

Depuis la visite du CGLPL, soucieux de faire évoluer les pratiques professionnelles, les professionnels de l'UMD ont repris les réflexions engagées avant la crise sanitaire permettant la prise en compte de plusieurs recommandations – notamment l'EPP sortants, les réunions soignants-soignés, les réunions d'information sur les droits des patients et sur la commission de suivi médical, la mise en place d'un groupe de travail sur les alternatives à l'isolement avec le projet de création d'un espace d'apaisement Snoezelen et la mise à disposition de matériel d'apaisement dans les unités.

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 24

Les séances collectives d'information sur les droits permettent d'apporter aux patients de l'UMD des explications sur leurs statuts juridiques, droits et voies de recours. Il serait souhaitable qu'elles reprennent rapidement et soient étendues aux autres UMD.

BONNE PRATIQUE 2 58

Les activités, organisées par la sociothérapie, sont maintenues durant les week-ends et les jours fériés.

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 22

L'utilisation d'un détecteur de métaux à l'égard d'un patient dans un lieu de soins doit être proscrite.

RECOMMANDATION 2 26

La personne de confiance doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.

RECOMMANDATION 3 33

Le ministère de la justice doit allouer des moyens aux services du juge des libertés et de la détention afin de leur permettre d'assurer un contrôle efficient des mesures d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 4 38

Les temps de sieste en chambre, porte fermée à clef et non tracés, imposés de manière systématique à tous les patients interrogent quant au bénéfice thérapeutique. Il convient de proposer d'autres possibilités.

RECOMMANDATION 5 39

Les chambres doivent être pourvues de verrous de confort pour que les patients qui souhaitent s'isoler ne soient pas enfermés.

RECOMMANDATION 6 41

Les restrictions systématiques, relatives à la consommation de tabac, imposées aux patients ne sont pas justifiées par la clinique. Par ailleurs, il est intolérable que les soignants s'autorisent à fumer librement à la vue des patients.

RECOMMANDATION 7 44

La décision de retirer les téléphones portables et de limiter le nombre d'appels reçus ou émis ne doit être motivée que par la clinique du patient. Cette décision médicale doit être individualisée et réévaluée. Par ailleurs, la limitation à quatre appels au maximum par semaine ne peut se justifier et doit être abrogée.

RECOMMANDATION 8	45
L'établissement doit mettre à la disposition des patients les moyens pour leur permettre d'accéder, sans restriction et en toute confidentialité, aux nouvelles formes de correspondance que constituent les messageries électroniques.	
Les soignants doivent avoir accès au réseau internet <i>via</i> un poste informatique pour faciliter l'organisation de projets au sein des unités et favoriser l'accompagnement du patient à l'autonomie.	
RECOMMANDATION 9	46
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients. Dans le cadre de la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles, les patients doivent pouvoir disposer de préservatifs.	
RECOMMANDATION 10	48
Des aménagements doivent remédier à l'aspect carcéral des cours extérieures.	
RECOMMANDATION 11	50
L'équipement en oreillers doit être adapté au confort des patients.	
RECOMMANDATION 12	50
L'attention portée à l'hygiène corporelle des patients et à leur sécurité ne doit pas justifier le recours à un œilleton, dispositif intrusif et attentatoire à l'intimité et la dignité de la personne.	
RECOMMANDATION 13	53
Le placement systématique en isolement des patients au moment de leur admission, sans tenir compte de leur état psychique, n'est pas justifié.	
RECOMMANDATION 14	62
Le bloc WC des chambres d'isolement doit être séparé du reste de la chambre.	
RECOMMANDATION 15	65
La surveillance continue par vidéo dans les chambres d'isolement est intrusive et attentatoire à la dignité des patients.	
RECOMMANDATION 16	66
Toute mesure d'enfermement, même en chambre non spécifique, doit être considérée comme de l'isolement et, à ce titre, être décidée et tracée dans les conditions prévues par la loi. Il doit être mis fin à la pratique des « <i>retraits en chambre</i> » et à la fermeture à clé systématique des portes des chambres lorsque les patients s'y trouvent.	
RECOMMANDATION 17	68
La décision de renouvellement des mesures d'isolement et de contention doit être systématiquement prise ou, à défaut, validée par un médecin praticien hospitalier, y compris la nuit ou le week-end. Cette décision ne peut être laissée à un interne seul.	

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	23
Le comité d'éthique doit être mis en mesure de reprendre ses travaux.	

RECO PRISE EN COMPTE 2..... 30

La commission départementale de soins psychiatriques doit se doter des moyens d'exercer la plénitude de ses compétences et, notamment, assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par le code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 3..... 35

Les sorties thérapeutiques doivent être réinvesties afin de permettre aux patients une ouverture sur l'extérieur favorable à la préparation de leur sortie d'UMD.

RECO PRISE EN COMPTE 4..... 36

Le travail sur la préparation à la sortie doit être repris afin d'assurer un retour du patient dans son unité d'origine dans de meilleures conditions.

RECO PRISE EN COMPTE 5..... 40

Le port du pyjama imposé, notamment lorsqu'il est décidé à l'issue du non-respect des règles de vie, doit être prohibé en ce qu'il peut revêtir un caractère humiliant et punitif.

RECO PRISE EN COMPTE 6..... 56

Des réunions soignants-soignés doivent être proposées à l'ensemble des patients afin de leur permettre d'échanger collectivement autour de leur prise en charge.

RECO PRISE EN COMPTE 7..... 71

Les données du registre d'isolement et de contention doivent être régulièrement extraites par le DIM et communiquées aux équipes médicales et soignantes pour donner lieu à une analyse étayée de leurs pratiques.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
3. PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UMD	14
3.1 Le fonctionnement de l'UMD favorise l'équilibre entre sécurité et respect des droits des patients.....	14
3.2 La pénurie médicale est préoccupante	15
3.3 L'UMD est confrontée à une augmentation des demandes d'admission émanant de l'ensemble du territoire national	18
3.4 Le fonctionnement du comité d'éthique récemment renouvelé est entravé par l'instabilité des équipes et par la pénurie médicale	22
4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	24
4.1 À leur arrivée les patients sont informés de leurs droits de manière adaptée..	24
4.2 Le traitement des événements indésirables et des réclamations est fluide.....	24
4.3 La personne de confiance est désignée mais est peu associée à la prise en charge du patient.....	26
4.4 L'accès au vote est assuré	27
4.5 L'accès au culte est organisé	27
4.6 Le suivi social des patients est dynamique mais peut être entravé par les défaillances des partenaires.....	27
4.7 La confidentialité sur la présence est possible	29
5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	30
5.1 La commission départementale des soins psychiatriques n'est pas en mesure d'assurer son rôle de manière effective	30
5.2 L'UMD est intégrée à l'établissement au même titre que les autres unités par la commission des usagers.....	30
5.3 Le registre de la loi est lisible et tenu avec rigueur	30
5.4 Le service du JLD assure un contrôle efficient des mesures d'hospitalisation mais se heurte à des moyens insuffisants pour mettre en œuvre la réforme sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention.....	31
5.5 Le collège des professionnels de santé reçoit les patients et rend des avis circonstanciés.....	33
5.6 Les sorties de moins de douze heures ne posent pas de difficultés mais il y a peu de sorties thérapeutiques en raison de la crise sanitaire	34
5.7 La sortie est décidée par la commission de suivi médical en présence du patient et sa préparation fait partie des axes d'amélioration identifiés par l'UMD.....	35
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	38

6.1	Les restrictions de la vie quotidienne imposées de façon systématique ne sont pas motivées par la clinique et paraissent injustes aux yeux des patients.....	38
6.2	Si une réelle attention est portée aux liens avec les familles, les communications avec l'extérieur sont limitées par les restrictions apportées à l'usage du téléphone et des nouvelles technologies.....	41
6.3	La question de la sexualité n'a pas donné lieu à une réflexion institutionnelle	46
7.	LES CONDITIONS DE VIE	47
7.1	Les locaux n'ont pas connu d'évolution notable depuis la précédente visite du CGLPL	47
7.2	Une attention particulière est portée à l'hygiène des patients et au bon entretien des locaux	50
7.3	Les patients peuvent disposer aisément de leurs biens	51
7.4	L'avis des patients est pris en compte pour améliorer les repas.....	51
8.	LES SOINS.....	53
8.1	Les soins psychiatriques sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire soucieuse de maintenir une relation thérapeutique de qualité	53
8.2	La confidentialité des échanges est respectée durant la dispensation des traitements	56
8.3	Le traitement par électro-convulsivo-thérapie fait l'objet d'un protocole, le consentement éclairé du patient ou de la personne de confiance est systématiquement recherché	57
8.4	L'offre d'activités est variée, et fait partie intégrante du dispositif de soins.....	58
8.5	La permanence des soins somatiques et l'accès aux consultations de spécialité sont garantis	60
9.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	62
9.1	Les quatre chambres d'isolement de l'UMD sont propres et fonctionnelles mais les sanitaires ne sont pas séparés	62
9.2	Si les mesures d'isolement et de contention sont effectuées en dernier recours et dans le respect de la dignité du patient, leur renouvellement n'est pas toujours valide par un médecin psychiatre	65
9.3	Le registre d'isolement et de contention, relativement bien renseigné, n'est pas exploité	69
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	72
10.1	La procédure en cas de décès est respectueuse des droits et de la dignité du patient et de ses proches	72
10.2	L'UMD ne différencie pas la prise en charge des patients écroués	72
11.	CONCLUSION.....	74

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Candice Daghestani, cheffe de mission ;

Anne-Sophie Bonnet ;

Thierry Chantegret ;

Matthieu Clouzeau ;

Bonnie Tickridge.

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 l'unité pour malades difficiles de Champagne-Ardenne (UMD – située à Châlons-en-Champagne, Marne) du 5 au 8 juillet 2021. Il s'agit de la deuxième visite, une première visite s'était déroulée du 15 au 17 janvier 2013.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 5 juillet à 14h45. Ils l'ont quitté le 8 juillet à 18h45. La directrice de cabinet du préfet de la Marne, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Châlons-en-Champagne ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont été avisées de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Marne, le médecin-chef par intérim de pôle et président de la commission médicale d'établissement (CME), la médecin psychiatre responsable de l'unité, deux médecins psychiatres praticiens hospitaliers exerçant à l'UMD, la cadre de santé de l'unité Renaudin, l'assistante médico-administrative de l'unité.

Une salle de travail et un équipement en informatique ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités. Les documents sollicités dans le cadre de la mission ont été transmis avec célérité.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec les patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Un entretien téléphonique a été organisé avec le président du comité d'éthique, le médecin chef de pôle en qualité de président de la CME⁵, la présidente du TJ qui assure des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD). Un entretien en visioconférence a été organisé, après la visite, à la demande du préfet de la Marne.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du JLD.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 8 juillet 2021, avec le directeur de l'EPSM de la Marne, le médecin-chef par intérim de pôle, la médecin psychiatre responsable de l'unité, un médecin psychiatre de l'UMD, la cadre de santé de l'unité Renaudin, et la directrice des soins.

Un rapport provisoire a été adressé le 3 décembre 2021 au directeur de l'EPSM de la Marne, à l'agence régionale de santé Grand-Est, au préfet du département, à la présidente et à la

⁵ Le président de la CME nouvellement nommé au mois de juin 2021 a été informé de la visite.

procureure de la République près le tribunal judiciaire de Châlons-en-Champagne. Le directeur de l'établissement a émis des observations reçues le 25 janvier 2022, qui sont intégrées dans le présent rapport. Les cheffes de juridiction ont adressé un courrier reçu le 2 mars 2022. Il convient de relever que plusieurs recommandations ont d'ores et déjà été prises en compte dans les réflexions institutionnelles de l'UMD.

2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PRECEDENTE VISITE

Une première visite s'était déroulée du 15 au 17 janvier 2013, soit environ une année après l'ouverture de l'UMD. A l'issue, les contrôleurs ont formulé les recommandations suivantes :

- Une réflexion devrait être conduite sur le plan national afin de permettre la concertation entre UMD quand plusieurs – voire toutes – sont parallèlement saisies pour une admission par un même établissement, ce qui permettrait de « croiser » les demandes.
- Une solution devrait être trouvée entre ARS et préfectures afin de réduire les délais de transmission des arrêtés de placement, de maintien ou de transfert et permettre leur notification dans des délais plus brefs. Cette recommandation a été suivie d'effet (cf. § 4.1).
- Les arrêtés préfectoraux de placement, de maintien ou de transfert à l'UMD devraient figurer dans le registre de la loi, de même que les ordonnances rendues par le juge des libertés et de la détention. Cette recommandation a été suivie d'effet (cf. § 5.3).
- L'absence de boîtes aux lettres au sein des unités est regrettable. Afin de garantir la liberté de correspondance, il est impératif qu'un registre spécifique soit ouvert afin d'assurer une traçabilité des correspondances adressées aux autorités administratives et judiciaires. Cette recommandation a été suivie d'effet (cf. § 6.2.2).
- Les mineurs de moins de 15 ans doivent pouvoir rendre visite à leurs proches admis à l'UMD, sauf décision médicale contraire. Cette recommandation a été suivie d'effet (cf. § 6.2.1).
- Il est impossible de régler l'intensité de la lumière dans les chambres, ce qui n'est pas propice à créer un environnement apaisant. Dans trois ou quatre chambres les patients doivent se doucher à l'eau froide car un ballon d'eau chaude ne fonctionne pas. Cette recommandation a été suivie d'effet (cf. § 7.1.3).
- Outre la traçabilité organisée dans le dossier médical du patient, les placements en chambre d'isolement, les mises en contention, ainsi que les modalités de surveillance assortissant ces mesures, devraient faire l'objet d'un mode d'enregistrement spécifique qui serait à la disposition des autorités chargées de les contrôler. Cette recommandation a été suivie d'effet avec la mise en place du registre de l'isolement et de la contention (cf. § 9.3).

Ils ont par ailleurs souligné les bonnes pratiques suivantes :

- Malgré les conditions précipitées de l'ouverture de l'UMD, la direction a fait le choix avec la commission médicale de l'établissement de mettre en place et de former une équipe cohérente mobilisée autour d'un projet thérapeutique clair.
- L'implication du personnel lors de l'arrivée d'un patient à l'UMD mérite d'être soulignée, notamment le mode d'accueil personnalisé et la réunion de transmission d'informations avec les soignants de l'établissement d'origine chargés de son accompagnement.
- L'organisation mise en place pour le contrôle des hospitalisations sans consentement par le JLD, avec la présence de ce dernier au sein de l'UMD et la présence d'un avocat à l'audience, contribue au respect des droits des patients et à leur compréhension du rôle protecteur du juge.
- Le processus de fonctionnement de la commission de suivi médical est apparu exemplaire : procédure d'échange entre pairs sur la situation clinique du patient, audition

de celui-ci, principe contradictoire, notification orale faite au patient par son président des décisions prises.

3. PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DE L'UMD

3.1 LE FONCTIONNEMENT DE L'UMD FAVORISE L'EQUILIBRE ENTRE SECURITE ET RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

3.1.1 Présentation générale

L'UMD est implantée dans l'emprise de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Marne situé à Châlons-en-Champagne⁶ (site de l'hôpital Henri Briquet). L'EPSM porte sept pôles de psychiatrie adulte⁷ dont un pôle de psychiatrie universitaire, un pôle de psychiatrie de la personne âgée, deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile, un pôle médico-social (Maison d'Accueil Spécialisée – MAS), un pôle d'addictologie, un pôle de médecine générale et le pôle de psychiatrie médico-légale (51P01) regroupant l'UMD, le service médico-psychologique régional⁸ (SMPR), le Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles de Champagne-Ardenne (CRIA VS) et l'unité d'électro-convulsion (ECT) ; ainsi que le niveau 3 d'enseignement et de recherche en addictologie.

Il assure à ce titre la couverture de la totalité de la population marnaise adulte et de la moitié de la population mineure au titre de la psychiatrie infanto-juvénile hors agglomération rémoise. Il dispose d'un autre site d'hospitalisation à Reims (hôpital Henri Ey) et d'une capacité totale de 292 lits dont 40 à l'UMD.

3.1.2 Présentation de l'UMD de Champagne-Ardenne

a) Les axes de l'évolution du fonctionnement de l'UMD

L'UMD de Champagne-Ardenne a connu une ouverture en deux phases au cours de l'année 2012⁹. Elle dispose d'une capacité de quarante lits répartis dans deux unités. Depuis la première visite, elle est complètement intégrée à l'EPSM. Elle accueille des patients présentant une difficulté de prise en charge dans leur secteur d'origine, au vu des spécificités de leur pathologie qui nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs et adaptés et des mesures de sûreté particulières.

Au moment de la visite, trente-cinq patients étaient hospitalisés, tous des hommes puisque l'UMD n'est pas mixte.

L'UMD a, par ailleurs, globalement évolué dans ses pratiques depuis la dernière visite, par une prise en compte plus importante des droits des patients qui se traduit dans le projet thérapeutique communiqué (cf. titre 6).

L'unité fonctionnelle d'électro-convulsivo-thérapie (ECT) en projet lors du premier contrôle, a été ouverte. Ses locaux se trouvent sur l'emprise du CH général non loin de l'EPSM. L'un des médecins psychiatre de l'UMD a été spécifiquement formé à cet effet (cf. § 8.3).

⁶ Rapport de visite du CGLPL de l'EPSM de Châlons-en-Champagne du 3 au 7 juin 2019.

⁷ File active d'environ 18 000 patients dont 90 % en ambulatoire.

⁸ Rapport de visite du CGLPL de la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne du 3 au 7 décembre 2018.

⁹ Cf. Rapport de visite du CGLPL du 15 au 17 janvier 2013.

b) Présentation générale du fonctionnement des unités

Les deux unités Renaudin et Dagonet fonctionnent avec des règles de vie similaires, les équipes sont dynamiques et proposent de nombreux projets qui sont davantage formalisés à Renaudin. Les objectifs de la prise en charge des patients sont néanmoins les mêmes.

Des réunions institutionnelles mensuelles visent à coordonner le travail, à fluidifier l'échange d'informations et à mener une réflexion sur les pratiques. Elles incluent la préparation de la commission de suivi médical (CSM, cf. § 5.7.2), le conseil de pôle. Elles permettent, notamment, la validation des nouveaux projets d'activités thérapeutiques, abordent l'actualité de la structure et des thèmes variés. Plusieurs procès-verbaux ont été communiqués aux contrôleurs dont celui de la réunion du 4 décembre 2020 mentionnant la participation du directeur de l'EPSM et de la directrice des soins. Les sujets sont variés : retour d'expérience des restrictions liées à la crise sanitaire, nouveaux projets culturels ou d'ergothérapie, point sur les effectifs, budget thérapeutique, organisation des congés.

Des réunions de synthèse avec les services de secteur d'origine des patients sont réalisées en fonction des besoins de chaque patient.

La principale différence entre les unités réside dans le fait que seule l'unité Renaudin organise des réunions soignants-soignés, environ une fois par mois (suspendues pendant la crise sanitaire) (cf. § 8.1).

Une réunion incluant les agents des services hospitaliers (ASH) est organisée toutes les cinq semaines mais ils y participeraient peu selon les informations recueillies.

Un regroupement annuel inter UMD au niveau national permet par ailleurs d'échanger sur les pratiques et les organisations des différentes unités.

3.2 LA PENURIE MEDICALE EST PREOCCUPANTE

3.2.1 Les données générales

Au jour du contrôle, pour les deux unités de vingt lits chacune, l'effectif de l'UMD se décline ainsi :

- trois médecins pour 2,4 ETP ;
- un interne ;
- cinquante-trois infirmiers pour 48,6 ETP dont cinq formés à l'ECT ;
- deux cadres de santé ;
- onze aides-soignants (AS) pour 9,6 ETP ;
- dix agents des services hospitaliers qualifiés (ASQH) pour 9,8 ETP ;
- trois éducateurs et deux ergothérapeutes pour 4,60 ETP ;
- une assistante médico-administrative ;
- une assistante de service social (qui intervient au SPMR une demi-journée par semaine) ;
- une psychologue.

Le poste de médecin chef du pôle de psychiatrie médico-légale étant vacant, un médecin pédopsychiatre occupe ce poste par intérim.

Le secrétariat médical a été récemment renforcé d'un agent à temps partiel.

3.2.2 Le personnel paramédical

a) La composition des équipes

Durant l'année 2019, un mouvement de grève des équipes paramédicales dans l'ensemble de l'établissement a conduit à l'ouverture de postes à l'ensemble des catégories professionnelles y compris à l'UMD pour renforcer la composition des équipes de week-ends (samedi/dimanche ou dimanche/lundi à hauteur de une fois par mois), ce qui a entraîné la refonte de l'ensemble des plannings.

Les équipes de chaque unité se composent d'un cadre de santé, de vingt-six infirmiers dont vingt-cinq de jour pour l'unité Dagonet et de vingt-sept infirmiers dont vingt-six de jour pour l'unité Renaudin, six aides-soignants dans chaque unité (dont cinq hommes à l'unité Dagonet ; six hommes à l'unité Renaudin et un recrutement en sus au cours du mois de juillet), cinq agents de services hospitaliers (dont quatre hommes à Dagonet et trois hommes à Renaudin).

Trente-huit hommes et onze femmes composent le personnel infirmier. Deux infirmiers étaient en cours de recrutement lors du contrôle pour assurer le remplacement de deux postes vacants.

A l'unité Dagonet, cinq agents et à l'unité Renaudin trois agents sont à temps partiel (80 %). Par ailleurs, la cadre de santé de l'unité Renaudin partage son temps avec le SMPR (0,35 ETP) et l'ECT (0,10 ETP).

L'effectif des équipes soignantes favorise la qualité de la prise en charge des patients, permet d'assurer les accompagnements lors des sorties à l'extérieur (cf. § 5.6 et 5.7) et d'introduire une certaine souplesse s'agissant de la liberté d'aller et venir au sein de l'UMD.

b) Les cycles de service

Dans chaque unité, le personnel soignant de jour travaille selon des cycles horaires différents étant précisé qu'en service de jour le principe 5-1-5 s'applique :

- une équipe de matin, avec cinq soignants dont un minimum de quatre infirmiers (au lieu de trois lors du premier contrôle), de 6h30 à 14h10 ;
- une équipe d'après-midi, d'une composition identique avec un minimum de trois hommes, de 13h50 à 21h30 ;
- une équipe de journée de 9h30 à 17h10, plus spécialement affectée aux accompagnements de patients, comprenant un infirmier ou un aide-soignant ;
- une équipe spécifique de nuit de 21h15 à 6h45, qui se compose de trois soignants, dont au minimum deux infirmiers.

En cas d'absence, il est fait appel au volontariat et de manière très exceptionnelle à des intérimaires comme cela a été le cas au mois de juillet 2021 en raison de plusieurs départs non anticipés (deux AS qui ont réussi le concours de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), deux IDE qui quittaient le service et deux arrêts maladie). Après une période de deux à trois ans avec un *turn-over* important, les équipes sont relativement stables.

Six IDE venant de l'UMD exercent désormais au SMPR ce qui constitue des mouvements constructifs au sein du pôle de psychiatrie médico-légale permettant de questionner les pratiques professionnelles.

Par ailleurs, l'effectif minimum d'agents des services hospitaliers (ASH) pour une unité de soins est établi ainsi : un ASH de 7h à 14h40 et un ASH de 12h20 à 20h.

L'effectif en personnel soignant de l'UMD permet d'assurer les accompagnements des patients à l'extérieur dans le cadre de permissions et d'organiser des activités au sein des unités. D'ailleurs, les contrôleurs ont constaté une stimulation régulière des patients par les soignants (jeux de société, ping-pong, etc.), leur mission pouvant être centrée sur la prise en charge des patients, ce qui n'est pas toujours constaté au sein des UMD où le rôle de surveillance peut être prégnant. Les professionnels présents à l'UMD depuis plusieurs années constatent une évolution des pratiques qui sont moins sécuritaires depuis l'ouverture de l'UMD. Par exemple, il n'y a plus de mise en pyjama systématique et les mises en isolement seraient moins nombreuses.

c) La formation

Dans chaque unité, un infirmier est référent sur les thèmes suivants : contention, hygiène, comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), comité de lutte contre la douleur (CLUD), logiciel Cortexte™¹⁰, droit des patients.

Par ailleurs, trois IDE sont formateurs Omega¹¹ et un AS est formateur en ergonomie.

L'établissement propose un éventail diversifié de formations et les agents sont volontaires pour y participer. Les sessions de formation regroupent les soignants des différents pôles permettant ainsi aux agents de l'UMD de s'ouvrir vers l'extérieur. Hormis les formations incontournables – prise en charge du risque suicidaire, Omega) et l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) – les formations les plus sollicitées sont : les aides-soignants en psychiatrie, la prise en charge de la douleur, l'approche du patient en psychiatrie, les droits des patients, le secret professionnel et les droits partagés, la prévention des erreurs médicamenteuses évitables, l'utilisation de Cortexte™ (pour les nouveaux arrivants), psychopathologie des patients dangereux et/ou difficiles, l'utilisation du matelas en chambre d'isolement.

Seule l'équipe de l'unité Renaudin bénéficie d'une supervision avec un psychologue extérieur (cf. § 8.1.2).

3.2.3 Le personnel médical

Le personnel médical de l'UMD comprend trois médecins psychiatres praticiens hospitaliers pour 2,4 ETP, dont deux sont contractuels, et dont l'un exerce les fonctions de responsable de l'unité, telle qu'elle est définie aux articles R. 3222-2 II et suivants du code de la santé publique (CSP) qui précisent ses compétences en matière d'admission. Un médecin, auparavant chef de pôle, se trouvait en arrêt maladie et n'était pas remplacé. Lors du contrôle, tous les médecins psychiatres ont été rencontrés par les contrôleurs. Un interne intervenait également à l'UMD.

Selon les informations recueillies et les constats des contrôleurs, la pénurie médicale entraîne une charge de travail importante pour des prises en charge de patients atteints de pathologies qui évoluent très lentement. L'un des praticiens hospitaliers devait rejoindre une nouvelle unité de gérontopsychiatrie en septembre 2021 tandis que l'autre, qui est le seul formé à l'ECT, devait quitter provisoirement le service pour un congé maternité à compter du mois de septembre 2021. Pour l'ECT, un remplacement ponctuel par un médecin du CH de Reims était envisagé. Ces perspectives génèrent, au moment du contrôle, d'importantes inquiétudes, le médecin chef de pôle ne pouvant pas assurer seul la prise en charge des patients de l'UMD.

¹⁰ Dossier patient informatisé.

¹¹ Gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité.

Malgré la pénurie médicale, la présence constante d'un médecin psychiatre est garantie. De plus, les trois médecins sont facilement joignables par téléphone. Il est constaté par ailleurs une fluidité des échanges avec les équipes soignantes.

Enfin, les soins somatiques sont dispensés par l'un des deux médecins généralistes du pôle de médecine générale qui intervient à 80 % à l'UMD (cf. § 8.5).

3.3 L'UMD EST CONFRONTEE A UNE AUGMENTATION DES DEMANDES D'ADMISSION EMANANT DE L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE NATIONAL

3.3.1 Le profil des patients

L'UMD a compétence nationale. Il existe un principe de solidarité nationale inter UMD pour le recrutement des patients. Cependant, des critères géographiques de recrutement prioritaire sont définis par le décret du 1^{er} février 2016, en association avec les agences régionales de santé (ARS).

Pour l'UMD Champagne-Ardenne, il s'agit :

- de l'inter-régions : l'UMD Champagne-Ardenne est destinée à recevoir les malades provenant en priorité des départements situés dans les régions les plus proches de son lieu d'implantation (les quatre départements de Champagne-Ardenne¹² et quatre départements limitrophes : Aisne, Meuse, Yonne, Seine-et-Marne) ;
- de l'Ile-de-France, à l'exception du département de Seine-et-Marne qui est rattaché à l'inter-régions : Paris, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise ;
- des autres régions françaises.

Entre les années 2018 et 2020, les patients originaires de la région Grand-Est sont les plus nombreux (trente-cinq), suivis de la région Ile-de-France (quatorze), des Hauts-de-France (sept), de Bourgogne-Franche-Comté (cinq), de Nouvelle-Aquitaine (quatre) et de Provence-Alpes-Côte-d'Azur (quatre), des Pays de la Loire (trois), d'Auvergne-Rhône-Alpes (trois), de Bretagne (deux), de Centre-Val-de-Loire (un), d'Occitanie (un) et de Polynésie française (un).

Les admissions sont programmées et il est très rare qu'elles soient effectuées en urgence puisque l'UMD n'a pas vocation à recevoir des patients en crise aiguë. Les patients sont, la plupart du temps, adressés lorsque les services de secteur se trouvent dans une impasse thérapeutique, en raison de leur chimiorésistance, de leur opposition à la prise en charge sectorielle, de leurs troubles du comportement perturbant l'unité de psychiatrie générale où ils séjournent. La longueur des séjours en chambre d'isolement faute de solution satisfaisante à leur prise en charge, ou encore de passage à l'acte grave commis sur d'autres patients ou des soignants font également partie des indications.

Ils présentent pour les trois quarts d'entre eux des troubles psychotiques et pour environ 10 % d'entre eux des troubles de la personnalité, des retards mentaux et des déficiences intellectuelles. Environ 25 % des patients admis ont au moins un antécédent de séjour en UMD selon les données figurant dans le projet thérapeutique de l'UMD. Les durées de séjour sont fréquemment supérieures à une année.

¹² Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne.

Tableau des profils des patients depuis la première visite

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Durée d'hospitalisation < à 1 an	33	21	35	34	44	35	42
Durée d'hospitalisation > à 1 an	34	44	38	35	34	34	31
Admissions (nb de séjour)	67	65	73	67	72	67	68
File active (nb de patients)	64	65	70	59	60	61	64
Nb de SDRE ¹³	56	55	62	50	52	51	53
Nb de 122-1	6	9	6	8	8	11	10
Nb de D398	4	2	3	3	7	1	3
Nb de patients ayant effectué plusieurs séjours à l'UMD	2	0	2	6	8	5	4

La part des patients en SDRE et de ceux hospitalisés sur le fondement de l'article L3214-3 du CSP dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale (patients écroués) est stable, tandis que la part des personnes déclarées irresponsables pénalement augmente.

Par ailleurs, certains patients ont effectué plusieurs séjours à l'UMD de Champagne-Ardenne. Les données d'extraction ne permettent pas de savoir si les patients ont effectué des séjours dans d'autres UMD. En revanche, l'étude des dossiers des patients irresponsables pénaux le permet (cf. § 3.4).

Enfin, un seul patient mineur a été accueilli entre 2015 et 2020, arrivé à l'UMD à l'âge de 15 ans et 7 mois alors que le projet de départ était une prise en charge de 6 mois. Selon les professionnels rencontrés, il « *a grandi à l'UMD* » avec une identification négative à certains patients. La spécificité de la prise en charge d'un mineur a été compliquée pour l'équipe.

Au premier jour de la visite, l'UMD accueillait trente-six patients répartis comme suit dont un a quitté l'UMD en cours de mission :

Statut des patients	Unité Renaudin	Unité Dagonet	Total
ASPDRE	16	14	30
Irresponsabilité pénale (art. 122-1 CP)	3	3	6
Détenus (D398)	0	0	0
Total	19	17	36

À l'unité Renaudin, le patient le plus âgé avait 54 ans et à l'unité Dagonet, 63 ans ; les patients les plus jeunes, dans chaque unité, avaient respectivement 19 et 22 ans. L'admission la plus ancienne à l'unité Renaudin remontait au 22 mars 2016 et, à l'unité Dagonet, au 26 juillet 2013.

¹³ SDRE : soins sur décision du représentant de l'état, 122-1 : irresponsables pénaux, patients admis au titre de l'article L3214-3 du CSP dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale : patients sous écrou.

Sept patients venaient de région parisienne et vingt-neuf patients d'autres régions Un patient venait de Polynésie française.

Par ailleurs, le parcours des patients irresponsables pénaux présente certaines caractéristiques communes. Au moment du contrôle, six patients avaient été déclarés irresponsables pénalement. Il ressort de l'étude de leurs parcours certains points communs.

Quatre de ces patients sur six bénéficient d'une mesure de protection (curatelle renforcée ou tutelle). Ils sont âgés entre 26 et 63 ans avec une moyenne d'âge de 40,5 ans. Un patient a été admis en avril 2021, trois ont été admis au mois de janvier 2021, un au mois de septembre 2020 et le plus ancien au mois de juillet 2013. Les passages à l'acte qui ont conduit à leur déclaration d'irresponsabilité concernent des réalités infractionnelles variées et d'un degré de gravité variable – majoritairement des crimes : infractions sexuelles, assassinat ou meurtres ou tentative (dans un contexte intra familial) et pour deux des délits : violences avec arme sans incapacité, menaces de mort et port d'arme.

Un seul de ces six patients a été déclaré irresponsable en cours d'hospitalisation à l'UMD, les autres sont arrivés à l'UMD en ayant déjà ce statut. Il s'agit de patients qui ont déjà connu une ou plusieurs hospitalisations antérieures avec une précocité de l'apparition des troubles souvent dans l'enfance. Deux patients ont déjà été hospitalisés en UMD auparavant. Trois patients ont été incarcérés antérieurement. Quatre patients ont déjà été impliqués dans d'autres infractions dont deux ont déjà été déclarés irresponsables pénalement auparavant.

Leurs parcours est pour tous teinté de ruptures et d'isolement familial et social.

3.3.2 L'admission

a) La gestion des demandes d'admission

Selon les informations recueillies, depuis la réforme de l'isolement et de la contention, il est constaté une augmentation des demandes d'admission à l'UMD ; de nombreuses demandes relèveraient plutôt d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). De plus, la réduction du nombre de lits au niveau national depuis ces six dernières années entraînerait également une augmentation notable du nombre de demandes d'admission.

Tableau des demandes d'admission depuis la première visite

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Demandes d'admission	169	242	300	278	286	362	287
Admissions	28	27	35	27	27	24	29
Délais (jours)	29	34	38	30	32	46	30

En 2019, sur 362 demandes émises, 24 patients ont été admis à l'UMD soit 6,6 % des demandes. En 2020, sur 287 demandes, 29 patients ont été admis à l'UMD soit 10,1 % des demandes. Ces données démontrent le faible pourcentage d'admissions par rapport à la totalité des demandes.

En pratique, les services qui souhaitent orienter un patient à l'UMD contactent au préalable téléphoniquement le secrétariat médical pour prendre des renseignements. Même lorsque l'UMD est complète, certains services effectuent quand même une demande écrite. La demande reçue par courrier ou par mail est transmise au médecin chef de l'UMD pour avis. Elle vérifie si la demande est circonstanciée ou si le patient est déjà connu et échange avec ses confrères. Si une

demande paraît pertinente, elle est soumise à une commission d'admission composée des médecins, d'un cadre de santé, de soignants, de l'assistante de service social (ASS) et d'un éducateur – qui ne se réunissait plus pendant la crise sanitaire et en raison du fait que l'UMD était complète – qui devait reprendre son activité à la rentrée de septembre 2021.

Dans tous les cas de figure, une décision motivée est rendue :

- soit une décision de refus est communiquée, par courrier, fondée soit sur le manque de place soit sur le fait que l'UMD n'est pas la bonne indication pour le patient ;
- soit le patient est admis ; le secrétariat médical envoie par télécopie alors au secrétariat du service demandeur un formulaire de renseignement spécifique incluant une liste conséquente de pièces à fournir.

L'admission est réalisée de manière effective une fois le dossier complet reçu, le secrétariat est contraint d'effectuer de manière régulière des relances. Puis la date d'admission est fixée. Un accord médical est ensuite établi pour le transfert du patient et envoyé par télécopie au bureau des admissions et au service demandeur afin que l'ARS du département d'origine prépare l'arrêté de transfert à la signature du préfet.

Le bureau des admissions est également destinataire d'une copie des pièces administratives (fiche d'identité, carte nationale d'identité, mutuelle, sécurité sociale, etc.) ainsi que des dernières décisions (mesure de soin sans consentement, arrêtés préfectoraux, décisions du JLD) et certificats médicaux, qu'il contrôle. Il peut demander la suspension de l'arrêté de transfert s'il manque des pièces. Il est particulièrement attentif à la notification de l'arrêté de transfert en UMD. Par exemple, pour la prochaine admission d'un patient, la date d'admission a dû être reportée de mi-juin au 12 juillet 2021 car une audience devant le JLD territorialement compétent se tenait le 30 juin 2021 ; le délai d'appel est ainsi comptabilisé pour fixer la date d'admission. Il peut arriver que le service demandeur n'informe pas l'UMD d'un appel en cours ou d'une audience devant le JLD ; l'UMD est alors contrainte d'organiser l'accompagnement du patient devant la cour d'appel territorialement compétente qui peut se trouver éloignée géographiquement.

Lorsque la date d'admission est calée, le service d'origine transmet une copie du dossier du patient numérisé *via* Cortexte™ (accessible à toutes les catégories de professionnels) qui comporte notamment les éléments médicaux, les convocations devant le JLD, la notification des décisions et arrêtés préfectoraux. D'ailleurs, des alertes permettent de connaître les dates butoirs pour les futures saisines du JLD, la date de renouvellement des certificats médicaux et des avis motivés, qui sont alors intégrées dans l'agenda du médecin référent dix-sept jours avant. De même, dès l'arrivée du patient à l'UMD un passage devant la commission de suivi médical (CSM) est programmé à six mois. Ce système d'anticipation des échéances mis en place par le secrétariat évite toute omission.

Enfin, un engagement de reprise est exigé de la part de l'unité d'origine lors de la procédure d'admission du patient. Des difficultés peuvent apparaître lorsqu'un patient a une interdiction de se présenter dans son département d'origine. Par exemple, l'un des patients, déclaré irresponsable pénalement a été admis depuis une maison d'arrêt d'un autre département sur la base d'une expertise psychiatrique ancienne non actualisée. Le circuit habituel n'a pas été respecté en raison de la décision d'irresponsabilité pénale. L'UMD a été informée la veille pour le lendemain de son arrivée. Qui plus est, il est soumis à une interdiction judiciaire de se rendre dans son département d'origine et ne pourra pas réintégrer son service de secteur.

b) L'arrivée du patient

Les équipes des deux unités sont informées de l'admission d'un nouveau patient. La date et l'heure d'admission dans l'unité sont convenues entre le cadre de santé de l'unité accueillant le patient et celui de l'unité de secteur. Les admissions, sauf cas particuliers, sont programmées le mardi en début d'après-midi (14h15), durant la période de relais d'équipe ainsi que le temps de repos en chambre des autres patients de l'unité. Ce créneau horaire favorise une disponibilité soignante conséquente.

Les équipes des deux unités sont sollicitées durant l'admission en respectant l'effectif minimum de sécurité dans la seconde unité. L'ensemble des professionnels est rassemblé afin d'accueillir le patient et de se présenter. Il est procédé à un inventaire de ses effets (cf. § 7.3). Puis il passe au détecteur de métaux dans le cadre du protocole de sécurité de l'UMD.

RECOMMANDATION 1

L'utilisation d'un détecteur de métaux à l'égard d'un patient dans un lieu de soins doit être proscrite.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que « *en référence au protocole d'admission et d'accueil des patients à l'UMD, la vérification d'absence d'objets dissimulés au moyen d'une raquette à détecteurs de métaux est destinée à garantir la sécurité des patients (tentatives de suicide, automutilations) et la sécurité des personnes* ». La recommandation est donc maintenue s'agissant d'un lieu de soins.

A l'arrivée, il est hébergé en chambre d'isolement pendant 48 heures (cf. § 8.1.1). Lorsque le patient est connu et en fonction des conditions de son arrivée, il peut être admis directement en chambre classique, la décision est prise en réunion d'équipe. Pendant la crise sanitaire, le patient arrivant est soumis à un test PCR le jour de son admission et un autre à sept jours mais il n'est pas placé en confinement sanitaire durant cette période. Le dossier papier du patient, conservé au secrétariat médical, est composé des données sociales des contrats de soins, des correspondances diverses, des données de liaison (décisions du JLD), des données relatives aux traitements médicaux et examens complémentaires (quand il existe une prise en charge somatique), des observations cliniques (notamment certificats de sortie).

3.4 LE FONCTIONNEMENT DU COMITE D'ETHIQUE RECENTMENT RENOUVELE EST ENTRAVE PAR L'INSTABILITE DES EQUIPES ET PAR LA PENURIE MEDICALE

Le comité d'éthique a suspendu ses travaux pendant la crise sanitaire et peine à connaître un fonctionnement normal en raison de la pénurie médicale. Le dernier relevé de conclusion datant du 16 octobre 2019 avait pour projet de réactiver le comité d'éthique, de mettre à jour les référents dans chaque pôle en raison de départs de médecin non remplacés. Une fois la composition du comité d'éthique stabilisée il était projeté d'arrêter un calendrier pour l'année 2020 avec une à deux réunions semestrielles. Une conférence-débat sur le thème « *Vécus en psychiatrie : de l'écoute aux soins* » se tenait le 4 novembre 2019 à Reims.

Au moment du contrôle, les membres du comité d'éthique étaient peu mobilisables en raison de la pénurie médicale. Néanmoins, les équipes de l'EPSM pouvaient les saisir d'une question relevant de sa compétence.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le comité d'éthique doit être mis en mesure de reprendre ses travaux.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les participations médicales et le pilotage du Comité d'Éthique ont été redéfinis au cours du second semestre 2021 suite au renouvellement de la CME. Un calendrier de réunions est en cours d'élaboration pour l'année 2022. La recommandation est considérée comme prise en compte.

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

4.1 À LEUR ARRIVEE LES PATIENTS SONT INFORMES DE LEURS DROITS DE MANIERE ADAPTEE

L'admission des patients est encadrée par un protocole daté de 2015. À l'arrivée, ils sont en principe placés en chambre d'isolement, en pyjama et sans aucun effet personnel. Si l'état clinique le permet, le médecin se rend en chambre d'isolement pour effectuer l'entretien d'accueil. Dans le cas contraire, cet entretien est réalisé dès que l'état du patient le rend possible (cf. § 8.1.1). Après l'admission, le médecin rédige un certificat de situation qui est adressé au bureau des entrées.

Lors de la précédente visite, le CGLPL avait constaté d'importants délais entre l'arrivée d'un nouveau patient et la notification de sa mesure d'admission, principalement imputable à un retard de transmission des arrêtés de placement. Ainsi, deux semaines pouvaient s'écouler avant que l'arrêté de placement ne soit notifié au patient.

Tel n'était plus le cas en 2021 ; dorénavant, aucune admission n'a lieu sans que tous les documents administratifs aient été transmis à l'UMD au préalable (cf. § 3.3.2 b). L'arrêté de transfert est donc toujours notifié au patient par le service d'origine.

Le livret d'accueil est systématiquement distribué aux patients. Il contient une section portant sur les droits des patients, qui, en réalité, mentionne essentiellement les voies de recours avec les coordonnées des différents organismes concernés. Les droits des patients sont repris par le personnel soignant. Sa remise est tracée ainsi que le retour des questionnaires de satisfaction donnés systématiquement à la sortie de l'UMD.

Par ailleurs, à l'initiative de personnel soignant, des séances d'information collective sur les droits des patients en soins sans consentement sont organisées depuis 2016. Le constat de la méconnaissance de leurs droits par les patients est à l'origine de ces séances. La première séance porte sur la notion de « SDRE », elle en explique les contours ainsi que les implications légales, puis aborde le rôle du juge des libertés et de la détention ainsi que les voies de recours ouvertes aux patients en soins sans consentement. La seconde séance porte sur la commission de suivi médical, mais elle rappelle également les règles de vie de l'UMD, les obligations des patients, et les activités.

Au moment du contrôle, ces séances n'avaient plus lieu en raison de la crise sanitaire.

BONNE PRATIQUE 1

Les séances collectives d'information sur les droits permettent d'apporter aux patients de l'UMD des explications sur leurs statuts juridiques, droits et voies de recours. Il serait souhaitable qu'elles reprennent rapidement et soient étendues aux autres UMD.

4.2 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES RECLAMATIONS EST FLUIDE

4.2.1 Les requêtes et les plaintes

Selon les données communiquées, peu de réclamations émanent des patients de l'UMD et elles sont traitées dans un délai raisonnable – le délai moyen de réponse pour les onze réclamations transmises est de 34 jours, le délai le plus court est de 5 jours et le plus long de 145 jours

(prestataire extérieur dont la réponse a tardé). Des réponses intermédiaires (patient reçu en cours de traitement par le cadre ou les médecin) sont également renseignées.

Trois réclamations en 2018, cinq en 2019 et trois en 2020 étaient recensées. Les motifs sont variés : plainte contre les propos d'un agent, demande de remboursement de vêtement détérioré (deux), demande de transfert dans une autre UMD, contestation de l'hospitalisation ou de l'orientation en UMD, plainte sur le manque de ponctualité des infirmiers, plainte contre un autre patient, non réception de courriers recommandés, demande de réparation d'un IPOD endommagé par un IDE, demande d'ouverture de la cafétéria (pendant la crise sanitaire). Elles sont prises en compte par la commission des usagers (CDU, cf. § 5.2)

4.2.2 Les faits de violence et les incidents

La procédure de traitement des événements indésirables (EI) est formalisée dans une fiche « *gestion des événements indésirables* ». La déclaration d'un EI est accessible à tous les professionnels *via* le logiciel ENNOV™ ce qui permet au signalant de suivre son traitement en temps réel. En fonction du type d'EI signalé, différents services sont susceptibles d'intervenir dans sa gestion.

Dès qu'il s'agit d'un événement grave (EIG), la direction de la qualité et de la gestion des risques se met en relation avec l'unité concernée et un retour d'expérience (REX) est mis en place.

Les données communiquées par cette direction mettent en lumière que l'item « processus logistique-sécurité relatif aux locaux » est prédominant suivi du « processus logistique-restauration » pour l'année 2020. Pour le 1^{er} semestre 2021, les épisodes de violences arrivent en deuxième position à égalité avec la restauration (manque de produits pour l'essentiel) ; des problèmes « logistique-transport » arrivant en première position.

Selon les propos recueillis, seuls les incidents de violences graves ou les actes de violence délibérés sont déclarés, les équipes soignantes considérant que certaines incivilités peuvent faire partie du quotidien. Elles sont davantage tracées pour l'évaluation de la situation du patient dans son dossier.

Par ailleurs, le projet thérapeutique de l'UMD contient un plan spécifique sur la gestion des passages à l'acte graves. Des actions de prévention permettant la réduction des incidents violents depuis plusieurs années ont été mis en place. Elles passent par les formations Omega, la formation aux techniques d'entretiens et aux ateliers thérapeutiques permettant d'instaurer une relation plus horizontale dans le soin.

En cas d'incident d'une particulière gravité, le principe de solidarité « intra UMD » s'applique : un patient peut être transféré d'une unité à l'autre et bénéficie alors de la continuité de ses soins. L'utilisation du dispositif d'alerte du travailleur isolé permet aux soignants de l'autre unité d'intervenir dans celle concernée par l'incident grave.

Depuis le début de l'année 2021, trois soignants ont été victimes de violences physiques ayant entraîné un arrêt de travail, dont la plus récente est en date du 6 juin 2021 à l'unité Renaudin. L'infirmière concernée ne peut reprendre son travail qu'à temps partiel ; elle a été encouragée à déposer une plainte pour une reconnaissance de son statut de victime et l'indemnisation de son préjudice. La direction a contacté l'hôtel de police à cet effet. L'événement a été repris avec les patients présents afin d'éviter qu'ils ne rejettent le patient auteur de l'agression qui a été commise dans le cadre d'idées délirantes.

Par ailleurs, l'un des patients qui se trouvait en chambre d'isolement avait asséné, quelques jours avant l'arrivée des contrôleurs, un coup de poing à un infirmier (sans arrêt de travail) à l'issue d'une visite de la famille. Cet acte hétéro-agressif n'a pas été appréhendé par l'équipe soignante comme volontairement tourné contre l'infirmier victime mais comme une expression par le patient de ses émotions.

Pour une autre de ces agressions, le formateur Omega s'est rendu le lendemain à l'unité pour reprendre l'événement avec l'équipe, médecin compris, ce qui constitue une pratique qui mérite d'être systématisée.

Enfin, en cas d'agression d'un patient par un autre patient, un protocole de conduite à tenir est diffusé aux équipes afin de prendre les précautions d'usage pour permettre la conservation des preuves. Le patient victime est accompagné dans un dépôt de plainte et son mandataire est immédiatement avisé, le cas échéant. Il est également conduit dans les plus brefs délais à une consultation médicale.

4.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST DESIGNEE MAIS EST PEU ASSOCIEE A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

L'identité de la personne de confiance, souvent préalablement désignée au sein de l'établissement d'origine, est inscrite dans le dossier du patient sur Cortexte™. S'il ne comporte aucune mention alors les soignants de l'unité d'affectation devront expliquer le rôle de la personne de confiance. En cas de désignation par le patient, un soignant la contacte pour l'informer de sa désignation et recueillir son consentement.

Il existe deux formulaires de désignation de la personne de confiance, un formulaire dans le cas où le patient est apte à le remplir à l'écrit lui-même et un autre dans le cas où le patient n'est pas en capacité de le remplir. Dans ce dernier cas, deux soignants attestent de la désignation de la personne de confiance et remplissent le formulaire en lieu et place du patient. De plus, une mention est inscrite dans le dossier informatisé du patient. Au moment du contrôle, sur trente-cinq patients, vingt-quatre avaient désigné une personne de confiance.

En pratique, la personne de confiance est peu associée à la prise en charge du patient et à son traitement alors que la plaquette « *personne à prévenir, personne de confiance, directives anticipées* » remise au patient précise son rôle (aide dans les démarches, assister aux entretiens etc.) ainsi que le livret d'accueil. Le travail avec la famille est privilégié ainsi qu'avec les proches qui le sollicitent ou que le patient sollicite. Son accord est recueilli dans le cadre de l'utilisation de l'électro-convulsivo-thérapie (cf. § 8.3).

RECOMMANDATION 2

La personne de confiance doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que l'établissement est attentif à la désignation de la personne de confiance et que son association au projet de soins demeure à la discrétion des patients. Néanmoins, si la désignation de la personne de confiance est bien effective, les contrôleurs ont constaté qu'en pratique elle est peu associée à la prise en charge du patient ; la recommandation est donc maintenue.

4.4 L'ACCES AU VOTE EST ASSURE

Dans le cadre de l'organisation d'élections, des affiches informent les patients de leur droit.

Pour les prochaines élections présidentielles un affichage sera réalisé afin que les patients qui souhaitent voter se manifestent aux fins d'établissement des procurations. Le secrétariat de direction centralise les demandes et organise la venue d'un représentant de la gendarmerie à cet effet. Des demandes de permission de sortie peuvent être formulées auprès de l'autorité préfectorale, le cas échéant, si les patients votent sur la commune de Châlons-en-Champagne. L'effectivité du droit de vote peut se heurter à l'absence de pièce d'identité pour certains patients ou à l'absence d'inscription sur les listes électorales. À son arrivée en février 2021, l'assistante de service social s'est employée à vérifier que les patients remplissent les conditions d'exercice du droit de vote (cf. § 4.6).

Par ailleurs, dans le cadre des démarches effectuées avec les patients auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), un volet « sensibilisation à la citoyenneté » dans le dossier à remplir par le patient permet d'aborder sa participation à la vie citoyenne et de le sensibiliser sur le droit de vote.

4.5 L'ACCES AU CULTES EST ORGANISE

L'EPSM dispose d'aumôniers catholiques et musulmans qui assurent des permanences et des offices au sein de l'établissement. Pour les autres religions, les aumôniers sont contactés en fonction des demandes des patients. Les aumôniers souhaiteraient se déplacer au sein des unités sur le modèle d'une visite famille ce qui est actuellement refusé par les médecins selon les informations recueillies. Cette position interroge, la réponse à une telle demande devant être individualisée.

Un affichage sur les cultes est présent sur la vitre du poste infirmier.

Les patients peuvent ponctuellement être accompagnés par des soignants aux messes qui se tiennent à la chapelle de l'EPSM. D'ailleurs, un mois avant la visite du CGLPL, un patient a été accompagné par deux soignants à une messe.

4.6 LE SUIVI SOCIAL DES PATIENTS EST DYNAMIQUE MAIS PEUT ETRE ENTRAVE PAR LES DEFALLANCES DES PARTENAIRES

Une assistante de service social (ASS) intervient à l'UMD depuis le 1^{er} février 2021 et devait quitter ses fonctions le 31 juillet 2021, alors que l'UMD connaît depuis plusieurs années des vacances récurrentes de poste d'ASS. Elle intervient également une demi-journée par semaine au SMPR.

4.6.1 La prise en charge de la situation administrative et sociale des patients

L'ASS est associée aux réunions des unités et aux réunions institutionnelles de l'UMD.

Elle a créé des outils de gestion permettant de disposer d'alertes sur les échéances des droits sociaux. Elle a également dressé une liste des interlocuteurs privilégiés des unités de secteur d'origine. Par ailleurs, chaque patient a un dossier social numérisé qui peut lui être remis à sa demande une fois qu'il a quitté l'UMD.

A réception du dossier du patient, elle vérifie l'existence de documents d'identité ou titre de séjour et leur validité et l'ouverture des droits sociaux de la personne : affiliation à une caisse primaire d'assurance (CPAM), à une mutuelle, à l'aide médicale d'état (AME), vérification d'une

domiciliation, de l'ouverture d'un compte bancaire, mise à jour des déclarations d'impôts, inscription sur une liste électorale.

De plus, les ressources du patient sont vérifiées – notamment l'allocation adulte handicapé (AAH), le revenu de solidarité active (RSA), les droits auprès de la caisse d'allocation familiale (CAF) – afin notamment d'ajuster le montant du forfait hospitalier ou de solliciter son exonération. L'évaluation des ressources permet également de veiller à la gestion du budget du patient lorsqu'il ne bénéficie pas d'une mesure de protection, l'une des préoccupations principales du patient à son arrivée étant la possibilité d'acheter du tabac.

Par ailleurs, certains patients disposent de domiciliation au sein d'un centre communal d'action sociale (CCAS) avec la nécessité de récupérer leur courrier à échéance régulière.

Le patient est systématiquement reçu par l'ASS la semaine suivant son arrivée, pour faire le point sur sa situation et recueillir son adhésion aux démarches qui seront engagées dans son intérêt (notamment pour bénéficier de l'AAH). L'entretien peut se tenir en chambre d'hospitalisation ou en chambre d'isolement (CI), toujours en présence d'un ou deux soignants. Les entretiens suivants se déroulent dans un bureau de l'unité. L'ASS peut également l'aider à rédiger des courriers officiels.

Les proches sont informés des démarches engagées seulement si les patients l'autorisent, ce qui est l'occasion pour certaines de livrer des éléments de l'histoire familiale et d'évoquer leurs propres difficultés. La personne de confiance n'est pas un interlocuteur privilégié, ce sont surtout les mandataires.

Les secteurs d'origine sont contactés lorsque les dossiers sont incomplets. Alors que la grande majorité des patients étaient hospitalisés avant leur admission en UMD ou d'autres écroués avec un suivi par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), il n'est pas rare que leur situation sociale ait manqué d'un suivi régulier. Par exemple, deux patients n'avaient pas de numéro de sécurité sociale en arrivant de maison d'arrêt.

Les patients étant originaires de l'ensemble du territoire national, l'ASS est confrontée à des administrations au fonctionnement différent et à la difficulté de créer un réseau partenarial solide. Les démarches peuvent prendre de nombreux mois notamment auprès des MDPH. Par ailleurs, des difficultés sont relevées dans les relations avec les CAF en dehors de celle de la Marne avec laquelle la communication est fluide. En effet, elles s'effectuent *via* une plate-forme numérique. Bien souvent les patients ne disposent pas d'identifiants de connexion avec mot de passe ou bien les ont oubliés. Or, l'ASS ne dispose pas d'un accès professionnel national lui permettant d'intervenir directement avec l'accord du patient. Par exemple, un patient était dans l'attente de la perception d'une somme importante de 11 000 euros bloquée depuis plusieurs mois en raison de l'impossibilité d'accéder à son compte CAF. Un partenariat entre le CHS et la CAF au niveau national pourrait permettre la délivrance d'une carte professionnelle à accès national afin de faciliter les démarches de l'ASS au bénéfice des patients de l'UMD.

Enfin, les différentes institutions dont les banques utilisent des plate-formes avec des données d'accès adressées sur un téléphone portable qui ne sont pas accessibles aux patients pour ceux qui en ont un. Par ailleurs, certains patients ne disposent pas de compte bancaire nominatif et perçoivent leurs ressources sur le compte bancaire d'un membre de leur famille.

Lorsqu'un patient quitte l'UMD, l'ASS dresse une synthèse sociale récapitulant la situation du patient afin de faciliter la continuité de sa prise en charge.

4.6.2 La protection juridique

Plus de la moitié des patients bénéficient déjà à l'arrivée à l'UMD d'une mesure de protection. Au moment du contrôle dix-neuf patients se trouvaient sous tutelle ou sous curatelle. L'ASS peut être amenée à initier la demande pendant le séjour à l'UMD ; l'adhésion du patient est recherchée et à défaut un signalement peut être émis.

L'investissement des tuteurs ou curateurs est variable. Ils sont notamment sollicités pour la transmission d'informations complémentaires ainsi que les décisions de protection avec une réactivité toute relative lorsqu'il s'agit de membres de la famille. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un service des majeurs protégés qui peut intervenir pour les patients de l'UMD hospitalisés auparavant au sein d'une unité de l'EPSM. Le principal tuteur institutionnel est l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) ; des tuteurs privés peuvent également être désignés. Il est globalement constaté un désinvestissement des mandataires souvent difficilement joignables. Ils rencontrent les patients de manière exceptionnelle en raison de l'éloignement géographique et se contentent souvent de virer des sommes d'argent sur le compte du patient, laissant à l'équipe soignante la charge de l'achat des biens de nécessité pour le patient.

Il est préconisé un virement sur le compte du patient de 150 euros par mois pour les fumeurs et un virement de 100 euros mensuel pour les non-fumeurs. Les achats sont tracés afin que le tuteur puisse tenir le compte de gestion des ressources des patients (facture, ticket de caisse) mais il arrive à la marge que les accompagnants manquent de rigueur sur ce point.

4.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE EST POSSIBLE

La question de la confidentialité sur la présence est évoquée dans le livret d'accueil dans la rubrique « vos droits ». Il est indiqué en ces termes : « *Si vous souhaitez que votre présence dans l'établissement ne soit pas divulguée, vous pouvez le signaler lors de votre arrivée au service des admissions* ». Les contrôleurs n'ont néanmoins pas pu vérifier si cette question était systématiquement abordée par les soignants lors de l'admission. En revanche, la question des proches avec lesquels le patient souhaite ou non avoir des contacts est abordée.

Les demandes de confidentialité de la présence émanant des patients sont transmises au service des admissions dont un agent doit alors cocher la case « confidentiel » figurant dans le logiciel Pastel™ qui recense l'identité de l'ensemble des patients hospitalisés au sein de l'établissement. Les agents du standard transfèrent l'appel au service concerné afin que les agents puissent le filtrer.

L'accueil de l'UMD ne transmet pas d'information lorsque dans le dossier une mention précise l'anonymat ou encore des restrictions de contact pour la personne qui appelle selon le souhait émis par le patient (sur Cortexte™ un onglet permet d'inscrire ces renseignements).

5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

5.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EST PAS EN MESURE D'ASSURER SON ROLE DE MANIERE EFFECTIVE

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) compétente pour l'établissement rencontre des difficultés importantes. Dans sa forme complète, elle était normalement composée de deux médecins psychiatres, d'un représentant des usagers, d'un médecin somaticien. Au moment de la visite, plusieurs membres de la CDSP n'étaient plus parties prenantes de la commission, notamment un psychiatre qui n'en faisait plus partie depuis deux ans, ainsi que le médecin somaticien qui n'y participait plus depuis dix-huit mois.

La dernière visite de la CDSP à Châlons-en-Champagne datait de juin 2021, la CDSP alternant entre les différents sites de son ressort. Aucun compte-rendu de visite n'a pu être mis à disposition des contrôleurs.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La commission départementale de soins psychiatriques doit se doter des moyens d'exercer la plénitude de ses compétences et, notamment, assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par le code de la santé publique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que la CDSP a assuré deux visites en 2021, le 16 juin et le 15 décembre. Les contrôleurs n'ont pas pu vérifier qu'elle a procédé à l'ensemble des examens de situations prévues par le code de la santé publique et l'invite à le faire si ce n'est pas déjà le cas.

5.2 L'UMD EST INTEGREE A L'ETABLISSEMENT AU MEME TITRE QUE LES AUTRES UNITES PAR LA COMMISSION DES USAGERS

La commission des usagers (CDU) est compétente pour tout l'établissement, il n'y a pas d'instance particulière en charge de l'UMD, comme lors de la précédente visite.

Elle est présidée par une représentante des usagers, et comprend deux médiateurs médicaux, l'un situé à Châlons-en-Champagne, l'autre à Reims.

La CDU se réunit cinq à six fois par an, et présente son rapport annuel à la commission médicale d'établissement (CME).

Les plaintes et réclamations sont présentées au fil de l'eau lors de ses réunions, ainsi que les réponses apportées. Entre 2018 à 2020, il y a eu onze plaintes et réclamations émanant de l'UMD comme indiqué précédemment (cf. § 4.2.1).

Des représentants d'usagers se sont déplacés dans les unités pour constater l'état des chambres d'isolement.

5.3 LE REGISTRE DE LA LOI EST LISIBLE ET TENU AVEC RIGUEUR

Des livres sont tenus par le bureau des admissions, d'un côté pour les soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) et de l'autre pour les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) par le service des admissions. Les supports utilisés sont les mêmes, des registres

cartonnés format A2 au sein desquels, à chaque feuillet correspond un patient. Les différents documents sont collés après avoir été réduits par une photocopieuse. Les patients apparaissent donc avec un numéro de registre dans l'ordre chronologique de leur arrivée. Lorsque les deux pages pleines consacrées à un seul et même patient sont totalement remplies, la suite des documents apparaît sur le livre suivant auquel il est renvoyé, ce qui permet au registre initial de respecter toujours l'ordre chronologique d'arrivée.

Les contrôleurs ont examiné les feuillets relatifs aux patients de l'UMD – signalés par un marqueur par un agent du service des admissions pour faciliter le travail des contrôleurs.

Ils contiennent toutes les mentions prescrites par la loi.

L'examen du registre a permis de constater que les observations formulées sur la tardiveté de la notification des arrêtés préfectoraux de placement en UMD ont été suivies d'effet (cf. § 4.1). Par ailleurs, les certificats médicaux sont particulièrement bien étayés et précis, ils permettent de connaître de manière lisible l'évolution du patient sur sa prise en charge, les caractéristiques de sa maladie, l'évolution de son état clinique. Cela démontre une connaissance fine du patient par le médecin et les équipes soignantes.

En revanche, les arrêtés préfectoraux consultés sont rarement motivés, visant les certificats médicaux.

Les registres font l'objet de contrôles réguliers. Le procureur général et le premier président de la cour d'appel de Reims et la CDSP ont visé le registre dans le courant du mois de juin 2021. Un représentant du parquet de Châlons-en-Champagne se déplace chaque fin d'année comme en atteste le visa en date du 15 décembre 2020.

5.4 LE SERVICE DU JLD ASSURE UN CONTROLE EFFICIENT DES MESURES D'HOSPITALISATION MAIS SE HEURTE A DES MOYENS INSUFFISANTS POUR METTRE EN ŒUVRE LA REFORME SUR LE CONTROLE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

5.4.1 Le contrôle de la légalité des mesures d'hospitalisation

Depuis 2019, il n'y a plus de JLD statutaire au sein du tribunal, les audiences sont assurées principalement par une vice-présidente du TJ de Châlons-en-Champagne.

Les audiences devant le JLD ont lieu le jeudi au premier étage de la partie administrative de l'UMD, accessible par ascenseur (cf. § 7.1.2), comme lors de la précédente visite. La salle est à proximité des unités d'hospitalisation, rendant son accès aisé.

Les convocations sont transmises le mardi par le bureau des admissions au secrétariat médical de l'UMD, qui les transmet au personnel infirmier afin qu'il les notifie aux patients concernés. Le JLD reçoit les dossiers en version numérisée trois ou quatre jours avant l'audience. La semaine du contrôle, le secrétariat médical de l'UMD avait reçu du greffe un calendrier prévisionnel des audiences, pratique appréciée qui était tombée en désuétude ces dernières années.

Le barreau organise une permanence d'avocats basée sur le volontariat pour intervenir dans cette matière à laquelle ils sont formés. Il a été indiqué qu'ils étaient actifs, ce qui était moteur pour l'établissement. Le jour de l'audience, l'avocat rencontre le patient dans le « salon » prévu pour les visiteurs.

Lors de la visite, deux patients étaient convoqués devant le JLD. L'un d'entre eux n'a pu se présenter à l'audience, étant placé en isolement dans un état de crise. L'interruption de son traitement par électro-convulsivo-thérapie étant identifié comme générant une importante

hétéro-agressivité. Un certificat médical d'incompatibilité avec l'audience a été produit la veille de cette dernière. D'après les propos recueillis, cette situation n'est pas courante et la grande majorité des patients sont présentés en personne au magistrat.

Le second patient présent à l'audience présentait d'importantes difficultés à s'exprimer, il lui a été donné le temps pour le faire. Il a pu indiquer vouloir rester à l'UMD de Châlons-en-Champagne, manifestement très anxieux à l'idée de la quitter.

Aucun tuteur, curateur ou proche n'a assisté à l'audience et il est rare qu'ils s'y présentent selon les informations recueillies.

En principe, les décisions sont notifiées à l'audience. Lorsque des moyens sont soulevés par les avocats ou que l'état du patient ne permet pas une notification éclairée, la décision du JLD est transmise dans la journée et notifiée par un IDE, ce qui reste exceptionnel. Lorsqu'elle est transmise par télécopie elle est retournée signée au greffe du JLD ; une copie est conservée dans le dossier du patient au secrétariat et une autre au poste de soins ce qui permet au patient de consulter la décision du JLD quand il le souhaite.

En 2020, soixante-dix-neuf patients de l'UMD ont été convoqués devant le JLD, et l'un d'entre eux seulement a refusé de se présenter. Soixante-seize décisions de maintien en hospitalisation complète ont été rendues, et deux décisions de mainlevées, dont l'une d'entre elles a fait l'objet d'un appel suspensif du parquet, accepté par la Cour d'appel de Reims, finalement débouté de sa demande. Deux patients ont fait appel de la décision du JLD devant la Cour d'appel de Reims, qui a confirmé le maintien de l'hospitalisation complète.

À la date du 8 juillet 2021, trente-six patients avaient été convoqués devant le JLD, pour lesquels une décision de maintien a systématiquement été rendue. Un patient a fait appel de cette décision, mais la cour d'appel de Reims a confirmé le maintien en hospitalisation complète.

5.4.2 Le contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention

À la suite de la réforme concernant les pratiques d'isolement et de contention, l'établissement a d'abord tâtonné jusqu'à la publication tardive du décret le 30 avril 2021, puis a mis en place une procédure qui a été validée en mai 2021.

Aux termes de cette procédure, à moyens constants, le service des admissions est destinataire d'un fichier faisant état des prescriptions nominatives d'isolement et de contention, et établit tous les jours un échéancier sur cette base, qui est transmis au secrétariat des unités de manière journalière. Deux maquettes de lettres d'information du JLD sont rendues disponibles sur le logiciel Cortexte™, elles doivent être renseignées par un médecin psychiatre ou un interne, signées et envoyées au service du JLD, avec copie au service des admissions ainsi qu'au directeur d'astreinte les soirs et les week-ends (cf. § 9.2.1).

Le TJ de Châlons-en-Champagne a, quant à lui, rédigé une note de service relative à la procédure applicable devant le JLD en matière d'isolement et de contention, datée du 21 juin 2021. Cette note précise que depuis janvier 2021, environ quarante avis sont reçus par semaine en matière d'isolement, et une dizaine en matière de contention. Elle détaille l'organisation et le traitement des requêtes, en différenciant la semaine et le week-end.

La procédure est en principe écrite, sauf quand le patient demande à être entendu. Les auditions sont organisées par téléphone, ce qui nécessite la présence d'un greffier.

Cette réforme est jugée contraignante par les corps médical et judiciaire, et des difficultés importantes ont été soulevées par le service du JLD en termes de formation des greffiers

remplaçants et de ressources humaines, notamment s'agissant des permanences qui sont mises en place le week-end. Cette activité ne peut être conduite hors des locaux du tribunal en raison de dysfonctionnements fréquents, lorsqu'il est utilisé à distance, du logiciel utilisé par les magistrats et les greffiers.

Il est d'ores et déjà évalué par le service du JLD que le poids de cette réforme nécessiterait la présence d'un JLD et d'un greffier supplémentaire au sein du TJ.

Dans le cas où la réforme resterait en l'état, les moyens non anticipés par le ministère de la justice s'aggraveront à compter du mois de janvier 2022, date de l'entrée en vigueur du contrôle systématique du maintien de ces mesures à la suite d'une nouvelle censure par le conseil constitutionnel le 19 juin 2020 de l'article L3222-5-1 du CSP dans sa dernière version.

Du 1^{er} janvier au 5 juillet 2021, le JLD a reçu 1 242 avis de prolongations de mesures d'isolement, ainsi que sur 297 prolongations de mesures de contention sur tout l'EPSM. Dix requêtes en contestation d'une mesure d'isolement ou de contention ont été formées entre le 1^{er} mai et le 5 juillet 2021.

Selon les propos recueillis, l'analyse des demandes montre que les avis en matière de contention concernent une patiente placée sous mesure de contention à sa demande. Quant aux avis relatifs au prolongement du placement en isolement, ils concernent des patients qui viennent d'être admis à l'hôpital, ou certains noms qui sont toujours les mêmes. Les patients de l'UMD ne sont pas concernés.

RECOMMANDATION 3

Le ministère de la justice doit allouer des moyens aux services du juge des libertés et de la détention afin de leur permettre d'assurer un contrôle efficient des mesures d'isolement et de contention.

Dans leur courrier reçu le 2 mars 2022, la présidente et la procureure de la République près le TJ de Châlons-en-Champagne ont précisé que la question des moyens alloués est à nouveau abordée dans le cadre de la dernière réforme sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention. De plus, des réunions régulières sont organisées avec la direction de l'établissement pour aborder la mise en œuvre des réformes.

5.5 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE REÇOIT LES PATIENTS ET REND DES AVIS CIRCONSTANCIÉS

L'avis du collège des professionnels de santé est obligatoire pour les patients qui ont été déclarés irresponsables pénalement lors de la révision de la mesure d'hospitalisation complète, pour que le JLD ordonne son maintien ou la lève.

Ainsi ces patients sont-ils soumis à un régime plus restrictif de suivi administratif et de levée de l'hospitalisation sous contrainte. En effet, le JLD ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège des professionnels lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale, d'un jugement ou d'un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale – prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal – et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

Le collège est classiquement composé de trois membres de l'établissement, soit :

- un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
- un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient qui est généralement le référent.

Il se réunit avant l'audience du JLD, pour donner un avis écrit circonstancié sur le bien-fondé du maintien ou non de la mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Lors de l'étude du registre de la loi, il a été constaté que les avis du collège étaient, comme les certificats médicaux, étayés et précis.

Le collège examine dans un premier temps le dossier du patient, l'intégralité du parcours de soins ainsi que les motivations médicales de la demande. Dans un second temps, le patient est systématiquement rencontré en entretien clinique par les membres du collège. À l'issue, la décision est prise après la confrontation des points de vue des professionnels et notifiée au patient.

5.6 LES SORTIES DE MOINS DE DOUZE HEURES NE POSENT PAS DE DIFFICULTES MAIS IL Y A PEU DE SORTIES THERAPEUTIQUES EN RAISON DE LA CRISE SANITAIRE

Au nombre de cinquante-huit en 2013, les sorties ont été développées au cours des dernières années. Pour l'année 2019, quatre-vingt-seize sorties ont concerné des accompagnements extérieurs (consultations externes, tribunal) nécessitant la mobilisation de trois soignants, cinquante-trois durant l'année 2020 marquée par la crise sanitaire et cinquante-quatre de janvier à juin 2021.

Pour les sorties relatives à des consultations médicales, l'avis motivé du médecin est adressé au préfet afin qu'il délivre une autorisation qui n'est pas particulièrement formalisée et souvent apposée sur l'avis médical.

En revanche, il a été indiqué qu'en raison de la crise sanitaire, le nombre de sorties thérapeutiques (promenade, courses, etc.) avait fortement diminué, les sorties organisées étant principalement justifiées par un motif médical ou légal. En effet, en 2019, soixante-et-onze sorties thérapeutiques extérieures à l'EPSM (avec trois soignants) et soixante-cinq au sein du parc et de la cafétéria de l'EPSM ont été organisées pour seulement vingt-sept et douze en 2020.

Chaque projet de sortie est soumis par un infirmier pour validation à la cadre de santé. Une fois cette validation obtenue, un ordre de mission est demandé à la direction des ressources humaines. Le secrétariat récupère tous les documents administratifs nécessaires à la sortie, et établit les certificats médicaux pour le médecin référent, qu'elle envoie par télécopie au bureau des admissions. Ce dernier fait alors le lien avec la direction des soins ainsi que la préfecture pour obtenir l'autorisation de sortie. Cette procédure prend généralement une dizaine de jours en moyenne. Il y a toujours au minimum deux soignants pour accompagner les patients, et trois au maximum. Les forces de l'ordre ne sont jamais sollicitées, hormis pour les patients venant d'incarcération.

Lors de la visite, un des patients a pu sortir pour aller chercher ses lunettes chez un ophtalmologiste.

Il a été indiqué qu'il n'y a pas de refus de sortie de la part de l'autorité préfectorale, et en 2021, toutes les sorties demandées ont été réalisées. La demande précise le nombre de soignants

accompagnant le patient et les objectifs de la sortie (notamment satisfaire ses besoins vestimentaires et le responsabiliser et l'impliquer dans la gestion de son argent, évaluer sa capacité à prendre des décisions et à réaliser des choix en fonction de ses moyens et de ses capacités favoriser les interactions avec le monde extérieur, observer et évaluer la symptomatologie du patient dans un environnement public, valoriser les efforts du patient et sa prise d'initiative en répondant à l'une de ses demandes). Elle est formalisée par le secrétariat et mise à la signature du médecin référent.

Les sorties à la cafétéria de l'EPSM sont autorisées par la direction et non plus par le préfet.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Les sorties thérapeutiques doivent être réinvesties afin de permettre aux patients une ouverture sur l'extérieur favorable à la préparation de leur sortie d'UMD.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'hors période de confinement national, les sorties thérapeutiques ont toujours été investies à l'exception de l'année 2020 durant laquelle une baisse significative est constatée. Un tableau comparatif des années 2019, 2020 et 2021 est joint. Les sorties thérapeutiques à l'extérieur de l'EPSM sont de 71 en 2019 pour 24 admissions, 27 en 2020 pour 28 admissions, 30 en 2021 pour 19 admissions. Par ailleurs les activités de sociothérapie et de sport ont augmenté en 2021 (1952) – 1588 en 2020 et 1315 en 2019. La recommandation est donc considérée comme prise en compte.

5.7 LA SORTIE EST DECIDEE PAR LA COMMISSION DE SUIVI MEDICAL EN PRESENCE DU PATIENT ET SA PREPARATION FAIT PARTIE DES AXES D'AMELIORATION IDENTIFIES PAR L'UMD

5.7.1 La préparation à la sortie

Initiée en 2017, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la sortie des patients est toujours en cours au sein de l'UMD.

L'objectif de cette EPP est d'« optimiser la réhabilitation du patient à sa sortie, par un accompagnement médico-soignant personnalisé (avec définition d'objectifs individualisés) ».

Elle a été motivée par les constats d'un retour rapide de certains patients à l'UMD, d'une durée de séjour à l'UMD pouvant être longue (cf. § 3.3.1), et de l'insuffisance des liens avec le service d'origine à même de favoriser de bonnes conditions de retour alors qu'un passage à l'acte a souvent été posé dans le service en question. La distance géographique est identifiée comme un facteur ne facilitant pas le maintien de ce lien.

Des questionnaires ont été soumis à dix-sept patients ainsi qu'à tous les professionnels de l'UMD, afin d'identifier des pistes d'amélioration. Il ressort du questionnaire soumis aux professionnels que 55 % d'entre eux estiment que la sortie n'est pas suffisamment bien préparée. Plusieurs axes ont été identifiés, permettant de faciliter un retour qui soit le plus serein possible, et qui évite des transferts ultérieurs vers une UMD. L'amélioration du lien avec le service d'origine est identifiée comme l'élément plus important permettant une meilleure préparation à la sortie. Favoriser l'autonomisation du patient avant sa sortie est également ressorti comme facteur permettant une meilleure transition avant de retourner dans l'établissement d'origine. Cette EPP a été provisoirement mise de côté en raison de changements de personnel et de la crise sanitaire.

Au moment de la visite, les contrôleurs ont pu assister à la sortie d'un patient. Admis à la suite d'un passage à l'acte hétéro-agressif, il appréhendait ne pas pouvoir retourner dans son unité d'origine, où il avait des amis ainsi que ses habitudes. Les soignants avaient pris contact avec son service d'origine, qui avait confirmé l'accueillir de nouveau à son retour. Pourtant, les soignants venus le chercher ont annoncé qu'il irait finalement dans une autre unité d'hospitalisation, ce qui a généré pour le patient une importante angoisse.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le travail sur la préparation à la sortie doit être repris afin d'assurer un retour du patient dans son unité d'origine dans de meilleures conditions.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer que les préparations à la sortie sont toujours effectives : échanges téléphoniques, synthèses en visio-conférence avec l'unité d'origine et en présentiel lorsque la distance le permet. Cependant, il arrive qu'au moment de la sortie, l'établissement d'origine oriente le patient vers une autre unité que celle prévue. Une EPP était en cours relative à « la préparation du patient à sa sortie », suspendue en raison de l'arrêt maladie du médecin référent, elle doit reprendre dans le courant de l'année 2022. Au regard de ces éléments la recommandation est considérée comme prise en compte.

5.7.2 La commission de suivi médical

Pour chaque patient, la commission de suivi médical (CSM) se réunit tous les six mois afin de décider de son maintien ou de sa sortie de l'UMD. Un arrêté de nomination est pris au moment de l'organisation de chaque CSM. Le secrétariat de l'UMD s'assure qu'elle est bien composée de trois médecins. Pour chaque CSM, il y a au minimum trois dossiers. Le 16 juillet 2021, neuf patients étaient convoqués.

Afin que les médecins qui la composent disposent d'éléments suffisants pour prendre leur décision, des synthèses sont fournies par le médecin référent, le personnel infirmier, l'ergothérapeute, et le moniteur de sport. Le temps de la rédaction des synthèses pluriprofessionnelles en vue de la CSM donne donc lieu à une concertation nourrie des divers acteurs du soin. Néanmoins, ni la psychologue, ni l'assistante sociale ne donne leur avis.

Les patients sont convoqués et s'y rendent accompagnés de deux soignants, qui ne sont pas présents lors de l'entretien. Si un patient se trouve en isolement au moment de son passage devant la CSM, les médecins se déplacent pour le rencontrer. Les décisions ne sont prises qu'exceptionnellement sur dossier. Le passage devant la CSM est source d'anxiété pour les patients qui s'y réfèrent comme à un examen qu'il faut réussir.

La CSM peut être programmée jusqu'à trois mois à l'avance, lorsque l'état de santé du patient a connu une amélioration significative.

Les patients sont reçus en entretien par une collégialité de médecins. À l'issue, le président rend les décisions en se déplaçant dans les deux unités pour les expliquer aux patients concernés, en présence de soignants et d'un médecin de l'UMD. En cas de refus, la CSM est présentée comme une étape permettant de faire le point sur chaque situation et de fixer des objectifs pour les mois à venir. Dans certains cas, il n'y a pas de structure adaptée au profil de certains patients, « bloqués » à l'UMD, qui peut devenir leur lieu de vie. Il arrive également que la CSM décide de la sortie d'un patient en dépit des avis défavorables donnés par le personnel de l'UMD.

En cas de décision favorable à la sortie du patient de l'UMD et à son retour au sein de son établissement d'origine notamment, le procès-verbal de la CSM est transmis au bureau des admissions qui le communique au préfet afin qu'il prenne un arrêté de sortie de l'UMD. La CSM se tenant le mercredi, les arrêtés de sortie sont pris le jeudi en fin de journée ou le vendredi matin. A réception, l'arrêté est transmis par télécopie au service d'origine qui aura été informé au préalable par téléphone. Ce dernier dispose d'un délai de vingt jours à compter de la transmission de l'arrêté pour organiser le retour du patient en son sein. La transmission du dossier du patient est organisée une fois la date de retour du patient fixée par les cadres de santé. Le service des admissions est en charge de l'envoi par courrier du dossier du patient à la direction de l'établissement d'origine sous pli fermé. Il est complété des dernières décisions des autorités judiciaires et préfectorales et d'un courrier de sortie médicale constituant un compte-rendu d'hospitalisation qui sont remis aux infirmiers qui assurent le transport.

À l'initiative de soignants, des séances d'information collective sur le rôle de la CSM ont été organisées depuis 2016, toutefois ces séances n'avaient plus lieu au moment du contrôle en raison de la crise sanitaire.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE IMPOSEES DE FAÇON SYSTEMATIQUE NE SONT PAS MOTIVEES PAR LA CLINIQUE ET PARAISSENT INJUSTES AUX YEUX DES PATIENTS

6.1.1 L'organisation des journées

L'organisation des journées, une fois la période d'observation passée, obéit à un planning strict, identique pour tous. Seuls les temps en chambre (en dehors de la sieste), imposés par les équipes soignantes, varient selon la clinique et/ou l'état d'agitation du patient.

Selon les propos d'un psychiatre, le caractère contraignant et ritualisé du planning peut être critiquable à bien des égards mais il permet à certains patients de retrouver une forme de normalité notamment pour ceux qui avaient jusqu'à présent un rythme nyctéméral inversé.

Le planning des journées est présenté aux patients lors de leur admission et il est brièvement décrit dans le livret d'accueil. Les journées sont rythmées par les horaires du lever, du coucher, des repas, des temps de sieste et des activités. Les horaires du lever et du coucher sont immuables (7h et 21h). Le soir, les patients ont l'obligation de retourner dans leur chambre dès 20h y compris pour ceux dont la date de sortie est proche. Entre 20h et 21h, ils peuvent conserver avec eux, leur MP3, un livre ou du matériel de correspondance.

Quelques exceptions sont faites lors d'événements sportifs particuliers. Des « soirées pizza » sont organisées et les patients sont autorisés à regarder le match de football retransmis à la télévision. L'organisation de ces soirées nécessite la présence des équipes de jour.

Les journées sont également rythmées par « un temps de repos ou sieste » quotidien qui se déroule de 13h à 15h. Ils sont imposés à tous les patients. Les portes des chambres sont systématiquement fermées à clef, cet enfermement n'étant pas considéré comme une mesure d'isolement et donc non tracé sur le registre *ad hoc* (cf. § 9.2.1). Les patients – dont l'état clinique est stabilisé – sont autorisés à conserver avec eux leur MP3, un livre et du matériel de correspondance. Les contrôleurs s'interrogent sur le bénéfice thérapeutique du caractère systématique de ce temps de repos durant lequel les patients sont enfermés à clef dans leur chambre. Si certains profitent de cette occasion pour faire la sieste, cela n'est pas le cas pour la totalité des patients. Il a été indiqué que certains patients « *pouvaient y échapper* » en bénéficiant d'une consultation médicale ou d'une activité individuelle en sociothérapie.

RECOMMANDATION 4

Les temps de sieste en chambre, porte fermée à clef et non tracés, imposés de manière systématique à tous les patients interrogent quant au bénéfice thérapeutique. Il convient de proposer d'autres possibilités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la fait valoir que le temps de sieste fait partie du cadre de vie de l'UMD, sans qu'il ne soit pour autant imposé puisque les patients disposent de leurs affaires personnelles et peuvent choisir leur occupation sur ce temps. De plus, il peut être proposé à certains patients des activités en collectivité ou en sociothérapie de manière plus individualisée. Néanmoins, le CGLPL conteste ce temps de sieste porte fermée à clé et non tracé. Cet enfermement est bien imposé au patient, qui ne dispose en réalité pas de choix d'occupation au sein de sa chambre. En conséquence, il convient de maintenir la recommandation.

Des temps de repos supplémentaires peuvent être imposés aux patients peu stabilisés ou pour lesquels les moments passés en collectivité sont difficilement supportables. Durant la visite, deux patients de l'unité Dagonet se voyaient imposer un temps supplémentaire en chambre après la sieste.

Ces temps en chambre font l'objet d'une consigne médicale tracée dans le dossier patient mais ils ne sont pas retranscrits dans le registre recensant les mesures d'isolement et de contention (cf. titre 9).

6.1.2 La liberté de circuler au sein des unités

À la différence d'autres structures similaires visitées par le CGLPL, les patients ne se retrouvent pas dans l'obligation de rester groupés dans un même espace pour des raisons de sécurité. Les équipes font preuve de souplesse et elles sont en nombre suffisant pour opérer une surveillance simultanée dans différents lieux. Ainsi, dès lors que les patients sont dans l'espace de vie, ils peuvent circuler librement d'une pièce à l'autre (réfectoire, salle de détente) et se rendre également dans le patio. Une visibilité sur l'ensemble de ces espaces étant assurée par de larges surfaces vitrées.

Les patients, pour lesquels la vie en collectivité peut être vécue de manière intrusive, sont autorisés à retourner dans leur chambre lorsqu'ils en font la demande. Ils y sont néanmoins enfermés à clef.

RECOMMANDATION 5

Les chambres doivent être pourvues de verrous de confort pour que les patients qui souhaitent s'isoler ne soient pas enfermés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction relève que cette recommandation s'intègre dans une « *élaboration plus globale d'un projet individualisé de patient identifié comme pré-sortant avec l'ouverture sur un cadre qui se rapproche de celui d'un service de secteur. Un groupe de travail est prévu en ce sens au début de l'année 2022.* ». Le CGLPL estime que la réflexion doit être élargie à la situation de tous les patients afin de leur permettre, lors des demandes de retrait en chambre, de fermer eux-mêmes leur chambre. La recommandation est donc maintenue.

6.1.3 Le port du pyjama

Lors de la visite, seuls les patients placés en isolement étaient soumis au port du pyjama de l'hôpital. Une autre personne portait, sur son initiative, un bas de pyjama. Hormis les patients en phase d'observation, certains patients peuvent être soumis au port du pyjama lorsqu'ils sont en proie à un épisode délirant et dans le déni de leur pathologie. Un soignant a indiqué que le port du pyjama permettait de repérer rapidement le patient car « *l'œil était plus aguerri* ». Les contrôleurs n'ont pas été convaincus par cet argument.

De l'avis des soignants, le port du pyjama ne revêt jamais un caractère punitif notamment lorsqu'il y a un passage à l'acte mais les médecins peuvent y avoir recours pour faire « *comprendre au patient son comportement* ». Comme évoqué dans le chapitre relatif aux soins psychiatriques, certains patients n'ont pas la notion du respect des règles en collectivité. Par ailleurs, un sentiment de frustration peut s'exprimer à travers un écart de langage ou un geste inadapté. En principe, l'incident est repris immédiatement par l'infirmier référent qui doit parfois

adopter une posture éducative. Cependant, selon des témoignages recueillis, il s'est déjà produit qu'à l'issue d'un comportement inadapté (coup de poing dans une vitre), un patient ait été invité à regagner sa chambre. Le port du pyjama lui fut prescrit et renouvelé durant une quinzaine de jours. Ce dernier a vécu cette consigne comme une punition et une humiliation.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Le port du pyjama imposé, notamment lorsqu'il est décidé à l'issue du non-respect des règles de vie, doit être prohibé en ce qu'il peut revêtir un caractère humiliant et punitif.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que « *le port du pyjama fait partie d'un ensemble de mesures prises au décours de troubles du comportement en collectif avec agressivité ou au décours d'une séquence d'isolement avec réintégration progressive en collectif. Cela permet une meilleure prise en charge du risque de dérapage comportemental du patient pendant une période d'instabilité psychique. Il (...) n'est en aucun cas utilisé comme outil punitif lors de transgression de règles de vie.* ». Le CLPL prend acte de ces éléments et appelle la direction à la vigilance pour que la situation rapportée aux contrôleurs ne se renouvellent pas.

6.1.4 Le tabac

Quel que soit l'état clinique ou la phase du parcours de soins des patients, les cigarettes sont limitées à cinq par jour à des moments imposés. De l'avis des professionnels de santé, « *ça les rythme, ils fument moins et finalement ils ne s'en plaignent pas* ». Ces créneaux horaires correspondent aux moments durant lesquels le patio est accessible.

Les patients peuvent bénéficier d'un substitut nicotinique pour arrêter de fumer mais ils ne sont pas accompagnés dans leur démarche par un addictologue. En effet, les perspectives de travail en partenariat avec le pôle d'addictologie de l'EPSM sont entravées par la pénurie médicale. Par ailleurs, ils ne sont pas autorisés à consommer du tabac à rouler alors qu'il s'agit d'une solution économique pour les petits budgets.

Un psychiatre a indiqué que l'UMD s'inscrivait dans une dynamique de promotion de la santé. Il en est de même pour la consommation des chips et du *Coca-cola*TM à la cafétéria, qui est limitée par les soignants.

Les contrôleurs se sont entretenus avec les patients qui ont été nombreux à se plaindre d'être limités dans leur consommation de tabac. Cette restriction leur paraît injustifiée, ce d'autant que, dans leur unité d'origine, ils géraient de façon autonome leur consommation.

Les soignants ont indiqué que les créneaux pour fumer étaient restreints en raison des nombreuses activités. Pour autant, lorsque les patients sont dans l'espace de vie, ils ont un accès libre au patio mais ils ne peuvent fumer librement alors que les soignants n'ont aucun scrupule à le faire. En outre, ces derniers s'autorisent à fumer sans limite sous le nez des patients. Cela est injuste et inadapté.

RECOMMANDATION 6

Les restrictions systématiques, relatives à la consommation de tabac, imposées aux patients ne sont pas justifiées par la clinique. Par ailleurs, il est intolérable que les soignants s'autorisent à fumer librement à la vue des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les restrictions du nombre de cigarettes font l'objet d'une réflexion institutionnelle et qu'un travail des cadres de santé a débuté afin que les soignants ne fument plus à la vue des patients. Le CGLPL salue l'intégration de cette recommandation dans les réflexions qui sont encore en cours pour faire évoluer les pratiques. La recommandation est donc maintenue en l'état.

6.2 SI UNE REELLE ATTENTION EST PORTEE AUX LIENS AVEC LES FAMILLES, LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT LIMITEES PAR LES RESTRICTIONS APPORTEES A L'USAGE DU TELEPHONE ET DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

6.2.1 Les modalités de visite des familles

A l'exception de la période du confinement national entre le 15 mars et le 7 mai 2020 du fait de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les visites sont possibles pour les patients de l'UMD après accord du médecin. Lors du contrôle, aucun patient n'avait de restriction médicale en la matière ; seules les visites pour les deux patients placés en isolement étaient suspendues.

Le profil des patients accueillis en UMD, souvent hospitalisés de longue date, et l'éloignement géographique de l'unité par rapport au domicile familial, limitent le nombre de visites réalisées. Néanmoins, en 2019, 152 visites ont été programmées (dont 8 annulées à la demande des visiteurs et 2 du fait du placement du patient en isolement, soit 142 visites réalisées). En 2020, compte tenu des contraintes sanitaires, seulement 54 visites ont été réalisées (et 7 programmées ont été annulées pour motif sanitaire). Durant le premier semestre 2021, 40 visites ont été programmées (dont 37 réalisées). Le nombre de visiteurs est en principe limité à deux personnes simultanément mais il a été relevé qu'à plusieurs reprises trois visiteurs étaient admis (jusqu'à douze fois en 2019). Les mineurs sont désormais autorisés.

Les demandes de visite doivent être formulées auprès du secrétariat médical de l'unité (par téléphone, mail ou courrier), qui transmet un formulaire de demande permettant au cadre, après l'accord du médecin, de fixer les modalités du rendez-vous sur la base d'un calendrier informatisé partagé par les deux unités et tenu par le secrétariat médical et accessible à l'agent d'accueil de l'UMD. Un questionnaire Covid est également à remplir. Les visites se déroulent du lundi au dimanche (y compris les jours fériés), en principe de 13h à 17h, pendant une heure maximum. En pratique, il est fréquent que des familles venant de loin ou ayant des contraintes particulières (horaires de train par exemple) sont accueillies en dehors de ces horaires. La durée de la visite peut être doublée si cela est compatible avec l'état de santé du patient.

Jusqu'à la crise sanitaire, les visites se déroulaient soit dans le salon visiteurs, soit dans la cafétéria de l'unité, les patients privilégiant cette deuxième hypothèse compte tenu du caractère plus convivial des locaux et de la possibilité d'y prendre une collation. Dorénavant et afin de mieux respecter les gestes barrières, les visites sont prioritairement assurées à la cafétéria, moins exigüe que le salon visiteurs (qui sert pour les audiences : avocat, tuteur, conseiller d'insertion et de probation, etc.).

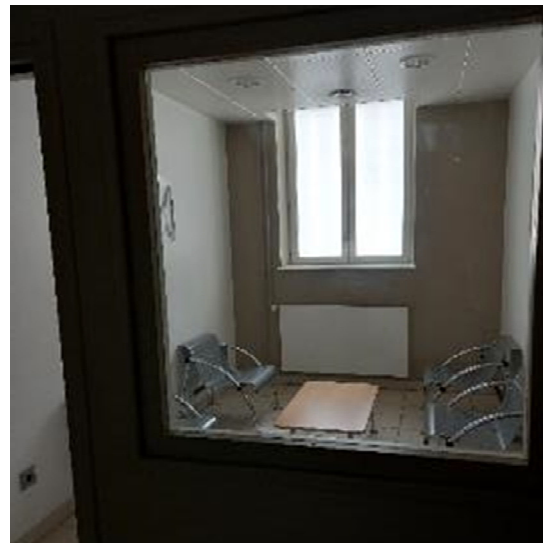
Comme toute personne se rendant à l'UMD, les visiteurs doivent passer sous le portique de détection des masses métalliques et leurs effets sont contrôlés à l'aide du tunnel à rayons X. Des casiers sont à leur disposition à l'accueil pour y laisser leurs sacs à main, téléphones portables, appareils photos, etc.

Une liste des produits non autorisés durant les visites et ne pouvant être remis aux patients (ou dans les colis) est disponible sur les pages consacrées à l'UMD du site Internet de l'établissement, qui est très complet et facile d'accès. Elle est également précisée dans le courrier adressé à la famille par le secrétariat pour lui confirmer les date et heure du rendez-vous.

Sont ainsi autorisés les cigarettes avec l'emballage d'origine (pas de tabac à rouler), les friandises, les biscuits emballés et les boissons dans un contenant cartonné ou plastique inférieur à 50 cl. Ne sont pas autorisés : les boissons et produits de toilette alcoolisés, les produits illicites, les rasoirs manuels et tondeuses à barbe, tout objet tranchant et dangereux, les contenants en métal ou en verre, tout contenant supérieur à 50 cl, les boissons et denrées périssables, les briquets et allumettes et les chewing-gums.

Dans le cadre des mesures sanitaires, les visiteurs sont reçus par un infirmier qui effectue un questionnaire Covid et leur prend la température.

Pour des raisons de sécurité, deux soignants restent à proximité durant toute la durée de la visite, soit dans la pièce adjacente du salon des visiteurs (avec vue à travers une cloison vitrée), soit, pour les visites effectuées dans la cafétéria, en se tenant en retrait ou dans la cour.



Le salon visiteurs et la vue depuis la pièce adjacente où se tiennent les soignants



La cafétéria de l'UMD

Si les modalités pratiques de réalisation des visites interdisent toute intimité, les soignants veillent à se montrer discrets et à respecter la confidentialité des propos échangés durant les visites.

Plus généralement, il est apparu une véritable attention de l'équipe de l'UMD au maintien des liens familiaux. Ainsi, en février 2021, un patient qui n'avait pu obtenir d'autorisation de sortie de la part du préfet pour se rendre aux obsèques de sa grand-mère, a-t-il pu les suivre en visiophonie dans l'unité Renaudin (son père filmant la cérémonie avec son portable).

6.2.2 L'accès au téléphone et à la correspondance écrite

Les téléphones portables personnels sont systématiquement retirés à l'UMD. Cette interdiction – qui s'applique aussi aux soignants – se justifierait par la nécessité de pouvoir contrôler, pour des raisons médicales, les appels émis et reçus par les patients ainsi que leur navigation sur les réseaux sociaux et sur Internet. Par ailleurs il n'est pas souhaité que des vidéos et photos des patients puissent être prises et diffusées *via* les smartphones.

Il a été indiqué que les patients pouvaient être ponctuellement autorisés à accéder au contenu de leur répertoire téléphonique, sous le contrôle d'un soignant.

Les patients sont autorisés – sauf prescription médicale contraire, qui ne concernait personne au moment du contrôle, et sauf lorsqu'ils sont placés en isolement – à recevoir ou émettre des appels depuis les cabines téléphoniques (une par unité) prévues à cet effet. Contrairement à ce qui avait été relevé lors de la précédente visite du CGLPL en 2013, les appels passés sont dorénavant gratuits, y compris pour des correspondants à l'étranger ou en Outre-Mer (par exemple, deux patients de l'unité Renaudin appellent régulièrement la Polynésie et Les Comores).

Les appels peuvent être passés ou reçus entre 9h et 18h30, en dehors des heures de repas, des soins, des activités et du temps de sieste. Toutefois, une certaine souplesse a été observée pour tenir compte de la disponibilité et des contraintes des correspondants ainsi que des décalages horaires éventuels. Les appels sont, en principe, limités à 10 minutes « *pour ne pas monopoliser les cabines* » ; en pratique il n'a pas été observé de restrictions si personne n'attend pour téléphoner.

Les appels entrants arrivent sur un téléphone du poste infirmier puis sont transférés dans la cabine une fois que le patient s'y est rendu. Les appels sortants sont passés, sur demande du patient, par les infirmiers qui s'assurent de la disponibilité du correspondant avant de transférer la communication dans la cabine.



Cabine téléphonique de l'unité Renaudin

Le nombre d'appels entrants et sortants, ainsi que les correspondants autorisés sont déterminés, pour chaque patient, par le médecin, dans la limite de quatre appels (entrants ou sortants) au maximum par semaine. Ce nombre peut être inférieur pour certains patients et est régulièrement réévalué par le médecin. S'il peut être entendu que la clinique de certains patients impose une limitation des appels, la justification médicale de ce maximum de quatre appels n'est pas parue évidente aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 7

La décision de retirer les téléphones portables et de limiter le nombre d'appels reçus ou émis ne doit être motivée que par la clinique du patient. Cette décision médicale doit être individualisée et réévaluée. Par ailleurs, la limitation à quatre appels au maximum par semaine ne peut se justifier et doit être abrogée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'un travail sur le projet de soins individualisé est en cours de réalisation et d'intégration au dossier informatisé Cortexte® afin d'individualiser davantage la prise en charge du patient. Le CGLPL soutient ce projet en cours qui, une fois efficient, contribuera à répondre à la recommandation.

Les patients détenus accueillis à l'UMD sont soumis aux mêmes règles que les autres patients, étant entendu que la liste des numéros autorisés est récupérée auprès du greffe de l'établissement pénitentiaire (cf. § 10.2).

S'agissant de la correspondance écrite, aucune restriction médicale ne vient limiter le droit d'envoyer ou recevoir des courriers. Le matériel de correspondance et les frais d'affranchissement sont, en principe, à la charge du patient mais, en tant que de besoin, le nécessaire est fourni par l'unité et le courrier envoyé sous timbre administratif.

Les courriers sortants ne sont pas contrôlés. Une boîte aux lettres est disposée dans le hall de l'unité, relevée quotidiennement les jours ouvrés par la secrétaire administrative qui la remet au vaguemestre de l'hôpital pour expédition.

Les courriers entrants et les colis sont remis au patient par un soignant et ouverts en sa présence afin que l'infirmier puisse contrôler qu'ils ne comportent pas de produits interdits. Ils ne sont pas lus par le soignant. Les objets autorisés sont inventoriés contradictoirement et stockés dans la pièce servant de vestiaire. Ils seront remis au patient à la demande au fur et à mesure de ses besoins.

Pour les détenus, les règles relatives à la correspondance sont celles qui leur sont applicables au sein de leur établissement pénitentiaire.

L'accès à la correspondance électronique et aux réseaux sociaux est, en revanche, totalement impossible. Seul un accès limité et accompagné à Internet est possible lors des ateliers informatiques d'ergothérapie. Mais, au sein de l'unité, il n'est pas possible pour les patients – comme pour les soignants, au demeurant, qui ne peuvent pas non plus conserver leur smartphone dans l'unité – d'accéder à Internet.

Il a été indiqué qu'une réflexion était en cours quant à la possibilité pour les patients d'accéder à leurs mails, sans que les modalités de réalisation ni le calendrier ne soient précisés.

RECOMMANDATION 8

L'établissement doit mettre à la disposition des patients les moyens pour leur permettre d'accéder, sans restriction et en toute confidentialité, aux nouvelles formes de correspondance que constituent les messageries électroniques.

Les soignants doivent avoir accès au réseau internet *via* un poste informatique pour faciliter l'organisation de projets au sein des unités et favoriser l'accompagnement du patient à l'autonomie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que tous les cadres, secrétaires et éducateurs ont accès au réseau internet et que l'ensemble des soignants de l'établissement ont un accès internet, non nominatif, limité à leur activité. Néanmoins, la recommandation est maintenue dans la mesure où les soignants sont contraints d'utiliser le poste informatique des cadres pour accéder à internet. Ils ne disposent pas d'un poste informatique propre leur permettant d'effectuer des recherches dans le cadre de leur mission et d'accompagner les patients à l'utilisation de cet outil dans le cadre du travail sur l'autonomisation. Par ailleurs, aucun élément de réponse n'est apporté quant à la possibilité pour les patients d'accéder aux messageries électroniques.

6.2.3 L'accès à l'information

Les patients peuvent accéder à l'information par le biais des deux postes de télévision situés dans chaque unité. Ils peuvent aussi, sauf rares contre-indications médicales, écouter la radio sur leur lecteur MP3 durant les horaires où ces appareils leur sont laissés à disposition (cf. § 5.1).

Un exemplaire du quotidien régional « *L'Union* » est mis gratuitement et librement à la disposition des patients dans la salle commune de chaque unité.

En revanche, comme indiqué *supra*, l'accès à Internet est impossible.

6.3 LA QUESTION DE LA SEXUALITE N'A PAS DONNE LIEU A UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Le sujet de la sexualité des patients n'a pas donné lieu à une réflexion institutionnelle au sein de l'établissement, ni au niveau du comité d'éthique – qui ne se réunit plus depuis plusieurs années (cf. § 3.4).

En octobre 2018, le sujet avait été abordé en réunion d'équipe à l'unité Dagonet par le médecin chef de l'UMD en poste à cette période. En effet, un patient avait reçu une revue à caractère pornographique de la part de sa famille. L'équipe a émis un avis favorable à l'autorisation pour les patients d'en disposer de manière nominative et sans possibilité d'échange avec d'autres patients. Il était acté la possibilité de commander des revues sur la base d'une liste avec des thématiques variées dont celle-ci, en même temps que les commandes de tabac. Des participants à la réunion en minorité plus réticents ont préconisé une saisine du comité d'éthique et une nouvelle discussion entre l'équipe médicale et l'encadrement. Un groupe de travail devait être mis en place mais il semble qu'il n'y aurait pas eu de suite à ce projet.

De plus, la question a été plus récemment abordée par les patients eux-mêmes à l'occasion des réunions soignants-soignés qui se tiennent au sein de l'unité Renaudin (cf. § 3.1.2 b). Il a ainsi été demandé la possibilité de disposer de revues à caractère pornographique. Le sujet fait débat au sein des équipes qui s'interrogent, notamment sur les modalités pratiques (*qui irait acheter ces revues ?*). La réponse du médecin chef de pôle est, pour l'instant, une fin de non-recevoir.

Les soignants sont régulièrement amenés à surprendre des pratiques masturbatoires. Si cela se passe dans la chambre du patient, hors de la vue d'autres patients, ils considèrent ne pas avoir à intervenir.

La gestion d'un « rapprochement » entre deux patients est assez rare. La non-mixité de l'unité, les effets secondaires des traitements sur la libido et l'impossibilité de se rendre dans la chambre d'un autre patient ou d'échapper à la surveillance constante des soignants, limitent, en effet, cette possibilité. Par ailleurs, les conditions de réalisation des visites (cf. § 5.2) interdisent *de facto* toute intimité entre un patient et un visiteur. Il est néanmoins arrivé, au moins à une reprise, que les soignants suspectent des relations sexuelles entre deux patients (dans les WC de la salle commune). Selon les informations recueillies, la gestion de cette situation par l'équipe soignante a porté uniquement sur la question du caractère éclairé du consentement des deux partenaires.

Il n'a pas été évoqué la mise en place d'une éducation à la sexualité et aux maladies sexuellement transmissibles. De même, il n'est pas possible de disposer de préservatifs dans les unités.

RECOMMANDATION 9

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients. Dans le cadre de la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles, les patients doivent pouvoir disposer de préservatifs.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que la sexualité est abordée librement en entretien médical ou infirmier à la demande du patient. La recommandation est maintenue afin d'intégrer ce sujet aux réflexions institutionnelles.

7. LES CONDITIONS DE VIE

7.1 LES LOCAUX N'ONT PAS CONNU D'EVOLUTION NOTABLE DEPUIS LA PRECEDENTE VISITE DU CGLPL

7.1.1 L'architecture générale

L'accès à l'UMD s'effectue, pour les véhicules venant de la voirie intérieure de l'hôpital, par un sas fermé, qui, une fois franchie la double porte métallique à commande électromagnétique, permet d'y entrer. Juste à côté, un sas d'entrée pour les piétons a été construit dans le mur d'enceinte. Il comporte une porte pleine depuis le domaine du centre hospitalier au-dessus de laquelle une caméra de surveillance permet de visualiser les personnes qui souhaitent entrer dans l'unité. Puis d'autres caméras sont installées dans les espaces extérieurs de l'UMD et les chambres d'isolement dont les images sont diffusées au sein du poste infirmier. Un agent de sécurité d'accueil est présent 24h/24 au sein du sas.

L'UMD est une transformation d'usage de deux pavillons d'hospitalisation, de deux niveaux, en forme de C, auxquels a été adjointe la construction de deux nouveaux bâtiments, d'un seul niveau, afin de former un ensemble cohérent. Les deux bâtiments anciens sont joints entre eux par une construction neuve, assurant une liaison fonctionnelle des deux édifices, dans laquelle sont installés différents ateliers thérapeutiques et une cafétéria dont les salles sont lumineuses et spacieuses (cf. § 8.4). La salle de balnéothérapie n'est plus utilisée et un projet est en cours pour la transformer en espace d'apaisement type Snoezelen.

Ensermé à l'intérieur de ces bâtisses, le terrain de sport goudronné comportant des panneaux de basket-ball est ceinturé de grilles et est délimité, sur sa partie Nord, par le mur d'enceinte de l'UMD.

Ce premier ensemble est prolongé, à l'extérieur de la cafétéria, par un espace de détente à disposition des patients, comprenant des tables et un banc en béton ainsi qu'un jardin potager. Il est entièrement clos par un grillage de 3 mètres de hauteur. Depuis l'emprise de l'hôpital, aucune visibilité à l'intérieur de l'UMD n'est donc possible du fait du mur d'enceinte l'entourant.



Espace extérieur entre le bâtiment des activités et le terrain de sport



Vue du mur d'enceinte

7.1.2 La zone administrative

Une fois ce sas franchi, les personnes entrant à pied dans l'unité accèdent à une allée qui distribue l'ensemble des édifices.

Sur la gauche le bâtiment administratif, de deux niveaux, comporte :

- au rez-de-chaussée, le bureau du médecin chef de pôle, le secrétariat médical de l'unité, le cabinet dentaire ainsi que deux salons visiteurs ;

- à l'étage, accessible par un ascenseur, divers bureaux dont ceux des médecins de l'unité, du cadre supérieur de santé, de l'assistant social, des internes ainsi qu'une salle de réunion qui sert notamment aux débats juridictionnels et aux réunions de la CSM.

En poursuivant l'allée, une fois passé l'angle du pavillon administratif, les personnes peuvent se diriger vers l'entrée des deux unités d'hospitalisation, l'une à droite (Dagonet), l'autre au fond et à gauche (Renaudin), ainsi que vers l'accès aux salles d'activités aménagées dans le second pavillon réhabilité.

7.1.3 Les unités Renaudin et Dagonet

a) La distribution des locaux

Les deux unités de soins ont une architecture comparable. Accessibles par un système de double porte vitrée fermée, actionnable depuis le bureau infirmier, elles disposent chacune d'une capacité d'accueil de vingt lits.

Chaque unité dispose d'une cour extérieure grillagée dont les patients et les professionnels déplorent l'étroitesse et la minéralité. Leur aspect carcéral n'a pas évolué depuis la dernière visite.



Vues d'une cour extérieure

RECOMMANDATION 10

Des aménagements doivent remédier à l'aspect carcéral des cours extérieures.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que des aménagements existent et sont régulièrement intégrés dans le programme d'investissement pluri annuel (terrain de sport, jardins thérapeutiques, changement des mobiliers en béton dans les cours extérieures). La recommandation est maintenue au regard des constats effectués par les contrôleurs lors de la visite sur l'aspect carcéral des cours.

Un secteur d'isolement est disposé au centre de chaque unité (décrit au § 9.1).

Chaque unité de soins dispose d'un espace jour, dans lequel se trouvent une salle commune équipée d'une table de ping-pong, un réfectoire commun, deux salons équipés de téléviseurs, ainsi que des placards individuels de rangement des effets personnels des patients.

Entre l'espace jour et l'espace nuit se trouve le bureau infirmier, appelé « PC infirmier », cloisonné par des vitres sécurisées, dont la situation centrale permet d'avoir une vision directe de l'ensemble de l'unité. Cet espace est toujours fermé et concentre les écrans de vidéosurveillance, tant des chambres d'isolement et des cours extérieures que du mur d'enceinte de l'UMD. Un IDE

y est affecté et est remplacé toutes les deux heures. Le bureau du cadre de santé fait face à l'entrée du poste infirmier.



Couloir distribuant les chambres

b) Les chambres

L'espace nuit de chaque unité compte vingt chambres réparties des deux côtés du couloir, en face à face, et disposées en enfilade. Chaque chambre comporte un lit scellé au sol, un placard fermé, une table et un siège scellés, ainsi qu'une salle d'eau munie d'un lavabo au-dessus duquel se trouve un miroir incassable et d'un bloc sanitaire. Sa porte est maintenue bloquée en position ouverte pour éviter que les patients ne s'y enferment.

Les observations émises lors de la première visite ont été prises en compte puisqu'il est désormais possible de régler l'intensité de la lumière dans les chambres, ce qui est propice à créer un environnement apaisant. Par ailleurs, les problèmes liés à l'accès à l'eau chaude dans certaines chambres ont été réglés depuis la première visite.



Vues de chambres

En revanche, l'équipement en oreiller est inconfortable (oreillers en pente, en plastique indéchirable, qui s'affaissent) aux dires des patients entendus par les contrôleurs (cf. § 3.1.2 b) et des professionnels de l'UMD. Les patients mettent souvent une couverture pliée en plus au-dessus de l'oreiller pour leur confort. À la suite de demandes récurrentes des patients, notamment lors des réunions soignants-soignés, une demande officielle de changement de produits a été émise mais non acceptée par la direction pour des questions de sécurité. Pourtant d'autres UMD disposent d'oreillers classiques confortables et sécurisés.

RECOMMANDATION 11

L'équipement en oreillers doit être adapté au confort des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que l'équipement en oreiller est validé au regard des risques pour le patient par l'équipe médicale de l'UMD étant précisé que les lits possèdent un réglage appui dos. La recommandation est maintenue dans la mesure où les patients se sont plaints auprès des contrôleurs de l'inconfort des oreillers et où d'autres UMD se sont dotées en oreillers alliant sécurité et confort.

Par ailleurs, en plus du hublot présent sur la porte des chambres, un œilleton extérieur donne sur la douche et les WC, « pour s'assurer de l'hygiène du patient ou encore de sa sécurité » selon les témoignages recueillis, ce qui porte atteinte à leur intimité.

RECOMMANDATION 12

L'attention portée à l'hygiène corporelle des patients et à leur sécurité ne doit pas justifier le recours à un œilleton, dispositif intrusif et attentatoire à l'intimité et la dignité de la personne.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer que l'œilleton fait partie des mesures de surveillance en chambre pour la prévention de violences auto-agressives tout comme le hublot. La recommandation est maintenue, ce dispositif étant intrusif et attentatoire à la dignité de la personne.

7.2 UNE ATTENTION PARTICULIERE EST PORTEE A L'HYGIENE DES PATIENTS ET AU BON ENTRETIEN DES LOCAUX

7.2.1 L'hygiène corporelle et vestimentaire

Les unités disposent d'un vestiaire, constitué essentiellement de dons du personnel, pour des patients indigents qui manqueraient d'effets vestimentaires ou encore dans l'attente de l'achat ou de la fourniture de vêtements lors de permissions de sortie ou par les mandataires ou les familles. Un vestiaire est également mobilisable à la lingerie de l'EPSM. L'association L'accueil peut dépanner de même pour vêtements et/ou débloquer une somme comprise en 100 et 200 euros à l'arrivée d'un patient indigent pour l'achat de biens de première nécessité. Une friperie est, par ailleurs, organisée par le pôle de sociothérapie une fois par an. Plusieurs associations sont mobilisables (la Croix-Rouge française, le Secours catholique, Habits 51 notamment).

Dans le cas d'un patient indigent en attente de perception de l'AAH, il lui est délivré un kit d'hygiène.

L'établissement prend en charge le marquage et l'hygiène des vêtements des patients. Il n'est pas repéré pas de problème de retour de linge sauf pour les vêtements spécifiques comme les casquettes pour lesquelles le délai est de quinze jours.

En cas de décision favorable de la CSM à la sortie du patient, les soignants assurent l'entretien du linge les quelques jours avant la sortie effective du patient de l'UMD.

7.2.2 L'hygiène des locaux

Les unités sont nettoyées deux fois par jour au regard des cycles de service des ASH (cf. § 3.2.2 b). Le changement du linge plat est réalisé une fois par semaine et plus si besoin.

Dès que les locaux sont souillés, ils sont immédiatement nettoyés par les ASH en première intention et par les IDE ou AS en dehors des heures de service des ASH. Les contrôleurs ont constaté un entretien soutenu des locaux qui sont apparus dans un très bon état d'hygiène.

7.3 LES PATIENTS PEUVENT DISPOSER AISEMENT DE LEURS BIENS

À l'arrivée, l'inventaire des effets personnels du patient est particulièrement complet et descriptif afin d'éviter les pertes et vols (couleur des effets vestimentaires, marques de l'ensemble des biens, nombre, etc.).

Deux soignants (un infirmier et un aide-soignant) sont en charge de l'inventaire des effets du patient ainsi que de l'expédition au service lingerie pour marquage. Il n'est pas établi de manière contradictoire en raison de la longueur de son temps d'élaboration (entre une heure et une heure trente minutes).

Les objets de valeur sont déposés dans une boîte nominative dans l'armoire du bureau du cadre de santé de l'unité.

Sur l'inventaire communiqué aux contrôleurs, sont remis à la bagagerie les sacs, valises, les paires de chaussures, tout objet en verre et tranchant (coupe-ongles, rasoir), tandis que le téléphone portable du patient et son trousseau de clé sont remis au cadre de santé pour être déposés dans un casier nominatif. Les soignants sortent de la bagagerie les biens dont les patients auraient besoin à leur demande.

Les sommes d'argent en espèce, les bijoux, cartes bancaires et chéquiers sont automatiquement déposés à la banque des patients. Lors de sortie en ville le patient accompagné du soignant se présente le matin à la banque des patients (fermée l'après-midi) et y dépose au retour la monnaie restante. Pour un retour l'après-midi, un soignant la déposera le lendemain matin.

Si le patient fait des achats à la cafétéria de l'UMD ou de l'EPSM une facture est adressée à la banque des patients qui l'adresse à la trésorerie.

Pour l'achat du tabac, des commandes anonymisées sont passées auprès d'un buraliste qui livre le tabac une fois par semaine ; parallèlement à chaque livraison, la banque des patients rémunère directement le buraliste. Les prix, affichés dans les unités, sont les prix « public » et le choix est vaste (plus d'une centaine de références).

Pendant les périodes de confinement, afin d'améliorer le quotidien des patients et de leur permettre d'acquérir des effets, ils ont été accompagnés pour effectuer des commandes sur internet ce qui favorise leur autonomie (cf. 6.2.2)

7.4 L'AVIS DES PATIENTS EST PRIS EN COMPTE POUR AMELIORER LES REPAS

Les repas sont fournis par la cuisine centrale de l'EPSM. Les menus particulier (confessionnels, végétariens, liés à des problèmes somatiques) sont gérés *via* le logiciel de restauration collective *Datameal*TM.

À la suite de plaintes de patients de l'EPSM sur l'insuffisance de viande dans les repas proposés, un changement de fournisseur a été opéré. Depuis lors, il est constaté une meilleure qualité gustative et quantitative des repas.

Le petit déjeuner paraît consistant, composé d'un tiers de baguette, de beurre, de confiture, d'une boisson chaude à la demande.

Les repas sont livrés et réchauffés en barquette dont le contenu est versé dans une assiette. Ces baquettes sont disposées sur un chariot chauffant. Les couverts, assiettes et verres sont en plastique épais lavable (de même en chambre d'isolement). Seule la cuisine thérapeutique est équipée d'ustensiles classiques.

Les patients peuvent disposer du goûter fourni par l'établissement (composé pour l'essentiel de biscuits, eau et sirop) ou du leur propre, les colis des familles étant autorisés (jus de fruit, gâteaux, chocolat, bonbons, nécessaire d'écriture, remis dans la bagagerie ou dans les petits casiers de la salle de vie).

Le petit déjeuner – de 8h10 à 9h – et le déjeuner – de 12h15 à 13h – sont précédés de la distribution du traitement médicamenteux. Le dîner est pris entre 19h et 19h45 et suivi de la distribution du traitement du soir.

Une diététicienne exerce à l'EPSM et peut être mobilisée par les équipes si besoin. Elle avait été invitée à l'UMD au mois de juin 2019 afin d'évoquer notamment la constitution des goûters.

Pendant une partie de la crise sanitaire, les repas ont été pris en jauge restreinte en alternance dans les chambres et le réfectoire. Au réfectoire, les tables sont individuelles, à deux et jusqu'à six. Ce sont les infirmiers qui placent les patients en prenant en compte leur avis.



Vue d'un réfectoire

À son arrivée, le patient est d'abord installé seul à table (cf. § 8.1.1). D'ailleurs, lors du contrôle, un patient arrivé récemment à l'unité Renaudin faisait dos aux autres pour ne pas être confronté d'emblée au collectif.

Les soignants sont attentifs aux interactions entre les patients pendant les repas car il a déjà été constaté des vols de barquette. Par ailleurs, les interactions entre les tables sont, par ailleurs, proscrites afin d'éviter la pollution sonore et l'agitation des patients pendant le temps du repas.

8. LES SOINS

8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DISPENSES PAR UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE SOUCIEUSE DE MAINTENIR UNE RELATION THERAPEUTIQUE DE QUALITE

Le parcours de soins du patient est identique dans les deux unités. Il comprend trois étapes : la phase d'observation, l'élaboration d'un projet de soins individualisés – mais qui n'est pas formalisé par écrit – et la préparation à la sortie.

8.1.1 La période d'observation

L'accueil et la procédure d'admission se déroulent de la même façon pour l'ensemble des patients. Comme indiqué précédemment, il s'agit d'admissions programmées qui s'effectuent du en semaine – plutôt le mardi entre 14h et 14h30 – moment durant lequel les patients restent dans leur chambre. Les équipes du matin et d'après-midi sont ainsi disponibles pour accueillir le patient en comité élargi afin « *d'établir un cadre thérapeutique contenant* ». Les soignants s'entretiennent avec l'équipe accompagnatrice afin d'échanger autour des objectifs de soins à définir pour le patient.

Bien souvent, le patient est fatigué en raison du trajet et il est anxieux à l'idée d'intégrer une nouvelle structure telle qu'une UMD. Il est revêtu du pyjama de l'hôpital puis il est immédiatement installé en chambre d'isolement pour une durée minimale de 48 heures durant laquelle il est en phase d'observation. Seuls les patients déjà connus du service peuvent être dispensés de ce protocole d'admission. De l'avis des soignants, cette période de 48 heures est essentielle pour observer le comportement du patient à différents moments de la journée. Les professionnels de santé évaluent son comportement, le sommeil, la prise des repas et des traitements ainsi que l'hygiène corporelle. Cette première phase permet « *de s'approprier et de faire mutuellement connaissance* ». Si les contrôleurs ne remettent pas en question la nécessité de cette période d'observation, ils interrogent néanmoins le caractère systématique du placement en chambre d'isolement. Il a été indiqué que l'observation clinique au moyen de la caméra – seules les chambres d'isolement sont dotées d'une caméra dont les images sont retransmises au poste infirmier (cf. § 9.1) – permet d'évaluer le patient 24 heures sur 24. Le caractère intrusif de la caméra a également été soulevé par les contrôleurs ce à quoi les soignants ont répondu que « *malheureusement la pudeur avait depuis longtemps disparu chez ces patients* ».

RECOMMANDATION 13

Le placement systématique en isolement des patients au moment de leur admission, sans tenir compte de leur état psychique, n'est pas justifié.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'il s'agit d'un « *temps d'observation rapproché et sécurisé rendu nécessaire par le contexte d'admission en UMD de patient inconnu dont la symptomatologie est résistante ou avec des répercussions comportementales d'instabilité ou de violence qui les rendent incompatibles avec le dispositif sectoriel* ». La recommandation est maintenue en raison du caractère systématique de la mesure.

Le premier entretien médical se déroule le jour même de l'arrivée du patient. Il a pour objectif notamment de dédramatiser la situation, certains patients appréhendent leur admission à l'UMD comme une punition, notamment lorsqu'ils ont commis un acte de violence dans leur unité de provenance. Durant cet entretien, le patient est informé des différentes étapes qui vont jaloner son parcours de soins.

Il reçoit systématiquement le livret d'accueil dont le contenu lui est explicité. Il lui est rappelé l'obligation de respecter les règles de vie et d'adopter un comportement respectueux à l'égard du personnel et des autres patients, certains patients ayant perdu toute notion du bien-vivre ensemble. Une information portant sur ses droits lui est également délivrée. Un infirmier a précisé qu'il insistait sur les restrictions portant sur la liberté d'aller et venir, « *le fait d'être enfermé étant loin d'être anodin* ».

Dès lors que la période d'observation se déroule sans incident particulier et si le résultat du test de dépistage du Covid-19 est négatif, le patient est installé en chambre hôtelière dans les 48 heures qui suivent son admission. Cependant, son intégration dans l'unité se déroule en plusieurs étapes. Des sorties progressives de sa chambre sont programmées afin de lui permettre de s'approprier graduellement les lieux. Dans un premier temps, il est installé à une table individuelle dans le réfectoire avant de pouvoir prendre ses repas avec d'autres patients. De même, les premières sorties dans le patio s'effectuent hors la présence des autres patients. Durant cette première phase, le patient peut être soumis à des temps supplémentaires en chambre (porte fermée à clef), la présence d'autres personnes pouvant être perçues comme étant intrusive.

A l'issue des premiers sept jours d'hospitalisation, la participation du patient à des activités sportives est obligatoire puis, sept jours plus tard, il intègre les ateliers d'ergothérapie.

8.1.2 Les soins au cours de l'hospitalisation

En dépit de l'effectif restreint (cf. § 3.2.3), une présence médicale quotidienne est assurée par trois praticiens hospitaliers (PH) et un interne pour les deux unités. Les patients bénéficient *a minima* d'une consultation médicale hebdomadaire, chacun d'entre eux se voyant attribuer un psychiatre référent. Certains patients, hospitalisés au long court, se sont plaints auprès des contrôleurs de ne voir leur médecin référent qu'une fois par mois et d'être suivis principalement par l'interne.

Les praticiens se répartissent les patients en fonction de leur charge de travail et « *selon les affinités* ». Lorsqu'un médecin se retrouve en difficultés avec un patient « *il passe la main* » à un confrère. De même, si un patient demande à changer de médecin référent, sa requête est acceptée dès lors que la relation thérapeutique est rompue.

Les consultations médicales se déroulent systématiquement en présence d'un infirmier référent. Bien que l'un des médecins interrogés n'ait jamais été confronté à la demande d'un patient qui souhaiterait le voir seul, il a précisé qu'*a priori* il ne s'y opposerait pas si la demande se justifiait – à titre d'exemple, mise en place d'un travail psychothérapeutique au cours duquel des aspects de la sphère intime seraient évoqués.

Au cours de la seconde phase de la prise en charge, le médecin reprend point par point le courrier d'admission adressé par le psychiatre de l'unité de provenance. Le patient est invité à exprimer son point de vue et à formuler ses observations. La question du passage à l'acte est également abordée au cours de ces entretiens. Le PH évalue la capacité du patient à admettre qu'il rencontre des difficultés à reconnaître ses troubles psychiatriques. La manière dont le patient

réagit et se positionne permet au praticien de « *placer le curseur* ». Cela constitue un point de départ pour démarrer la prise en charge et établir un plan de soins individualisés auquel le patient est pleinement associé. Ce plan de soins n'est pas formalisé par écrit mais il a été précisé qu'un projet était en cours de réflexion au sein de l'UMD.

Pour définir des objectifs, le psychiatre invite le patient à dresser la liste des symptômes qui sont particulièrement handicapants au quotidien. Il lui explique que la prise en charge va consister non pas à supprimer ces symptômes mais à les atténuer afin de pouvoir envisager un retour dans son secteur d'origine. Un travail de psychoéducation, réalisé en collaboration avec le psychologue, est également engagé. Il porte sur le repérage des symptômes, la connaissance et l'observance du traitement médicamenteux. Certains patients connaissent leur traitement et les effets secondaires par cœur, d'autres ne sont pas en mesure de les mémoriser. Le psychiatre doit s'adapter en permanence aux capacités intellectuelles de chaque patient. Lorsque cela s'avère possible, les médecins conduisent des entretiens familiaux mais il a été précisé que, compte tenu de l'éloignement géographique, ces rencontres avaient rarement lieu.

La désignation d'infirmiers référents pour chaque patient est soumise à l'accord de ce dernier. Selon les témoignages recueillis, ce dispositif permet de responsabiliser les soignants désignés qui sont pleinement partie prenante dans la prise en charge. Ils accompagnent le patient dans la réalisation de ses objectifs à travers des entretiens. La dimension éducative peut parfois prendre le pas sur les soins car, pour certains patients, « *il faut repartir depuis le début* ». Les infirmiers référents coaniment également les activités qui se tiennent en sociothérapie (cf. § 8.4) et ils sont en charge des accompagnements extérieurs. Enfin, ils contribuent à la rédaction des synthèses destinées à la commission de suivi médical. Les patients ne sont jamais livrés à eux-mêmes durant la journée. Une partie de l'équipe est systématiquement présente et interagit avec eux. Les soignants prennent le temps de répondre à leurs sollicitations, ils font preuve de pédagogie et de patience lorsqu'un patient se voit opposer un refus qui peut être générateur d'incidents.

Les soignants s'autorégulent et se relaient dès lors qu'un contre-transfert est en train de s'opérer. Ils ont à cœur de maintenir une relation thérapeutique de qualité. Les situations complexes sont abordées en équipe. Les professionnels peuvent également bénéficier de séances de supervision animées par une psychologue extérieure à l'UMD. L'unité Renaudin s'est emparée de ce dispositif, il n'en n'est pas de même pour l'unité Dagonet. De l'avis des soignants interrogés, la supervision n'aurait pas fonctionné dans cette unité. Les agents se débriefent entre eux, ils ne « *se ménagent pas, cela permet d'entretenir des relations de travail saines au sein de l'équipe* ». Selon plusieurs témoignages recueillis par les contrôleurs, cette analyse n'est pas partagée par l'ensemble des soignants.

Lors de la visite, les réunions soignants-soignés, qui se tenaient auparavant à l'unité Renaudin et qui avaient été interrompues en raison du contexte sanitaire, n'avaient toujours pas repris. Elles ont pour objectif de les informer et de recueillir leurs souhaits. La réponse à leur demande leur est communiquée à la réunion suivante. Les demandes des patients sont variées. Certaines ont prospéré : jus de fruit au petit déjeuner, accès aux diffusions télévisées des championnats de football – un abonnement à *BeIN Sport™* a été contracté pour une année au regard de la mobilisation de l'équipe soignante qui a porté la demande des patients auprès de la direction. D'autres demandes n'ont pas prospéré comme celle de disposer d'oreillers plus confortables (cf. § 7.1.3 b).

Néanmoins, l'unité Dagonet n'a pas mis en place ce dispositif. Un projet écrit a pourtant été élaboré par des infirmiers mais il semblerait qu'il ne fasse pas l'unanimité parmi l'équipe

soignante. Les patients ne disposent donc d'aucun espace d'échanges leur permettant d'aborder des questions ayant trait à leur prise en charge et à leur séjour d'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Des réunions soignants-soignés doivent être proposées à l'ensemble des patients afin de leur permettre d'échanger collectivement autour de leur prise en charge.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que sur l'unité Renaudin, les réunions soignants-soignés ont repris, la dernière s'étant tenue le 5 janvier 2022, et que sur l'unité Dagonet ces réunions vont débiter prochainement. La recommandation est considérée comme prise en compte.

Outre les temps de transmission qui ont lieu lors des changements d'équipe, une réunion clinique hebdomadaire, regroupant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, se tient dans chacune des deux unités. Le cas de chaque patient est passé en revue, chacun des professionnels étant invité à s'exprimer. Les échanges sont fluides, la parole circule librement. Les infirmiers émettent un avis portant sur tous les aspects de la prise en charge y compris sur les traitements prescrits. À cet égard, un psychiatre a indiqué que la dimension infirmière tenait une place non négligeable dans les soins.

Dès lors que les objectifs définis avec le patient sont susceptibles d'être atteints, la dernière phase du parcours de soins est enclenchée. Les entretiens médicaux portent alors sur les objectifs atteints et la perspective d'un retour dans l'unité d'origine. Environ deux mois avant la tenue de la CSM, le PH prend attache avec le service d'origine en vue de préparer le retour du patient.

8.2 LA CONFIDENTIALITE DES ECHANGES EST RESPECTEE DURANT LA DISPENSATION DES TRAITEMENTS

La commande de médicaments est effectuée par les équipes de nuit auprès de la pharmacie de l'établissement. Les traitements et le matériel médical sont livrés en journée. Toutes les prescriptions médicales sont informatisées et sont examinées par les pharmaciens avant d'être validées. Les psychiatres ont indiqué avoir à leur disposition un panel très large de molécules, l'objectif étant d'avoir recours à un traitement le moins lourd possible pour le patient. Les praticiens ont des échanges réguliers avec le pharmacien qui fait preuve de réactivité lorsque ces derniers se retrouvent dans une impasse.

Le circuit du médicament est informatisé et sécurisé ; la pharmacie dispose d'un automate qui prépare les pochettes individuelles des médicaments. La dispensation des traitements est donc nominative. Chaque unité bénéficie d'une dotation de médicaments afin d'éviter des ruptures de traitement. De même, les pharmaciens assurent des tours de garde qui sont mutualisés avec ceux du centre hospitalier (CH) de Châlons.

Les traitements sont administrés dans le couloir de l'unité, juste à côté de la pharmacie, à proximité de la salle de vie où les patients attendent d'être appelés à tour de rôle. La confidentialité de la dispensation et des échanges est donc assurée. Si des explications supplémentaires doivent être fournies au patient, un entretien conduit par l'infirmier référent se déroule dans un second temps.

Aucun programme d'éducation thérapeutique portant sur les traitements n'a été instauré mais comme évoqué précédemment, l'un des objectifs de la prise en charge vise à permettre au patient de connaître son traitement et les effets secondaires associés. Le patient est également informé de la possibilité de se voir administrer un traitement injectable dans le cas d'un état d'agitation importante et/ou d'un refus de traitement. À cet égard, les psychiatres prescrivent des injections « *si besoin* » pour chaque patient au moment de son admission. Ces prescriptions sont supprimées dès lors que l'état clinique du patient est stabilisé et qu'il existe une bonne observance de son traitement.

Lorsqu'un patient refuse de prendre son traitement *per os*, l'infirmier référent cherche à connaître les raisons de son refus et négocie la prise médicamenteuse avec ce dernier. Si le patient persiste dans son refus, il est fait appel à l'un des médecins de l'UMD. Le praticien se déplace systématiquement et négocie avec le patient. Si l'événement se produit durant la nuit ou le week-end, il est fait appel à l'interne de garde qui se déplace plus ou moins rapidement en fonction des urgences à gérer. Bien souvent, les infirmiers sont à même de gérer la situation car ils ont une meilleure connaissance des patients que l'interne de garde ou les médecins seniors.

Selon les propos recueillis, une injection administrée de force relève de l'exception. Lorsque cela se produit, il s'agit d'un patient très agité, impossible à contenir et qui doit faire l'objet d'un placement en chambre d'isolement.

Dans certains cas, il arrive que le patient privilégie lui-même le traitement injectable. Tel a été le cas pour l'un d'entre eux qui associait son traitement *per os* à un médicament nocif. Il lui a été donc proposé de le prendre par voie parentérale ce qu'il a accepté, le temps pour son médecin d'identifier, avec l'aide du pharmacien, une autre molécule.

8.3 LE TRAITEMENT PAR ELECTRO-CONVULSIVO-THERAPIE FAIT L'OBJET D'UN PROTOCOLE, LE CONSENTEMENT ECLAIRE DU PATIENT OU DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST SYSTEMATIQUEMENT RECHERCHE

Les médecins de l'UMD ont recours à l'ECT pour certains de leurs patients. L'un des trois PH s'est spécialisé dans ce domaine pour conduire les séances qui se déroulent au CH de Châlons. L'UMD bénéficie de deux créneaux de demi-journées par semaine. Lors de la visite deux patients, tous deux placés en chambre d'isolement, étaient concernés. Le premier effectue de nombreux séjours dans plusieurs UMD depuis quinze ans. Admis à l'UMD de Châlons depuis cinq ans, il fait l'objet de séances de sismothérapie, à raison d'une fois par semaine, depuis le début de son admission. Ces séances étaient déjà pratiquées dans la précédente UMD. Selon les propos recueillis, seules les séances de sismothérapie l'apaisent. Lors du premier confinement ces séances ont été interrompues, les effets ont été dramatiques. Le patient s'automutilait et refusait toute forme de contact avec les soignants. Compte tenu de la fréquence des séances, les médecins ont déjà tenté de les espacer tous les quinze jours mais les effets ont été délétères pour le patient.

Les capacités cognitives et d'élaboration étant altérées pour ce patient, l'information sur le traitement, les effets indésirables ainsi que les alternatives à ce traitement ont été communiqués par écrit et par oral au frère du patient, désigné en tant que curateur. De même, son consentement a été recherché et il est systématiquement demandé après chaque interruption des séances. Le patient est systématiquement revu en consultation d'anesthésie après chaque interruption.

Avant de conduire le patient pour sa séance de sismothérapie hebdomadaire, les soignants échangent afin d'évaluer son ressenti. En cinq ans, il a exprimé son refus à deux reprises (« *j'en ai marre* ») qui a été pris en compte. À cet égard le psychiatre, en charge de conduire les séances de sismothérapie, a indiqué en ces termes : « *c'est un patient avec qui nous avons tissé des liens étroits, il est hors de question que nous le forcions* ».

Le second patient fait l'objet de séances de sismothérapie hebdomadaires depuis le mois d'avril 2021. Le psychiatre, mettant en doute les capacités de ce dernier à donner son consentement éclairé, s'est tourné vers la famille pour obtenir leur accord.

En 2020, un seul patient a été traité par sismothérapie. Il avait été prévu d'y avoir recours pour un autre patient mais le père (désigné en tant que curateur) de ce dernier, s'y est opposé.

8.4 L'OFFRE D'ACTIVITES EST VARIEE, ET FAIT PARTIE INTEGRANTE DU DISPOSITIF DE SOINS

Les activités sportives et les ateliers d'ergothérapie sont organisés par l'équipe pluridisciplinaire de sociothérapie. Cette équipe compte deux ergothérapeutes pour 1,6 ETP et trois éducateurs sportifs exerçant à temps plein. Les activités sont systématiquement coanimées avec un soignant.

Comme indiqué dans le chapitre relatif au soins psychiatriques (cf. § 8.1), les patients ont accès aux activités sportives une semaine après leur admission puis aux ateliers d'ergothérapie au bout de quinze jours. Leur participation est soumise à l'accord de leur médecin référent. Elle est obligatoire une fois l'accord délivré.

Les locaux, déjà décrits dans le premier de rapport de visite, sont inchangés. Ils sont agréablement aménagés. De l'avis des interlocuteurs rencontrés, les moyens nécessaires ont été alloués pour offrir des activités diversifiées et de qualité.

Enfin, le maintien des activités durant les week-ends et les jours fériés mérite d'être souligné.

BONNE PRATIQUE 2

Les activités, organisées par la sociothérapie, sont maintenues durant les week-ends et les jours fériés.

8.4.1 Les activités sportives

Les éducateurs sportifs rencontrent systématiquement chaque patient dans le cadre d'un entretien. L'objectif est de faire connaissance et de connaître ses envies. Dans un second temps, le patient reçoit des informations concernant les différentes activités proposées, leur organisation et les règles à respecter puis, il est invité à visiter les locaux.

Il appartient à l'équipe soignante de définir l'objectif thérapeutique et aux éducateurs d'élaborer un programme d'activités. Il leur est laissé une grande marge de manœuvre, les professionnels ont tenu les propos suivants : « *si nous proposons un projet cohérent pour le patient, il est validé par le médecin référent* ».

Les patients démarrent systématiquement par une activité individuelle. Si les deux premières séances se déroulent sans incident particulier, il leur est proposé d'intégrer une activité groupale. La notion de bien-être et de remise en forme est mise en avant afin d'éviter l'esprit de compétition pouvant les placer aisément en situation d'échec. L'offre d'activités est variée et peut répondre aux souhaits de chacun. Depuis la première visite du CGLPL, le panel d'activités

proposées s'est élargi et les restrictions ont diminué. Ainsi, il est désormais possible de proposer des activités de tir à l'arc ou de jouer aux palets bretons. L'offre et la diversité des activités permet de répondre aux besoins de chaque patient.

Les patients présentant une aversion pour le sport ne sont pas obligés de participer. Ils se voient proposer des séances de stretching, des balades ou des jeux. Pour les patients réticents à intégrer des activités groupales et pour lesquels l'objectif est de travailler le contact avec autrui, il leur est proposé des séances d'assouplissements ou de yoga. Dès lors qu'ils maîtrisent certaines postures, ils sont invités à diriger une séance en montrant les postures aux nouveaux venus. Ces activités groupales sont également l'occasion de régler des conflits et de travailler la relation avec autrui car, selon la problématique du patient, l'autre n'est pas toujours pris en compte. Les éducateurs comme les soignants participent à toutes les activités et « *transparent avec eux* ». Un soignant a indiqué que ces temps en dehors de l'unité permettaient d'observer le patient sous un autre angle et de renforcer la relation thérapeutique.

Depuis la première visite du CGLPL, certaines activités sont désormais tournées vers l'extérieur afin de renforcer l'autonomie du patient dans un environnement inconnu. Des initiatives intéressantes ont été mises en place telles qu'une session d'initiation au basket-ball animée par des joueurs professionnels. Malheureusement, le nombre d'inscrits demeure restreint. Seuls deux patients ont pu y participer, le minibus ne pouvant accueillir qu'un nombre limité de passagers.

Les patients placés en isolement peuvent, dans certains cas, participer à des activités individuelles. Ainsi l'un des patients, placés en isolement durant la visite, se voit régulièrement proposer de jouer avec un ballon de football. Ces séances sont généralement animées pendant le déjeuner afin que la personne concernée ne croise pas d'autres patients. Elles se déroulent également dans le patio de la chambre d'isolement.

À l'issue de chaque activité, un retour – dont le contenu est rédigé dans le logiciel Cortexte™ – est effectué auprès du patient.

Les activités sont rarement annulées et lorsqu'un soignant vient à manquer, elles sont mutualisées au sein des unités. Cela permet aux patients de faire connaissance et d'interagir avec de nouvelles personnes. Elles ont pu largement bénéficier aux patients pendant la crise sanitaire – 823 activités sportives en 2019 et 1 268 en 2020 – alors que les sorties ont été restreintes pendant cette période (cf. § 5.6).

8.4.2 Les ateliers d'ergothérapie

Le patient est accueilli dans le cadre d'un entretien individuel conduit par les ergothérapeutes. L'objectif de cette première rencontre est de faire connaissance avec le patient et de cerner ses besoins et ses souhaits. Le patient est partie prenante dans l'élaboration du programme d'activités qui va obligatoirement se construire avec lui. Les objectifs ciblés doivent représenter un intérêt pour lui afin qu'il puisse se les approprier. L'offre en matière d'activités est suffisamment diversifiée pour répondre aux besoins et à la clinique de chaque patient. Les prises en charge sont groupales (quatre patients au maximum) ou individuelles lorsque les patients ne sont pas en mesure d'intégrer un groupe. Les patients des deux unités peuvent être amenés à participer à un même atelier. Ces activités ont été maintenues pendant la première année de la crise sanitaire à un rythme moins soutenu – 492 en 2019 et 320 en 2020.

Les activités sont adaptées en fonction des problématiques de chacun. À titre d'exemple, pour un patient présentant des difficultés à s'exprimer, un travail autour d'une affiche est mené afin

de lui permettre d'exprimer son ressenti. Les activités de mosaïque et de poterie sont proposées aux patients souffrant d'un trouble du morcellement. L'offre des ateliers est innovante et variée ; ainsi un atelier de théâtre a été mis en place. Lors de la visite, un atelier de médiation canine s'est tenu en présence de deux patients.



Médiation animale et atelier

8.4.3 La cafétéria

La cafétéria, implantée dans l'enceinte de l'UMD, a été mise en service en 2013. Elle avait fermé ses portes au moment du premier confinement de mars 2020. Elle a réouvert durant la semaine de visite du CGLPL. Cette période de fermeture a été l'occasion de réévaluer le projet de cette structure qui, jusqu'à présent, se limitait à un lieu de consommation de boissons et de confiseries. Lors de la visite, les patients des unités étaient autorisés à s'y rendre par groupe de six au moment de la collation de 16h. Une activité de karaoké était animée par une éducatrice sportive et un soignant.



Vues de la cafétéria et de son espace extérieur

8.5 LA PERMANENCE DES SOINS SOMATIQUES ET L'ACCES AUX CONSULTATIONS DE SPECIALITE SONT GARANTIS

Les soins somatiques sont dispensés sur l'ensemble de l'établissement par le pôle de médecine générale qui est un pôle de médecine transversale. L'un des deux médecins généralistes intervient à 80 % à l'UMD et dans les unités de secteur tandis que le second exerce à temps plein à l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Reims. Depuis le mois de février 2021, une IDE qui se consacre uniquement aux soins somatiques, est rattachée à ce pôle. Son rôle est essentiel pour tout ce qui relève des injections (et notamment la vaccination) ainsi que la réfection des pansements. Ce pôle compte également deux diététiciennes.

Le médecin généraliste intervient à l'UMD à raison de deux fois par semaine pour procéder à l'examen clinique d'un entrant ou sur appel des psychiatres concernant un patient présentant une pathologie somatique. En son absence, la permanence des soins est assurée par l'interne de

garde qui, le cas échéant, en réfère au médecin senior. Le médecin généraliste examine ses patients dans la salle de soins infirmiers qui est équipée d'une table d'examen. Le praticien est soucieux de requérir le consentement du patient avant de l'examiner. De même, lorsqu'un nouveau traitement est introduit ou bien si l'état du patient nécessite de procéder à des examens secondaires, il prend le temps de lui fournir des explications adaptées concernant notamment les risques et les bénéfices. Lorsqu'un tuteur est désigné, il peut être également associé à la prise en charge.

Concernant les consultations de spécialités et les examens radiologiques, les patients sont adressés au CH de Châlons. Le PH ne rencontre aucune difficulté pour s'entretenir avec un confrère et obtenir un rendez-vous car il a exercé au sein de cet établissement. L'accès aux soins dentaires ne pose non plus aucune difficulté ; en revanche, la mise en place de séances de kinésithérapie est problématique en raison d'une pénurie de kinésithérapeutes.

Le médecin généraliste porte également une attention particulière à la prévention et à l'éducation à la santé notamment en matière d'addictologie. Toutefois, les psychiatres regrettent qu'aucun partenariat n'ait pu se mettre en place avec le pôle addictologie en raison d'un problème d'effectif.

Comme indiqué dans le chapitre relatif à l'isolement et à la contention (*cf.* § 9.1), le médecin généraliste n'examine pas systématiquement les patients placés en isolement qui sont bien souvent examinés par les médecins psychiatres. Ces derniers, ayant achevé leur internat récemment, souhaitent pouvoir continuer à procéder aux examens cliniques. En outre, ils sont parfaitement au fait des conduites à tenir concernant les troubles pouvant survenir dans le cadre d'un isolement ou d'une contention prolongée.

Il ressort que les relations de travail avec les psychiatres sont fluides et sont nourries par des échanges fructueux. Les psychiatres, tout comme les infirmiers, sont réactifs et requièrent l'avis du médecin généraliste, lorsque la situation l'exige, de telle sorte qu'il n'y a pas de perte de chance pour le patient. Les prises en charge sont de qualité ; à cet égard la question de la prise en charge de la douleur en psychiatrie est chère aux soignants de l'UMD. Ces derniers procèdent systématiquement à l'évaluation de la douleur pour chaque entrant.

9. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

9.1 LES QUATRE CHAMBRES D'ISOLEMENT DE L'UMD SONT PROPRES ET FONCTIONNELLES MAIS LES SANITAIRES NE SONT PAS SEPARÉS

Chacune des deux unités de l'UMD comprend un espace d'isolement, inchangé depuis la précédente visite du CGLPL.

Situé en face du sas d'entrée de l'unité – et donc à proximité immédiate du poste infirmier – cet espace se compose d'un sas, de deux chambres d'isolement (CI), de deux salles d'eau, d'une salle commune situé entre les deux chambres et d'une cour de promenade, accessible depuis cette salle commune.

Les chambres d'isolement sont quasiment identiques sinon par leur superficie qui diffère légèrement (entre 14,6 m² et 18,3 m²). Elles sont accessibles par deux portes (l'une donnant dans le sas et l'autre dans la salle commune) percées d'un oculus vitré. Les fenestrons des portes donnant dans la salle commune sont masqués par une feuille de papier pour garantir l'intimité des patients lorsque les deux chambres sont occupées.

Les chambres, chauffées et climatisées, sont très propres et généreusement éclairées par deux fenêtres dont l'une contient une partie ouvrable d'une vingtaine de centimètres de largeur. L'éclairage (plafonnier) est à intensité variable. Les peintures murales sont blanches et jaunes, le sol est carrelé de gris ; les portes sont traitées en bois clair. Le tout dégage une atmosphère apaisante.

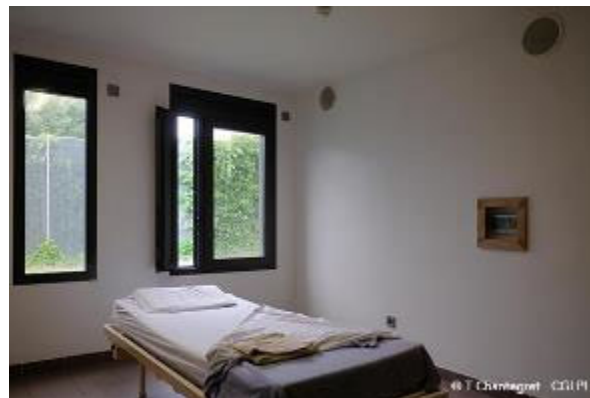
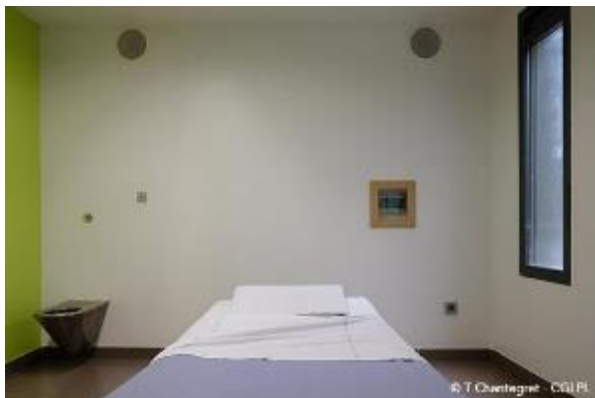
Le mobilier se résume à un lit fixé au sol, équipé de draps, couvertures et d'un oreiller de forme triangulaire, en mousse, plastifié et recouvert d'une taie en tissu. Le lit est doté d'une armature pour y fixer les liens de contention (qui ne sont pas préinstallés dans les chambres vides). L'inclinaison de la tête et du pied de lit sont réglables.

Dans un coin de la chambre, une cuvette de WC en inox est scellée au mur, sans aucune séparation avec le reste de la chambre même par un muret. La chasse d'eau est commandable depuis la chambre.

RECOMMANDATION 14

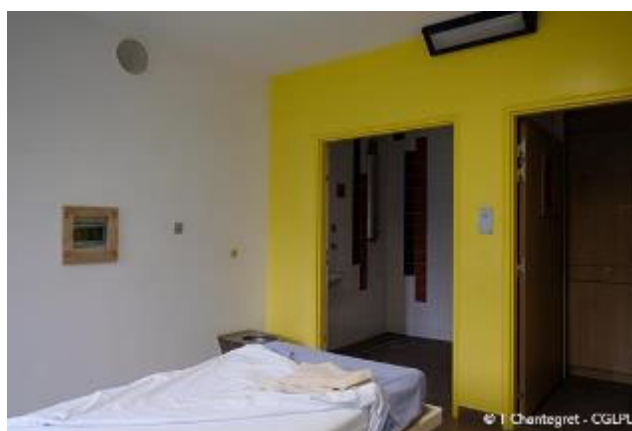
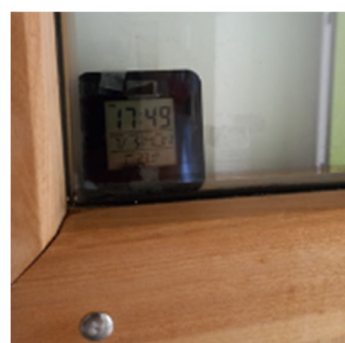
Le bloc WC des chambres d'isolement doit être séparé du reste de la chambre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction *précise* « *conception structurelle des lieux en rapport avec la prise en charge des patients* ». La recommandation est maintenue, une séparation du bloc WC est préconisée dans un souci de respect de la dignité du patient.



Chambres d'isolement de l'unité Dagonet

Une horloge numérique, non éclairée la nuit, est encastrée dans le mur. Dans certaines chambres, son positionnement rend sa lecture impossible lorsque le patient est attaché sur le lit. Une autre petite horloge, indiquant en outre la date, le jour et la température, est fixée derrière le fenestron de la porte donnant sur le sas. Elle n'est pas lisible depuis le lit.



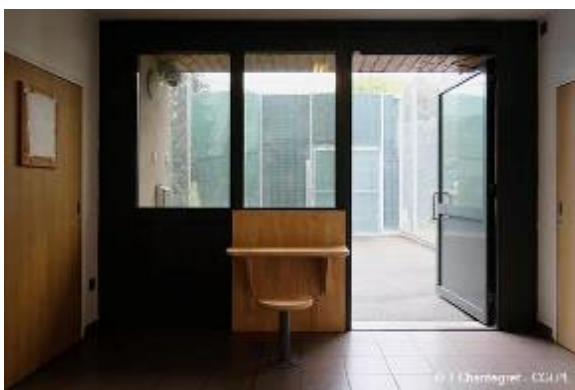
Chaque chambre dispose d'une salle d'eau ; la porte d'accès à cet espace reste, en temps normal, bloquée en position ouverte (sauf pathologie de type potomanie). D'environ 5 m², cet espace est équipé d'une douche à l'italienne et d'un lavabo surmonté d'un miroir. Les murs sont carrelés de blanc, égayés d'un motif bleu et rouge. Un judas permet d'observer cet espace sanitaire depuis le sas.

La salle commune située entre les deux CI permet d'accéder à la cour de promenade. Cette salle est utilisée, lorsque l'état du patient l'autorise, pour prendre les repas (avec des couverts et de la vaisselle en plastique dur, comme dans le reste de l'unité). Elle est équipée d'une tablette

murale et d'un tabouret scellé. La cour, d'une superficie d'environ 15 m², est bétonnée et ceinte d'un haut grillage en partie recouvert d'un brise-vue. Elle n'est équipée que d'un briquet électronique et un cendrier.

L'accès à la salle commune et à la cour se fait, en règle générale, en présence de soignants. Il arrive toutefois que le médecin autorise, si l'état du patient le permet, un libre accès en journée à la salle commune et à la cour. C'était le cas, lors de la visite du CGLPL, pour l'un des deux patients isolés au sein de l'unité Renaudin. Ses chaussures, retirées en CI – où le patient est toujours en pyjama –, étaient disposées dans la salle commune pour qu'ils puissent les enfiler pour aller dans la cour.

De même, il a été constaté que certains patients, en fonction de leur état, étaient autorisés par le médecin à conserver leur lecteur MP3 ou de la lecture en chambre d'isolement.



Salle commune et cour de promenade de l'espace d'isolement de l'unité Dagonet

Les chambres d'isolement, les salles communes et les cours de promenade des espaces d'isolement sont placées en permanence sous vidéosurveillance. Les images, de bonne définition y compris la nuit, sont visibles depuis les postes infirmiers des deux unités. Le fait que les soignants d'une unité puissent voir les CI de l'autre unité permet, selon les équipes rencontrées, de doubler la vigilance et d'être plus réactifs en cas de difficulté. Un cache programmé électroniquement masque la visibilité sur la cuvette des WC.



Images (sur les deux écrans du bas) des caméras de vidéosurveillance des deux espaces d'isolement

Les CI sont équipées d'un dispositif d'appel (interphone) fixé au mur, relié au poste infirmier. En revanche il n'existe pas de système d'appel mobile lorsque le patient est attaché sur le lit. Il a été expliqué que la surveillance humaine très régulière, alliée à la surveillance vidéo et à la possibilité pour les soignants de se mettre en veille sonore grâce à l'interphone, permettait de pallier l'absence de bouton d'appel mobile. Néanmoins, la surveillance vidéo est apparue aux contrôleurs comme particulièrement intrusive et attentatoire à la dignité des patients.

RECOMMANDATION 15

La surveillance continue par vidéo dans les chambres d'isolement est intrusive et attentatoire à la dignité des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que la surveillance par vidéo est un moyen de sécurité et de prévention du suicide et que les images sont visualisées dans le PC infirmier hors des regards des non professionnels. Il est précisé que la dignité des patients est garantie puisque la partie de la chambre d'isolement qui comprend les sanitaires est floutée lorsque la caméra entre dans ce champ. Néanmoins, le CGLPL considère que ce mode de surveillance, qui ne peut pas se substituer à la surveillance humaine régulière, est intrusif et attentatoire à la dignité des patients.

9.2 SI LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT EFFECTUEES EN DERNIER RECOURS ET DANS LE RESPECT DE LA DIGNITE DU PATIENT, LEUR RENOUVELLEMENT N'EST PAS TOUJOURS VALIDE PAR UN MEDECIN PSYCHIATRE

9.2.1 Les pratiques d'isolement et de contention

La pratique, déjà observée lors de la précédente visite du CGLPL, consistant à placer systématiquement en isolement tout nouvel arrivant pour une durée d'observation de 48 heures, est toujours d'actualité. Elle comporte, toutefois, des exceptions, lorsque le patient est déjà connu de l'UMD ; il peut alors être décidé par le médecin que cette phase d'observation se déroulera en chambre ordinaire (porte fermée à clé).

Durant la première journée, le patient arrivant isolé sera privé de cigarette (puisque'il n'a pas accès à la cour). Si tout se passe bien, il pourra ensuite accéder à la cour du secteur d'isolement et fumer, le nombre de cigarettes étant fixé par le médecin (en général quatre au maximum). Il sera ensuite mis fin à l'isolement et le patient sera intégré au collectif, en respectant une progressivité notamment au moment des repas (d'abord seul à table ou dos aux autres patients).

Mise à part cette pratique d'isolement « systématique » à l'admission qui mérite d'être réinterrogée, les décisions d'isolement sont apparues comme réfléchies, dans l'esprit de la loi et de dernier recours. Les soignants rencontrés ont unanimement expliqué que « *c'est presque un défi pour nous de ne pas isoler ou contenir* ». Tout est mis en œuvre pour anticiper et limiter les crises. Le nombre important de soignants présents et les formations reçues – notamment la formation Omega, (cf. § 3.2.2 c) – contribuent à permettre la désescalade.

L'isolement ne se pratique qu'en chambre dédiée, la chambre du patient restant en permanence disponible. Toutefois des « *retraits en chambre normale* » (appelée par certains « *chambre légère* ») peuvent être décidés par le médecin, soit de sa propre initiative, soit à la demande du patient. Dans les deux cas, cet enfermement donne lieu à une décision médicale, qui en précise les modalités (par exemple : 2 heures par jour chaque matin) mais sans limite dans le temps.

Mentionnées dans le dossier du patient, ces décisions ne sont pas reprises dans le registre d'isolement et de contention puisqu'elles ne sont pas considérées comme de l'isolement *stricto sensu*.

D'une façon plus générale, comme indiqué précédemment, les portes des chambres sont systématiquement fermées à clé durant les temps passés en chambre (sieste, nuit) sans que cet enfermement ne soit considéré comme de l'isolement et donc enregistré sur le registre prévu par la loi.

RECOMMANDATION 16

Toute mesure d'enfermement, même en chambre non spécifique, doit être considérée comme de l'isolement et, à ce titre, être décidée et tracée dans les conditions prévues par la loi. Il doit être mis fin à la pratique des « *retraits en chambre* » et à la fermeture à clé systématique des portes des chambres lorsque les patients s'y trouvent.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction rappelle les missions de l'UMD d'accueil de patients en SDRE du fait de troubles mentaux et d'une dangerosité pour autrui au sens psychiatrique, dont la symptomatologie est résistante ou avec des répercussions comportementales d'instabilité ou de violence qui les rendent incompatibles avec le dispositif sectoriel. Elle estime qu'il est nécessaire de tenir compte des spécificités des UMD comme le faisait le décret de 2016 et l'instruction DGOS de 2017. En ce sens, la pratique consistant à maintenir les chambres fermées durant la nuit et la sieste doit être respectée au risque de rendre la prise en charge en UMD intenable et hautement risquée pour tous au regard du profil des patients accueillis. Néanmoins, ces pratiques d'enfermement ne sont pas tracées comme des mesures d'isolement ; or les UMD sont soumises aux mêmes dispositions légales que les autres unités. Par ailleurs, la systématisation de ces enfermements qui ne prennent pas en compte de manière individualisée l'état clinique du patient, est dénoncée. La recommandation est donc maintenue.

Il n'existe pas pour le moment à l'UMD de pratique d'isolement séquentiel. Un temps en projet, cette pratique n'a pas été mise en œuvre mais les « *retraits en chambre* » sont une forme édulcorée d'isolement séquentiel.

Il n'existe pas non plus de chambre d'apaisement. La salle, équipée de tapis de sol et de gros coussins, situé dans l'espace d'ergothérapie, n'est pas considérée, de par son positionnement et sa conception, comme une chambre d'apaisement utilisable en période de crise montante. Néanmoins, sa transformation en espace Snoezelen© est en réflexion. Par ailleurs, le médecin chef de l'UMD émet le souhait de transformer une chambre d'isolement en chambre d'apaisement.



Salle située dans le secteur de l'ergothérapie

Les décisions d'isolement et de contention sont toujours prises par un médecin praticien hospitalier ou par un interne qui la fait valider dans l'heure (au moins par téléphone) par le médecin de garde. Les placements effectués en urgence par les soignants sont confirmés dans les mêmes conditions. Un examen somatique et une réévaluation psychiatrique sont effectués deux fois par jour par un psychiatre, y compris le week-end. L'isolement est toujours associé à un traitement médicamenteux.

Il n'existe pas de prescription d'isolement « *si besoin* ».

En revanche, **pour la contention**, une prescription « *si besoin en cas d'agitation ou d'agressivité* » est délivrée lors des transferts ou des sorties de patients en dehors de l'unité. L'équipe de soignants assurant l'accompagnement est équipée d'un sac à doc contenant le matériel de contention, du nécessaire pour effectuer un traitement injectable et de la prescription le prévoyant. Ce sac est scellé pour s'assurer qu'il est toujours bien complet. En outre, un classeur comprend un inventaire du contenu du sac, une traçabilité des contrôles assurés par l'infirmier « référent contention » et des formations reçues par les IDE, ainsi qu'un exemplaire du rapport thématique du GLPL sur l'isolement et la contention¹⁴.

Les décisions d'isolement et de contention sont discutées en réunions cliniques. Elles donnent par ailleurs lieu, lors de leur levée, à un temps de reprise en équipe puis entre le patient, le médecin et l'infirmier référent.

Si les décisions initiales sont toujours prises ou validées par un médecin, leur éventuel renouvellement la nuit et le week-end est effectué, pour des raisons pratiques, par l'interne de garde, sans validation par un médecin senior contrairement à la loi et à ce qui est prévu dans le protocole de l'hôpital.

¹⁴ <https://www.cgplp.fr/2016/isolement-et-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale-2/>

RECOMMANDATION 17

La décision de renouvellement des mesures d'isolement et de contention doit être systématiquement prise ou, à défaut, validée par un médecin praticien hospitalier, y compris la nuit ou le week-end. Cette décision ne peut être laissée à un interne seul.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer que la décision de renouvellement ou de levée prise par un interne est confirmée par un médecin psychiatre. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. De plus, un espace de traçabilité dédié est inséré au dossier patient informatisé Cortexte®. Néanmoins, lors de la visite, les professionnels concernés ont confirmé que les renouvellements de nuit et de week-end étaient réalisés par un interne seul sans validation d'un médecin sénior. La recommandation est donc maintenue.

La décision médicale précise les modalités de la surveillance réalisée par les soignants – au minimum toutes les heures et tracée dans le dossier patient (des formulaires papier existent en cas de défaillance du logiciel). Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures. Il a été constaté qu'une attention toute particulière était portée par les équipes à la surveillance des personnes isolées, avec des prises de contact très régulières et une traçabilité détaillée des observations effectuées.

Enfin, le protocole de l'hôpital relatif à la contention prévoit deux exceptions au principe selon lequel le recours à la contention n'est possible que dans le cadre d'une mesure d'isolement : tout d'abord, comme indiqué *supra*, lors d'un transfert ou d'une sortie lorsque l'état du patient le justifie brusquement ; d'autre part, pour la « *contention mécanique ambulatoire* ». En effet, pour certains patients souffrant de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées susceptibles de compromettre leur intégrité physique, il est possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire. Cette mesure s'inscrit dans un programme de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, parfois à la demande de celui-ci. Ainsi, lors de la visite, un patient de l'unité Renaudin circulait au sein de l'unité avec les bras attachés à une entrave ventrale. Un autre patient, isolé lors de la visite, demanderait aussi régulièrement, quand il n'est pas isolé, la pose de « *bretelles* » – selon sa propre expression (mains attachées à une entrave ventrale) – lorsqu'il ne se sent pas bien.

9.2.2 La mise en œuvre de la réforme législative

Les protocoles d'isolement et de contention ont été actualisés en janvier 2021 pour tenir compte des modifications législatives. L'information du juge des libertés et de la détention (JLD) a été mise en œuvre dès le mois de janvier à l'EPSM, celle du patient, de ses proches et du procureur de la République dès la parution des décrets (cf. § 5.4.2).

Le patient isolé ou contenu est informé oralement par le médecin au début de la mesure ; il lui est demandé s'il souhaite qu'une personne de confiance ou un proche soit informé.

Lors du renouvellement de la mesure au-delà de la durée totale cumulée autorisée par la loi (48h pour l'isolement, 24h pour la contention), une lettre d'information du patient est émise par le bureau des admissions, et notifiée au patient par le médecin assisté d'un soignant. Cette lettre

informe le patient de son droit à saisir le JLD et détaille les modalités pratiques de manière complète conformément aux dispositions légales¹⁵.

Lorsque, le week-end, un patient forme un recours, le directeur de garde se déplace pour formaliser une requête car cela n'est pas possible de manière dématérialisée. La trame des demandes de mainlevée d'hospitalisation est utilisée pour les demandes de mainlevée d'isolement et de contention faute de trame spécifique créée au moment du contrôle. Par ailleurs, le logiciel Cortexte™ n'a pas encore prévu d'alerte pour la computation des délais des mesures d'isolement et de contention. Or, tous les jours sur l'EPSM des mesures d'isolement sont renouvelées au-delà de 48 heures.

En parallèle, le bureau des admissions adresse un courrier d'information aux tiers mentionnés à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique et le médecin rédige une lettre au juge des libertés et de la détention, envoyée par messagerie électronique sur une boîte spécifique, envoi doublé, le week-end, d'un appel téléphonique au greffier de permanence

Le bureau des admissions effectue un suivi très attentif des mesures en cours et informe quotidiennement par télécopie les unités des échéances à venir pour chaque patient isolé et contenu.

Au moment du contrôle, le JLD de Châlons-en-Champagne n'avait été saisi d'aucune requête en contestation d'une mesure d'isolement ou de contention concernant l'UMD (dix requêtes sur l'ensemble de son ressort entre le 1^{er} mai et le 5 juillet 2021).

Sans contester le bien-fondé du contrôle judiciaire des mesures de privation de liberté, certains professionnels rencontrés ont évoqué deux effets pervers risquant d'être induits par la « *paperasserie* » (selon leurs propos) découlant des nouvelles procédures législatives : d'une part le remplacement des mesures d'isolement par des confinements en chambre sans aucune traçabilité ; et, d'autre part, le risque que des services ne voulant plus recourir à l'isolement orientent plus facilement leurs patients agités vers des unités fermées ou vers des UMD, alors même que leur pathologie ne le justifie pas nécessairement. Pour certains, en l'état, la loi n'apporterait pas de bénéfices pour les patients, voire auraient des effets négatifs, l'information qui leur est donnée à 48h ou à 24h, alors qu'ils sont en pleine crise, pouvant être « *déstabilisante* ».

La mise en œuvre de la loi a néanmoins réactivé au sein de l'EPSM la réflexion déjà engagée quant aux mesures alternatives. L'acquisition d'un « *canapé d'apaisement* » est, par exemple, envisagée.

9.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, RELATIVEMENT BIEN RENSEIGNE, N'EST PAS EXPLOITE

Le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) de l'établissement tient un registre informatisé d'isolement et de contention, établi à partir des mesures décidées par les psychiatres et enregistrées dans le dossier patient.

Si certains médecins maîtrisent imparfaitement l'outil (ont ainsi pu être relevées plusieurs mesures d'une durée de 0,02 heure aussitôt suivies d'une nouvelle prescription d'une durée plus réaliste), le registre paraît, s'agissant de l'UMD, être fiable et relativement représentatif de la réalité des pratiques en matière d'isolement et de contention. Du moins s'agissant des mesures

¹⁵ Article L. 3222-5-1 II 3° du code de la santé publique.

d'isolement prises en chambre d'isolement car, si le registre distingue bien les isolements réalisés hors espace dédié, les données produites n'intègrent que très partiellement les « *temps d'enferment en chambre* » tels qu'ils sont pratiqués (cf. § 9.2).

Il ressort de l'analyse du registre effectuée par les contrôleurs que quarante et un patients, sur une file active de soixante-huit, ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement en 2020 à l'UMD, soit 60,3 %. Durant le premier semestre de 2021, ce pourcentage chute à 35,3 % (dix-huit patients sur cinquante et un). Si l'on fait abstraction de la mesure d'isolement pratiquée quasiment d'office lors de l'arrivée dans l'unité (cf. § 9.2), la proportion de patients isolés passe alors à 21,6 % en 2021.

Les pratiques sont peu ou prou comparables entre les deux unités composant l'UMD, même si l'unité Renaudin isole légèrement plus de patients que l'unité Dagonet : 62,9 % des patients de Renaudin ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement en 2020 contre 57,6 % à Dagonet. Cet écart se creuse légèrement durant le premier semestre 2021 (40 % de patients isolés à Renaudin contre 30,8 % à Dagonet). Mais si l'on fait abstraction des mesures initiales d'isolement appliquées aux nouveaux arrivants, seuls 20 % des patients de Renaudin ont fait l'objet d'une mesure d'isolement durant le premier trimestre 2021 contre 23 % à Dagonet.

S'agissant de la contention, sept patients ont fait l'objet d'une mesure de contention associée à leur isolement en 2020, soit 17,1 % des quarante et un patients isolés. Cette proportion est stable durant le premier semestre 2021 (trois patients sur dix-huit, soit 16,7 %).

La durée moyenne des mesures de contention était de 18,9 heures en 2020, avec des durées consécutives montant jusqu'à 64,6 heures pour certains patients (la durée minimum étant de 2 heures). Durant le premier semestre 2021, la durée moyenne des mesures de contention est de 10,2 heures (avec une durée consécutive maximum de 14,64 heures et une durée minimum de 2,65 heures).

Enfin, il est à noter que le registre permet d'identifier les mesures de contention mécanique « *en fauteuil* » (aucun patient concerné) ou « *ambulatoire* » (quatre patients concernés sur le premier semestre 2021). Les données mentionnées (six mesures pour une durée totale de 25,7 heures durant le premier semestre 2021) paraissent toutefois sous-évaluées par rapport à ce qui a pu être rapporté et observé par les contrôleurs, notamment à l'unité Renaudin où des patients font régulièrement l'objet de la pose d'entraves aux bras (cf. § 9.2).

Nonobstant ces réserves, les données extraites – à la demande des contrôleurs – du registre d'isolement et de contention démontrent une réelle volonté de limiter le recours à ces mesures. Il est toutefois regrettable que ces chiffres ne donnent lieu à aucune analyse de la part de l'établissement. Il serait souhaitable que ces éléments soient régulièrement produits et communiqués aux équipes médicales et soignantes de l'UMD, et qu'ils fassent l'objet d'une analyse partagée, ce qui permettrait à la fois de les fiabiliser davantage et, surtout, d'enrichir et étayer la réflexion menée pour limiter le recours à l'isolement et à la contention.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les données du registre d'isolement et de contention doivent être régulièrement extraites par le DIM et communiquées aux équipes médicales et soignantes pour donner lieu à une analyse étayée de leurs pratiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'un temps d'échange pluriprofessionnel lors des transmissions quotidiennes a consisté notamment à ce que les professionnels expriment leur point de vue sur ces mesures et leur difficulté, à insister sur la dimension clinique, à engager des réflexions sur les alternatives possibles pour chaque situation. De plus, dans le cadre du rapport annuel du pôle, une étude quantitative des mesures d'isolement sera réalisée afin d'évaluer leur nombre et leur durée afin d'analyser les pratiques. Par ailleurs, un groupe de travail sur les alternatives à l'isolement est en cours. Le CGLPL salue et encourage ces initiatives qui vont dans le sens d'une réflexion sur la réduction des mesures d'isolement. La recommandation est donc considérée comme prise en compte.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LA PROCEDURE EN CAS DE DECES EST RESPECTUEUSE DES DROITS ET DE LA DIGNITE DU PATIENT ET DE SES PROCHES

L'UMD n'a eu à déplorer que deux décès depuis son ouverture en 2012 : le premier, un mineur de 17 ans présent au moment du premier contrôle, est décédé brutalement en 2013 durant son séjour à l'UMD (unité Renaudin). Le deuxième patient est décédé au service de réanimation de l'hôpital de Reims, un mois après son transfert depuis l'UMD. Durant toute cette période, il a été accompagné en permanence par deux (puis un seul sur la fin) soignants de l'UMD présents à ses côtés.

Ces décès ont donné lieu à des échanges avec les patients de l'unité concernée.

Le protocole à suivre en cas de décès, mis en place par l'EPSM en 2013 (et actualisé en 2017 puis en avril 2020) est très complet. Il prévoit notamment l'information de la famille et des personnes à prévenir par le personnel soignant. En pratique, c'est le médecin ou le cadre supérieur de santé qui se charge de cette douloureuse démarche afin de pouvoir répondre au mieux aux questions et attentes de la famille.

La famille peut, si elle le souhaite, avoir accès au défunt au sein de l'unité dans la durée maximale réglementaire de conservation du corps dans l'unité de soins (10 heures). L'EPSM n'étant pas équipé d'une chambre mortuaire, le corps de la personne décédée est ensuite transporté depuis l'unité de soins à la chambre mortuaire du centre hospitalier de Châlons-en-Champagne ou, sur demande expresse de la famille, à un domicile (domicile du défunt ou résidence d'un membre de sa famille) ou à une autre chambre funéraire.

10.2 L'UMD NE DIFFERENCIE PAS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ECROUES

Au moment du contrôle aucun patient ne se trouvait hospitalisé à l'UMD sur le fondement de l'article L 3214-3 du code de la santé publique dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale. La semaine qui précède la mission, un patient écroué avait rejoint la maison d'arrêt de Châlons-en-Champagne au sein de laquelle un officier de détention est référent santé. Par ailleurs, la cadre de santé de Renaudin travaille au SMPR ce qui favorise la fluidité des échanges.

À l'arrivée au pavillon d'admission, le patient écroué suit le même trajet que les autres et entre en chambre d'isolement pour une durée de 48 heures.

Il est soumis au même régime de prise en charge au quotidien que les autres patients s'agissant notamment des modalités d'hébergement, du rythme de vie, de l'accès aux activités par le pôle d'ergothérapie. L'état clinique est le critère principal de la prise en charge et non le statut. Ils peuvent également recevoir des colis (cf. § 7.3 et 7.4). En revanche, ils ne bénéficient pas de sorties thérapeutiques en dehors de l'UMD.

La spécificité de leur prise en charge réside dans l'application du régime de détention en ce qui concerne les relations avec l'extérieur :

- les visites sont autorisées aux personnes titulaires d'un permis de visite délivré par la direction de l'établissement pénitentiaire pour un patient qui est en exécution d'une peine d'emprisonnement et par le juge d'instruction pour un patient en détention provisoire (une copie est versée dans le dossier du patient au poste de soins et une au dossier du patient au secrétariat) ;

- le courrier expédié et reçu transite par le greffe de l'établissement pénitentiaire ;
- les communications téléphoniques sont limitées aux personnes dont les numéros de téléphone sont communiqués par l'administration pénitentiaire.

Si, pour des raisons médicales, le médecin psychiatre qui suit le patient décide de suspendre les visites d'un proche qui dispose d'un permis de visite, il en informe la direction de l'établissement pénitentiaire.

Les formalités de mises à l'écrou et de levée d'écrou s'effectuent normalement à l'UMD lorsque le patient n'était pas déjà en détention lors de son admission à l'UMD.

Les relations avec l'administration pénitentiaire sont globalement fluides. Le bureau des admissions de l'EPSM est en charge de contacter le greffe pour l'organisation des escortes, le cas échéant. Elles sont assurées tantôt par l'ARPEJ¹⁶ tantôt par la gendarmerie selon les indications délivrées par la préfecture. Ces escortes, armées, n'ont pas l'autorisation de pénétrer dans l'UMD et doivent patienter à l'extérieur ; seul le véhicule entre dans le sas des véhicules.

La prise en charge dans les pavillons des patients sous écrou hospitalisés à l'UMD ne pose pas de difficulté particulière au regard de l'expérience de l'unité.

¹⁶ Autorité de régulation et de programmation des extractions judiciaires, dépendant de l'administration pénitentiaire.

11. CONCLUSION

La visite du CGLPL s'est déroulée dans de très bonnes conditions. La dynamique d'équipe insufflée à l'UMD, qui est portée par l'ensemble des professionnels, favorise la fluidité des relations inter professionnelles. Le travail en équipe pluridisciplinaire, la référence partagée des patients sont des modalités de travail qui paraissent servir leur intérêt.

Des réflexions sur le juste équilibre à trouver entre sécurité, respect des droits fondamentaux, travail à dimension éducative sur le passage à l'acte sont engagées.

Les patients sont informés de leurs droits. Des objectifs ciblés sont dégagés pour chaque patient dans le cadre de leur prise en charge psychiatrique, malgré l'absence de projet de soins individualisé formalisé, le patient est impliqué dans sa prise en charge. Les équipes soignantes ont aussi le souci d'instaurer et de maintenir une relation thérapeutique de qualité. Le patient est associé aux décisions médicales et aux objectifs de soins. Il reçoit des informations claires sur sa pathologie et son traitement. Par ailleurs, ils ont accès à de nombreuses activités variées y compris le week-end. Cependant, la grande disponibilité des médecins psychiatres est menacée par l'aggravation du sous-effectif à venir.

Néanmoins, alors que la prise en charge médicale et thérapeutique est individualisée, des restrictions générales et systématiques demeurent dans le quotidien des patients. Il apparaît donc nécessaire d'engager une réflexion portant sur la systématisation de certaines règles de vie – notamment, des appels téléphoniques limités en nombre, un horaire de coucher tôt, des restrictions liées au tabac non accompagnées d'éducation thérapeutique déjà interrogées lors de la première visite, le retrait systématique des effets après 21h.

Sur l'isolement, les pratiques systématiques et non tracées de la sieste imposée en chambre fermée ainsi que l'enfermement la nuit en chambre sont interrogées. De même, s'agissant de la mise à l'isolement systématique des entrants pour une durée de 48 heures, même si depuis la première visite, une souplesse a été introduite s'agissant des patients déjà connus de l'UMD.

La reprise des réflexions engagées avant la crise sanitaire sont encouragées – notamment l'EPP sortants, les projets d'installation de chambre d'apaisement et d'un espace Snoezelen, les réunions soignants-soignés, les réunions d'information sur les droits des patients et sur la commission de suivi médicale, etc.).

Enfin, malgré les profils complexes et les trois passages à l'acte violents à l'égard de soignants depuis le mois de janvier 2021, le fonctionnement de l'UMD n'a pas cédé à la tentation d'un repli sécuritaire dans l'intérêt de la prise en charge des patients.

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