



Rapport de visite :

6 au 16 février 2023 - 2^{ème} visite

Centre hospitalier de Jury-les-Metz

(Moselle)



SYNTHESE

Huit contrôleurs ont réalisé la visite, annoncée à la direction la semaine précédente, du centre hospitalier de Jury-les-Metz du 6 au 16 février 2023. Cet établissement avait déjà fait l'objet d'un contrôle en 2012, dont les observations portées au rapport de visite¹ ne seront pas reprises en raison des évolutions législatives et d'organisation interne intervenues depuis lors.

L'établissement, livré en 1972, est situé à neuf kilomètres du centre-ville de Metz, dans un domaine arboré de 60 hectares comprenant les unités d'hospitalisation, des services administratifs et diverses infrastructures à usage des patients : salle de spectacle, cafétéria, équipements sportifs, ateliers intersectoriels ainsi qu'une maison d'accueil spécialisée et la clinique des addictions. Depuis vingt ans, des projets de réhabilitation ou de reconstruction se succèdent sans se concrétiser. Le projet est désormais piloté par le centre hospitalier régional de Metz-Thionville avec une perspective d'ouverture du nouvel hôpital en 2027.

Au moment de la visite, 137 lits de psychiatrie sont répartis en huit unités. Sept unités pour adultes disposent de seize à vingt lits et l'unité pour adolescents et jeunes adultes (12 - 20 ans) comprend neuf places.

Près de la moitié des patients en hospitalisation complète sont en soins sans consentement.

Les contrôleurs ont relevé un nombre important de dysfonctionnements :

Les **conditions d'hébergement** sont aggravées par la suroccupation de locaux vieillissants.

Les unités pour adultes sont entretenues mais les chambres, souvent triples, ne comportent pas de salle d'eau, de WC, de bouton d'appel ou de verrou de confort. Chaque porte de chambre est percée d'un fenestron donnant, depuis le couloir, une vue sur l'ensemble de la chambre. Un film occultant aurait été apposé suite à la visite.

Le taux d'occupation étant de 108 % au moment du contrôle de sorte que la disposition d'un lit hospitalier n'est pas garantie à chaque patient. Les personnes placées en chambre d'isolement ou en permission de sortir ne conservent pas leur lit. Des changements de lit ou d'unité sont fréquemment organisés, y compris la nuit.

Les soignants travaillent à effectif réduit de sécurité. Les agents de sécurité interviennent hors cadre légal et maîtrisent les patients voire les transportent de force dans leur véhicule. La nuit, ils peuvent être appelés à compléter l'effectif soignant.

Concernant l'accès aux **soins psychiatriques**, le centre d'accueil et de crise (CAC), situé au CHR et d'une capacité de dix lits, ne prend qu'exceptionnellement en charge des patients en soins sans consentement. Il arrive que des personnes admises au CAC en soins libres soient placées à l'isolement. La validation dans l'heure par un psychiatre n'est pas organisée et le registre de la contention n'est pas tenu.

Au sein des unités, la recherche du consentement est peu mise en œuvre et le tiers de confiance n'est pas systématiquement associé. La prescription « si besoin » est largement utilisée avec une administration par injection qui peut impliquer l'emploi de la force avec l'intervention des agents de sécurité.

La dispensation des médicaments s'effectue sans respect de la confidentialité.

¹ <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/02/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-de-Jury-Moselle.pdf>.

Les ressources humaines concernant les **soins somatiques** sont adaptées mais les médecins somaticiens ne se déplacent que sur demande et ne participent pas aux réunions cliniques (à l'exception de deux unités) ni aux transmissions. L'éducation à la santé n'est pas réalisée et l'accès aux soins d'addictologie fait défaut.

L'information des patients en soins sans consentement est insuffisamment assurée. Les décisions relevant du directeur et du préfet s'approprient généralement les termes des certificats médicaux qui ne sont pas remis en copie, privant les patients de la connaissance des arguments motivant les soins sous contrainte.

Les patients ne savent pas qu'ils peuvent saisir le juge des libertés et de la détention hors les échéances obligatoires des 12 jours et six mois.

Le registre de la loi est incomplet et n'est pas visé par les autorités. La commission départementale des soins psychiatriques n'a plus rendu compte de son activité depuis 2019.

Les pratiques d'**isolement et de contention** sont mises en œuvre dans toutes les unités (à l'exception de l'unité ouverte n'accueillant que des personnes en soins libres), dans des proportions supérieures à la moyenne nationale, en chambre d'isolement ou en chambre hospitalière, sans évaluation médicale régulière et avec transmission au juge des libertés et de la détention de documents ambigus ne permettant pas un contrôle effectif.

Les personnes isolées en chambre hospitalière se voient attribuer une chaise percée et sont parfois attachées. Lors du contrôle, elles étaient visibles depuis le couloir par le fenestron de la porte de chambre qui aurait, depuis, été occulté d'un film plastique opaque.

Les sept chambres d'isolement officielles sont indignes, en l'absence des équipements nécessaires à la préservation de l'intégrité et de la dignité de la personne.

Alors qu'un audit réalisé courant 2022 relevait divers dysfonctionnements, les documents produits par le centre hospitalier n'ont pas été revus et laissent penser que l'isolement peut correspondre à une démarche thérapeutique à laquelle il est largement recouru.

Une seule unité dispose d'une chambre d'apaisement. Les alternatives à l'isolement ne sont pas réellement recherchées et ne sont aucunement tracées.

Les contrôleurs ont également constaté des **pratiques d'enfermement** non enregistrées dans le registre de l'isolement. Elles concernent essentiellement une unité accueillant des personnes en soins libres et résultent de la décision d'un médecin généraliste autorisant « si besoin » une fermeture en chambre par quarts d'heure. L'examen de ces pratiques montre qu'il ne s'agit pas de protéger le patient mais de le sanctionner.

L'unité pour adolescents et jeunes adultes dispose de locaux adaptés.

Dans la vie quotidienne, les enfants (et les majeurs jusque 20 ans) subissent des privations systématiques de liberté telles le retrait du téléphone portable - avec remise sur des plages horaires particulièrement restreintes, des ordinateurs ou encore l'interdiction totale du tabac sans réelle mise en œuvre d'une éducation à la santé.

L'accès à l'enseignement n'est plus assuré.

Alors que les mineurs sont accueillis sous le statut des soins libres, des isolements et contentions sont pratiqués pour des durées conséquentes, sans réflexion institutionnelle suffisante.

Malgré ces dysfonctionnements, l'établissement compte des professionnels mobilisés. Des soignants, des assistants de service social et des éducateurs tentent de maintenir le lien social en

accompagnant les patients dans des activités ou lors de sorties. Des psychiatres s'impliquent également pour déployer de nouveaux dispositifs : équipe psychiatrique de soins intensifs à domicile, famille gouvernante, famille d'accueil thérapeutique ou partenariats avec les bailleurs sociaux.

Le manque de pilotage, de formation et d'accompagnement des équipes est évident et le comité d'éthique, dont la réactivation est annoncée depuis des années, devait être constitué au printemps 2023. Les professionnels ne peuvent pas être laissés sans soutien dans l'attente d'un projet immobilier espéré depuis 20 ans.

Les autorités de tutelle doivent prendre la mesure de la suroccupation des lieux et proposer de nouvelles orientations.

Un plan d'action détaillé doit être défini afin d'organiser la transition vers des pratiques respectueuses de la dignité et du statut des patients.

Le 20 juin 2023, un rapport provisoire a été adressé au directeur du centre hospitalier ainsi qu'au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Metz, au préfet de Moselle et à l'agence régionale de santé Grand-Est.

Les observations du 21 juillet 2023 du directeur du centre hospitalier et de la directrice adjointe ont été intégrées au présent rapport.

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 23

Un infirmier en pratique avancée en psychiatrie est présent au centre 15 pour optimiser la prise en charge des patients nécessitant des soins spécialisés.

BONNE PRATIQUE 2 32

Les patients qui en font la demande peuvent bénéficier d'une carte de paiement, alimentée par la famille, le curateur ou le tuteur, permettant de faire des achats à la cafétéria du centre hospitalier.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 17

Dans l'attente de la construction des nouvelles unités hospitalières de psychiatrie pour adultes, l'établissement doit se mettre en capacité de répondre sereinement à sa mission de soins, dans le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients en proscrivant l'accueil de patients dans des chambres triples et en garantissant à tous un lit hospitalier dans l'unité du secteur dont ils relèvent.

RECOMMANDATION 2 18

L'organisation des soins doit définir les besoins de prise en charge en intra hospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins, comprenant des activités et accompagnements vers l'extérieur.

RECOMMANDATION 3 19

Chaque soignant doit bénéficier d'une formation sur les droits des patients en soins sans consentement, régulièrement renouvelée.

RECOMMANDATION 4 20

Le comité d'éthique doit être constitué et se saisir du sujet des restrictions des droits et libertés des patients hospitalisés, du respect de leur intimité, de la question du recours aux mesures d'isolement et de contention et accompagner une réflexion institutionnelle.

RECOMMANDATION 5 21

Au centre hospitalier régional de Metz, les patients confiés aux soignants de psychiatrie doivent préalablement être examinés par un médecin urgentiste.

RECOMMANDATION 6 22

Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.

- RECOMMANDATION 7 23**
Un protocole de travail doit être mis en place entre le centre hospitalier régional de Metz et le centre hospitalier de Jury-les-Metz afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres et urgentistes.
- RECOMMANDATION 8 24**
Un dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques doit permettre l'accueil des personnes en soins sans consentement.
- RECOMMANDATION 9 26**
La suroccupation doit être proscrite et chaque patient doit disposer d'un lit hospitalier. Les changements de lits voire d'unité doivent être exceptionnels et ne pas être réalisés de nuit.
- RECOMMANDATION 10 26**
Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence et les soins au titre du péril imminent doit rester exceptionnel et la commission départementale des soins psychiatriques doit examiner cette situation.
- RECOMMANDATION 11 27**
Chaque patient doit recevoir les informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être remis aux patients sur un support qu'ils peuvent conserver. Les professionnels assurant la notification des décisions doivent bénéficier d'une formation leur permettant de communiquer une information adaptée.
- RECOMMANDATION 12 29**
Les patients ne doivent pas être visibles dans leur chambre depuis les couloirs ou les espaces extérieurs. Des verrous de confort doivent équiper systématiquement les portes d'accès aux chambres et aux espaces sanitaires. Dans les chambres communes, un dispositif doit préserver chacun du regard d'autrui.
- RECOMMANDATION 13 31**
L'accès aux douches collectives ne doit pas être restreint et toutes les unités doivent être équipées d'une machine permettant aux patients de laver leur linge.
- RECOMMANDATION 14 34**
Les patients doivent avoir la possibilité de conserver des denrées non périssables dans leur chambre. L'éducation à la santé doit encourager les patients à appréhender leur rapport à la nourriture en lien avec les effets de leurs traitements.
- RECOMMANDATION 15 35**
La liberté d'aller et venir des patients en soins libres doit être pleinement garantie.
- RECOMMANDATION 16 37**
Seul le personnel soignant d'un établissement de santé mentale peut intervenir dans la maîtrise physique et le transport des patients. Les agents de sécurité ne doivent pas compléter l'effectif soignant.
- RECOMMANDATION 17 38**
Les restrictions encore en cours au motif de la crise sanitaire de Covid-19 doivent cesser.
- RECOMMANDATION 18 38**
Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé à tout patient et faire l'objet d'un protocole impliquant tous les personnels y compris le standard.

- RECOMMANDATION 19** 39
- Les communications téléphoniques doivent s’effectuer dans le respect de la confidentialité des échanges et toute restriction au contact avec les proches doit résulter d’une décision individualisée en lien avec l’état du patient.
- RECOMMANDATION 20** 39
- L’exercice du droit de vote doit être rendu possible par tout moyen. L’information de ce droit et de ses modalités doit être assurée dans chaque unité à l’approche de toute échéance électorale.
- RECOMMANDATION 21** 40
- Une réflexion institutionnelle doit être engagée concernant l’accès à la sexualité et le respect de l’intimité.
- RECOMMANDATION 22** 42
- Les chambres d’isolement doivent respecter l’intimité et la sécurité des patients et disposer d’un dispositif d’appel. Un pouf doit être mis à disposition des patients et des soignants et une horloge avec date doit être visible, y compris lorsque la personne est attachée. Toutes les unités doivent être dotées d’une chambre d’apaisement.
- RECOMMANDATION 23** 43
- Un patient isolé ou contenu doit l’être dans un espace spécifique, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée, afin qu’il puisse en disposer à l’issue de la mesure.
Les transferts de nuit de patients isolés et les prolongations artificielles des mesures d’isolement doivent cesser.
- RECOMMANDATION 24** 45
- L’analyse du registre de l’isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants et doit permettre de limiter le recours à ces pratiques. Le placement en chambre d’isolement doit être envisagé comme une décision de dernier recours après avoir mis en œuvre toutes les alternatives possibles.
- RECOMMANDATION 25** 45
- Les soignants doivent être formés aux alternatives à l’isolement et à la contention.
- RECOMMANDATION 26** 46
- Tout patient isolé doit bénéficier d’un examen par un somaticien.
Chaque patient en isolement doit bénéficier de deux évaluations médicales par 24 heures.
Toute décision ou renouvellement d’isolement ou de contention prise, après examen du patient par un médecin non-psychiatre, doit être validée, dans le délai d’une heure, par un psychiatre.
- RECOMMANDATION 27** 46
- Une décision d’isolement pour des patients en soins libres ne doit être maintenue au-delà de quelques heures que si une démarche de soins sans consentement est engagée.
- RECOMMANDATION 28** 47
- Les pratiques d’enfermement en chambre « si besoin » au sein de l’unité PIMMS doivent cesser immédiatement.
- RECOMMANDATION 29** 48
- La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer l’ensemble de ses missions et la direction du centre hospitalier doit informer les patients de sa venue et leur permettre d’être entendus.

RECOMMANDATION 30	49
Les informations requises par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique doivent être obligatoirement reportées dans le registre de la loi.	
RECOMMANDATION 31	49
Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, le préfet de la Moselle, le président du tribunal judiciaire de Metz, le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Metz et le maire de Jury-les-Metz, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter au registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.	
RECOMMANDATION 32	51
Les patients doivent être informés de la possibilité de saisir le juge d'une demande de levée de la mesure de contrainte hors les audiences obligatoires des douze jours et six mois.	
RECOMMANDATION 33	51
L'information de la personne isolée et éventuellement contenue doit être assurée au moment de la prise de décision par la remise d'un support écrit lui précisant ses droits. Dans le respect de la volonté du patient, les proches doivent être informés de la possibilité qui leur est offerte de saisir le juge des libertés et de la détention pour demander la levée de la mesure d'isolement ou de contention.	
RECOMMANDATION 34	52
Afin de permettre au juge des libertés et de la détention d'effectuer le contrôle des mesures d'isolement et de contention, le centre hospitalier de Jury-les-Metz doit lui adresser les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin, par 24 heures pour les isolements et par 12 heures pour les contentions.	
RECOMMANDATION 35	55
La distribution des médicaments doit permettre le respect du secret médical.	
RECOMMANDATION 36	57
L'accès aux soins d'addictologie doit être organisé dès le début de l'hospitalisation.	
RECOMMANDATION 37	57
La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie (ou plan de prévention des crises) et sur la mobilisation des personnes de confiance.	
RECOMMANDATION 38	58
La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.	
RECOMMANDATION 39	61
Lorsqu'un mineur est accueilli en service de psychiatrie sur demande parentale, l'autorisation de soins doit être signée par tous les titulaires de l'autorité parentale. Un mineur a le droit de participer à la prise de décision de son hospitalisation et son consentement à la mesure doit être effectivement recherché et ses observations doivent être sollicitées et consignées.	
RECOMMANDATION 40	62
L'accord et l'avis des titulaires de l'autorité parentale sur les actes de la vie quotidienne doivent être recueillis et formalisés. Le mineur doit également être associé aux décisions qui le concernent.	
RECOMMANDATION 41	63
Le droit à l'enseignement, et à une continuité scolaire, est essentiel pour les patients mineurs. La présence d'enseignants doit impérativement être rétablie par tout moyen.	

RECOMMANDATION 42 65

L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent sont dépourvus de fondement législatif sauf si celui-ci est placé sous le régime des soins sur décision du représentant de l'Etat. Même en ce cas, ils doivent être évités par tout moyen.

Si de telles mesures sont néanmoins mises en œuvre, à titre exceptionnel, elles doivent être tracées rigoureusement dans un registre ad hoc, être analysées par les soignants et présentées aux instances de l'établissement.

Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de telles décisions et de leur renouvellement et disposer d'une voie de recours, quel que soit le statut d'hospitalisation du mineur, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 Dans l'attente d'une reconstruction immobilière sans cesse repoussée, l'établissement peine à définir un projet commun	14
2.2 Le budget est excédentaire et une provision est constituée en vue de la construction de nouveaux locaux.....	17
2.3 L'effectif de soignants est souvent réduit au minimum de sécurité.....	17
2.4 Les événements indésirables sont convenablement pris en compte	19
2.5 Aucune instance ne traite des questions d'éthique	20
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	21
3.1 La filière des urgences n'est pas organisée entre médecins urgentistes et psychiatres.....	21
3.2 La suroccupation est la règle et les patients sont fréquemment changés de lit voire d'unité pour permettre une nouvelle admission	25
3.3 Les arrivants sont largement admis en soins sans consentement et au regard d'un seul certificat médical.....	26
3.4 Les patients ne sont pas suffisamment informés de leurs droits et des règles de vie.....	26
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	28
4.1 Les conditions d'hébergement sont globalement inadaptées en raison du manque d'espace et d'intimité notamment dans les chambres triples.....	28
4.2 L'hygiène est assurée mais les douches collectives ne sont pas toujours accessibles et il manque des machines à laver dans les unités pour adultes	30
4.3 La protection des biens est globalement assurée	31
4.4 La qualité des repas est appréciée mais la quantité fait parfois défaut	32
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	35
5.1 La liberté d'aller et venir est restreinte et les agents de sécurité font usage de la force.....	35
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses à l'exception de celles maintenues depuis la crise sanitaire de Covid-19	37
5.3 Le lien avec les proches est maintenu mais la confidentialité n'est pas respectée	38
5.4 Le droit de vote n'est pas organisé.....	39
5.5 Seul l'accès au culte catholique est aisé.....	39
5.6 La question de la sexualité est généralement abordée	39

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	41
6.1 Les conditions d'isolement et de contention en chambre d'isolement comme en chambre hôtelière sont indignes	41
6.2 Le registre est convenablement renseigné mais insuffisamment analysé.....	43
6.3 L'isolement et la contention restent largement considérés comme un soin	45
7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	48
7.1 La CDSP ne joue plus son rôle depuis quatre ans mais les représentants des usagers s'estiment pris en compte.....	48
7.2 Le registre de la loi, insuffisamment renseigné, n'est pas contrôlé par les autorités.....	48
7.3 Les documents transmis au JLD concernant les isolements et contentions ne permettent pas un contrôle effectif	49
8. LES SOINS.....	53
8.1 L'accès aux soins psychiatriques est assuré	53
8.2 Les somaticiens ne sont pas pleinement intégrés à la prise en charge et l'accès à l'addictologie n'est pas organisé	56
8.3 Le consentement du patient aux soins prodigués n'est pas toujours recherché	57
8.4 Des autorisations de sortie sont décidées et des partenariats sont noués pour favoriser la sortie d'hospitalisation	58
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	60
9.1 Les patients de l'unité d'hospitalisation des adolescents subissent des restrictions de liberté non individualisées et ne peuvent pas suivre d'enseignement	60
9.2 Les mineurs sont isolés et contenus dans une chambre indigne.....	63
9.3 L'accueil de patients détenus est exceptionnel	65

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Cécile Dangles, cheffe de mission ;
- Alexandre Baillon ;
- Anne Bruslon ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Hélène Dupif ;
- François Goetz ;
- François Koch ;
- Isabelle Servé.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Jury-les-Metz (CHJ, département de la Moselle), du service des urgences psychiatriques du centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville et du centre d'accueil et de crise (CAC) situé au CHR, du 6 au 16 février 2023.

Cet établissement avait déjà été contrôlé en 2012².

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 février 2023 à 14h. Ils l'ont quitté le 16 février à 17h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du CHJ.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement, la directrice adjointe, le président et la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME) pour une réunion de présentation en présence d'une quarantaine d'agents administratifs, médicaux et soignants.

Une salle de travail et un équipement en informatique ont été mis à leur disposition. Les documents demandés ont été remis au fur et à mesure du contrôle. Des affichettes signalant la visite ont été diffusées dans la plupart des unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont par ailleurs assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel médical et soignant ont été avisées de la présence des contrôleurs et un entretien a été réalisé à la demande de l'une d'entre elles.

² <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/02/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-de-Jury-Moselle.pdf>.

Une réunion de restitution a eu lieu le 16 février à 16 heures devant vingt-cinq personnes, agents administratifs, médicaux et soignants, en présence de la directrice adjointe et du président de la CME, en l'absence du directeur.

Le 20 juin 2023, un rapport provisoire a été adressé au directeur du centre hospitalier ainsi qu'au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Metz, au préfet de Moselle et à l'agence régionale de santé Grand-Est.

Les observations du 21 juillet 2023 du directeur du centre hospitalier et de la directrice adjointe ont été intégrées au présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 DANS L'ATTENTE D'UNE RECONSTRUCTION IMMOBILIERE SANS CESSE REPOUSSEE, L'ETABLISSEMENT PEINE A DEFINIR UN PROJET COMMUN

2.1.1 L'établissement dans le paysage institutionnel

Le CHJ appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) Lorraine Nord³ qui dessert un territoire de 880 000 habitants.

Le CHR Metz-Thionville, établissement support du GHT, est situé à trois kilomètres. D'une capacité d'accueil totale de 798 lits et places, il dispose de toutes les spécialités médicales, hors neurochirurgie.

Livré en 1972, à neuf kilomètres du centre-ville de Metz⁴, le CHJ occupe un domaine arboré de 60 hectares comprenant une cinquantaine de bâtiments, certains abritant des unités d'hospitalisation (UH), d'autres les services administratifs, la logistique ou encore une salle de spectacle, une cafétéria, une chapelle, une salle de sport, un terrain de football et les ateliers intersectoriels de rééducation, médiation et espace social (AIRMES). Le parc accueille également une maison d'accueil spécialisée (MAS) et la clinique des addictions.

Au moment de la visite, 137 lits de psychiatrie sont répartis en huit UH.

2.1.2 Les pôles et services

Le CHJ est organisé en six pôles pour un territoire de 440 000 habitants. Seules les UH d'admission des pôles 4 et 5 sont sectorisées.

Le pôle 3 de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comprend une unité hospitalière pour adolescents (UHA) de 9 lits et s'appuie sur l'offre extrahospitalière de centres médico-psychologique (CMP), de deux hôpitaux de jour (HJ), de centres d'accueil et de soins pour adolescents, d'un centre de ressources autisme et d'une maison des adolescents.

La psychiatrie adulte et l'addictologie s'organisent en cinq pôles :

- Pôle 1 comprenant l'unité intersectorielle de soins pour adolescents adultes autistes (US3A) d'une capacité de 16 lits et une MAS ;
- Pôle 2 d'urgences psychiatriques et de liaisons comprenant le centre d'accueil et de crise (CAC) d'une capacité de 10 lits et une équipe mobile de psychiatrie et précarité ;
- Pôle 4⁵ comprenant l'UH Marie Marvingt d'une capacité de 20 lits et en extrahospitalier des CMP ainsi qu'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- Pôle 5⁶ comprenant les UH Bernard-Marie Koltès (20 lits), Colette Baudoche (18 lits), Jean Moulin (19 lits), François Rabelais (19 lits) ainsi que l'unité Projet d'intégration et de

³ Avec les centres Hospitaliers de Briey, de Boulay, de Lorquin, le centre hospitalier régional Metz-Thionville, l'établissement public départemental de santé de Gorze et l'hôpital d'instruction des Armées de Legouest en sa qualité de membre associé.

⁴ Accessible en bus depuis le centre-ville de Metz en 35 à 55 minutes.

⁵ Pour les besoins des habitants des cantons de Moyeuve-Grande, Rombas, d'Hayange, Algrange, Florange, Neufchef, Richemont et les communes de Fameck, Clouange, Rombas, Moyeuve-Grande, Vitry sur Orne et Amnéville.

⁶ Pour les habitants de quatre secteurs psychiatriques de Metz et de sa grande périphérie.

maintien médico-social (PIMMS) de 16 lits ; complété d'une offre extrahospitalière de CMP, CATTP, d'une équipe mobile d'appui médico-social, d'une équipe réseau des alternatives à l'hospitalisation et d'une structure intermédiaire d'accompagnement ;

- Pôle 6 spécialisé en addictologie et psychiatrie du sujet âgé comprenant la clinique des addictions, un HJ, un centre médical des addictions, un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ainsi qu'une unité de psychopathologie de la personne âgée.

2.1.3 Le projet immobilier

Depuis 20 ans, des projets de réhabilitation ou de reconstruction se succèdent sans se concrétiser.

Dans un courrier du 12 mars 2021, la direction générale de l'ARS Grand Est a confié à la direction générale du CHR Metz-Thionville la mission de « réorganisation de l'offre en soins psychiatriques en Lorraine Nord ». Il s'agit de :

- proposer une réponse spécialisée à l'urgence à partir du site du CHR. Le CAC de 10 lits doit être complété d'une unité d'accueil et d'orientation (UAO) de 20 lits afin d'assurer les soins en urgence pour les patients en état de crise, ainsi qu'une hospitalisation de courte durée pour observation et/ou orientation ;
- identifier le CHJ comme site de référence pour les hospitalisations en phase aiguë ;
- déplacer vers le site du CHR l'unité d'hospitalisation pour adolescents, l'unité en addictologie et créer un plateau de consultations en psychogériatrie ;
- consolider le site de Lorquin comme pôle de référence pour la prise en charge du handicap psychique et de l'accueil au long cours avec la construction d'une nouvelle maison d'accueil spécialisée (MAS) par transfert de celle du CHJ ;
- renforcer l'offre sur Thionville avec l'ouverture de la clinique « Centre de soins du Grand Est » incluant notamment une unité de soins sans consentement de 15 lits.

Le projet immobilier, dont l'achèvement est annoncé pour l'année 2027, conserve, en les reconstruisant, les unités US3A et PIMMS et propose la création de quatre unités de 33 lits, chacune dans un bâtiment distinct, comportant une chambre d'apaisement et une chambre d'isolement (CI). Il n'est pas prévu de maintenir la sectorisation entre les pôles 4 et 5 mais plutôt de spécialiser chaque unité⁷. Le site du CHJ compterait alors 168 lits pour adultes.

2.1.4 Les orientations en cours

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS le 19 décembre 2018 pour la période 2018-2023 ne donne aucune orientation particulière et ne présente aucun indicateur s'agissant des droits fondamentaux des patients hospitalisés.

Le projet de service médico-soignant pour les années 2021-2025 affiche des ambitions et propose trois axes de travail :

⁷ Troubles de l'humeur ; délires / hallucinations ; étayage socio-éducatif pour réinsertion sociale ; psychiatrie générale adulte et sujet âgé.

- permettre aux personnes d'être soignées au cœur de la cité : développement de l'ambulatoire, mise en place d'une équipe mobile de soins intensifs et de gestion de crise, réponse aux situations d'urgence en articulation avec le projet UAO-CAC ;
- promouvoir l'engagement des personnes dans leur parcours de soins et garantir la cohérence des prises en charge : systématisation des réunions de coordination entre les secteurs hospitaliers et les structures ambulatoires, élaboration d'un projet de soins partagé avec le patient et un plan de crise, création d'une maison des usagers, réactivation du comité d'éthique ; cet axe propose spécialement de développer la formation sur la recherche du consentement, les droits des patients, notamment la liberté d'aller et venir, et les alternatives à l'isolement et la contention ;
- penser le projet de soins au service d'un projet de vie : réalisation d'un bilan social dès l'admission, élaboration d'un projet de vie en lien avec le projet de soins avec l'ensemble des partenaires dès l'hospitalisation, accompagnement des personnes vers un logement autonome, activation d'une liste de cinq familles d'accueil thérapeutiques, développement du lien avec les bailleurs et structures associatives, facilitation du maintien des activités (scolarité, emploi).

Le projet du pôle 4 pour les années 2021-2022 valide la création d'un dispositif de soins intensifs à domicile destiné à réduire le recours à l'hospitalisation et l'équipe psychiatrique de soins intensifs à domicile (EPSIAD, cf. § 3.1.2) a vu le jour en septembre 2021 au moment de la fermeture de l'unité Camille Claudel. Les contrôleurs n'ont pas été destinataires d'un projet récent relatif au pôle 5.

L'absence de dynamisme collectif des deux pôles 4 et 5 complique la conception et le développement de projets communs. Les contrôleurs constatent que les nouvelles prises en charge en ambulatoire ont été réalisées à moyens financier et humain constants, imposant des fermetures d'unité, parfois en urgence comme ce fut le cas pour l'unité Migette, ce qui a conduit au déménagement des patients en une semaine au courant de l'été 2022.

Les fermetures d'unités qui se sont échelonnées dans le temps ont conduit à l'abandon de la spécialisation entre unités ouvertes et unités fermées. Au moment du contrôle, toutes les UH fonctionnent portes fermées, à l'exception de celle de PIMMS qui ne compte que des patients en soins libres.

La sectorisation encore en cours entre les pôles 4 et 5 devrait permettre au patient, une fois installé, de demeurer dans son secteur et conserver sa chambre, bénéficiant d'un suivi par la même équipe. Dans la réalité, la suroccupation et sa gestion imposent de fréquents changements d'unités, générant une insécurité pour les patients.

Dans l'attente de la construction des nouveaux bâtiments, soit pour une durée d'au moins cinq années, aucun plan ne prévoit le traitement de la situation de crise dans laquelle se trouve le CHJ : indignité des chambres à trois lits (cf. § 4.1), suroccupation des locaux, fréquents changements d'unité et absence de conservation d'un lit hospitalier (cf. § 3.2), non prise en charge des personnes en soins sans consentement (SSC) au CAC (cf. § 3.1.3).

RECOMMANDATION 1

Dans l'attente de la construction des nouvelles unités hospitalières de psychiatrie pour adultes, l'établissement doit se mettre en capacité de répondre sereinement à sa mission de soins, dans le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients en proscrivant l'accueil de patients dans des chambres triples et en garantissant à tous un lit hospitalier dans l'unité du secteur dont ils relèvent.

2.2 LE BUDGET EST EXCEDENTAIRE ET UNE PROVISION EST CONSTITUEE EN VUE DE LA CONSTRUCTION DE NOUVEAUX LOCAUX

En 2021, les dépenses globales du CHJ s'élevaient à 53 665 304 euros pour 57 018 701 euros de recettes provenant essentiellement de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) d'un montant de 49 965 074 euros, stable depuis 2011, soit un résultat positif de 3 353 397 euros.

80% de ce budget est consacré à la masse salariale (42 761 151). Cette dépense est minorée par les vacances dans les postes médicaux (8,2 équivalents temps plein ou ETP) et infirmiers (20).

Depuis 2014, le CHJ ne réalise plus d'investissements conséquents, répond à des appels à projet et constitue une provision destinée à la réalisation du futur projet immobilier. Elle est désormais d'un montant d'environ 40 millions d'euros.

Afin d'organiser des activités, chaque unité reçoit une enveloppe annuelle variant de 450 à 800 euros pour les unités adultes et d'un montant de 2 000 euros pour l'unité des adolescents. Les moyens de la cuisine centrale peuvent être utilisés pour la préparation de repas thérapeutiques. Il n'a pas été porté à la connaissance des contrôleurs qu'une activité ait été empêchée faute de budget.

2.3 L'EFFECTIF DE SOIGNANTS EST SOUVENT REDUIT AU MINIMUM DE SECURITE

2.3.1 Le personnel médical

L'effectif médical comprend 38,8 ETP⁸ sur 47 théoriques, soit une vacance de 17 % des postes et se répartissent ainsi : 22,3 praticiens hospitaliers, 3,5 cliniciens, 8,2 praticiens contractuels, 2,8 praticiens attachés, 2 praticiens associés.

L'établissement fait appel à des médecins intérimaires : 418 jours en 2022.

L'organisation garantit habituellement la présence d'un médecin dans chaque unité.

2.3.2 Le personnel non médical

Les effectifs non médicaux s'établissent au premier février 2023 à 669 ETP dont 293 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) pour un effectif théorique de 313, soit un manque de 20. 118 aides-soignants (AS), 31 psychologues, 17 agents médico-techniques et 42 professionnels éducatif et social sont également présents.

S'agissant des effectifs non médicaux par unités, les ETP prévus pour assurer un fonctionnement minimal de sécurité sont respectés à 96%.

⁸ 45% (17,5 ETP) sont consacrés à l'intra hospitalier.

Le service s'organise avec des soignants travaillant le matin, l'après-midi, et parfois en journée ; l'équipe de nuit n'est pas spécifique. L'effectif de fonctionnement dit de sécurité pour chaque unité est de trois soignants (2 IDE et 1 AS) par demi-journée de semaine et le week-end. La nuit, l'effectif de sécurité comprend un IDE et un AS.

L'examen des plannings sur le mois précédant le contrôle montre que l'effectif présent est en moyenne de 3,1 par demi-journée. Il est donc rare qu'un personnel de journée soit mobilisé. Les plannings de nuit montrent, sauf rares exceptions, deux soignants par nuit. Les situations où le cadre de santé remplace un soignant sont assez régulières ce qui occasionne des difficultés de fonctionnement. Il arrive en outre que les agents de sécurité soient appelés à compléter l'effectif de sécurité (cf. § 5.1.3). Enfin, le CHJ ne dispose plus d'agents des services hospitaliers, les tâches de nettoyage des locaux étant désormais confiées à une société privée. Par glissement de tâches, les AS organisent donc la préparation des repas, aggravant leur indisponibilité pour d'autres actes. Les soignants indiquent d'ailleurs se trouver en difficulté pour remplir l'ensemble de leurs missions (soins, animation d'activités, accompagnements à la sortie et surveillance).

Les unités bénéficiant du recrutement à temps plein d'éducateurs spécialisés peuvent organiser des activités et accompagnements hors unité. Il convient toutefois de rappeler qu'ils ne peuvent pas être comptés dans l'effectif soignant.

Le taux d'absentéisme du personnel en 2022 est de 9,77 %⁹ hors crise sanitaire de Covid-19, ce qui est élevé et interroge.

Lorsque les absences peuvent être anticipées, un appel d'offre est lancé sur une plateforme interne. Des intérimaires sont également sollicités¹⁰. Les absences de courte durée imprévues sont compensées par des mouvements de personnel effectués au dernier moment (dans la limite des 12 heures réglementaires cumulées), en prenant un agent dans un service disposant d'un effectif au-dessus de celui requis ; ces soignants sont alors placés dans des services dont ils ne maîtrisent pas l'organisation auprès de patients qu'ils ne connaissent pas.

L'organisation des soins au quotidien dans les services est ainsi faite non pas selon les besoins de soins des patients mais selon les ressources existantes fonctionnant majoritairement en mode dégradé.

RECOMMANDATION 2

L'organisation des soins doit définir les besoins de prise en charge en intra hospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins, comprenant des activités et accompagnements vers l'extérieur.

2.3.3 La formation et la supervision

L'établissement a mis en place un dispositif de tutorat (deux cadres et quatre IDE) pour les nouveaux infirmiers ainsi qu'une formation spécifique à la psychiatrie, essentiellement clinique, lors de la prise de poste des infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école.

⁹ 7,74% en 2017.

¹⁰ 274 jours d'intérim pour les personnels non médicaux en 2022 (118 AS et 156 IDE), stable par rapport à 2021.

Concernant la formation continue, les soignants rencontrés n'ont pas fait état de refus de formation pour des problèmes de coût mais principalement pour des questions d'effectifs insuffisants. Plusieurs formations sont suivies par de nombreux agents, relatives à la gestion des violences, à l'entretien infirmier, à l'accueil de patients psychotiques aux urgences psychiatriques, à l'isolement et la contention, aux directives anticipées psychiatriques.

S'agissant du droit des patients, la dernière formation s'est tenue en 2019 et la prochaine est inscrite sur le plan de formation 2023, ce qui est très insuffisant en fréquence et en nombre de places.

Deux formations sont obligatoires : la formation incendie ainsi que la formation gestes et soins d'urgences.

RECOMMANDATION 3

Chaque soignant doit bénéficier d'une formation sur les droits des patients en soins sans consentement, régulièrement renouvelée.

Des séances de supervision collective sont animées par une psychologue au rythme d'une fois par trimestre pour chaque unité.

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT CONVENABLEMENT PRIS EN COMPTE

Les événements indésirables concernant la prise en charge des patients ainsi que la sécurité des patients et des soignants peuvent être déclarés sur le logiciel *Bluekango*.

D'utilisation simple, il permet l'anonymisation des fiches notamment lors des analyses mensuelles du comité collectif des risques impliquant la participation des associations d'utilisateurs. Ce comité décide de la nécessité de mettre en place un comité de retour d'expérience (CREX) ou une revue mortalité morbidité (RMM). Au cours de l'année 2022, sur 261 déclarations (en hausse de 11% par rapport à 2021), ce sont 6 CREX et 12 RMM qui ont été mis en place pour permettre des analyses approfondies d'événements graves ayant fait, pour certains d'entre eux, l'objet d'une information à l'ARS¹¹.

Les déclarants, à qui une réponse est toujours envoyée, sont à 60,5% des infirmiers, à 9,2% des aides-soignants et à 8% des cadres de santé. Environ 5% des médecins, pharmaciens et éducateurs déclarent des événements indésirables.

Les événements ayant entraîné des violences sont signalés à l'observatoire national des violences en milieu de santé, soit 69 pour l'année 2022 dont 6 entre patients.

Les personnes hospitalisées peuvent être accompagnées dans leur dépôt de plainte.

Dix-neuf incidents relatifs à des erreurs concernant la prise en charge médicamenteuse ont fait l'objet d'analyses approfondies. Une charte d'incitation à la déclaration permet aux soignants de signaler des erreurs commises sans craindre une sanction.

¹¹ En 2022, cinq concernaient des fugues, deux des tentatives de suicide, un suicide et une agression sexuelle.

2.5 AUCUNE INSTANCE NE TRAITE DES QUESTIONS D'ETHIQUE

La création d'un comité d'éthique est annoncée depuis des années. Des volontaires se sont signalés à la suite d'un appel à candidature. La direction du CHJ assure que le comité est sur le point d'être constitué et qu'il débutera ses travaux au mois de mars 2023.

RECOMMANDATION 4

Le comité d'éthique doit être constitué et se saisir du sujet des restrictions des droits et libertés des patients hospitalisés, du respect de leur intimité, de la question du recours aux mesures d'isolement et de contention et accompagner une réflexion institutionnelle.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LA FILIERE DES URGENCES N'EST PAS ORGANISEE ENTRE MEDECINS URGENTISTES ET PSYCHIATRES

A l'échelle des six pôles couverts par le CH, les patients hospitalisés en SSC ou en situation de crise sont très majoritairement pris en charge par les urgences du CHR de Metz et, pour les secteurs du Nord, par les urgences du CH de Thionville.

Des psychiatres du CHJ assurent l'accès aux soins de psychiatrie aux urgences du CHR situé à proximité et un psychiatre du CHR de Metz-Thionville intervient aux urgences de Thionville.

Les patients faisant l'objet d'une mesure de SSC sont amenés, éventuellement après un premier certificat établi par un médecin généraliste, aux services des urgences.

3.1.1 Le service des urgences du CHR

Les urgences accueillent les adultes (50 000 passages par an) et les mineurs (20 000 passages par an). Le service dispose de 20 salles d'examen individuelles, d'une salle de déchocage mais d'aucune CI ou d'espace destiné à l'apaisement d'une personne agitée. Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comporte également 15 lits.

Le circuit des personnes allongées ou en crise permet le respect de leur intimité ; les patients sont directement amenés auprès de l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA).

Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'IOA appelle l'infirmier du service de psychiatrie d'urgence pour avis psychiatrique ; si des éléments somatiques sont associés, l'IOA l'installe dans une salle d'examen pour une consultation avec l'urgentiste. Il arrive ainsi que des patients ne bénéficient pas d'examen somatique avant d'être vus pour avis par le psychiatre voire hospitalisés au sein du CAC. Or, tant pour un passage aux urgences que pour une hospitalisation en psychiatrie, l'examen médical effectif du patient doit être réalisé par un médecin urgentiste ou généraliste.

RECOMMANDATION 5

Au centre hospitalier régional de Metz, les patients confiés aux soignants de psychiatrie doivent préalablement être examinés par un médecin urgentiste.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Cette organisation n'est plus valide au CHR. Chaque patient présenté à l'accueil du SU est examiné par un médecin urgentiste désormais. Donc la recommandation 5 est résolue ».

L'équipe mobile du service de psychiatrie d'urgence comporte un infirmier et un médecin psychiatre. Elle est rattachée au service psychiatrique d'urgence et de liaison (SPUL) et intervient au sein des urgences mais également pour tous les services du CHR de Metz sur demande. La nuit et les week-ends, concernant les urgences pédiatriques, elle remplace l'équipe mobile de pédopsychiatrie. L'équipe compte deux IDE de jour et un de nuit. Environ 3 000 patients sont examinés chaque année par un IDE ou un psychiatre.

Une fois que le psychiatre a décidé la nécessité d'une prise en charge spécialisée, les infirmiers de psychiatrie assurent la réalisation des pièces médico-légales et les démarches auprès des familles. Le patient peut être orienté vers une structure ambulatoire ou bénéficier d'une

hospitalisation. Dans ce cas, l'espace de coordination des parcours de soins (EPSC) du CHJ assure la régulation et la recherche d'un lit.

Aux urgences, le patient dans l'attente d'une place en psychiatrie est soit placé dans une salle d'examen s'il est cliniquement stable, soit attaché sur un brancard dans une salle d'examen ; la pose de contentions est décidée par l'urgentiste, inscrite et horodatée dans le logiciel *DxCare* mais jamais validée dans l'heure par un psychiatre.

RECOMMANDATION 6

Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Il s'agit d'une organisation à travailler entre nos deux établissements (Jury-CHR de Metz Thionville), cette recommandation fera l'objet d'une réflexion dans le groupe de travail déjà constitué ».

Les contentions sont nettoyées après chaque utilisation. Elles sont installées par les infirmières des urgences qui effectuent également la surveillance toutes les heures. Les soignants indiquent que la personne est détachée lorsqu'elle souhaite aller aux toilettes.

Il existe une « *procédure de recours à la contention mécanique dans les services d'urgence et dans les unités d'hospitalisations de psychiatrie adulte du pôle de santé mentale du CHR Metz-Thionville.* » Cette procédure, qui date de juin 2018, prévoit explicitement les règles régissant les contentions. Elle devra être actualisée et intégrer dans ses références la recommandation de la société française de médecine d'urgence (SFMU) de mars 2021. La procédure du CHR comporte également la mention erronée suivante : « *la HAS précise que la contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement ; cette recommandation ne s'applique pas au service d'urgence mais aux seules unités de psychiatrie générale* ». En réalité, toute contention doit garantir la sécurité du patient et donc prévenir l'intrusion d'un tiers non soignant dans l'espace où il est rendu vulnérable.

De la même façon, le registre des mesures d'isolement et de contention n'est mentionné que dans les unités de psychiatrie adulte alors qu'il doit l'être également dans tout service utilisant les moyens de contention pour des patients relevant de la psychiatrie, afin de permettre une analyse des pratiques. Les recommandations de la SFMU indiquent par ailleurs que chaque service d'urgence doit disposer d'un local d'apaisement destiné à accueillir les personnes agitées.

Les personnes attachées dans l'attente d'une hospitalisation en psychiatrie ne restent, selon les soignants, jamais plus de 24 heures aux urgences et sont toujours placées dans un box fermé. Un patient, ne relevant pas de soins de psychiatrie, était attaché au moment du contrôle et n'a pas été rencontré par les contrôleurs. Il est rapporté que des patients en soins à la demande d'un tiers sont parfois transportés vers Lille ou Dijon par défaut de places au niveau local ; les personnes en soins à la demande du représentant de l'Etat sont toutes amenées au CHJ.

Concernant les mineurs de 18 ans, ils sont pris en charge aux « *urgences pédiatriques* » ; les infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) et pédiatres les examinent avant de solliciter l'avis de l'équipe mobile de pédopsychiatrie le cas échéant, en journée ; la nuit ils sollicitent les soignants du SPUL.

Les transferts de patients vers le CHJ sont confiés à un transporteur sanitaire privé. Si le patient est attaché dans l'ambulance, les contentions sont décidées par l'urgentiste qui l'indique dans le dossier médical. Cependant, les ambulanciers ne disposent pas des aimants permettant de lever les contentions en cas d'accident.

Les modalités de transport des patients entre les hôpitaux devront plus globalement être précisées dans un protocole à ce jour inexistant, définissant les responsabilités réciproques des deux établissements ainsi que les modalités de travail entre médecins urgentistes et psychiatres.

RECOMMANDATION 7

Un protocole de travail doit être mis en place entre le centre hospitalier régional de Metz et le centre hospitalier de Jury-les-Metz afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres et urgentistes.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Recommandation mise en œuvre ».

Deux dispositifs permettent une prise en compte des urgences relevant de la psychiatrie en amont de l'hospitalisation.

3.1.2 Les avis psychiatriques en urgence

Au sein du centre 15 et de manière encore expérimentale depuis quelques mois, un infirmier en pratique avancée (IPA) en santé mentale intervient au sein du dispositif d'accès aux soins. Afin d'optimiser la prise en charge des patients en fonction de leurs besoins et d'éviter les passages aux urgences, il réalise une évaluation à distance et propose une orientation en lien avec le médecin régulateur ou le psychiatre. Le dispositif actuel ne comprend qu'un seul IDE présent de 8h à 17h à l'exception des week-ends et lors de ses congés.

BONNE PRATIQUE 1

Un infirmier en pratique avancée en psychiatrie est présent au centre 15 pour optimiser la prise en charge des patients nécessitant des soins spécialisés.

Par ailleurs, mais uniquement pour les secteurs du pôle 4, l'EPSIAD permet depuis septembre 2021 la dispensation de soins psychiques au domicile sur une période de quatre semaines, avec organisation et coordination de l'évaluation, du suivi somatique, de la dispensation des traitements, de la coordination avec les partenaires et du suivi post-EPSIAD. L'équipe comprend un cadre de santé, 7,2 ETP d'IDE, 5,4 ETP d'AS, 1,8 ETP d'éducateur, 0,4 ETP de psychologue, 0,4 ETP d'assistante sociale, 0,5 ETP de secrétaire médicale, 0,7 ETP de psychiatre. Le projet de service est particulièrement précis et développe la prise en charge concrète des patients. Cette équipe mobile permet d'éviter des hospitalisations complètes mais il n'y a pas encore d'équivalent sur les secteurs du pôle 5. Le projet médico soignant 2021-2025 prévoit, après une phase d'évaluation, l'extension du dispositif à toute la psychiatrie adulte.

3.1.3 L'hospitalisation au sein du CAC

Le SPUL comporte également un CAC de 10 lits, réservés aux personnes en soins libres quel que soit le secteur dont ils relèvent, pour une hospitalisation de maximum trois jours, afin de bénéficier d'une prise en charge, d'une évaluation ou d'une réorientation. Cette offre de prise

en charge vient compenser le délai actuellement long de primo rendez-vous dans les CMP qui est de trois mois.

Les locaux de ce service sont neufs et adaptés, les chambres toutes individuelles avec salle d'eau. L'accès à la télévision coûte cinq euros par jour. Il n'y a pas de chambre d'isolement ni d'espace d'apaisement. Aucune restriction de liberté n'est pratiquée.

L'équipe comprend chaque jour un à deux psychiatres (2,3 ETP), deux IDE et un AS. La nuit, trois IDE assurent l'ensemble des missions du SPUL. Les patients bénéficient quotidiennement de deux entretiens infirmiers et d'une consultation médicale ; un staff clinique se réunit tous les jours. 642 patients y ont été pris en charge en 2019 avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 3,32 jours. Les sorties s'effectuent vers les cliniques privées du territoire ou les structures ambulatoires des secteurs, très rarement vers le CHJ qui n'a pas de place disponible, les SSC y étant priorisés.

Sans attendre le projet de construction d'un CAC-UAO (cf. § 2.1.3), le CAC doit pouvoir assumer la prise en charge de personnes en SSC.

RECOMMANDATION 8

Un dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques doit permettre l'accueil des personnes en soins sans consentement.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Ces prises en charge sont réalisées en concertation entre l'administratif d'astreinte et le médecin, pour assurer une qualité des soins et la sécurité du personnel ».

3.1.4 L'arrivée dans les services

Au CHJ, la régulation de toutes les admissions est réalisée par l'espace de coordination des parcours de soins (ECPS) qui assure une permanence téléphonique 24h sur 24, tenue en rythme de douze heures par trois cadres (dont deux faisant fonction) et deux IDE.

Les personnes en SSC arrivent principalement du service des urgences de Metz, parfois de celui de Thionville. Les services PIMMS et US3A ont un recrutement spécifique depuis les structures sociales et médico-sociales, à l'exception d'admission de personnes en SSC en « dépannage » par manque de place dans les autres services (cf. § 3.2), ce qui devra être proscrit au regard de la spécificité de la prise en charge médico-soignante de ces unités.

A leur arrivée dans le service, les patients sont accueillis par les soignants qui, si leur état le permet, leur expliquent le fonctionnement de l'unité. Dès l'admission, les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier. Ils bénéficient d'un examen par le somaticien dans les 24 heures.

Les restrictions en début d'hospitalisation sont décidées après la consultation du psychiatre.

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents.

3.2 LA SUROCCUPATION EST LA REGLE ET LES PATIENTS SONT FREQUEMMENT CHANGES DE LIT VOIRE D'UNITE POUR PERMETTRE UNE NOUVELLE ADMISSION

3.2.1 L'activité générale

Le nombre de patients admis en hospitalisation à temps plein est en diminution, passant de 1 431 en 2021 à 1 284 en 2022.

La durée moyenne de séjour (DMS) montre de grandes disparités entre les unités d'admission et les unités relevant essentiellement du domaine médico-social telles l'US3A et PIMMS¹². La DMS dans les cinq unités d'admission est de 30,68 jours. Cinquante-deux personnes sont présentes au CHJ depuis plus de 292 jours.

3.2.2 L'occupation des unités

Le taux d'occupation global de 90 % en 2022 recouvre des situations très différentes selon le type d'unité, et surtout ne rend pas compte de la suroccupation récurrente que connaissent de façon chronique les unités puisque, au moment du contrôle, pour 137 lits étaient présents 145 patients dont 7 en isolement (la totalité des places d'isolement), soit un taux d'occupation de 108 %.

La mission de l'ECPS est d'améliorer l'accès aux soins à travers une coordination du maillage psychiatrique du territoire en lien avec l'expertise soignante. En période de suroccupation chronique, ce dispositif se réduit à réguler les admissions et trouver un lit pour chaque arrivant.

Dans ces conditions, les soignants utilisent les CI comme hébergement, faute de place hospitalière disponible (cf. § 6.1.3). Des changements de lit voire d'unité sont fréquemment réalisés afin d'organiser l'arrivée d'un nouveau patient. Un patient a ainsi changé de lit à quatre reprises en une semaine, y compris la nuit. Un lit est parfois ajouté en surnombre dans une chambre individuelle ou collective. Les patients en permission de sortir n'ont pas leur lit hospitalier conservé et ne savent pas, à leur retour, dans quelle unité ni dans quelles conditions ils seront hébergés.

Ces situations ont parfois fait l'objet d'une fiche d'événement indésirable, à neuf reprises en 2022 ; les réponses données par la direction sont les suivantes : « *Aucune action possible* », « *nous comprenons votre difficulté mais il est très compliqué de prévenir les admissions SDRE* », « *un patient sortant en journée peut attendre en salle à manger* », « *pas de levier pour la gestion de lits* ».

Au regard des difficultés importantes de gestion de la filière de psychiatrie tant dans la gestion des lits disponibles que concernant le manque de places en structures médico-sociales adaptées aux patients présents depuis de nombreux mois au CHJ, l'ARS pourrait utilement mettre en place un dispositif territorial d'organisation des urgences psychiatriques (article L. 3221-5-1 du code de la santé publique), organisant les prises en charge des adultes et des mineurs dans le respect des droits des patients à l'échelle du département.

¹² DMS USA3 : 36,9 ; PIMMS : 170,48 ; Marvingt : 21,51 ; Koltès : 29,51 ; Moulin 45,29 ; Rabelais 27,9 ; Baudoche 29,19 ; UHA : 17,87.

RECOMMANDATION 9

La suroccupation doit être proscrite et chaque patient doit disposer d'un lit hospitalier. Les changements de lits voire d'unité doivent être exceptionnels et ne pas être réalisés de nuit.

3.3 LES ARRIVANTS SONT LARGEMENT ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET AU REGARD D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

En 2022, selon les statistiques remises par l'établissement, pour 1284 patients hospitalisés, 605 relevaient d'une mesure de SSC, soit 47 %.

Parmi eux, les patients admis en soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) étaient 542 et ceux en soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) 95.

Concernant les patients relevant des SDDE, 112 avaient été admis en soins à la demande d'un tiers (SDT), 184 en SDT en urgence (SDTU) et 246 au titre du péril imminent (SPI), soit 80 % selon le mode dérogatoire, privant les patients d'une double évaluation médicale avant leur arrivée au CHJ.

RECOMMANDATION 10

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence et les soins au titre du péril imminent doit rester exceptionnel et la commission départementale des soins psychiatriques doit examiner cette situation.

3.4 LES PATIENTS NE SONT PAS SUFFISAMMENT INFORMES DE LEURS DROITS ET DES REGLES DE VIE

3.4.1 L'information sur les règles de vie

Le livret d'accueil, comprenant les règles de vie en unité, n'est pas systématiquement remis aux patients ni expliqué. Il comprend pourtant des documents concernant les soins libres, les droits spécifiques aux personnes en SSC, les modalités de désignation de la personne de confiance ou de communication du dossier médical. Il apporte une information sur les activités d'AIRMES ou de la cafétéria.

Le règlement intérieur n'a plus été mis à jour depuis 2003.

L'UHA communique aux mineurs et à leurs représentants légaux un guide d'admission spécifique. Les affichages diffèrent d'une unité à l'autre. On peut y trouver les règles de vie, la charte du patient hospitalisé, rarement une information sur les activités proposées, parfois les horaires des transports collectifs reliant l'établissement.

3.4.2 L'information sur les droits spécifiques

A leur arrivée ou lorsque leur état le permet, les personnes en SSC sont censées recevoir les documents les informant de leur situation juridique, de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes.

Les décisions du directeur et les arrêtés préfectoraux sont laissés en copie lors de la notification réalisée par un soignant, un cadre de santé ou un médecin. Les décisions sont accompagnées d'un document intitulé « *fiche d'information relative aux droits de la personne en soins*

psychiatriques » précisant les droits spécifiques du patient accompagnés des coordonnées des autorités susceptibles d'être saisies et d'un « *bref exposé du déroulement de votre prise en charge* » relatant la période d'observation, les certificats médicaux et les décisions susceptibles d'être prises. A l'arrêté préfectoral est joint un document expliquant le traitement informatique des données à caractère personnel dans le cadre de l'application Hospiweb, leur conservation pour une durée de trois ans et le droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement des données.

Le bureau des admissions chargé des SSC s'assure que les notifications sont réalisées et transmises à bref délai et que si l'état de la personne l'impose, un professionnel atteste de l'impossibilité de signer. Dans ce cas, la notification doit être réalisée dès que l'état du patient le permet, ce qui n'est pas systématiquement effectué.

Certains soignants reconnaissent ne pas être suffisamment formés pour assurer une information adéquate des patients. Le recours à un interprète n'est pas systématiquement mis en œuvre pour les patients ne maîtrisant pas la langue française, comme c'est le cas lors de la visite pour une patiente mineure âgée de 12 ans et de sa famille originaire d'Europe de l'Est.

Les décisions du directeur et arrêtés préfectoraux s'approprient généralement les termes des certificats médicaux sans les reprendre dans leur intégralité, ni même en substance, de sorte que les motifs conduisant à l'hospitalisation sous contrainte ne peuvent être appréhendés qu'à la lecture des certificats qui pourtant ne sont pas systématiquement remis en copie aux patients.

RECOMMANDATION 11

Chaque patient doit recevoir les informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être remis aux patients sur un support qu'ils peuvent conserver. Les professionnels assurant la notification des décisions doivent bénéficier d'une formation leur permettant de communiquer une information adaptée.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « *Les règles de vie de l'unité sont affichées et retranscrites dans le livret d'accueil. L'ensemble des affichages a été revu et harmonisé : les patients sont informés sur leurs droits et sur les règles de vie dans les unités. Le recours à un interprète est systématiquement recherché mais pas toujours suivi d'effet du fait d'un manque de ressources externes en interprète, selon les langues disponibles* ».

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT GLOBALEMENT INADAPTEES EN RAISON DU MANQUE D'ESPACE ET D'INTIMITE NOTAMMENT DANS LES CHAMBRES TRIPLES

4.1.1 Les chambres

Malgré un entretien des locaux globalement réalisé, certaines chambres sont dégradées. Le mobilier est dépareillé et n'est pas en quantité suffisante en considération du nombre des occupants. Les lits sont en fer ou médicalisés. Certains miroirs détériorés, comme dans l'unité Moulin, n'ont pas été remplacés.

L'intimité des patients des unités pour adultes n'est pas respectée puisque toutes les portes comportent un fenestron donnant, depuis le couloir, une vue sur l'ensemble de la chambre. Certains patients l'occulent d'ailleurs à l'aide d'une serviette de toilette. En outre, les portes des chambres et des espaces de toilette ne sont pas équipées d'un verrou de confort. Enfin, les chambres doubles et triples ne disposent d'aucun dispositif de séparation, même minimal, pour se protéger du regard d'autrui.

Les 14 chambres triples (dans les unités Baudoche, Moulin, Marvingt et Koltès) sont d'une surface de 16,2 m², hors espace sanitaire (muni uniquement d'un lavabo), soit 2 m² de moins que les chambres doubles de l'unité Rabelais et 7 m² de moins que les chambres doubles de l'UHA. Les lits sont tellement rapprochés que les patients peuvent toucher leur voisin en étendant le bras. Nombreux se plaignent des nuisances liées à cette promiscuité.

Nombre de patients par type de chambre

Unités	En ch Individuelle	En ch double	En ch triple
U. RABELAIS	7	12	0
U. BAUDOCHÉ	6	0	12
U. J. MOULIN	7	0	12
UHA	6	0	0
U. MARVINGT	7	8	6
US3A	13	0	0
U. KOLTES	6	2	12
U. PIMMS	6	10	0
TOTAL	58 (43,9%)	32 (24,3%)	42 (31,8%)

L'atteinte à l'intimité est même ressentie lorsque le patient est seul : dans l'unité Rabelais, par exemple, les chambres individuelles sont équipées d'un lavabo sans cloison ni paravent, alors que le fenestron de la porte n'est pas occulté.



Chambres triples dans les unités Moulin et Koltès, chambre individuelle dans l'unité Rabelais

Les chambres triples sont souvent mal équipées, faute d'espace suffisant pour y installer des chaises et des tables. Quant aux petits espaces sanitaires avec un lavabo et un miroir, il y manque fréquemment une patère permettant d'accrocher des vêtements. Lorsqu'elle existe, elle n'est pas anti-suicide. Très peu de chambres disposent d'un bouton d'appel.

Les fenêtres ne peuvent être ouvertes que par des soignants sur une largeur maximale de 11 cm. Dans certaines chambres, les contrôleurs ont pu constater des traces de moisissures, comme dans les unités Baudoche et Marvingt, de même qu'au plafond de couloirs des unités Koltès et Rabelais. Des odeurs de remontée d'égout peuvent être ressenties.



Plafonds d'une chambre (unité Marvingt) et de deux couloirs (unités Koltès et Rabelais)

RECOMMANDATION 12

Les patients ne doivent pas être visibles dans leur chambre depuis les couloirs ou les espaces extérieurs. Des verrous de confort doivent équiper systématiquement les portes d'accès aux chambres et aux espaces sanitaires. Dans les chambres communes, un dispositif doit préserver chacun du regard d'autrui.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Les portes internes des chambres vitrées ont été occultées. Des films opacifiants ont été posés en mai 2023 sur les vitres des portes intérieures ».

4.1.2 Les espaces collectifs

Certaines unités ont été repeintes et les locaux disposent généralement de grandes baies vitrées. Les espaces collectifs présentent une assez grande variété : salle pour les repas, espace télévision, salle de ping-pong et des terrasses extérieures.



Espaces de détente au sein des unités Rabelais, Moulin et Marvingt



Espaces extérieurs des unités Moulin, Koltès et Rabelais

Il manque toutefois des salles d'activités fermées dans les unités Koltès, Moulin et Marvingt, toutes les activités ne pouvant pas être réalisées dans les espaces communs.

Les bureaux pour une consultation médicale dans des conditions permettant un échange serein sont en nombre insuffisant.

4.2 L'HYGIENE EST ASSUREE MAIS LES DOUCHES COLLECTIVES NE SONT PAS TOUJOURS ACCESSIBLES ET IL MANQUE DES MACHINES A LAVER DANS LES UNITES POUR ADULTES

La majorité des chambres pour adultes ne comprend ni douche ni WC mais un simple cabinet de toilette avec un lavabo. Les espaces de douches collectives, pour deux ou trois patients, sont entretenus mais certaines douches comportent des traces de moisissure ou dégagent de mauvaises odeurs. La plupart des portes de douche comprennent un jour en bas et en haut de sorte que l'intimité n'est pas pleinement préservée. Dans certaines unités, notamment à Rabelais et Koltès, l'accès aux douches est limité à deux tranches horaires : deux fois deux heures (7h-9h et 17h-19h) ou trois heures et demie et deux heures et demie (6h-9h30 et 16h-18h30).



Douches collectives dans les unités Moulin, Koltès, Rabelais et Marvingt

Le nettoyage des chambres et des espaces communs est sous-traité à une société privée dont les employés passent très régulièrement. En revanche, les abords des unités sont délaissés et les contrôleurs ont pu voir de nombreux détritres le long des unités Baudoche et Moulin, à proximité des chambres des patients ou encore dans les jardins.



Abords extérieur d'une chambre (unité Baudoche) ; espace extérieur pour fumeur (unité Koltès)

Des kits d'hygiène sont distribués aux patients qui en ont besoin (les contrôleurs ont toutefois constaté un stock insuffisant dans l'unité Koltès). De la même façon, la plupart des unités disposent d'un stock d'habits offerts par le personnel et mis à disposition des patients nécessitant une aide.

En revanche, le lavage du linge constitue une difficulté pour les patients n'ayant pas le soutien de proches. A l'exception de l'UHA, aucune unité n'est équipée d'une machine à laver et le nettoyage du linge à la blanchisserie centrale de Metz prend entre trois et dix jours.

RECOMMANDATION 13

L'accès aux douches collectives ne doit pas être restreint et toutes les unités doivent être équipées d'une machine permettant aux patients de laver leur linge.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Le fait de repositionner des machines à laver à disposition des patients dans les unités n'est pas possible en milieu hospitalier ».

Les contrôleurs considèrent que cette « impossibilité » ne repose sur aucune base légale ou réglementaire.

Les patients ont la possibilité de bénéficier des services payants d'un coiffeur qui se déplace dans les unités à la demande.

4.3 LA PROTECTION DES BIENS EST GLOBALEMENT ASSUREE

A l'arrivée, un inventaire écrit des biens du patient est réalisé avec un soignant. Les valeurs (argent liquide, carte bancaire, chéquier et bijoux) sont déposées à la régie du CHJ et les objets

contondants et parfois les briquets sont conservés dans le bureau infirmier de chaque unité. Pour les autres biens, ils sont entreposés dans le placard de la chambre (dans la majorité des cas, le patient dispose d'une clé).

Une organisation permet aux patients d'accéder à leur argent et à l'achat de cigarettes sans passer par des prestataires. Une carte de paiement peut être utilisée en autonomie à la cafétéria.

BONNE PRATIQUE 2

Les patients qui en font la demande peuvent bénéficier d'une carte de paiement, alimentée par la famille, le curateur ou le tuteur, permettant de faire des achats à la cafétéria du centre hospitalier.

Le besoin de protection juridique est repéré par le médecin ou l'assistante sociale. La procédure, qui dure souvent six mois, est plus simple lorsque le patient exprime son accord. Il est très souvent difficile de prendre rendez-vous avec un médecin expert susceptible de réaliser le certificat indispensable à la requête. Cette intervention est tarifée 160 euros, somme que certaines familles ont du mal à payer.

La grande majorité des curateurs et tuteurs désignés sont membres d'une association : union départementale des associations familiales (UDAF), Active 57 ou association tutélaire de Moselle (AT 57). Selon les informations recueillies, les curateurs ou les tuteurs indépendants sont plus réactifs et impliqués dans la vie quotidienne des patients et la préparation de leur sortie. Dans la gestion de la vie quotidienne, les carences observées sont souvent compensées par l'implication des éducateurs présents dans certaines unités.

Les assistantes sociales rencontrent des difficultés pour établir une collaboration efficace avec la caisse d'allocations familiales, la caisse primaire d'assurance maladie ou la maison départementale des personnes handicapées. Un appui de la direction du centre hospitalier semble indispensable.

4.4 LA QUALITE DES REPAS EST APPRECIEE MAIS LA QUANTITE FAIT PARFOIS DEFAUT

Les menus sont décidés par le chef de cuisine et deux diététiciennes, en cycle de huit semaines renouvelé chaque semestre. En plus du « *menu normal* », dix régimes alimentaires sont affichés. Avec l'utilisation d'un nouveau logiciel, l'adaptation aux besoins en régime de chaque patient est désormais possible. La phase test a commencé le 17 janvier 2023 et, au moment du contrôle, elle devait se poursuivre jusqu'à fin mars ou fin avril 2023.

Les repas sont réalisés dans la cuisine centrale du CHJ, refroidis à 3° et livrés trois jours plus tard dans les unités. La nourriture est réchauffée dans des barquettes en plastique dans des fours avec une température comprise entre 60° et 90°. Dans sa « *fiche technique produit* », le fabricant de barquette et de film plastique assure qu'ils peuvent être chauffés à 130°. Pour autant, la prudence semble recommander un réchauffage hors contenant plastique.



Barquettes en plastique au réfrigérateur et réchauffées au four (UHA et unité Moulin)

La plupart des patients mangent dans la salle à manger de leur unité, seule une infime minorité préférant rester dans leur chambre. La nourriture est servie dans des assiettes, à l'exception de l'unité PIMMS où les contrôleurs ont observé que les patients mangent directement dans la barquette en plastique.

Les contrôleurs n'ont pas eu écho de plaintes sur la qualité de la nourriture. En revanche, certains patients disent rester sur leur faim (sachant que certains médicaments diminuent la sensation de satiété).



Salle à manger et affiche interdisant l'entrée de nourriture (unité Koltès)

Pour lutter contre la prise de poids et l'excès de sucre, la nourriture au goûter a été supprimée en 2008. La CME et le Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) ont décidé de réintroduire des laitages et des fruits au goûter à partir 24 mars 2023. Des patients se sont plaints en effet de ne rien pouvoir manger entre 12h et 19h, et ce d'autant plus que certaines unités, comme Koltès, Marvingt ou Moulin, interdisent de conserver de la nourriture en chambre. Quant à l'obtention d'une boisson chaude le soir (tisane), certaines unités ne le permettent pas (Koltès et PIMMS).

RECOMMANDATION 14

Les patients doivent avoir la possibilité de conserver des denrées non périssables dans leur chambre. L'éducation à la santé doit encourager les patients à appréhender leur rapport à la nourriture en lien avec les effets de leurs traitements.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : «deux diététiciennes interviennent en intra et extra ».

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE ET LES AGENTS DE SECURITE FONT USAGE DE LA FORCE

5.1.1 La liberté d'aller et venir

A l'exception de l'unité ouverte PIMMS où les patients sont tous hospitalisés en soins libres, les UH sont toutes fermées, y compris l'unité Marie Marvingt, désignée pourtant comme une unité ouverte. L'appel d'un soignant est nécessaire pour entrer dans une unité ou la quitter et ce régime de fermeture s'applique aux patients en soins libres comme à ceux en SSC.

Des patios de superficie parfois limitée sont accessibles librement de 7h à 23h, à l'exception de l'UHA où cet espace est fermé depuis décembre 2022 et l'arrivée d'une patiente qui cherche à s'enfuir en grim pant sur les toits.

Les personnes hospitalisées dans les unités UHA et US3A ne peuvent jamais sortir seules. Parfois un éducateur sportif vient prendre en charge certaines d'entre elles.

Dans les autres unités, les déplacements à l'extérieur de l'unité des patients en SSC sont organisés en fonction de l'état de santé du patient et selon décision médicale ; certains ont la possibilité d'aller à la cafétéria et à AIRMES seuls, certains ont des permissions de sortir hebdomadaires, d'autres sont accompagnés par des éducateurs ou assistants de service social. Deux à trois personnes par unité n'ont aucune autorisation de sortie.

Paradoxalement, les patients en soins libres sont contraints de demander, à l'aide d'un formulaire, la permission de sortir, même s'il ne s'agit que de sortir quelques heures avec sa famille. L'avis favorable du médecin est sollicité et le directeur doit donner son accord. Si ces accords ne sont pas donnés, la personne reste enfermée.

RECOMMANDATION 15

La liberté d'aller et venir des patients en soins libres doit être pleinement garantie.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Les mineurs hospitalisés à l'UHA peuvent circuler seuls dans l'enceinte de l'établissement après autorisation parentale, sauf en cas de consigne médicale contraire. De même, les patients de l'US3A peuvent sortir seul en fonction des consignes médicales. Le formulaire d'autorisation de sortie des patients en soins libres a été supprimé en juin 2023 ».

5.1.2 La gestion de la sécurité

Une barrière assure le filtrage de l'entrée sur site des véhicules. Des clôtures entourent le parc. Seules les images des caméras de vidéosurveillance installées à l'entrée du site sont enregistrées. Les entrées des unités Jean Moulin et Baudoche disposent de caméras qui ne peuvent être visualisées qu'en direct par les soignants dans le bureau infirmier.

La sécurité incendie est prise en charge par le service de sécurité de l'établissement où douze agents sont affectés. Chaque unité est reliée à une centrale d'alarme incendie qui se déclenche dès qu'un détecteur de fumée est activé et produit alors une alerte à l'ECPS qui avise les agents de sécurité afin qu'ils localisent l'origine de l'émission de fumée grâce aux indicateurs d'actions

positionnés au-dessus des portes. Cinq à six extincteurs révisés annuellement sont positionnés dans chaque unité. Entre la fin 2018 et l'année 2019 l'ensemble des unités a reçu la visite de la commission d'arrondissement pour la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public. Les anomalies constatées ont fait l'objet d'une levée de réserves quelques mois plus tard. Au cours de l'année 2022 cinquante-six alertes incendies avérées ont été déclenchées par des émissions de fumée dues à l'usage du tabac dans les chambres.

Le service de sécurité est informé en temps réel par l'ECPS de la présence des patients qui sont isolés en chambre d'isolement ou en chambre hôtelière, l'ECPS étant en réseau avec les unités qui alimentent les dossiers des patients lorsque l'un d'entre eux est placé à l'isolement.

Les agents de sécurité assurent la formation à la sécurité incendie de l'ensemble des personnels médicaux, non médicaux et administratifs travaillant sur le site. Il s'agit d'une formation obligatoire qui fait l'objet de remises à niveaux régulièrement. Durant cette formation des entraînements à la manipulation des extincteurs sont entrepris.

En cas de nécessité d'ouverture rapide d'une unité, la porte de sécurité ne s'ouvre pas avec un système de barre antipanique mais avec une clé, ce qui pose un problème évident de réactivité lors d'une situation à risque.

5.1.3 Les agents de sécurité

Les agents de sécurité interviennent lorsque le système de protection du travailleur isolé (PTI) retentit.

Leur fiche de poste mentionne : « *Présence dans les unités de façon épisodique dans une optique dissuasive ou en l'absence d'un soignant, pour sécuriser les patients et les professionnels* » ; « *Présence bienveillante et rassurante lors de la réalisation de soins spécifiques d'un patient isolé et/ou contentionné* ».

Or les contrôleurs ont pu recueillir des témoignages et constater que les agents de sécurité interviennent physiquement, à l'encontre de majeurs et des mineurs, en première intention, pour aider les soignants lors d'une situation de crise, pour maintenir un patient afin de l'attacher ou encore afin de permettre une injection médicamenteuse. De même, les agents transportent par la contrainte dans leur véhicule les patients d'une unité à l'autre, si nécessaire en plaquant la personne au sol.

Ces pratiques professionnelles sont validées par la fiche de poste qui précise : « *Participation à la maîtrise, à l'isolement des patients agités aux différents mouvements au sein de l'unité et lors des transferts à la demande des équipes* ».

Enfin, les agents de sécurité peuvent être appelés dans les unités lorsque l'effectif soignant de sécurité n'est pas atteint, notamment la nuit lorsqu'un seul soignant se trouve en unité. Cette pratique est également validée dans la fiche de poste qui propose une « *contribution à l'effectif de sécurité lors de l'absence momentanée ou inopinée d'un soignant au sein des unités en vue de la protection des professionnels isolés* ».

RECOMMANDATION 16

Seul le personnel soignant d'un établissement de santé mentale peut intervenir dans la maîtrise physique et le transport des patients. Les agents de sécurité ne doivent pas compléter l'effectif soignant.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Aucune pratique de plaquage au sol du véhicule n'est connue. La seule intervention marquante exceptionnelle et unique a consisté à « plaquer » un patient agité contre un mur avec un matelas, pour l'empêcher de blesser les soignants en salle de soins, car il menaçait les personnels avec la bouteille à oxygène. Une fiche technique d'intervention a été rédigée précisant le rôle des soignants et le rôle de l'agent de sécurité dans les cas suivants : violence, risque de passage à l'acte, isolement et contention ».

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU NOMBREUSES A L'EXCEPTION DE CELLES MAINTENUES DEPUIS LA CRISE SANITAIRE DE COVID-19

5.2.1 Le rythme de vie

Aucune règle de vie ne fait l'objet d'un affichage dans les unités. Dans la journée les patients peuvent aller dans leur chambre dès qu'ils le souhaitent à l'exception de deux heures le matin afin d'en permettre le nettoyage. Les patients sont réveillés entre 7h15 et 7h30 afin de prendre leur traitement et le petit-déjeuner. L'heure du coucher n'est pas définie mais s'effectue généralement vers 23 heures. Les patios sont accessibles de 7h à 23h.

5.2.2 L'accès au tabac

Les patients conservent leur tabac, sauf contre-indication médicale ou lorsque la mesure de protection des biens impose une limite budgétaire. Les allume-cigares des patios et jardins sont souvent hors service. Certains patients disposent d'un briquet, d'autres sollicitent les soignants.

5.2.3 L'usage du pyjama

Le port du pyjama n'est imposé que sur décision médicale individualisée. Au début d'un isolement, le patient est généralement vêtu du pyjama institutionnel et la situation fait ensuite l'objet d'une réévaluation.

5.2.4 Les restrictions liées à la crise sanitaire de Covid-19

Alors que les restrictions gouvernementales concernant la crise sanitaire de Covid-19 sont terminées, le CHJ maintient certaines contraintes : absence d'activités collectives à la cafétéria, distance de sécurité lors des repas, obligation pour les familles de prendre des rendez-vous avant de rendre visite à leur proche, refus de certaines unités de faire entrer les proches et contrôle de la température des mineurs matin et soir.

RECOMMANDATION 17

Les restrictions encore en cours au motif de la crise sanitaire de Covid-19 doivent cesser.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Cette pratique a cessé, plus aucune restriction COVID n'est applicable ».

5.3 LE LIEN AVEC LES PROCHES EST MAINTENU MAIS LA CONFIDENTIALITE N'EST PAS RESPECTEE**5.3.1 La confidentialité de l'hospitalisation**

Il est mentionné dans le livret d'accueil que tout patient peut demander expressément que sa présence au centre hospitalier ne soit pas divulguée et deux notes de service traitent de cette question. La première de septembre 2014 a trait à la « *procédure de recueil d'une identité confidentielle* », c'est-à-dire à la demande de confidentialité requérant la non-divulgence de la présence du patient dans l'établissement et ne concerne que « *les professionnels de l'établissement eux-mêmes (en activité ou retraités) ou leur famille proche (conjoint, enfant), les personnes sous protection judiciaire et les personnalités VIP* ». L'identité réelle du patient reste connue de l'établissement et une identité confidentielle avec la date de naissance réelle est alors créée. La note de service du 5 mars 2015 relative à la procédure de recueil d'identité des patients hospitalisés sous anonymat ne concerne que « *le patient toxicomane au moment d'une admission volontaire au service de soins en addictologie* ». Une identité de substitution est alors attribuée. Il n'existe donc pas de protocole, note ou instruction écrite pour s'assurer du respect de la volonté du patient de ne pas voir sa présence dans l'établissement divulguée à l'extérieur.

RECOMMANDATION 18

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé à tout patient et faire l'objet d'un protocole impliquant tous les personnels y compris le standard.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « *Le standard ne transmet aucun nom de patient hospitalisé. Si une telle demande est formulée par une personne extérieure, l'appel est transféré à l'ECPS, si besoin auprès de la direction lorsqu'il s'agit d'une demande émanant des forces de l'ordre* ».

5.3.2 L'accès aux proches

Les visites des familles, généralement organisées de 14h à 18h, s'effectuent dans une pièce proche de l'entrée de l'unité. Les personnes autorisées à sortir peuvent se rendre avec leurs proches dans le parc ou à la cafétéria. Si les réunions ne sont pas autorisées dans les chambres, l'unité Rabelais autorise la venue dans la chambre du conjoint.

La plupart des patients conservent leur téléphone portable. Les autres doivent s'adresser à un infirmier pour émettre un appel. Les communications, ainsi que celles provenant de l'extérieur, sont transférées sur un point-phone qui, à l'exception de celui de l'unité Marvingt, se trouve dans un lieu de passage très fréquenté, le hall d'entrée des unités, de sorte que la confidentialité des échanges n'est pas préservée. En outre, si les patients peuvent recevoir des appels toute la journée, dans certaines unités, il n'est possible d'émettre un appel que de 17h à 19h.

RECOMMANDATION 19

Les communications téléphoniques doivent s'effectuer dans le respect de la confidentialité des échanges et toute restriction au contact avec les proches doit résulter d'une décision individualisée en lien avec l'état du patient.

Des moyens de correspondance peuvent être remis aux patients et le courrier est régulièrement acheminé par le vagemestre.

5.4 LE DROIT DE VOTE N'EST PAS ORGANISE

L'information relative tant au droit de vote dont toute personne sous tutelle a désormais le plein exercice, qu'à ses modalités, n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil et n'a pas fait l'objet de note de service diffusée dans les unités avant les dernières élections présidentielles.

Ainsi il n'a pas été porté à la connaissance des patients la possibilité de se déplacer à la gendarmerie pour faire établir une procuration ni envisagé celle d'un déplacement de la gendarmerie dans les unités à cette fin. Il n'a pas plus été prévu la possibilité d'un accompagnement des patients au bureau de vote.

Seul un patient a sollicité une permission de sortir « *afin de se rendre à son domicile pour aller voter* ».

RECOMMANDATION 20

L'exercice du droit de vote doit être rendu possible par tout moyen. L'information de ce droit et de ses modalités doit être assuré dans chaque unité à l'approche de toute échéance électorale.

5.5 SEUL L'ACCES AU CULTE CATHOLIQUE EST AISE

Sur le domaine foncier de l'hôpital se dresse, non loin de l'entrée, une vaste chapelle et une aumônerie catholique animée par un laïc. Quatre plages horaires de deux heures permettent l'accueil des patients tout au long de la semaine. En outre, un groupe de parole et de prière se réunit chaque vendredi. Le deuxième vendredi de chaque mois, une messe est célébrée par un prêtre de Metz.

Aucun affichage concernant l'accès aux cultes n'est visible dans les unités.

Les patients qui connaissent l'aumônerie s'y présentent et en profitent pour y lire des journaux et partager un café. L'aumônier peut se déplacer dans les unités à la demande des patients ou de leur famille. En cas de besoin, il peut également faire appel aux aumôniers servant d'autres cultes.

5.6 LA QUESTION DE LA SEXUALITE EST GENERALEMENT ABORDEE

Le règlement intérieur de l'établissement n'aborde pas expressément les questions de l'intimité et de l'accès à la sexualité. Il est toutefois indiqué que « *votre chambre est un espace privatif, seules les personnes que vous inviterez doivent y séjourner* ». Cette règle est reprise dans le livret d'accueil.

Ces questions ne sont pas traitées institutionnellement par l'établissement, que ce soit pour gérer les situations dans les unités ou pour définir une culture commune aux soignants. La préoccupation des professionnels des unités vise essentiellement à s'assurer que la relation est pleinement consentie, sans être liée à la pathologie ou aux effets induits de certains traitements.

Certaines unités disposent de préservatifs masculins susceptibles d'être remis aux patients en faisant la demande. D'autres unités estiment que les relations sexuelles sont interdites en centre hospitalier. L'US3A a entrepris une réflexion en lien avec la pathologie spécifique des patients autistes.

Pour les femmes, un bilan relatif à la contraception est réalisé par le médecin somaticien et un examen gynécologique peut être, le cas échéant, organisé.

L'intimité des patients des unités pour adultes n'est pas respectée (cf. § 4.1).

RECOMMANDATION 21

Une réflexion institutionnelle doit être engagée concernant l'accès à la sexualité et le respect de l'intimité.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Des préservatifs sont mis à la disposition des patients, une éducation à la santé est effectuée dans certaines unités ».

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

Les pratiques d'isolement et de contention concernant les mineurs sont présentées au titre 9.2.

6.1 LES CONDITIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EN CHAMBRE D'ISOLEMENT COMME EN CHAMBRE HOTELIERE SONT INDIGNES

6.1.1 Les chambres d'isolement

L'établissement compte officiellement, en psychiatrie adulte, sept CI localisées dans les unités Moulin, Baudoche, Koltès et US3A. Les unités Moulin, Baudoche et Koltès disposent chacune de deux CI. L'unité US3A n'en a en réalité qu'une, la seconde étant aménagée en chambre hôtelière dans l'attente du transfert de son occupant en MAS. Le projet de reconstruction (cf. § 2.1.3) prévoit une CI et une chambre d'apaisement par nouveau service.

Le mobilier des CI est réduit à un sommier métallique fixé au sol et doté de passe-sangles. En fonction de l'état clinique des patients isolés, le matelas est revêtu de draps, de couvertures ou de couvertures indéchirables. Aucune CI n'est équipée d'un pouf ou siège permettant au patient ou au soignant de s'asseoir.

Les patients isolés prennent leur repas assis à une table située dans le sas de la CI, accompagnés d'un soignant. Des couverts en plastique ou en bois ainsi qu'un gobelet leur sont remis.

Le patient ne peut pas, de manière autonome, allumer ni éteindre librement la lumière, ouvrir et fermer les volets et le sabot de la fenêtre. Les CI sont toutes dépourvues d'un accès direct à l'extérieur. Aucune horloge n'indique la date et, à l'exception de l'unité Koltès, les patients placés sous contention ne peuvent pas voir les cadrans.

Les toilettes des CI des unités Baudoche, Koltès et Moulin sont directement visibles à travers une vitre depuis le sas. Les fenêtres des CI des unités Baudoche et Koltès qui donnent sur la cour intérieure¹³ ne sont pas équipées d'un film plastique occultant, préservant l'intimité du patient.

Les salles d'eau ne sont pas équipées d'un miroir et celles des unités Baudoche et Moulin, sont revêtues de carrelage dont le descellement peut constituer des débris dangereux ; elles ne permettent pas au patient un accès autonome aux commandes de la chasse d'eau et du point d'eau, situées dans le sas d'entrée.

L'entretien des CI diversement vétustes est globalement correct mais le plafond de l'une des CI de l'unité Baudoche présente des traces de déjection.

En l'absence de dispositif d'appel, les patients doivent tambouriner sur la porte ou crier pour se manifester alors que certaines CI¹⁴ jouxtent des chambres hôtelières. En outre, le bureau infirmier et la salle de soins sont éloignés.

¹³ Les deux CI de Koltès sont concernées (le film plastique occultant est inefficace) ainsi qu'une CI de l'unité Baudoche.

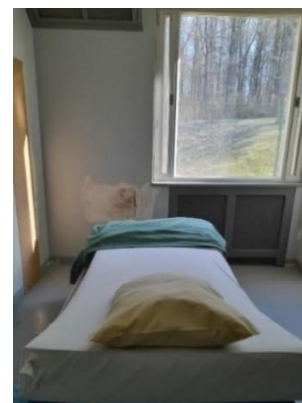
¹⁴ C'est le cas des CI des unités Baudoche et Jean Moulin.



CI unité J. Moulin



CI unité B. M. Koltès



CI unité C. Baudoche

RECOMMANDATION 22

Les chambres d'isolement doivent respecter l'intimité et la sécurité des patients et disposer d'un dispositif d'appel. Un pouf doit être mis à disposition des patients et des soignants et une horloge avec date doit être visible, y compris lorsque la personne est attachée. Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement.

6.1.2 L'isolement en espace non dédié

Des mesures d'isolement et de contention sont pratiquées dans les chambres hôtelières individuelles ; 78 mesures d'isolement ont ainsi été tracées en 2022. Ni bouton d'appel ni sonnette portative ne permettent d'alerter les soignants. Les patients sont visibles depuis le couloir par les fenestrons des portes, ou de l'extérieur, en l'absence de film plastique occultant. Du fait de l'absence de toilettes, les patients utilisent, au mépris de leur dignité, des chaises percées comme constaté par les contrôleurs dans l'unité Marvingt.

Or ces placements en isolement en chambre d'hospitalisation, représentant 19 % des mesures d'isolement, sont trop fréquentes pour être qualifiées d'exceptionnelles et correspondre à une situation clinique spécifique motivée par un psychiatre.

6.1.3 L'absence de conservation de la chambre hôtelière lors du placement en isolement

Pour faire face à la tension capacitaire, les CI comptabilisées dans la capacité hôtelière des unités, servent indifféremment de CI ou de chambre hôtelière :

- le patient ne conserve pas sa chambre hôtelière pendant son placement en CI. A la levée de la mesure, il reste en CI porte ouverte. Ses effets personnels sont mis dans des sacs plastiques dans le sas ou la CI ;
- des patients isolés sont déplacés la nuit pour libérer la CI et transférés au besoin dans une autre unité, parfois avec le concours des agents de sécurité (cf. § 5.1.3). A une fiche d'événement indésirable (FEI) de mai 2022 relatant la nécessité de réveiller en pleine nuit une patiente placée en CI pour accueillir un patient en SDT, il est répondu « aucune action possible » ;

- faute de chambre hôtelière, des patients de l'unité Koltès sont maintenus en isolement lorsque la seconde CI est occupée, les deux CI ayant un sas commun. En novembre 2022, le JLD a prononcé la levée d'une mesure pour ce motif. Par ailleurs, une FEI de juillet 2022 signale la « *nécessité de mettre un patient (M. A.) en CI à 11h15 (iso2). M. B (iso 1) n'a plus d'isolement de prescrit mais absence de lit administratif dans le service. Nous sommes donc contraints, par sécurité de laisser M. B. enfermé en CI (malgré l'absence de prescription) ce qui est contraire aux droits du patient et restreint ses libertés* ». L'administration y répond par « *Absence de lits sur l'établissement. Aucune action possible* ».

RECOMMANDATION 23

Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée, afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.

Les transferts de nuit de patients isolés et les prolongations artificielles des mesures d'isolement doivent cesser.

6.2 LE REGISTRE EST CONVENABLEMENT RENSEIGNE MAIS INSUFFISAMMENT ANALYSE

Le registre de l'isolement et de la contention est totalement informatisé. Il constitue une base de données exploitable, traçant toutes les mesures¹⁵ à l'exception de certaines décidées dans l'unité PIMMS (cf. § 6.3.4). Toutefois, le rapport annuel 2021 se borne à analyser globalement les mesures d'isolement et de contention au sein de l'établissement sans attention aux taux de recours au niveau de chaque unité.

Le registre n'est, à ce stade, pas exploité en continu comme un outil d'évaluation et de réflexion partagée sur les pratiques, au niveau des unités, des pôles comme de l'établissement en général même si des extractions ont pu être réalisées pour le rapport annuel.

Les contrôleurs ont sollicité la réalisation d'une analyse du registre d'isolement et de contention sur l'année 2022 et ont obtenu les données suivantes :

	File active tout patient	File active SSC	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Nb de mesures prises sur patient initialement en soins libres	Durée moyenne des mesures (en h)	Nb de mesures d'iso. supérieure à 72heures	Nb de patients ayant au moins une mesure de contention associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contention	Durée moyenne des contentions (en heures)
UHA	52	2	10	19,2 %	22	22	7,3	0	3	30 %	5,8 %	5	8
CAC	524	20	0	0					0				
Marvingt	272	204	14	5,1 %	30	4	135,2	10	5	28,6 %	1,8 %	16	7,56
Koltès	221	207	64	29 %	142	2	147	75	18	28,1 %	8,1 %	44	9,1

¹⁵ Sont également tracées les mesures d'isolement en espace non dédié et celles prises à l'encontre de patients en SL ainsi que les mesures de contention décidées en l'absence d'ouverture d'une mesure d'isolement.

Moulin	136	125	38	27,9 %	65	3	205,4	43	5	13,2 %	3,7 %	7	11,8
Rabelais	194	87	7	3,6 %	13	2	57,8	4	3	42,8 %	1,5 %	13	8,92
Baudocce	194	173	45	23,2 %	84	1	142,58	40	7	15,6 %	3,6 %	8	11,86
Migette	67	24	1	1,5 %	2	2	11,25	0	0	0 %	0 %		
Total hors UA CAC	715	531	161	22,5 %	412		130	172	47	27,3 %	6,6 %	137	9,3
US3A	35	5	10	28,6	52	49	28,4	4	8	80 %	22,8%	45	12,73
Pimms	22	0	2	9,1 %	3	3	5	0	0				

Les différences entre file active par service et file active totale s'expliquent par les mouvements de patients entre unités, après l'admission.

L'analyse du registre faite par les contrôleurs montre ainsi des pratiques variables selon les unités. **22,5% des patients adultes admis au sein de l'établissement ont ainsi eu au moins une phase d'isolement**, ce qui est supérieur à la moyenne des établissements contrôlés (19,3%)¹⁶ et reste élevé, les contrôleurs ayant par ailleurs rencontré des patients en CI qui n'étaient ni en situation de crise, ni en phase de violence. Trois unités se distinguent par des taux élevés (unités Koltès, Moulin et Baudocce).

Peu de patients ont été isolés en soins libres à l'exception des mineurs (cf. § 9.2).

Concernant la contention, 6,6 % des patients admis ont eu au moins une phase de contention, ce qui est supérieur à la moyenne des établissements contrôlés (5%) ; dans certains services elle est fortement associée à l'isolement (unité Rabelais).

De façon globale, la durée des mesures est supérieure à 72 heures.

Unité	Nb. total de mesures	Nb. de mesures ≥ à 72 heures	Taux de mesures ≥ à 72 heures
Baudocce	64	39	60,93
Rabelais	11	4	36,36
Moulin	50	39	78
Koltès	84	58	69,04
Marvingt	11	6	54,54

Hors les unités PIMMS, US3A et le CAC, la durée moyenne de l'isolement est de 130 heures soit 5 jours et 10 heures. La durée moyenne des contentions est de 9h29.

¹⁶ Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, rapport d'activité 2021 Pages : 30/399.

RECOMMANDATION 24

L'analyse du registre de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants et doit permettre de limiter le recours à ces pratiques. Le placement en chambre d'isolement doit être envisagé comme une décision de dernier recours après avoir mis en œuvre toutes les alternatives possibles.

6.3 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION RESTENT LARGEMENT CONSIDERES COMME UN SOIN**6.3.1 La politique du CHJ**

Alors que l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) précise que les pratiques d'isolement et de contention sont des décisions médicales, encadrées, évaluées et soumises au contrôle du JLD qui s'exercent, en dernier recours, en chambre dédiée et sécurisée, les documents rédigés par l'établissement pour les encadrer les qualifient de « *démarche thérapeutique* »¹⁷. Les plus récents d'entre eux font état « *d'isolement thérapeutique* » et utilisent le vocable de « *soin intensif* » et de « *prescription* »¹⁸.

Cette approche correspond à celle de nombreux soignants pour lequel l'isolement est un « *soin, nécessaire pour contenir et apaiser les patients* », indispensable eu égard au profil de certains. Le rapport d'étape de décembre 2022 indique que « *ce soin est globalement perçu comme un soin comme les autres, non comme un soin intensif et non priorisé vis-à-vis des autres soins, notamment vis-à-vis du temps passé avec le patient pour des entretiens d'évaluation, des médiations thérapeutiques* ». Il est souvent justifié par la nécessité de prévenir un risque, par exemple, un patient qui pourrait la nuit entrer dans les autres chambres. Le rapport d'audit qualité interne Isolement et contention (audit n°2022-04 du 29 novembre 2022) signale l'absence de réalisation systématique d'un entretien de vécu post-isolement avec le patient. Il déplore le fait que les mesures d'isolement ne sont analysées *a posteriori* ni avec le patient ni en équipe pour chaque patient. Il n'existe aucun dispositif de retour d'expérience sur les mesures d'isolement et de contention au sein des services.

Alors qu'une réflexion institutionnelle est engagée depuis 2009, il n'existe aucun espace d'apaisement à l'exception de celui de l'unité Marvingt, fonctionnel depuis avril 2022. Son utilisation ne fait malheureusement pas l'objet d'une traçabilité permettant d'en analyser l'impact sur les mesures d'isolement et la sédation.

RECOMMANDATION 25

Les soignants doivent être formés aux alternatives à l'isolement et à la contention.

¹⁷ Document déclinant la procédure d'isolement et / ou de contention mécanique, modifié en août 2018, en vigueur au moment du contrôle.

¹⁸ *Projet de révision de la procédure d'isolement et / ou de contention mécanique* (janvier 2022) et *rapport/ point d'étape, pratiques paramédicales, isolement et contention* (décembre 2022) du groupe de travail instauré en 2021.

6.3.2 Les examens médicaux

Les contrôleurs constatent comme mentionné dans le rapport d'audit¹⁹ qu'il n'y a pas de visite systématique par un somaticien en isolement ou contention sauf pour les prescriptions d'un traitement préventif de la phlébite au-delà de 48h de contention.

Le patient placé en CI n'est pas vu deux fois par jour par un psychiatre, contrairement à ce que laisse penser la capture d'écran remise au JLD (cf. § 7.3.3). Un document de juin 2021²⁰ indique par ailleurs qu'en semaine, le premier renouvellement du placement en isolement est effectué par le psychiatre de permanence de sécurité après un tour téléphonique des unités avant 18h30 et par le psychiatre de garde après tour téléphonique des unités, le samedi soir, le dimanche soir et les jours fériés.

Les mesures initiées par un interne ne sont pas toujours validées par un sénior. Au mois de janvier 2023, le JLD a ordonné la levée de trois mesures pour ce motif.

RECOMMANDATION 26

Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen par un somaticien.

Chaque patient en isolement doit bénéficier de deux évaluations médicales par 24 heures.

Toute décision ou renouvellement d'isolement ou de contention prise, après examen du patient par un médecin non-psychiatre, doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre.

6.3.3 Des patients en soins libres isolés

Des patients en SL sont isolés et contenus, sans modification à bref délai de leur régime d'hospitalisation. Par exemple, en 2022, la transformation du statut d'un patient de l'unité Marvingt, isolé en espace non dédié 63 heures, n'est intervenue qu'au bout de 40h58. A l'unité Moulin, le statut d'un patient en SL isolé et sous contention pendant 283h, n'a été transformé qu'après un délai de 22h22. Un patient de l'unité Rabelais a été isolé en espace non dédié 12heures sans transformation de son statut puis une seconde fois le jour suivant dans les mêmes conditions avec transformation de son statut au bout de 21h40.

Le taux d'isolement de l'unité PIMMS, où seuls des patients en SL sont hospitalisés, est de 9,1%.

RECOMMANDATION 27

Une décision d'isolement pour des patients en soins libres ne doit être maintenue au-delà de quelques heures que si une démarche de soins sans consentement est engagée.

6.3.4 Des isolements « si besoin »

Quelques patients de l'unité à caractère médico-social PIMMS, dans laquelle aucun psychiatre ne se rend jamais, sont sous le coup d'une « *prescription d'isolement de 15 minutes dans leur chambre si besoin avec une prescription de sédation si besoin* » établie par un médecin

¹⁹ Audit n°2022-04 du 29 novembre 2022.

²⁰ Isolement et contention : organisation médicale des renouvellements, référence FT04-PSY-CME-001.

généraliste. A la date du contrôle, deux patients sont régulièrement enfermés 15 minutes par 15 minutes « *si besoin* », pour avoir, par exemple, fumé en chambre, avoir été insultant envers un autre patient ou virulent envers les soignants. Une des décisions indique la « *possibilité de temps de retrait de 15 minutes prescrit en chambre pour désescalade* ». Ces mesures d'isolement qualifiées de « *dérogation par le médecin* » ne sont pas tracées. A l'illégalité de telles mesures s'ajoute le fait que le service de sécurité-incendie n'est pas informé en temps réel de ces enfermements puisque l'ECPS, chargé de faire le lien, n'en a pas connaissance.

RECOMMANDATION 28

Les pratiques d'enfermement en chambre « si besoin » au sein de l'unité PIMMS doivent cesser immédiatement.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP NE JOUE PLUS SON ROLE DEPUIS QUATRE ANS MAIS LES REPRESENTANTS DES USAGERS S'ESTIMENT PRIS EN COMPTE

La dernière visite de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) date de l'année 2020 et le dernier compte-rendu de visite a été rédigé en 2019. Il indique notamment que la venue de la commission n'avait pas été annoncée dans les unités et que les patients n'en avaient pas été informés de sorte qu'ils n'avaient pu solliciter d'entretien.

Son nouveau président a programmé deux visites du CHJ les 8 mars et 15 novembre 2023.

RECOMMANDATION 29

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer l'ensemble de ses missions et la direction du centre hospitalier doit informer les patients de sa venue et leur permettre d'être entendus.

L'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et l'association la Croix bleue représentent les usagers à la CDSP et à la commission des usagers (CDU). Rencontrées par les contrôleurs, elles s'estiment associées aux différents groupes de travail et consultations organisés par le CHJ. Elles ont émis plusieurs propositions et suggestions qui ont été prises en compte par l'établissement.

Pour une file active de 1284 patients en 2022, seules 275 personnes ont renseigné le questionnaire de satisfaction. Ces questionnaires concernent pour les trois quarts des patients du CAC et du service des addictions. Ils sont très peu et très inégalement remplis à la sortie des UH, sans analyse particulière de la part de l'institution. Aucun affichage n'est réalisé en unité. Aucun enseignement ne peut en être tiré.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI, INSUFFISAMMENT RENSEIGNE, N'EST PAS CONTROLE PAR LES AUTORITES

7.2.1 La tenue du registre

Le bureau des admissions veille au bon déroulement de la procédure des SSC, s'assure que les certificats médicaux sont transmis dans les délais, relance les unités hospitalières afin de disposer des notifications des droits, décisions et voies de recours. Les dossiers des patients sont complets et convenablement tenus.

Le registre de la loi renseigné par le bureau des admissions par date d'admission se présente comme un grand cahier. Une réflexion est en cours pour l'informatiser et faciliter l'intégration des informations obligatoires ainsi que de toutes les décisions rendues.

Alors qu'il doit permettre de comprendre immédiatement la situation juridique de la personne, le registre est incomplet. Les copies des décisions de mise sous protection n'y figurent pas, ni à titre d'information, ni dans leur reproduction. Le nom et les coordonnées du tiers ne sont pas systématiquement précisés. Les décisions du directeur n'apparaissent jamais, de même que les dispositifs des décisions du JLD. Enfin, les dates des notifications faites aux patients ne sont pas reproduites : décisions d'admission, de maintien et du JLD.

Les certificats médicaux des 24h, 72h et mensuels sont horodatés et remis dans des délais permettant au directeur et au préfet de prendre une décision en respectant les échéances légales. La majeure partie des décisions s'approprie les termes des certificats médicaux, sans ajouter de motivation particulière, ce qui rend d'autant plus nécessaire la communication au patient de la copie des certificats afin de lui permettre de comprendre les raisons conduisant à son hospitalisation sous contrainte (cf. § 3.4.2, recommandation n°11).

Les passages en programme de soins ainsi que la réunion du collège des professionnels sont en général retranscrits.

Les certificats médicaux des registres consultés n'appellent pas d'observation particulière.

RECOMMANDATION 30

Les informations requises par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique doivent être obligatoirement reportées dans le registre de la loi.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Suggestion de rajout : Le registre de la Loi est tenu en version informatisée depuis plusieurs mois à l'aide d'un logiciel dédié (solution planipsy), en complément de la version papier. Il n'y a pas de contre-indication à ce que le registre de la Loi soit dématérialisé totalement, pour faciliter le fait que toutes les informations obligatoires y figurent, de façon automatisée ».

7.2.2 Les contrôles du registre

L'examen du registre ne fait pas apparaître de visa des autorités de contrôle. Le dernier compte-rendu de la CDSP date de 2019 et la direction du CHJ n'a pas porté son contenu à la connaissance des agents concernés (cf. § 7.1).

RECOMMANDATION 31

Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, le préfet de la Moselle, le président du tribunal judiciaire de Metz, le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Metz et le maire de Jury-les-Metz, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter au registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

7.3 LES DOCUMENTS TRANSMIS AU JLD CONCERNANT LES ISOLEMENTS ET CONTENTIONS NE PERMETTENT PAS UN CONTROLE EFFECTIF

7.3.1 L'organisation de l'audience contradictoire

Les relations entre le bureau des admissions et le greffe du JLD sont de qualité. La liste des pièces à transmettre avec la saisine en vue de l'audience des 12 jours et six mois a été élaborée en accord avec le JLD. Les personnes en charge de la protection des majeurs sont généralement avisées par mail ou par téléphone par le greffe du JLD mais sont rarement présentes à l'audience. Certains organismes transmettent toutefois une note d'information exposant la situation de leur protégé.

Les avocats disposent d'un dossier complet. Habituellement désignés au titre de la commission d'office, ils ont auparavant suivi une formation spécifique. Des moyens de nullité sont régulièrement soulevés.

Les audiences organisées les mardi et jeudi matin concernent les patients du CHJ et ceux du CH de Lorquin. Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mardi 7 février 2023. La salle d'audience est lumineuse et spacieuse. Les personnes convoquées attendent dans un large hall et les avocats disposent d'une salle d'entretien préservant la confidentialité des échanges.



Salle d'audience du JLD

Le magistrat et le greffier sont en civil. Les patients, accompagnés par un soignant qui reste dans le hall, portent des vêtements de ville, y compris les isolés.

Le magistrat effectue les présentations, explique le cadre légal et le déroulement de l'audience. Le patient peut s'exprimer et faire valoir sa position.

Les décisions, le plus souvent mises en délibéré afin de répondre aux nullités soulevées, sont transmises dans l'après-midi au bureau des admissions qui les achemine vers les unités concernées où, selon les cas, elles sont notifiées par un médecin, un cadre de santé ou un soignant. Le manque de formation ne permet pas de donner des explications pertinentes (cf. § 3.4.2, recommandation n°11). Une copie est donnée au patient. S'il la refuse, elle est placée dans un dossier remis à la sortie d'hospitalisation.

7.3.2 Les décisions prises à l'issue de l'audience contradictoire

Selon les données statistiques fournies par le CHJ, 518 patients ont été convoqués devant le JLD en 2022 et 425 étaient présents. Les 93 personnes absentes correspondent aux mesures levées avant le douzième jour, aux personnes dont l'état n'était pas compatible avec leur comparution en audience et aux personnes ayant refusé de rencontrer le juge²¹. Seize décisions ont ordonné la levée de l'hospitalisation.

En 2022, toutes les personnes ont été convoquées au titre de l'audience obligatoire des 12 jours ou des six mois. Aucun patient n'a spontanément saisi le magistrat d'une demande de levée de

²¹ Ce chiffre ne peut pas être affiné puisque le CHJ ne tient pas de statistique plus précise et que les chiffres de la juridiction confondent les deux lieux de soins convoqués, soit le CHJ et le CH de Lorquin.

la mesure de contrainte. Les patients interrogés dans les unités n'ont d'ailleurs pas connaissance de cette possibilité légale.

RECOMMANDATION 32

Les patients doivent être informés de la possibilité de saisir le juge d'une demande de levée de la mesure de contrainte hors les audiences obligatoires des douze jours et six mois.

7.3.3 Le contrôle des isolements et contentions

Des réunions ont été organisées entre le CHJ et les JLD afin de clarifier le circuit de communication des mesures d'isolement excédant 48h et de celles de contention excédant 24h. Saisi par l'établissement à 236 reprises²² (environ 40 par mois) du mois d'août 2022 au mois de janvier 2023 inclus, le JLD a ordonné la levée de 31 mesures²³. Il n'est jamais intervenu dans le cadre de l'article L. 3211-12 I du CSP qui prévoit sa saisine à tout moment. Cela peut s'expliquer par le fait que la personne isolée ne reçoit aucun document expliquant ses droits dès le début de l'isolement. A l'approche des 72 heures, il lui est notifié que le JLD doit intervenir, qu'un avocat peut être désigné et qu'elle peut demander à être entendue par le magistrat. La personne isolée n'est pas non plus convenablement avisée de la possibilité de prévenir ou non ses proches. Lorsque les proches sont avisés, il ne leur est pas clairement expliqué qu'ils ont le droit de demander la levée de la mesure au juge. Le rapport d'audit²⁴ déplore l'absence de traçabilité dans le dossier patient informatisé de la délivrance de ces informations.

RECOMMANDATION 33

L'information de la personne isolée et éventuellement contenue doit être assurée au moment de la prise de décision par la remise d'un support écrit lui précisant ses droits. Dans le respect de la volonté du patient, les proches doivent être informés de la possibilité qui leur est offerte de saisir le juge des libertés et de la détention pour demander la levée de la mesure d'isolement ou de contention.

Le JLD reçoit du CHJ un dossier comprenant les décisions de SSC et les certificats médicaux correspondant. Concernant les décisions d'isolement et de contention, des captures d'écran du dossier patient informatisé lui sont adressées. Extraites du volet isolement et contention, elles mentionnent le nom du psychiatre décideur de la mesure d'isolement avec la date et l'heure de la prolongation de 12 heures et indication de l'état du patient. Ces éléments laissent à penser que le patient a fait l'objet d'une évaluation médicale à deux reprises dans les 24 heures et que les éléments justifiant le maintien de la mesure relèvent d'un constat médical, ce qui n'est en réalité pas le cas. En effet, les patients placés en isolement voient généralement un psychiatre dans le courant de la matinée mais l'évaluation de fin d'après-midi n'est pas réalisée. Un document du CHJ valide le fait que le médecin de garde réalise un « *tour téléphonique* » des

²² Ces saisines n'ont concerné que des mesures d'isolement, les mesures de contention ne dépassant pas 48 heures.

²³ Sur 31 levées prononcées pendant cette période, 18 l'ont été pour absence de caractérisation du dommage immédiat ou imminent et 3 pour avoir été décidées ou renouvelées par un interne sans validation par un sénior.

²⁴ *Supra* n°17.

unités afin de s'enquérir de l'état du patient et rédige ensuite la décision de prolongation sans entretien avec la personne isolée (cf. § 6.3.2).

RECOMMANDATION 34

Afin de permettre au juge des libertés et de la détention d'effectuer le contrôle des mesures d'isolement et de contention, le centre hospitalier de Jury-les-Metz doit lui adresser les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin, par 24 heures pour les isolements et par 12 heures pour les contentions.

8. LES SOINS

8.1 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE

8.1.1 Les pratiques cliniques

Le projet médico-soignant de l'établissement est complété par un projet de pôle et plusieurs projets de service de diverses factures. Ces écrits abordent la prise en charge des patients, sans toutefois aller jusqu'à la description des missions remplies au quotidien par les différents professionnels impliqués (sauf ceux relatifs à l'EPSIAD).

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et dans les unités, un médecin est toujours joignable, même si de nombreuses demi-journées sans présence médicale ont été rapportées il y a quelques mois dans plusieurs unités.

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre, de manière plus formalisée dans certaines unités comme Marvingt par exemple. Les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier dans la limite de leur disponibilité.

Des réunions cliniques se tiennent régulièrement dans chaque service mais de manière récente pour certains ; elles associent l'ensemble des acteurs des projets de soins : psychiatres, travailleurs sociaux, aides-soignants, infirmiers, éducateurs, psychologues. Aucun pharmacien ni médecin généraliste ne participe toutefois à ces réunions (cf. § 8.1.3 et 8.2).

Peu de services tiennent des réunions de synthèse permettant la préparation à la sortie.

Aucune réunion soignants-soignés n'est mise en place ; un groupe de parole se réunit toutefois régulièrement au sein de l'espace AIRMES (cf. § 8.1.2).

Les familles de la personne hospitalisée sont associées aux soins. Le dispositif de psychoéducation Profamille est mis en œuvre sur la thématique de la schizophrénie²⁵.

Durant le contrôle se mettait en place le dispositif de médiateur pair au sein du pôle 4, pour l'extra hospitalier, en application du projet médico-soignant 2021-2025.

Aucune réunion entre les médecins de chaque pôle ni entre les cadres et médecins des différents pôles ne permettent d'aborder les problèmes institutionnels, les pratiques ou de débattre de cas cliniques complexes. Seul un séminaire mensuel a été initié en janvier 2023 au sein du pôle 4. Il accompagne la formation des internes et médecins stagiaires étrangers à travers la présentation d'une thématique prédéfinie. Le sujet du 9 mars 2023 indique : « *soins sans consentement et mesures d'isolement et de contention* ».

La permanence des soins est assurée par un interne de garde présent sur le site du CHJ et un sénior praticien de garde sur le site du CHR de Metz.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

En dehors des salons de télévision, de jeux de société, d'un ping-pong ou d'un babyfoot à disposition, quelques activités sont proposées dans les unités. Les services disposant d'un éducateur parviennent à proposer davantage d'activités, y compris en utilisant les espaces collectifs puisque certains services n'ont pas de salle destinée à y développer des activités. Les possibilités d'animation d'activités par des soignants restent limitées en raison d'un

²⁵ 14 séances de quatre heures durant un an au profit d'un groupe de 25 personnes.

fonctionnement majoritairement à effectif de sécurité (cf. § 2.3.2). Aucune unité ne bénéficie de la présence d'ergothérapeute ou de psychomotricien.

En revanche, l'espace AIRMES propose des activités thérapeutiques, occupationnelles et sportives, inscrites dans les projets thérapeutiques des personnes accueillies dans les différentes structures du CHJ : art thérapie, esthétique, relaxation, musicothérapie et activité musicale, peinture et art graphique, activités physiques et sportives, modelage et sculpture, salle d'éveil multi sensoriel (approche Snoezelen²⁶), atelier d'écriture, massage et théâtre. Le programme de ces activités n'est malheureusement pas affiché dans les unités. Une cafétéria ouverte à tous les patients du lundi au dimanche se situe au sein de cet espace. Les activités occupationnelles, qui y étaient organisées, n'ont pas encore repris depuis la pandémie du Covid-19 (cf. § 5.2.4).



Cafétéria



Salle d'activité

Les locaux d'AIRMES sont vastes et adaptés, avec de nombreuses salles d'activités et deux gymnases.

L'équipe comprend deux IDE (en charge de la relaxation, la musicothérapie, l'art thérapie, atelier écriture), deux animateurs d'éducation physique adaptée, un ergothérapeute, un aide-soignant (gérant les ateliers occupationnels et la vie de la cafétéria) et une diététicienne.

Toutes les activités sont prescrites par les médecins des services et intègrent les projets de soins (cinq nouvelles prescriptions sont reçues en moyenne chaque semaine). Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients, apportant leur regard sur le patient. 406 patients ont bénéficié de 12 actes chacun en moyenne en 2022, en soins libres comme en SSC.

²⁶ L'accompagnement Snoezelen a pour objectifs de favoriser la détente corporelle et la relaxation, d'améliorer l'humeur, de multiplier les expériences sensori-motrices, spatiales, corporelles et proprioceptives, de proposer un espace calme, détendu où le sentiment de confiance à l'autre règne, de diminuer les angoisses, le stress, les troubles du comportement et l'agressivité, d'entrer en relation avec l'autre et son environnement, d'augmenter l'estime de soi et de diminuer le recours aux médicaments.



Salle d'activités physiques adaptées

Des membres de l'équipe d'AIRMES se déplacent également à la rencontre des patients au sein des UH Baudoche et Moulin.

8.1.3 L'accès aux traitements

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHJ. Trois pharmaciens (2,5 ETP) et 3,8 ETP de préparateurs en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement y compris ses structures médico-sociales soit 197 lits d'hospitalisation complète et places de MAS. Il n'y a pas d'interne mais plusieurs externes. Un pharmacien d'astreinte assure la permanence.

Les médicaments sont livrés dans les unités en dispensation journalière individuelle nominative. Leur distribution est effectuée dans les unités principalement dans le poste de soin infirmier, porte ouverte²⁷, les patients faisant la queue dans le couloir, plus rarement au réfectoire lors du repas. Cette organisation ne permet pas le respect de la confidentialité et n'est pas propice à la délivrance d'explications.

RECOMMANDATION 35

La distribution des médicaments doit permettre le respect du secret médical.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « La délivrance des médicaments est reglobalisée, seule deux unités sont en délivrance nominative, qui est hebdomadaire et non journalière. La procédure applicable ne prévoit pas l'administration avec la porte ouverte ».

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100% des prescriptions, soit, en 2021, 13 606 ordonnances pour 166 931 lignes de prescription, générant 2 016 remplacements de médicaments. Toutes les propositions de modification sont acceptées par les prescripteurs.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques (seuls les étudiants en diplôme de formation approfondie en sciences pharmaceutiques deuxième année y sont invités), mais ils développent l'éducation thérapeutique en extrahospitalier.

²⁷ Ce qui fait dire à un patient « c'est gênant, surtout lorsqu'ils nous demandent si on est allé à la selle ».

La conciliation médicamenteuse est mise en place pour les patients de plus de 65 ans avec des entretiens à l'entrée de l'hospitalisation²⁸.

Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ne se tiennent plus et sont remplacées par des points pharmaceutique débattus en sous-commission de la CME.

8.1.4 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Au moment du contrôle, 52 patients étaient présents au sein de l'établissement depuis plus de 292 jours, dont 14 à l'unité PIMMS, 13 à l'US3A, 4 à l'unité Rabelais, 3 à l'unité Baudoche, 5 à l'unité Koltès, 9 à l'unité Moulins et 4 à l'unité Marvingt.

Tous les patients des unités PIMMS et US3A ont une orientation par décision de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour une MAS, un foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou un foyer d'accueil spécialisé (FAS).

Dans les unités, les soignants et travailleurs sociaux rapportent le manque d'accès aux structures médico-sociales. Par ailleurs, ils déplorent la durée des séjours temporaires proposés en FAM et FAS, de six mois, avec retour à l'issue au CHJ, tant qu'une place n'est pas disponible. Ces séjours, parfois répétés et ne débouchant pas rapidement sur une solution pérenne d'hébergement, sont sources de déstabilisation des patients.

8.2 LES SOMATIENS NE SONT PAS PLEINEMENT INTEGRES A LA PRISE EN CHARGE ET L'ACCES A L'ADDICTOLOGIE N'EST PAS ORGANISE

8.2.1 L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des UH, par quatre médecins généralistes à temps complet. Chaque médecin a la charge de deux à trois unités et remplace ses collègues lors des congés. Un des généralistes assure la coordination des quatre ; un autre assure la chefferie du service PIMMS.

Les quatre médecins disposent d'un bureau au sein d'un bâtiment spécifique en dehors des structures d'hospitalisation. Ils ne passent dans les services que sur demande afin d'examiner les patients admis, voir en consultation ceux signalés par les soignants et psychiatres. Ils ne viennent pas examiner systématiquement les patients admis en CI et sont sollicités pour l'administration d'anticoagulant pour une contention dépassant 48 heures (cf. § 6.3.2).

Le médecin généraliste ne participe, ponctuellement, aux réunions cliniques que dans deux unités. Il n'est pas invité à participer aux réunions de synthèse de préparation à la sortie.

Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès d'un gynécologue. Un des quatre généralistes est compétent pour réaliser ces examens mais ne dispose pas d'un bureau de consultation spécifique adapté. Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés majoritairement au sein du CHR mais aussi auprès des professionnels libéraux du territoire. Lors des hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), un infirmier de psychiatrie doit rester présent avec le patient hospitalisé, y compris la nuit, s'il est en SSC.

Un pédicure et un orthophoniste se déplacent sur demande au sein de l'établissement mais pas de kinésithérapeute.

²⁸ 56 patients en ont bénéficié en 2021 (21 en 2019).

Les médecins généralistes n'animent pas de réunion d'éducation à la santé.

8.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

Aucun CSAPA n'intervient sur le site. La clinique des addictions tout comme l'équipe de liaison et de soins en addictologie du CHR n'assurent aucune mission d'addictologie au profit des patients hospitalisés au CHJ.

Les patients n'ont ainsi pas accès aux soins d'addictologie durant leur hospitalisation. En revanche, des rendez-vous sont pris avec les structures partenaires lors de la sortie d'hospitalisation.

Le projet médico soignant 2021-2025 indique le souhait d' « *engager une réflexion autour de la création du dispositif d'équipe mobile d'addictologie en intra hospitalier.* »

RECOMMANDATION 36

L'accès aux soins d'addictologie doit être organisé dès le début de l'hospitalisation.

8.3 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS PRODIGUES N'EST PAS TOUJOURS RECHERCHE

La recherche du consentement est mentionnée comme un des objectifs du projet médico-soignant 2021-2025 mais sans être précisée.

Les projets de soins individualisés sont expliqués aux patients lors de chaque entretien avec le psychiatre. Le contenu des certificats médicaux n'est cependant pas explicité par tous les médecins qui ne recueillent pas toujours les observations des patients et ne les mentionnent que dans le dossier médical et non sur les certificats.

Lors de l'admission, la désignation de la personne de confiance est systématiquement proposée mais celle-ci n'est pas contactée et sa signature n'est pas recherchée ou obtenue. Cette personne de confiance n'est pas associée en tant que telle à la compréhension des soins proposés et à la recherche du consentement aux soins ; elle n'est, par exemple, pas invitée aux réunions de synthèse clinique.

L'établissement n'a pas encore mis en place les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise (ou plan de prévention des crises). Ces directives sont d'autant plus importantes que l'information des tiers lors des phases d'isolement est conditionnée à la volonté du patient qui doit être recueillie avant la phase de crise et reformulée lors de celles-ci. Toutefois, la mise en place d'un « *plan de crise conjoint* » est prévue dans la mise en œuvre du projet médico-soignant (feuille de route d'octobre 2022) à destination des personnes prises en charge depuis plus de six mois en CMP.

RECOMMANDATION 37

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie (ou plan de prévention des crises) et sur la mobilisation des personnes de confiance.

Concernant le consentement aux traitements, 51 patients bénéficiaient, au moment du contrôle, de prescriptions actives de « *traitements injectables en si besoin* », principalement motivées par l'indication « *si agitation ou/ et refus de traitement per os* ». Ces patients se trouvaient dans

toutes les unités et les molécules comprenaient majoritairement du Loxapac[®], du Tercian[®] et du Nozinan[®]. Des prescriptions « *si besoin* » sont ainsi réalisées par voie injectable intramusculaire, de force, parfois avec l'intervention des agents de sécurité (cf.§ 5.1.3). La traçabilité du consentement des patients à la prise médicamenteuse n'est pas mise en œuvre et aucune procédure de recueil systématique du consentement des patients n'a été élaborée.

Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient. Seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.

RECOMMANDATION 38

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

8.4 DES AUTORISATIONS DE SORTIE SONT DECIDEES ET DES PARTENARIATS SONT NOUES POUR FAVORISER LA SORTIE D'HOSPITALISATION

Les médecins du CHJ autorisent volontiers des autorisations de sortie destinées à maintenir un lien social, vérifier les capacités d'autonomisation et préparer une sortie. Les assistants sociaux et éducateurs sont mobilisés pour accompagner les patients dans leurs démarches. Des visites à domicile et des visites de préadmission vers des structures d'accueil comme des EHPAD²⁹ sont organisées. La dynamique de l'établissement peut être freinée par le manque de personnel soignant disponible en journée (cf. § 2.3.2).

Les tuteurs et curateurs sont sollicités pour préparer la sortie.

Des programmes de soins (PDS) alternatifs à l'hospitalisation complète, peuvent également être mis en œuvre et constituent souvent une étape intermédiaire du processus de levée de la mesure de SDRE. Ainsi, au moment du contrôle, 35 personnes en SDDE et 142 en SDRE sont suivies en PDS.

Le départ du CHJ se heurte à la difficulté de trouver des orientations spécialisées et certains patients restent dès lors hospitalisés alors que leurs besoins ne sont plus en adéquation avec la prise en charge proposée (cf. § 8.1.4).

La problématique du logement est également prégnante et l'établissement cherche à proposer de nouvelles solutions.

L'équipe du réseau des alternatives à l'hospitalisation (ERAH) et la structure intermédiaire d'accompagnement soignant (SIAS) interviennent sur le dispositif d'accompagnement au logement se répartissant comme suit :

- résidences d'accueil (37 places), maison relais (12 places) et résidence sociale (15 places) ;
- familles gouvernantes (17 places) et famille d'accueil (3 places) avec l'objectif de recruter 5 familles prêtes à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques ;

²⁹ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- appartements transitionnels (10 places), habitat inclusif (8 places) et intermédiation locative (19 places).

De nombreux partenariats sont en place et sont également entretenus avec les CMP : pour exemple, avec Géronto Nord, professionnels accompagnant des personnes âgées et leurs aidants ou encore avec l'établissement de soin de suite et de réadaptation de Charleville-sous-Bois acceptant l'hospitalisation séquentielle de patients suivis par le pôle 4.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PATIENTS DE L'UNITE D'HOSPITALISATION DES ADOLESCENTS SUBISSENT DES RESTRICTIONS DE LIBERTE NON INDIVIDUALISEES ET NE PEUVENT PAS SUIVRE D'ENSEIGNEMENT

9.1.1 Présentation générale de l'unité

L'UHA est une unité d'hospitalisation programmée, destinée à des jeunes de 12 à 20 ans issus des départements de la Moselle, de la Meuse et du Nord de la Meurthe-et-Moselle. Les indications les plus fréquentes sont un syndrome dépressif avec ou sans idée suicidaire, des troubles anxieux invalidants avec déscolarisation, une ingestion médicamenteuse volontaire et des troubles du comportement. Au premier jour du contrôle, six patients âgés de 12 à 16 ans étaient accueillis. L'unité ne connaît jamais de suroccupation.

Elle est installée dans un bâtiment à l'écart des autres unités dévolues aux adultes, à proximité d'un terrain de football et d'une salle de sport. Présentée comme une unité ouverte, les patients y sont de fait enfermés bien qu'essentiellement considérés en soins libres.

L'UHA est dotée de neuf lits (cinq chambres individuelles et deux doubles). S'y ajoutent une chambre d'isolement et un espace d'apaisement.

Les chambres, globalement en bon état, sont d'une surface de 13,1 m² pour un patient seul et de 23,3 m² pour deux patients (hors espace sanitaire).



Vue extérieure



Chambre individuelle



Chambre double

Les adolescents peuvent utiliser plusieurs salles communes : un espace avec une table pour dessiner, un baby-foot et une table de ping-pong, un salon télévision, une salle multimédia (2 PC et un écran pour jeux vidéo, sans accès libre en raison du risque affiché d'exposition à des vidéos pornographiques).

Un patio intérieur de 68 m² est accessible de 9h à 20h30 (au moment du contrôle, ce patio est fermé, l'un des patients mineurs nécessitant une surveillance permanente). Un très vaste espace grillagé extérieur, avec un poulailler et un terrain de sports, n'est utilisé que lorsqu'un soignant peut y accompagner les patients.



Salle à manger



Salle télévision



Salle d'apaisement

Les repas sont pris avec deux soignants, ce qui favorise la convivialité et l'établissement de liens. Un goûter est servi à 16 heures.

Le personnel est composé en ETP de 11,5 IDE, 3 éducateurs, 0,5 psychologue, 0,8 secrétaire, 0,8 cadre, 0,4 assistante sociale, 0,3 médecin, 0,5 interne, 1 médecin étranger.

9.1.2 L'admission et le recueil du consentement

Les jeunes sont presque exclusivement hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux. Un seul a été hospitalisé en SDRE pour une durée de deux jours en 2022. Le dernier, hospitalisé en 2023, est devenu majeur peu après son admission.

Le formulaire de « *Demande d'hospitalisation d'un adolescent mineur (moins de 18 ans) à remplir par le représentant légal* » ne prévoit pas expressément la signature de tous les représentants légaux, habituellement père et mère. De fait, les 40 demandes d'hospitalisation intervenues en 2022 examinées par les contrôleurs sont très majoritairement signées (92,5%) par un seul des deux parents³⁰.

Les mineurs disposant d'un discernement ne sont pas officiellement consultés et ne peuvent pas donner leur avis.

RECOMMANDATION 39

Lorsqu'un mineur est accueilli en service de psychiatrie sur demande parentale, l'autorisation de soins doit être signée par tous les titulaires de l'autorité parentale. Un mineur a le droit de participer à la prise de décision de son hospitalisation et son consentement à la mesure doit être effectivement recherché et ses observations doivent être sollicitées et consignées.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Les visites de préadmission sont proposées systématiquement afin de préparer l'admission et de travailler le consentement, l'avis de l'adolescent est systématiquement demandé, bien que non tracé, en ce qui concerne son hospitalisation. La traçabilité a été organisée après la visite du CGLPL, par la rectification du formulaire d'admission du mineur et sa signature y est demandée ».

³⁰ Trois sont signées par les deux représentants légaux, 29 par la mère seule, 8 par le père seul.

9.1.3 Les restrictions de liberté

L'accord et l'avis des parents, pas plus que ceux du mineur, ne sont recueillis s'agissant des actes de la vie quotidienne (l'usage du téléphone, l'accès au tabac, les modalités de sortie par exemple). Les représentants légaux ne sont pourtant pas privés de l'exercice de leur autorité parentale du fait de l'hospitalisation et ils doivent être associés aux décisions concernant leur enfant.

Alors que toute restriction de liberté doit résulter d'une décision individualisée et répondre à une nécessité thérapeutique, les patients de l'UHA, qu'ils soient mineurs ou majeurs, se voient systématiquement imposer l'interdiction de :

- conserver un ordinateur ;
- conserver un téléphone portable, uniquement remis à des horaires particulièrement restreints (17h-19h et 20h-20h30) ;
- consommer du tabac, que ce soit dans le patio ou le jardin, interdiction associée à la délivrance de substituts sans mise en œuvre d'une éducation à la santé.

RECOMMANDATION 40

L'accord et l'avis des titulaires de l'autorité parentale sur les actes de la vie quotidienne doivent être recueillis et formalisés. Le mineur doit également être associé aux décisions qui le concernent.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Les représentants légaux sont informés du fonctionnement du service lors d'une visite de préadmission, qui autorise (ou pas) leur enfant à circuler seul dans le centre. L'accès au tabac est régi en conformité avec la loi Évin ».

9.1.4 Les soins

Selon les informations données aux contrôleurs, un nouveau patient est systématiquement reçu par le médecin psychiatre de l'unité et revu régulièrement, mais pas suffisamment selon certains témoignages. Une réunion clinique a lieu chaque semaine afin d'évaluer la situation et l'évolution de chacun.

Un large éventail d'activités est proposé. Au sein de l'unité, ce sont principalement les ateliers esthétique et affirmation de soi. Dans l'enceinte du CHJ, ce sont les activités proposées par l'espace AIRMES (groupe théâtre, sports en groupe ou individuellement, modelage, ergothérapie). Les jeunes peuvent également accéder à de la musicothérapie (à Metz deux fois par mois), à des expositions à la maison de la culture et des loisirs de Metz (une fois tous les deux mois), ou à des sorties dans un parc animalier.

9.1.5 Le droit à l'instruction

Depuis 2020 et la crise sanitaire de Covid-19, les enseignants ne se déplacent plus à l'UHA.

Lorsqu'il est saisi, le service d'aide pédagogique à domicile de Moselle (SAPAD) a l'obligation de solliciter les enseignants du collège ou du lycée de rattachement du patient sur la base du volontariat. Certains établissements sont éloignés et les frais de déplacement ne sont pas remboursés aux enseignants. Ensuite, la durée de ces démarches est telle que le patient a

souvent quitté l'UHA avant qu'elles aient pu aboutir, ce qui est regrettable puisque, si la DMS de l'unité est de 17,87 jours en 2022, certains patients y séjournent plusieurs mois.

RECOMMANDATION 41

Le droit à l'enseignement, et à une continuité scolaire, est essentiel pour les patients mineurs. La présence d'enseignants doit impérativement être rétablie par tout moyen.

9.1.6 La gestion des incidents

Comme pour les majeurs, la prise en charge des événements indésirables est correctement assurée. En 2022, sept signalements de violences ont été effectués, avec deux dépôts de plainte : un soignant pour une morsure d'un patient (avec une incapacité totale de travail) et une patiente pour une suspicion d'agression sexuelle par un patient (enquête de gendarmerie en cours au moment du contrôle).

9.1.7 Les liens familiaux

Depuis la crise sanitaire de Covid-19, les visites des familles ne sont possibles que sur rendez-vous, de 17h à 19h en semaine et de 14h30 à 19h le week-end. Elles se déroulent dans la chambre du patient ou dans une salle adaptée à l'entrée de l'unité. Ces règles sont aménagées avec souplesse et selon l'accord du médecin.

9.1.8 L'intimité

Les patients peuvent s'enfermer dans leur chambre mais, comme les adultes, leur intimité n'est pas totalement préservée puisque les cabinets de toilette des chambres doubles ne ferment pas à clé.

Si les chambres individuelles sont considérées comme des espaces privés, l'unité prohibe toute relation sexuelle au sein du service au motif que la vulnérabilité des patients empêcherait un consentement libre et éclairé. Dès lors, le personnel freine tout passage à l'acte dès qu'un rapprochement est repéré et la possibilité affichée d'avoir accès à des préservatifs dans l'unité demeure purement théorique.

Concernant les mineurs, l'approche de la contraception n'est pas systématiquement abordée. Comme recommandé pour les majeurs, une réflexion institutionnelle doit être engagée concernant l'accès à la sexualité et le respect de l'intimité (cf. § 5.6, recommandation 21).

9.2 LES MINEURS SONT ISOLES ET CONTENUS DANS UNE CHAMBRE INDIGNE

Créée en 2018 alors que le projet de l'UHA n'en comprenait pas, la CI, située entre deux chambres hôtelières, est dépourvue de sas : la surveillance s'effectue du couloir de l'unité par un hublot occultable. Seul un sommier métallique fixé au sol et recouvert d'un matelas équipe cette pièce dépourvue d'un accès direct à l'extérieur. Le patient ne peut de lui-même ouvrir et fermer ni le volet ni le sabot de la fenêtre. Aucune horloge ne lui permet de se repérer dans le temps. En l'absence de dispositif d'appel, il doit frapper à la porte ou crier pour se manifester. La chambre, qui présente des prises de courant et des interrupteurs non protégés ainsi que des toilettes en faïence, n'offre aucune garantie de sécurité.

La mise en pyjama institutionnel ou de sécurité et le retrait d'affaires personnelles (livres, papier) sont fonction de l'état clinique du patient.



CI et sanitaires de la CI

L'unité dispose également d'un espace d'apaisement doté d'un sac de frappe, d'un hamac et de gros ballons gonflables de gymnastique. Les patients s'y rendent toujours accompagnés d'un soignant, pour désescalade.

Les mineurs sont isolés et contenus dans les mêmes conditions que les adultes sans que les deux titulaires de l'autorité parentale n'en soient avisés.

Les pratiques d'isolement et de contention sont encore considérées comme des prescriptions plutôt que comme des décisions médicales susceptibles de recours au mépris de l'article L. 3222-5-1 du CSP.

Les agents de sécurité interviennent à l'UHA dans les mêmes conditions que dans les unités de psychiatrie adulte (cf. § 5.1.3).

En 2022, 10 mineurs, tous en soins libres, ont été isolés sur une file active de 52 patients soit un taux de 19,63 %, proche du taux moyen national de 19,3 % pour les majeurs tel que relevé par le CGLPL lors de ses contrôles pour les années 2018-2021³¹. Un patient de 12 ans a été isolé en mars 2022 pendant 3h30 et un autre de 13 ans l'a été pendant 12 heures en juin de la même année. En janvier 2023, une patiente de 12 ans a été isolée durant 3h12.

Trois patients âgés de 15 et 16 ans, dont l'un à trois reprises, ont été isolés et placés sous contention pour des durées de 3h55, 6h, 16h et à 30h. Le taux de contention de l'UHA s'élève en conséquence à 5,7 % ce qui est supérieur à la moyenne nationale de 5 % pour les adultes, établie par le CGLPL pour les années 2018-2021³².

Aucune réflexion institutionnelle n'est entreprise sur le sujet. Au contraire, un professionnel indique que la contention est régulièrement pratiquée afin de protéger l'enfant enfermé et éviter qu'il ne se blesse dans un espace dont la sécurisation n'est pas garantie.

³¹ Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, rapport d'activité 2021 Pages : 30/399.

³² *Ibid.* n° 29.

RECOMMANDATION 42

L'isolement et la contention d'un enfant ou d'un adolescent sont dépourvus de fondement législatif sauf si celui-ci est placé sous le régime des soins sur décision du représentant de l'Etat. Même en ce cas, ils doivent être évités par tout moyen.

Si de telles mesures sont néanmoins mises en œuvre, à titre exceptionnel, elles doivent être tracées rigoureusement dans un registre ad hoc, être analysées par les soignants et présentées aux instances de l'établissement.

Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de telles décisions et de leur renouvellement et disposer d'une voie de recours, quel que soit le statut d'hospitalisation du mineur, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Les parents sont systématiquement informés lors d'une mesure d'isolement et/ou de contention. Une réflexion institutionnelle est en cours et s'est traduite par la rédaction d'un protocole de prise en charge de la violence ».

9.3 L'ACCUEIL DE PATIENTS DETENUS EST EXCEPTIONNEL

Depuis l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée de Nancy en 2012, les détenus n'ont plus vocation à être hospitalisés au CHJ et aucune convention n'est d'ailleurs signée entre l'établissement et la maison d'arrêt de Metz. Deux détenus ont toutefois transité au CHJ en 2022.

Dans leurs observations du 21 juillet 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur et la directrice adjointe du centre hospitalier indiquent : « Nous accueillons à nouveau des détenus en 2023, qui restent hospitalisés 12 jours au CHJ pour passage devant le JLD, en isolement, par défaut d'escorte ou de place à l'UHSA ».

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