

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

28 mars au 7 avril 2022 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier Béclair à
Charleville-Mézières

(Ardennes)



(Source : CH Béclair)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont visité pour la deuxième fois, entre les 28 mars et 7 avril 2022, le centre hospitalier (CH) Bélaïr situé sur les hauteurs de Charleville-Mézières (Ardennes) depuis sa mise en service en 1969. Le précédent contrôle s'était déroulé en octobre 2011.

Il s'agit du seul établissement de santé mentale du département des Ardennes, qui compte environ 267 000 habitants marqués par la précarité sociale et la prévalence des troubles mentaux alors que la densité médicale est faible, l'âge moyen des médecins est élevé et le nombre de psychiatres inférieur à celui constaté ailleurs en France et même dans la région Grand-Est. Le CH Bélaïr est associé au centre hospitalier intercommunal Nord-Ardennes (CHINA) dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) Nord-Ardenne depuis 2016. Il dispose de :

- une filière sanitaire organisée dans un unique pôle de psychiatrie pour adultes et enfants qui dispense les soins en extra hospitalier sur l'ensemble du territoire départemental et en intra hospitalier dans neuf unités d'hospitalisation à temps complet totalisant 193 lits (dont une unité pour les personnes âgées, une pour les mineurs, une pour les soins en addictologie) situées rue Pierre Hallali à Charleville-Mézières ;
- une filière médico-sociale constituée d'une maison d'accueil spécialisé (MAS) et d'un foyer d'accueil médicalisé (MAS).

Les urgences sanitaires psychiatriques sont prises en charge au CHINA, où le CH Bélaïr n'affecte du personnel spécialisé en psychiatrie qu'en journée s'agissant des infirmiers et que deux demi-journées par semaine s'agissant de psychiatres.

Un plan d'attractivité médicale, récent, qui exclut le recours à des intérimaires afin de préserver la capacité d'investissement immobilier, n'a pas encore porté ses fruits. La pénurie médicale est très sensible : la moitié des trente-deux médecins qui interviennent sur l'ensemble du CH sont contractuels ; parmi les onze psychiatres seulement qui exercent en intra et en extra hospitalier, sept sont dits « de plein exercice » et se partagent les activités relatives aux soins sans consentement (SSC), notamment celles de certification et d'isolement-contention. En cas de congés d'un psychiatre, le remplacement de son temps d'intervention dans les services n'est pas assuré efficacement. Aucun gérontopsychiatre n'intervient. Des médecins généralistes ont été placés à la tête de services de psychiatrie. Parallèlement, l'affectation d'internes en psychiatrie n'est plus garantie, malgré la persistance de l'agrément, depuis que l'activité de santé mentale n'est plus assurée par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims (Marne) mais par l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Marne sis à Châlons-en-Champagne (Marne).

Les pavillons dans lesquels sont implantés les unités d'hospitalisation sont apparus vétustes du point de vue des matériaux comme de la conception, mais ils sont entretenus et des travaux d'envergure sont projetés en vue de moderniser les conditions matérielles d'accueil des patients. L'absence de verrous de confort aux portes des chambres et l'aménagement insuffisant des cours sont discutés. Des placards dans les chambres ou des casiers dans les salles communes permettent aux patients de sécuriser la conservation de leurs effets personnels mais ils ont trop rarement la libre disposition de la clé pour les ouvrir. La prestation de restauration est critiquée tant en quantité qu'en qualité.

Depuis la précédente visite, en 2011, un effort considérable a été fait en matière de communication. Grâce à un affichage harmonieux et efficace précédé d'un travail d'harmonisation dans un sens libéral des règles de vie dans les unités ou encore à l'aide de

prospectus accessibles, l'information générale des patients, de leurs proches et des professionnels, s'agissant des conditions d'hospitalisation, est de qualité. L'information concrète des professionnels est assurée par la mise à disposition de liasses de certificats types pour les hospitalisations en SSC et d'imprimés facilitant la mise en œuvre de la dernière réforme juridique des pratiques d'isolement et de contention.

L'information des patients en SSC souffre encore de l'absence de remise systématique des documents écrits relatifs à leurs droits, à l'admission ou à la prolongation de l'hospitalisation, à leur état de santé tel que décrit dans les certificats médicaux élaborés au fur et à mesure de l'hospitalisation. Insuffisamment considérés comme acteurs de leur prise en charge, les patients n'accèdent pas à un projet de soin formalisé, ne bénéficient pas de pair-aidance, ne rédigent pas de directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP).

Hors situation épidémique particulière, le droit à la liberté d'aller et venir de patients en soins libres (SL) est encore entravé dans au moins trois unités. Si les patients en SSC bénéficient, selon l'autorité à l'origine de la mesure, d'une décision du préfet ou du directeur de l'établissement pour une sortie de courte durée en ville, il n'est pas acceptable que les accords médicaux soient revus à la baisse ou assortis de conditions par la direction avant de signer la décision de sortie temporaire. Surtout, la fréquentation du parc de l'hôpital par les patients en SSC ne doit pas être conditionnée à une autorisation écrite de la direction de l'établissement.

L'engagement de l'équipe de la pharmacie sert la qualité du soin médicamenteux. Faute de présence de psychologues organisée dans les unités, aucune psychothérapie ne peut être engagée ou poursuivie pendant l'hospitalisation. Un espace d'activités thérapeutiques est ouvert à tous les services d'hospitalisation ainsi qu'à des services ambulatoires ; doté de moyens de qualité, peu de patients y sont adressés par les médecins. L'éducation thérapeutique – de qualité – est accessible à trop peu de patients et ne concerne pas les besoins somatiques.

Les patients âgés de moins de dix-huit ans, en principe accueillis dans l'unité départementale d'hospitalisation en pédopsychiatrie (UDHP), le sont parfois dans des unités pour adultes. Les moyens humains de l'UDHP sont apparus insuffisants à assurer une prise en charge en adéquation avec l'âge des enfants accueillis (il manque notamment un intervenant de l'Education nationale) et à faire face à des situations complexes que l'impossible levée d'hospitalisation, du fait de l'absence d'hébergement, transforme en des séjours sans aucune perspective, marqués par le recours à la contrainte à travers des mesures d'isolement et de contention mises en œuvre à l'égard d'enfants sans aucune des garanties prévues par le législateur pour les adultes.

Quant aux détenus de la maison d'arrêt de Charleville-Mézières, ils sont accueillis dans de mauvaises conditions en raison de l'insuffisance des moyens médicaux et infirmiers spécialisés en psychiatrie accessibles dans l'établissement pénitentiaire, en raison de l'absence de transmission à la fois d'éléments cliniques permettant de mettre en œuvre des soins et d'éléments matériels (vêtements, argent, tabac, droit de visite et de communication) leur permettant d'accéder à leurs droits. Ils sont soumis à de l'isolement pendant toute la durée de leur séjour.

Concernant l'isolement et la contention des patients, l'établissement s'est engagé dès 2016 dans une politique de recours à des alternatives à ce type de mesures, à travers un foisonnement d'initiatives qui couvrent aussi l'accompagnement des évolutions législatives. A ce stade, le développement de chambres d'apaisement n'était pas encore accompagné d'un protocole d'utilisation. Le vocabulaire des professionnels est encore trop souvent empreint de la recherche d'une contrainte ou d'un soin. La pénurie médicale conduit à faire prendre des décisions par des

médecins qui n'en ont pas la compétence juridique. Le registre des mesures et le rapport annuel qui s'en suit sont non seulement encore incomplets mais sont aussi insuffisamment communiqués aux professionnels des unités pour pouvoir constituer un levier d'évolution de leurs pratiques.

Les représentants des usagers sont activement associés au fonctionnement de l'hôpital. En lien avec la direction de l'établissement, le juge des libertés et de la détention (JLD) a investi les champs du contrôle juridictionnel dévolus par la loi, tant concernant les mesures de SSC que les mesures d'isolement et de contention, à l'exception toutefois de la situation des mineurs, hospitalisés en soins libres sur demande d'un représentant légal et qui sont soumis à des mesures d'isolement et de contention en dehors de tout contrôle. L'action de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est apparue insuffisante.

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 27

La mise à disposition de liasse de certificats types pour les hospitalisations en soins sans consentement participe à garantir la qualité de la procédure initiée aux urgences du centre hospitalier Manchester de Charleville-Mézières.

BONNE PRATIQUE 2 34

L'établissement a multiplié les initiatives destinées à assurer aux usagers, aux visiteurs et aux professionnels eux-mêmes une information harmonisée de qualité sur les conditions générales d'hospitalisation et les droits des patients.

BONNE PRATIQUE 3 67

La diversité des mesures de la politique d'alternatives aux mesures d'isolement et de contention, associant un comité de pilotage spécifique, des projets architecturaux et de recherche, une information du personnel et l'intervention d'une équipe d'appui composée de soignants, constitue une réponse pertinente aux évolutions législatives en la matière en ce qu'elle peut conduire à une amélioration du respect des droits fondamentaux des patients à l'échelle de l'établissement.

BONNE PRATIQUE 4 78

La rencontre systématique d'un soignant spécifiquement formé en addictologie lors de l'admission dans l'unité Élan participe de la qualité de la prise en charge globale des patients, par le dépistage des habitus toxiques et du mésusage médicamenteux.

BONNE PRATIQUE 5 78

Les guides thématiques, les audits spécifiques et les analyses de pertinence élaborés et diffusés aux soignants par la pharmacie contribuent à la qualité des prescriptions médicamenteuses grâce aux échanges qu'ils produisent avec les soignants.

BONNE PRATIQUE 6 95

Le questionnaire de satisfaction spécifique aux enfants, se présentant de manière ludique, est de nature à recueillir de façon effective leurs observations sur leur hospitalisation.

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 23

Les possibilités de participer à un groupe d'analyse des pratiques ou de solliciter le psychologue du travail doivent être mieux connues du personnel soignant. Toutes les équipes soignantes des unités qui en expriment la demande doivent bénéficier d'une supervision ou d'une analyse des pratiques professionnelles, animées par des intervenants extérieurs, espaces de parole permettant aux personnes impliquées dans la prise en charge des patients d'échanger sur les situations rencontrées.

RECOMMANDATION 2 24

Les soignants doivent être rigoureusement informés des modalités de traitement des événements indésirables qu'ils déclarent et des suites qui leur sont données.

RECOMMANDATION 3 26

Les patients qui se rendent aux urgences du centre hospitalier Manchester de Charleville-Mézières doivent pouvoir bénéficier chaque jour d'une évaluation médicale psychiatrique. De plus, les infirmiers qui intègrent l'équipe des urgences psychiatriques doivent bénéficier d'un tutorat initial et de formations spécifiques concernant les soins psychiatriques urgents, les soins sans consentement et les droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 4 29

Les chambres d'isolement du centre hospitalier Manchester de Charleville-Mézières doivent garantir la sécurité et la dignité des patients et offrir l'accès à un WC, à un point d'eau ainsi qu'à un bouton d'appel même lors des phases de contention. Le port de la chasuble fendue ne doit pas être systématique. L'ensemble de la législation applicable aux mesures d'isolement et de contention en psychiatrie doivent être mises en œuvre, s'agissant particulièrement de la qualité du décideur, de la traçabilité des mesures dans un registre et de leur analyse dans un rapport annuel, de l'information du patient quant à l'exercice de voies de recours.

RECOMMANDATION 5 31

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

RECOMMANDATION 6 33

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.

RECOMMANDATION 7 35

L'établissement doit préciser le rôle de chaque soignant dans la délivrance des informations aux patients en soins sans consentement, s'agissant en particulier de remettre au patient contre notification un document énonçant clairement ses droits et de lui remettre tous les documents relatifs à son hospitalisation (décisions administratives et certificats médicaux en constituant la motivation). Si le patient refuse de les conserver, ils doivent être mis à sa disposition pour consultation sur simple demande.

RECOMMANDATION 8 35

Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et mentionnées dans tous les certificats médicaux.

RECOMMANDATION 9 36

Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, la décision d'admission du directeur doit indiquer l'identité de ce tiers.

RECOMMANDATION 10 39

Les portes des chambres hôtelières doivent être équipées d'un verrou de confort pour que le patient puisse protéger son intimité de jour comme de nuit.

RECOMMANDATION 11 41

Les patients doivent disposer de matériel permettant de pratiquer des activités physiques dans les cours des unités.

RECOMMANDATION 12 43

Chaque patient doit pouvoir disposer, en chambre, d'un placard qu'il peut fermer à clef afin de pouvoir mettre ses biens en sécurité.

- RECOMMANDATION 13** 46
Le nombre de portions de légumes doit être égal au nombre de convives. La qualité gustative des mets et du pain doit être améliorée et le pain doit être donné en quantité suffisante.
- RECOMMANDATION 14** 48
Les patients en soins libres ne peuvent pas être soumis à des restrictions de leur droit d'aller et venir et, s'agissant des patients en soins sans consentement, les éventuelles restrictions à leur liberté d'aller et venir doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées.
- RECOMMANDATION 15** 51
Les coordonnées des aumôniers doivent être précisées afin d'en faciliter l'accès aux patients et à leur famille.
- RECOMMANDATION 16** 52
La vie affective et sexuelle des patients doit faire l'objet d'une réflexion et d'une prise en charge institutionnelles.
- RECOMMANDATION 17** 54
La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée conformément à l'article L.3223-2 du code de la santé publique et être mise en mesure d'exercer convenablement sa mission de contrôle. Elle doit exposer chaque année dans son rapport d'activité les atteintes aux libertés individuelles et à la dignité des personnes qu'elle recense. Elle doit se réunir régulièrement, visiter les unités d'hospitalisation au moins deux fois par an et s'entretenir avec les patients.
- RECOMMANDATION 18** 56
Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner les dates de notification des décisions d'une part, des droits et voies de recours d'autre part. Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.
- RECOMMANDATION 19** 60
Il est de l'intérêt supérieur des enfants hospitalisés en psychiatrie de ne pas les protéger moins que les patients adultes en soins sans consentement s'agissant des cas où ils sont isolés ou attachés. En pareille situation, le contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention doit impérativement s'appliquer.
- RECOMMANDATION 20** 63
Pour garantir le respect de la dignité d'un patient isolé, une chambre d'isolement doit être équipée d'un sas qui la distancie des espaces de circulation de l'unité, d'un revêtement du sol et des murs qui assure sa sécurité, d'un WC et d'une douche agencés de manière à protéger son intimité, d'un accès à un point d'eau et à un dispositif d'appel aux soignants également accessible pendant les phases de contention.
- RECOMMANDATION 21** 64
Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement ne doit pas être systématique mais individualisé en fonction de l'état clinique, et la possibilité de porter son pyjama personnel doit constituer une alternative.
- RECOMMANDATION 22** 64
Le service de sécurité incendie doit être systématiquement informé de tout placement d'un patient en isolement, dans un espace dédié ou pas.
- RECOMMANDATION 23** 65
Les conditions d'utilisation des chambres d'apaisement méritent d'être clairement définies dans les projets de service et dans les projets de soin des patients.

RECOMMANDATION 24 66

S'agissant des mesures d'isolement et de contention, tout document élaboré et diffusé au personnel doit comprendre une référence clairement explicitée à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, qui en définit le cadre législatif.

RECOMMANDATION 25 68

L'ensemble du personnel doit être rigoureusement formé aux évolutions législatives concernant les mesures d'isolement et de contention, afin que les notions de « pratiques de dernier recours », « décisions motivées d'un psychiatre » et l'intervention du juge des libertés et de la détention se traduisent dans le vocabulaire employé comme dans l'exercice professionnel.

RECOMMANDATION 26 68

Toute décision d'isolement et de contention doit être prise par un psychiatre.

RECOMMANDATION 27 69

Les patients isolés doivent bénéficier systématiquement de la mise en œuvre de solutions alternatives préalables à l'isolement, d'une information spécifique, d'un examen psychiatrique initial, et d'une surveillance de leur état psychique.

RECOMMANDATION 28 70

Toutes les modalités d'isolement et de contention, en espace dédié comme non dédié, doivent être renseignées dans le registre et analysées dans le rapport annuel, afin de pouvoir bénéficier d'une interprétation statistique fiable et rendre compte de ces pratiques dans l'établissement. Les soignants doivent recevoir régulièrement cette analyse statistique, afin d'être informés de l'évolution de leurs pratiques.

RECOMMANDATION 29 71

Les mesures d'isolement et de contention ne doivent concerner que des patients hospitalisés en soins sans consentement. La modification du statut des patients hospitalisé en soins libres doit être mise en œuvre dans les plus brefs délais lorsqu'ils sont enfermés.

RECOMMANDATION 30 72

La direction de l'établissement doit assurer le recrutement d'un nombre adapté de médecins psychiatres, pour garantir l'accès des patients à des soins suffisants, de qualité et permanents.

RECOMMANDATION 31 73

L'établissement doit garantir une présence suffisante de psychologue dans toutes les unités, afin de permettre aux patients un accès à la psychothérapie, en première indication comme en poursuite de ce type de soin éventuellement initié lors du suivi extra hospitalier.

RECOMMANDATION 32 74

Des réunions institutionnelles en équipe pluriprofessionnelle permettant l'évocation de l'évolution clinique et des projets de soins des patients ainsi que des réunions soignants-soignés favorisant l'expression des patients s'agissant de la vie dans les unités doivent être régulièrement tenues.

RECOMMANDATION 33 77

La diversité des équipements de l'espace thérapeutique intersectoriel et les séances d'éducation thérapeutique organisées par des soignants spécifiquement formés mériteraient de concerner une large proportion de patients de l'établissement.

RECOMMANDATION 34 78

Des actions d'éducation thérapeutique somatique adaptées aux patients présentant des troubles psychiatriques doivent être mises en œuvre dans l'établissement.

RECOMMANDATION 35 79

Chaque patient doit bénéficier d'une information claire s'agissant de son projet de soins, pouvoir exprimer son consentement le concernant, et participer à ses révisions. Des partenariats avec des pairs-aidants spécifiquement formés et les directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent être élaborés et généralisés, afin d'améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique des patients.

RECOMMANDATION 36 80

La personne de confiance désignée par le patient doit être systématiquement informée et invitée à contresigner le formulaire de demande de désignation. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.

RECOMMANDATION 37 80

Les sorties de courte durée des patients en soins sans consentement autorisées par les médecins dans le parc du centre hospitalier ne doivent pas être doublées d'un accord de la direction de l'établissement. Pour celles qui se déroulent à l'extérieur de l'établissement, la direction – qui autorise la sortie des patients hospitalisés sur décision du directeur de l'établissement – ne doit pas modifier l'autorisation médicale dans un sens moins favorable au patient.

RECOMMANDATION 38 81

Le programme de soins est prévu à l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique pour une prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation partielle. Son utilisation à des fins d'autorisation de sortie est à proscrire dès lors que le patient est en réalité maintenu dans un régime d'hospitalisation complète.

RECOMMANDATION 39 83

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

RECOMMANDATION 40 85

Le service des urgences du centre hospitalier Manchester ne doit orienter sur le centre hospitalier Bélaïr que les patients souffrant majoritairement de troubles psychiatriques.

RECOMMANDATION 41 89

Les patients de l'unité Alyse doivent pouvoir conserver la clé de leur placard afin de mettre leurs biens en sécurité.

RECOMMANDATION 42 90

L'unité départementale d'hospitalisation pédopsychiatrique (UDHP) doit absolument bénéficier de temps de pédopsychiatre suffisant, de psychologue, d'éducateurs et d'enseignants de l'Education nationale.

RECOMMANDATION 43 90

Les enfants ne doivent pas être hospitalisés dans des unités pour adultes.

RECOMMANDATION 44 92

Afin qu'aucun mineur ne demeure hospitalisé pour d'autres motifs que son état clinique, la direction de l'établissement doit impérativement concourir à fluidifier les liens avec les autres structures de prises en charge et notamment les foyers de l'aide sociale à l'enfance.

RECOMMANDATION 45 97

Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs parents, juridiquement en soins libres, ne doivent pas être placés en isolement.

RECOMMANDATION 46 98

La prise en charge des patients détenus de la maison d'arrêt de Charleville-Mézières doit être organisée par une convention fonctionnelle efficace, signée par l'ARS Grand Est et les deux établissements concernés, impliquant la présence adaptée de personnel soignant et la transmission des informations nécessaires aux soins.

RECOMMANDATION 47 99

L'usage des contentions, lors du transport d'un patient détenu, doit être individualisé et justifié par l'état clinique, plutôt que systématique et sécuritaire.

RECOMMANDATION 48 99

Le personnel de la maison d'arrêt de Charleville-Mézières doit systématiquement transmettre à celui du CH Bélaïr tous les éléments matériels et informations utiles à la prise en charge d'un patient détenu hospitalisé afin qu'il accède à l'ensemble de ses droits.

RECOMMANDATION 49 100

La prise en charge des patients détenus doit respecter les dispositions légales en matière d'isolement et de contention, plutôt que de répondre à des préoccupations sécuritaires. À ce titre, leur isolement doit être décidé en dernier recours et leur affectation dans la chambre 038 de l'unité Argonne doit être assortie du respect des obligations de décision, de traçabilité, de surveillance attachées aux mesures d'isolement et de contention.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	11
RAPPORT	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	15
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	17
3.1 Un unique pôle de psychiatrie réunit des unités d'hospitalisation intersectorielles	17
3.2 Le retour à l'équilibre budgétaire autorise des projets immobiliers	19
3.3 La politique active mais récente d'attractivité ne suffit pas à garantir une présence médicale à la hauteur des besoins.....	20
3.4 Les événements indésirables sont pris en compte sans que les déclarants en soient bien informés.....	23
3.5 La commission locale éthique tente de reprendre une activité.....	25
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	26
4.1 Aux urgences du centre hospitalier Manchester, l'évaluation médicale psychiatrique n'est organisée que deux demi-journées par semaine	26
4.2 Les soins sans consentement représentent un quart de l'activité et se composent majoritairement de procédures d'exception	30
4.3 L'information générale des patients est de qualité tandis que leur information individuelle est lacunaire	33
5. LES CONDITIONS DE VIE.....	37
5.1 Les pavillons des unités d'hospitalisation sont vieillissants mais entretenus.....	37
5.2 L'hygiène est prise en compte avec attention	41
5.3 Tous les patients ne sont pas autonomes dans la gestion courante de leurs biens	42
5.4 La qualité et la quantité des repas laissent à désirer	45
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	47
6.1 La liberté d'aller et venir est parfois restreinte de manière disproportionnée ..	47
6.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont individualisées et rares	48
6.3 Les patients peuvent entretenir des relations avec l'extérieur ou s'en protéger	48
6.4 L'accès au droit de vote a été pris en compte, quoiqu'un peu tardivement	49
6.5 Les modalités d'accès aux cultes doivent être précisées	51
6.6 Quoique sans réflexion institutionnelle, la vie affective et sexuelle des patients n'est pas niée	52

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	53
7.1 La commission départementale des soins psychiatriques exerce <i>a minima</i> sa mission de contrôle tandis que les représentants des usagers sont associés très activement à la vie de l'établissement	53
7.2 Le registre de la loi est renseigné sans retard mais ne retrace pas l'intégralité du parcours du patient	55
7.3 Le juge des libertés et de la détention contrôle les décisions d'hospitalisation ainsi que d'isolement et de contention, sauf pour les mineurs.....	57
8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	62
8.1 La conception des chambres d'isolement ne contribue pas au respect de la dignité des patients isolés	62
8.2 Les pratiques d'isolement et de contention ne respectent pas le cadre législatif malgré une politique de recours à des mesures alternatives	65
9. LES SOINS.....	72
9.1 Les soins psychiatriques souffrent de défauts dans la mise en œuvre du parcours de soins et du manque de médecins	72
9.2 Les soins somatiques sont accessibles mais aucune éducation thérapeutique n'est proposée	77
9.3 Le consentement aux traitements est recherché mais la personne de confiance n'est pas sollicitée et aucun partenariat avec des pairs-aidants ni aucune directive anticipée ne sont mis en œuvre	78
9.4 Les sorties de courte durée sont aisément accordées mais la difficulté à trouver un hébergement empêche la levée de l'hospitalisation	80
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	84
10.1 L'orientation de patients en gérontopsychiatrie est souvent inadaptée.....	84
10.2 Des mineurs sont soumis à des hospitalisations longues injustifiées par leur état clinique et à des mesures de contrainte hors cadre légal	89
10.3 Les conditions de prise en charge des patients détenus ne respectent pas leur dignité ni leurs droits fondamentaux	98
10.4 Des ressources spécialisées permettent d'accompagner la fin de vie	101

Rapport

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Hélène Dupif ;
- Claire Simon ;
- Julien Starkman ;
- Marion Testud.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Bélaïr à Charleville-Mézières (Ardennes) du 28 mars au 1^{er} avril et du 5 au 7 avril 2022. Il s'agissait de la seconde visite, la précédente s'étant déroulée au mois d'octobre 2011¹.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 28 mars à 14h00. Ils l'ont quitté le 7 avril à midi. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du centre hospitalier. Le préfet du département des Ardennes, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Charleville-Mézières, ainsi que le procureur de la République près ce tribunal, le directeur de la délégation territoriale dans les Ardennes de l'agence régionale de santé (ARS) du Grand-Est ont également été avisés de ce contrôle, lequel s'est également attaché aux conditions de prise en charge des patients aux urgences du centre hospitalier intercommunal Nord-Ardennes (CHINA).

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par l'équipe de direction, le président de la commission médicale d'établissement et une représentante des usagers. Une réunion de présentation de la mission a suivi, ouverte à l'ensemble des professionnels, nombreux à y assister.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les 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. Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 7 avril 2022, ouverte à l'ensemble des professionnels.

Un rapport provisoire a été adressé le 3 avril 2023 au directeur du centre hospitalier Bélaïr, au préfet des Ardennes, aux chefs de juridiction au TJ de Charleville-Mézières, au directeur de l'ARS du Grand-Est. Les observations du directeur du centre hospitalier, transmises dès le 17 mai suivant et assorties d'un grand nombre d'éléments de justification, ont été intégrées au présent

¹ [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Bélaïr de Charleville-Mézières, 2011](#) (en ligne).

rapport définitif, ainsi que celles de la direction du CHINA que la direction du CH Bélaïr s'est attachée à obtenir.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Le rapport de visite de 2011 se concluait par vingt-trois observations.

Certaines soulignaient des aspects positifs du fonctionnement :

- les conditions d'installation du JLD, et les modalités de fonctionnement des audiences ;
- la mise en place d'un livret de lutte contre la douleur par le comité de lutte contre la douleur ;
- des ateliers d'ergothérapie, comme celui de l'unité Varennes et surtout celui du pôle 1 offrant des activités débouchant sur une véritable évaluation des différentes qualités des patients et de leurs évolutions, ainsi qu'une animation dynamique de la cafétéria.

D'autres observations, plus nombreuses, critiquaient :

- l'insuffisance de la maintenance et de la rénovation des bâtiments, particulièrement sensible dans les unités La Goutelle, Varennes et dans l'unité départementale d'hospitalisation temporaire pédopsychiatrique (UDHTP) ;
- la visibilité des patients se promenant dans les cours des différents pavillons, entourées d'un grillage non arboré ;
- le défaut d'information des patients sur leurs droits, manifesté par un livret d'accueil au contenu désuet et qui n'était plus distribué, des règles de vie mal diffusées, un site Internet lacunaire ou encore le défaut d'actualisation et le caractère incomplet des formulaires portant décision d'admission en soins sans consentement (SSC) en ce qu'ils ne faisaient pas mention, notamment, de la possibilité de saisir le JLD ;
- l'absence de mise en œuvre de la possibilité de désigner une personne de confiance ;
- le défaut de coordination entre les médecins urgentistes, les médecins généralistes et les psychiatres, afin de permettre une meilleure prise en charge des urgences psychiatriques par le service d'aide médicale urgente (SAMU) et des hospitalisations en psychiatrie en urgence de personnes pour lesquelles des soins somatiques semblent prioritaires ; l'insuffisance de la présence de médecins généralistes au sein du CH ; l'absence de médecin psychiatre affecté à l'unité de soins intensifs en psychiatrie, une présence dérisoire de psychiatre dans l'unité de soins de longue durée (USLD) ; une présence insuffisante de psychiatre en pédopsychiatrie et une équipe soignante non spécialisée ;
- l'affectation de patients dans une unité autre que celle de leur secteur de rattachement, faute de place disponible, induisant des soins de moindre qualité (entretiens moins fréquents, liaison entre le psychiatre et l'équipe soignante plus compliquée, retour dans l'unité de rattachement perturbante) ; l'hospitalisation d'enfants de plus de seize ans dans des unités de psychiatrie adulte ;
- l'enfermement dans les unités de patients admis en soins libres (SL), en citant particulièrement le cas de douze patients hébergés dans une unité fermée dédiée aux soins intensifs en psychiatrie depuis très longtemps et d'un patient placé en chambre d'isolement (CI) ;
- la soumission de patients hospitalisés en SL à des restrictions quant à l'accès à leur téléphone portable ou à certains produits d'hygiène corporelle ;
- dans les unités, des salles communes ne permettant pas de s'isoler du groupe, doublées de l'interdiction de retourner en chambre en journée ;

- des salons de visites et des espaces réservés au téléphone qui ne garantissent pas toujours la confidentialité des conversations, particulièrement dans les unités La Goutelle et Varennes ;
- des activités peu nombreuses, souvent réservées en priorité aux patients admis en SL, et des bibliothèques peu florissantes dans les unités ;
- des chambres d'isolement (CI) encore mal agencées, en citant l'exemple de l'unité La Goutelle et le contre-exemple de l'unité Varennes ; des CI utilisées porte ouverte comme chambre hôtelière, faute de place dans l'unité ; une traçabilité des mesures d'isolement débutante dans certaines unités seulement et l'absence de signalement en temps réel de leur utilisation aux agents du service de sécurité incendie ;
- l'absence d'information du parquet de Charleville-Mézières du décès d'un patient survenu au sein de l'USLD, manifestant de manière générale un manque de réflexe quant à l'information du parquet par les équipes soignantes ;
- le placement d'un résident de la maison d'accueil spécialisé (MAS) dans une chambre d'apaisement depuis sept ans.

Les constats de l'année 2022 démontrent des évolutions notables sur un certain nombre de ces points, parmi lesquels, tout particulièrement, la vivacité de la communication institutionnelle, l'augmentation de la présence de médecins généralistes ou encore la limitation et l'harmonisation des restrictions imposées aux patients dans leur vie quotidienne.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 UN UNIQUE POLE DE PSYCHIATRIE REUNIT DES UNITES D'HOSPITALISATION INTERSECTORIELLES

Implanté 1 rue Pierre Hallali sur un domaine de trente hectares situé sur les hauteurs de Charleville-Mézières, le centre hospitalier (CH) Bélaïr délivre les soins en santé mentale à la population du département des Ardennes depuis sa mise en service en 1969. Il n'existe aucune autre structure d'hospitalisation en santé mentale dans le département.

Le territoire compte environ 267 000 habitants², en diminution depuis plusieurs années. Le projet territorial de santé mental (PTSM) a été élaboré en 2019. Il décrit une population précaire, touchée par la désindustrialisation et le chômage, difficilement mobile ; par rapport à la région Grand-Est et au reste du territoire national, la mortalité générale est plus élevée et plus souvent prématurée, les prévalences des affectations de longue durée (ALD) et des décès consécutifs à l'abus d'alcool, du suicide et des troubles mentaux sont plus fortes, la consommation de psychotropes et d'antidépresseurs est plus fréquente. Parallèlement, la densité médicale est faible et l'âge moyen des médecins est élevé, même si les spécialistes sont de plus en plus nombreux ; il y a trois fois moins de psychiatres qu'ailleurs en France et deux fois moins qu'en région Grand-Est. Nonobstant le déficit médical, les capacités d'accueil en psychiatrie ambulatoire, à temps partiel et à temps complet sont proches des moyennes nationales ; seul le nombre de places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) est inférieur aux dites moyennes.

Des liens étroits ont été favorisés depuis plusieurs années entre les structures hospitalières du département, non seulement au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) Nord-Ardenne noués en 2016 mais aussi à travers une fonction de directeur général du CH Bélaïr assurée par intérim depuis 2021 par le directeur du centre hospitalier intercommunal Nord-Ardennes (CHINA). La direction du CH Bélaïr gère aussi l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Rocroi (Ardennes). Le CH Bélaïr reste pour autant un établissement public autonome qui réunit des activités :

- sanitaires, dans un unique pôle de psychiatrie pour adultes et enfants, avec des centres médico-psychologiques (CMP), des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), des hôpitaux de jour (HDJ), des appartements thérapeutiques et des familles d'accueil thérapeutiques répartis sur le territoire ardennais, ainsi que des unités d'hospitalisation à temps complet exclusivement situées rue Pierre Hallali à Charleville-Mézières ; les CMP sont ouverts les jours de semaine uniquement entre 9h00 et 17h00 et les délais pour l'obtention d'une consultation sont de six mois pour les adultes et d'un an pour les mineurs ;
- médico-sociales, avec une MAS de soixante places sur le site de Bélaïr et un FAM de huit places implanté en ville.

Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation des aides-soignants (IFAS) sont installés sur le domaine de la rue Pierre Hallali.

Outre son organisation de l'activité sanitaire dans un pôle unique de psychiatrie regroupant l'intra et l'extra hospitaliers, le CH Bélaïr se démarque par son organisation intersectorielle de la filière d'hospitalisation depuis 2013.

² Source : INSEE, 2019.

L'offre de lits d'hospitalisation à temps complet se répartit ainsi lors de la visite :

Nom de l'unité	Capacité	Soins sans consentement	Admission en état clinique aigu	Unité ouverte ou fermée
Unité d'accueil et d'orientation (UAO) - Élan	24 lits	Oui	Oui	Fermée
Argonne	16 lits	Oui	Oui	Fermée
Roc La Tour	30 lits	Oui	Oui	Ouverte ³
Alyse	22 lits	Oui	Oui	Fermée
La Dormoise	16 lits	Oui	Non	Fermée
Quatre Vents	28 lits	Non	Non	Ouverte
La Goutelle	29 lits	Oui	Non	Ouverte ⁴
Unité départementale d'hospitalisation en pédopsychiatrie (UDHP)	8 lits	Oui	Oui	Fermée
Michel Fontan (addictologie) ⁵	20 lits	Non	Non	Ouverte

Un document actualisé en 2019 présente le parcours des patients de la manière suivante :

- les patients de dix-huit à soixante-cinq ans pris en charge dans l'urgence sont en principe répartis selon le statut d'hospitalisation entre l'UAO-Élan (SL et soins sur décision de directeur de l'établissement, SDDE) et l'unité Argonne (soins sur décision du représentant de l'État, SDRE) ; ils sont ensuite dirigés vers une autre unité, dont Roc La Tour, mais parfois maintenus dans l'unité initiale en raison de leur état clinique. Les unités La Dormoise, La Goutelle ou Quatre Vents ont aussi vocation à recevoir les patients chroniques qui font l'objet d'une hospitalisation programmée ;
- les patients de plus de soixante-cinq ans sont directement hospitalisés dans l'unité Alyse ;
- les patients de moins de dix-huit ans sont directement hospitalisés dans l'unité départementale d'hospitalisation en pédopsychiatrie (UDHP).

En réalité, ce schéma connaît de multiples exceptions, de même que le fonctionnement ouvert ou fermé des unités est perturbé lors de la visite par des considérations sanitaires (*cf.* § 4.2, § 6.1 et § 9.1).

Les pavillons qui accueillent ces neuf unités d'hospitalisation, érigés dans les années 1960, font l'objet d'un schéma directeur immobilier d'envergure (*cf.* §3.2).

³ Mais fermée lors de la visite en raison d'un foyer de contamination à la Covid-19.

⁴ Mais fermée depuis environ une année.

⁵ L'unité Michel Fontan n'a pas été contrôlée, cette unité ouverte n'accueillant jamais de patients hospitalisés en SSC et ne pratiquant pas l'isolement ou la contention.

3.2 LE RETOUR A L'EQUILIBRE BUDGETAIRE AUTORISE DES PROJETS IMMOBILIERS

Les finances du CH Bélaïr ont connu une période nettement défavorable à partir de 2016, expliquée par la diminution de la dotation annuelle de financement (DAF) liée à la baisse de la population dans le département, ainsi que par le recours à des médecins intérimaires pour tenter de combler le déficit de psychiatres. Cela a entraîné la mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) entre 2018 et 2020, complété par le choix de ne plus recourir à des médecins intérimaires, de recruter plus durablement, de fermer une unité et d'œuvrer à une gestion plus fine des lits. Parallèlement, la DAF est passée de près de 46 millions d'euros en 2019 à 52 millions en 2021.

Dès 2019, un excédent de 2,6 millions d'euros a été dégagé, suivi d'excédents annuels de 1,8 et 1,7 millions d'euros en 2020 et 2021 respectivement. L'établissement s'est à nouveau engagé dans la réalisation d'un schéma directeur immobilier, issu d'un projet de rénovation de l'intra hospitalier émis dès 2016, que le CREF avait suspendu et que les moyens octroyés dans le cadre du « Ségur de l'investissement » rendent possible.

Ce schéma, actualisé en juin 2021 et validé par l'ARS, consiste notamment en une réhabilitation du site hospitalier comprenant la reconstruction des unités d'admission et la création d'un village médicosocial, dans l'objectif d'« améliorer le parcours, le confort, le soin ».

Six groupes de travail ont impliqué le personnel sur diverses thématiques : logistique et technique, confort hôtelier, prise en charge du patient, isolement et contention, espace commun et lieu de travail, bureau des entrées et admissions. Ces groupes (dix à douze personnes de divers corps de métiers comprenant également des médecins et la commission des usagers – CDU) se sont réunis deux fois par mois sous la direction d'un programmiste de décembre 2021 à mars 2022. L'architecte n'était pas encore désigné lors de la visite, le marché étant envisagé courant juin 2022.

Dans un premier temps, des pavillons seront démolis dans la zone la plus éloignée de l'entrée actuelle, avant d'y construire un bâtiment en forme d'étoile sur deux niveaux. Une unité de soins sera installée sur chacun d'eux, sans communication entre elles. Cinq unités seront ainsi reconstruites : UDHP, Argonne, Roc La Tour, La Goutelle, Alyse. Les unités Fontan et Élan, se situant déjà dans ce secteur du domaine hospitalier, seront réhabilitées et communiqueront avec les autres unités. Ces travaux doivent commencer en 2024 et s'achever en 2027.

Les bâtiments des unités La Dormoise et Les Quatre Vents seront rénovés à compter de 2027.

Une zone de réhabilitation psychosociale avec des appartements thérapeutiques doit être créée près de l'entrée actuelle courant 2029.

Dès 2023, un FAM de dix-huit chambres individuelles doit être installé à la place de l'UDHP qui, entre temps, va intégrer des espaces situés au rez-de-chaussée du bâtiment des Quatre Vents après leur réaménagement, afin de pouvoir accueillir de manière sécurisée les enfants dans six chambres individuelles complétées d'une chambre d'apaisement et d'une salle dite d'hyposensibilité.

3.3 LA POLITIQUE ACTIVE MAIS RECENTE D'ATTRACTIVITE NE SUFFIT PAS A GARANTIR UNE PRESENCE MEDICALE A LA HAUTEUR DES BESOINS

Le CH Bélaïr dispose d'environ 700 postes, répartis et pourvus de la manière suivante :

		2020		2021		2022	
		Budgété	Non pourvu	Budgété	Non pourvu	Budgété	Non pourvu
Personnel (en ETP ⁶)	Médical	31,26	4,87	28,50	3,33	26,90	3,70
	Non-médical	673,35	4,76	678,29	-	685,48	18,86
	Total	704,61	9,63	698,79	3,33	712,38	22,56

3.3.1 Le personnel médical

Quatorze médecins sont praticiens hospitaliers (PH), deux sont attachés et les autres (seize) sont contractuels.

S'il y avait vingt-cinq psychiatres en 2014, il n'y en a plus que onze lors de la visite, dont seulement sept dits « de plein exercice » qui peuvent se partager les activités relatives aux SSC, notamment celles de certification et d'isolement-contention. Aucun gérontopsychiatre n'intervient plus. Les psychiatres ont tous à la fois des fonctions dans l'intra et dans l'extra hospitalier, ce qui contribue aux principes de continuité des soins ou d'alliance thérapeutique mais induit des déplacements importants. Des médecins généralistes ont été placés à la tête des services Fontan et Quatre Vents, afin de garantir une présence médicale même non spécialisée. En cas de congés d'un psychiatre, son confrère inscrit à la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) doit le remplacer, en sus de ses fonctions principales, ce qui n'assure pas la présence nécessaire auprès des patients. De manière générale, les contrôleurs ont rencontré des médecins épuisés.

Le nombre de généralistes permet de garantir leur intervention dans toutes les unités (cf. § 9.2). Deux pharmaciens travaillent à plein temps.

Le CH Bélaïr est toujours agréé à l'accueil d'internes mais leur affectation dépend d'une convention de 2019 avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims (Marne) alors que l'activité de santé mentale est dorénavant assurée par l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Marne. Le CH Bélaïr cherchait, au moment de la visite, à faire préciser les conditions d'orientation d'internes en psychiatrie vers lui. Seuls un interne en psychiatrie et deux internes en médecine générale étaient présents, alors qu'il y en avait généralement onze avant 2019. De ce fait, la ligne de garde sur place est tenue par des médecins, dont des psychiatres.

Après avoir abandonné de manière concertée le recours à des médecins intérimaires⁷, le CH Bélaïr, en lien avec le GHT Nord-Ardenne, a travaillé à l'élaboration d'un plan d'attractivité médicale, sensible dès 2019 dans leur projet médical partagé. Les questions de recrutement sont suivies de très près par la direction du CH Bélaïr.

⁶ ETP : équivalent temps-plein.

⁷ A l'exclusion d'une situation, en pédopsychiatrie, qui couvre à temps partiel des besoins en extra hospitalier.

Une recommandation est formulée au § 9.1.1 concernant la présence médicale spécialisée en psychiatrie dans l'établissement.

3.3.2 Le personnel non-médical

Le nombre de cadres supérieurs de santé (CSS) est passé de 6 à 2,3 ETP au fil du temps. Les postes de cadre de santé, positionnés dans les services, sont stabilisés à 18 ETP lors de la visite.

Aidé en cela par la présence d'un IFSI et d'un IFAS, ainsi que par une politique de stabilisation rapide dans l'emploi⁸, le CH Béclair bénéficie d'une certaine attractivité vis-à-vis des infirmiers diplômés d'État (IDE) et aides-soignants (AS). Une dizaine de postes d'IDE étaient toutefois vacants lors de la visite, sans conséquences importantes dans le fonctionnement des unités.

Au sein des unités, les absences courtes du personnel soignant sont remplacées par des volontaires afin de privilégier la connaissance des patients et du fonctionnement du service, ou par la sollicitation des équipes des autres unités. Les absences longues sont remplacées par les soignants d'un pool rattaché à la direction des soins.

Le CH a rapidement investi dans la formation d'infirmiers de pratique avancée (IPA), facilitée par le volontariat des IDE. La douzième IPA devait terminer sa formation en juillet 2022. A la date de la visite, l'établissement compte neuf IPA, exclusivement affectés dans des services ambulatoires. Si la volonté était aussi de pallier le déficit médical, force est de constater, selon les propos rapportés, que l'intégration de cette nouvelle fonction se fait parfois difficilement, au gré des délégations de pouvoir décidées de façon variable par les médecins.

Des équipes mobiles réunissent des soignants en matière d'addictologie, de gérontopsychiatrie ou d'aide aux aidants.

Les missions de la vingtaine de psychologues employés ont été réorganisées en 2020 pour limiter leurs déplacements et gagner en efficacité. Leur présence à 20 % de leur temps de travail dans les unités d'hospitalisation à temps complet n'est destinée qu'à faciliter la liaison entre l'intra et l'extra hospitalier et n'autorise aucune prise en charge psychothérapeutique (cf. § 9.1, où une recommandation est formulée).

A la pharmacie sont prévus quatre ETP de préparateur mais un professionnel est durablement absent. Un ETP de préparateur supplémentaire est en attente d'une réponse de la direction.

D'autres corps de métiers sont employés (éducatif, logistique, etc.), sans remarque particulière.

3.3.3 La formation et l'accompagnement du personnel

La formation continue, présentée dans un plan annuel de formation, est, de l'avis de la direction, investie par le personnel. Sont obligatoires les gestes d'urgence, l'hygiène et l'incendie. Le CGLPL regrette que le suivi de formations aux droits des patients, particulièrement ceux hospitalisés en SSC, et aux alternatives à l'isolement et à la contention ne soit pas plus encouragé. En conséquence, dans la version provisoire du rapport, il recommandait : « Tout membre du personnel amené à participer à la prise en charge de patients en soins sans consentement doit être spécialement formé sur leur statut, leurs droits et les spécificités de leur prise en charge ainsi qu'aux alternatives aux mesures d'isolement et de contention ».

⁸ Les nouvelles recrues sont stagiaires pendant dix mois, bénéficient d'un contrat à durée déterminée court puis d'un contrat à durée indéterminée.

Les éléments transmis par le CH par le biais de ses observations au rapport provisoire attestent de l'association de toutes les instances à l'actualisation des protocoles au fur et à mesure des réformes législatives ainsi que de la mise en œuvre de « nombreuses formations en lien avec les soins sans consentement, les droits des usagers, les mesures d'isolement et de contention » dans le plan de formation, de formations complémentaires, du tutorat des nouveaux arrivants ou lors de certains changements d'affectation, dont celle à l'UAU. « Au plan de formation, on relève 57 personnes formées par des organismes extérieurs pour 2022 ». Il indique qu'une démarche de recherche initiée en juin 2022 a entraîné un premier colloque fin 2022, qui sera renouvelé chaque année. Il précise que « plusieurs formations sur la loi isolement/contention ont été réalisées depuis janvier 2021, dans le cadre d'une intervention collective et dans celui d'interventions plus individualisées à la demande des cadres de santé ou des soignants eux-mêmes » réalisées au moment « des transmissions ce qui a permis de toucher en moyenne 8 soignants » (total de 82 soignants en 2021, 64 en 2022, 43 en 2023).

Enfin, sont programmés à partir de juin 2023 deux sessions annuelles relatives aux droits des usagers, soins sans consentement et isolement contention et une session tous les deux mois, obligatoire pour tous les nouveaux arrivants et autres membres du personnel qui le souhaiteraient. Le programme envisagé à la date des observations au rapport provisoire concerne les soins sans consentement (cadre réglementaire, parcours du patient, conformité des documents et présentation des liasses, contrôle du JLD et voies de recours) et les mesures d'isolement et de contention (réglementation, présentation des documents et des liasses, contrôle du JLD et voies de recours). L'établissement envisage aussi à partir du deuxième semestre 2023 de distribuer au personnel qui arrive un kit d'information aux nouveaux arrivants concernant les soins sans consentement et la loi isolement/contention.

La promotion par le biais de la formation continue est encouragée, tant pour les AS que les IDE, de même que leur reconversion le cas échéant. Cela s'applique également au personnel médical : la validation des compétences des médecins étrangers dans le cadre du statut de praticien associé est suivie.

La prise en charge des risques psycho-sociaux est prise en considération, notamment à travers la participation à un groupe d'analyse des pratiques professionnelles (APP). Depuis que cette APP a repris, en 2021, elle s'organise à l'échelle de l'établissement alors qu'elle s'effectuait il y a quelques années au sein des unités ; il subsiste d'ailleurs quelques groupes spécifiques dans des unités (cf. § 10.1). De ce fait, la possibilité de bénéficier d'une APP est peu sensible et trop méconnue. L'APP est rarement animée par un intervenant extérieur à l'établissement.

En cas de difficulté, la proposition de rencontrer le psychologue du travail est faite, mais la personne est peu identifiée.

La nécessité d'organiser ces prises en charges à destination du personnel revêt une particulière acuité s'agissant de celui de l'UDHP (cf. § 10.2).

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CH précise : « La formation contenance et contention, "faire face à la violence en pédopsychiatrie" a été choisie et mise en place exclusivement pour l'ensemble de l'équipe de l'UDHP. Les 16 infirmiers, le cadre de santé, la psychologue, le cadre supérieur de santé, le médecin chef de service, et le médecin responsable de la coordination sur la pédopsychiatrie ont bénéficié d'une formation d'équipe en 2021. Le développement des compétences se poursuit au fur et à

mesure par l'inscription des agents demandeurs 2022, 2023 et suivants sur les formations en rapport (Omega par exemple) ».

RECOMMANDATION 1

Les possibilités de participer à un groupe d'analyse des pratiques ou de solliciter le psychologue du travail doivent être mieux connues du personnel soignant. Toutes les équipes soignantes des unités qui en expriment la demande doivent bénéficier d'une supervision ou d'une analyse des pratiques professionnelles, animées par des intervenants extérieurs, espaces de parole permettant aux personnes impliquées dans la prise en charge des patients d'échanger sur les situations rencontrées.

Dans ses observations, l'établissement conteste cette recommandation et atteste de :

- démarches effectuées dès 2017 à destination du personnel pour faire connaître le psychologue du travail ;
- la volonté de proposer des groupes d'analyse des pratiques, manifestée par : la formation de « la quasi-totalité des psychologues du CH Belair, soit 19 agents [...] à la mise en place des analyses de pratique en 2020, pour un déploiement progressif à partir de 2021 » ; la proposition d'analyses de pratiques paramédicales « animées par les infirmiers de pratiques avancées [...] sur sollicitation de l'encadrement et de manière régulière pour l'UDHP [...] depuis avril 2023 » ; sous certaines réserves liées à la sécurité informatique, le projet de mieux communiquer sur cette offre dans le cadre du projet social, par le biais des actions liées à la qualité de vie au travail à partir du second semestre 2023.

3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT PRIS EN COMPTE SANS QUE LES DECLARANTS EN SOIENT BIEN INFORMES

Un système informatique répertorie les événements indésirables (EI) en lien avec le comité de vigilance et de gestion des risques (COVIRIS), piloté par le directeur coordinateur de la qualité et de la gestion des risques qui, après évaluation par un médecin ou un cadre, qualifie si nécessaire l'événement de grave et dans ce cas en informe l'ARS. Dès que la fiche d'événement indésirable (FEI) est rédigée par le soignant, le logiciel Blue Medi[®] permet simultanément l'information du cadre de santé, du service qualité et de l'un des treize directeurs ou praticiens de Bélaïr appartenant au COVIRIS ayant en charge la thématique liée à l'incident. L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) est avisé par la direction des faits les plus graves.

Quatre grandes catégories de risques sont identifiées avec divers référents : risques associés aux soins, aux activités de soutien, à la vie hospitalière et à la sécurité des personnes et des biens, ainsi que le risque sanitaire.

Une procédure aide le personnel des unités à qualifier les EI et les événements indésirables graves (EIG) et à mettre en place les premières mesures correctives.

269 EI ont été déclarés en 2020 (y compris pour la MAS et le FAM), contre 393 en 2019, soit une diminution de 32 %. Pour le seul pôle de psychiatrie, 170 EI avaient été signalés en 2020, dont 39,41 % concernaient des atteintes aux personnes, 27,65 % se rapportaient à des difficultés dans la prise en charge des patients et 15 % étaient en lien avec l'environnement professionnel, la logistique, l'informatique et la téléphonie.

Les soignants déplorent n'avoir jamais de retour sur les FEI qu'ils rédigent et méconnaissent leur dispositif de traitement.

RECOMMANDATION 2

Les soignants doivent être rigoureusement informés des modalités de traitement des événements indésirables qu'ils déclarent et des suites qui leur sont données.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CH précise qu'il « a mis en place une procédure de traitement des événements indésirables depuis la déclaration jusqu'au traitement en encourageant les déclarations par la mise en place d'une charte de non-sanction », que « le logiciel de gestion documentaire informatique « BlueMedi » permet entièrement de suivre le process. L'agent déclarant une FEI peut visualiser tout le traitement de cette dernière jusqu'au résultat et disposer de la réponse. Des rappels sont réalisés régulièrement dans les instances » ; que « les soignants sont régulièrement informés de ces modalités par les cadres de santé sur la base des comptes-rendus de la CDU et par les flashes qualité [et par la] mise à disposition des protocoles par le logiciel de gestion documentaire accessible par tous les agents. Un rappel a été spécifiquement fait par l'intermédiaire du flash qualité en novembre 2022 ». Il annonce que « le workflow va être amélioré par la mise en place d'un mail automatique de suivi ».

Concernant les EIG, cinq ont été déclarés à l'ARS en 2021 comme en 2020, contre onze en 2019 (pour des faits de violences physiques, d'insultes, de menaces émanant de patients).

Des comités de retour d'expérience (CREX) sont réunis dès que nécessaire. Seize ont été tenus en 2020, et dix-neuf en 2021. Les plans d'actions alors élaborés sont suivis notamment par le service qualité.

Un dispositif d'aide psychologique aux soignants de Bélaïr existe : l'unité thérapeutique organisant une psychiatrie d'intervention et d'écoute (UTOPIE), composée de psychologues et de psychiatres rattachés à la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP). Certains EIG survenus dans l'établissement restent dans les mémoires, comme celui de l'unité Élan en 2018, qui a vu un patient détenu s'agiter et sa famille, informée de sa présence dans l'établissement, forcer l'entrée de l'unité ; dix soignants ont été blessés et trente placés en arrêt de maladie. Mais aussi ceux de La Dormoise, avec le suicide d'un patient dans la CI au mois de mars 2022 et les graves blessures causées par un patient en crise à deux soignants au mois d'avril 2022. La médecine du travail est intervenue, un CREX a été réuni et les soignants blessés se sont vu proposer l'intervention d'UTOPIE.

La police intervient à la demande de l'établissement. Aucun vigile n'est employé au sein du CH Bélaïr mais une équipe de soutien et d'assistance (ESA), composée de deux aides-soignants et située dans l'unité Argonne, a vocation à apaiser les situations de crise, tous les jours entre 6h30 et 21h00, dans toutes les unités. L'ensemble des professionnels rencontrés œuvre dans le même sens, comme l'un d'entre eux l'a expliqué : « Les violences peuvent se prévenir et être contrôlées par de l'entretien médical ou infirmier... L'isolement n'est qu'une escalade ».

Les soignants ne cherchent pas à faire engager des poursuites pénales contre des patients auteurs de violences physiques à leur encontre. Quand de tels actes surviennent, l'appui de l'équipe, l'octroi de congés, de pauses et la mise en œuvre de groupes de paroles, permettent généralement de faire face aux conséquences.

Les patients peuvent également se plaindre et être aidés par la commission des usagers (CDU) qui se rapproche de la direction des soins, laquelle contribue à corriger les problèmes évoqués et à émettre des recommandations. Il s'agit le plus souvent de problèmes concernant l'alimentation, les soins ou des problèmes matériels ayant un impact sur le confort du patient. Les familles peuvent être sollicitées et participer à des entretiens. Certains événements, comme un décès de patient, donnent lieu à la prise en charge des autres patients dans des groupes de paroles.

3.5 LA COMMISSION LOCALE ETHIQUE TENTE DE REPRENDRE UNE ACTIVITE

La commission locale éthique (CLE), créée en 2010, est présidée par la même infirmière depuis 2011. La CLÉ n'a eu aucune activité entre 2018 et 2020 du fait de l'absence de sa présidente puis depuis 2020 du fait de la crise sanitaire. Un éducateur et une IDE ont rejoint les douze membres du bureau en 2021. Ce dernier est composé d'une représentation des corps professionnels de l'établissement sauf le médical, et d'une professeure de philosophie d'un lycée de Charleville-Mézières.

Aucune question relative à l'éthique n'étant en suspens lors de la reprise de son activité en décembre 2021, les membres de la CLE se sont présentés dans les services. Il a été projeté d'identifier un référent-éthique dans chaque unité et des personnes ressources dans les différents services du CH Bélaïr, partant du constat que la commission est peu connue des soignants et qu'il faut « *s'ouvrir sur l'hôpital* ». Les contrôleurs ont constaté que l'acronyme est connu des soignants mais n'ont rencontré personne ayant partagé avec la CLE une question de pratique professionnelle engageant son éthique ou même connaissant le contenu de ses actions et de ses productions. Pourtant, comme l'a reconnu une infirmière, « *le dilemme éthique est permanent* » ; les médecins rencontrés ont témoigné d'interrogations de cet ordre à travers les explications données aux contrôleurs sur le fonctionnement de l'unité dans laquelle ils travaillent et les doutes qu'ils ont faits transparaitre.

Lors d'un déplacement à la MAS, les membres de la CLE ont été interrogés au sujet de l'alimentation des résidents. Dans leur souvenir, la sexualité des patients n'a jamais été discutée. Ils envisageaient de débattre de questions relatives à l'isolement et à la contention. La possibilité de discuter des restrictions des libertés individuelles pendant la crise sanitaire a aussi été évoquée.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER MANCHESTER, L'ÉVALUATION MÉDICALE PSYCHIATRIQUE N'EST ORGANISÉE QUE DEUX DEMI-JOURNÉES PAR SEMAINE

4.1.1 La prise en charge de l'urgence et de la crise au centre hospitalier Manchester

a) Le personnel et les locaux

Une unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAU) est installée par le CH Bélaïr au sein du service des urgences du CH Manchester de Charleville-Mézières. Elle est également chargée de la liaison psychiatrique dans les services de ce CH.

Ses locaux sont constitués d'un seul bureau, aménagé dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) attenante au service des urgences générales, équipé d'un poste informatique, de deux armoires dont l'une seulement se ferme et de quatre chaises. La porte a été récemment équipée d'un dispositif à code, en raison de vol de matériel.



Le bureau des urgences psychiatriques

L'équipe, présente de 7h30 à 21h30, est composée de :

- 0,2 ETP de psychiatre, pourvu par un médecin retraité présent les lundis et mercredis matin depuis le mois de septembre 2021, en remplacement du médecin référent décédé au mois de mai 2021 ; la présence médicale – quasi continue avec l'ancien praticien – n'est plus que deux demi-journées par semaine ;
- 0,2 ETP de cadre de santé, présente les mardis et jeudis après-midi ;
- 6,40 ETP d'IDE, pourvus par sept personnes, qui travaillent de 7h30 à 19h30 ou de 9h30 à 21h30, afin de favoriser la présence de deux d'entre elles en semaine comme le week-end, aux urgences comme en liaison ; elles sont souvent affectées après une courte expérience professionnelle en intra hospitalier et ne bénéficient préalablement d'aucun tutorat ni d'aucune formation spécifique.

RECOMMANDATION 3

Les patients qui se rendent aux urgences du centre hospitalier Manchester de Charleville-Mézières doivent pouvoir bénéficier chaque jour d'une évaluation médicale psychiatrique. De plus, les infirmiers qui intègrent l'équipe des urgences psychiatriques doivent bénéficier d'un tutorat initial et de formations spécifiques concernant les soins psychiatriques urgents, les soins sans consentement et les droits fondamentaux des patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CH Bélaïr précise que l'organisation de l'affectation des soignants à l'UAU est « mise en place depuis 2021 », qu'elle « comprend des périodes de tutorats et immersions régulières au sein des unités intra hospitalières du CH Bélaïr » et que des formations aux soins sans consentement et aux droits des usagers sont « en place et à venir » (cf. supra § 3.3). Il indique à propos de la présence médicale que le psychiatre recruté « ne peut malheureusement exercer que 3 demi-journées par semaine » et que « l'établissement poursuit ses recherches actives avec la direction des affaires médicales ».

b) La prise en charge

Les patients viennent principalement de leur domicile, d'un EHPAD, d'un foyer, de la rue, sont parfois accompagnés par les forces de l'ordre ; d'autres sont adressés par la maison d'arrêt (MA) de Charleville-Mézières (cf. § 10.3).

L'arrivée aux urgences, commune, s'effectue sans respect particulier de la confidentialité, sauf en cas d'accompagnement par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui bénéficie d'une entrée pour les véhicules plus discrète. Une infirmière d'accueil et d'orientation du CH Manchester accueille le patient, évalue la nécessité d'un examen somatique préalable qui n'est pas réalisé systématiquement, et place le patient en salle d'attente commune, assis ou sur un brancard, avant de l'adresser vers les IDE de psychiatrie. L'entretien est pratiqué dans le bureau sus-décrit. Les éventuels bilans biologiques sollicités auprès des urgentistes, avec lesquels les relations sont qualifiées de correctes, sont effectués. Un petit salon partagé avec les patients somatiques et équipé de fauteuils, d'un WC, d'une télévision, permet l'attente qui suit l'entretien. L'utilisation d'un box, non réservé, est possible en cas de besoin.

Un support écrit d'information sur les procédures d'hospitalisation est disponible pour le tiers demandeur mais aucun pour le patient. Les IDE donnent oralement les informations, de façon adaptée à l'état clinique du patient.

La recherche du tiers est systématique, tracée dans le logiciel mais parfois compliquée par l'état clinique du patient. La modalité d'hospitalisation en soin psychiatrique sur demande d'un tiers (SDT) est priorisée mais souvent difficile à formaliser, le tiers étant injoignable ou dans le refus.

Des liasses de certificats-types sont disponibles pour les procédures de SDT, soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence (SDTU), soins psychiatriques en péril imminent (SPPI). Y sont rappelés notamment l'obligation de mentionner l'état mental de la personne, les caractéristiques de sa maladie, la nécessité de recevoir des soins, le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade pour les SDTU et le péril imminent pour la santé de la personne pour les SPPI. Ces liasses comportent, en sus du certificat, une attestation d'examen somatique complet systématiquement réalisé en cas d'hospitalisation en SSC et une attestation de recherche du tiers à renseigner.

BONNE PRATIQUE 1

La mise à disposition de liasse de certificats types pour les hospitalisations en soins sans consentement participe à garantir la qualité de la procédure initiée aux urgences du centre hospitalier Manchester de Charleville-Mézières.

Quand les familles sont présentes, elles sont informées de la procédure d'hospitalisation, de la mesure de soins sans consentement, de son contrôle et des voies de recours devant le juge des libertés et de la détention (JLD).

c) L'isolement

Deux chambres d'isolement (CI) contiguës, réservées à l'UAU au sein de l'UHCD, sont équipées d'une entrée unique par une porte munie d'un fenestron, d'un lit qui permet une position tête relevée, avec un sommier de métal fixé au sol, d'un éclairage électrique que l'on peut tamiser. Elles n'offrent ni sanitaires, ni point d'eau, ni bouton d'appel. Certains éléments sont dégradés : des vis sortent des serrures intérieures, une plinthe en plastique est cassée.



Les portes contiguës des CI



Un lit en CI



Serrure intérieure avec vis apparente



Plinthe cassée

Tous les objets et les effets sont systématiquement retirés au patient, vêtu de la chasuble fendue utilisée aux urgences générales. Des entretiens et des tests PCR⁹ sont parfois réalisés en CI.

⁹ PCR : Polymerase Chain Reaction. Test de la contamination à la Covid-19.

La décision d'isolement est prise par le médecin urgentiste, et tracée dans le logiciel Easily-Azur® du CH Manchester, de même que la surveillance spécifique et son rythme en fonction du risque identifié. La pose de contentions peut être décidée ; une sédation est prescrite, en cas de besoin. Aucun registre spécifique ne rapporte l'ensemble de ces mesures. Elles ne font pas non plus l'objet d'une information et d'un contrôle du JLD.

Le CGLPL rappelle les positions de la Haute autorité de santé (HAS) dès 2017¹⁰ et de la société française de médecine d'urgence (SFMU) en 2021¹¹.

RECOMMANDATION 4

Les chambres d'isolement du centre hospitalier Manchester de Charleville-Mézières doivent garantir la sécurité et la dignité des patients et offrir l'accès à un WC, à un point d'eau ainsi qu'à un bouton d'appel même lors des phases de contention. Le port de la chasuble fendue ne doit pas être systématique. L'ensemble de la législation applicable aux mesures d'isolement et de contention en psychiatrie doivent être mises en œuvre, s'agissant particulièrement de la qualité du décideur, de la traçabilité des mesures dans un registre et de leur analyse dans un rapport annuel, de l'information du patient quant à l'exercice de voies de recours.

Dans ses observations au rapport provisoire, le CH Bélaïr indique qu'il transmet « *cette recommandation au CHINA* » et qu'il « *se tient à la disposition des professionnels [...] pour l'information, les outils et la documentation nécessaires dans ces situations* ».

Le CHINA lui-même fait état de :

- l'équipement de « la chambre [...] d'une salle de bain avec ouverture pour visualisation depuis le sas avec vitrage anti-effraction et store occultant côté sas » ;
- de la présence de « boutons d'appel dans la chambre et salle de bain ».

Par ailleurs, il envisage de demander « *la création dans le dossier-patient informatisé (DPI) d'un formulaire spécifique aux mesures de contention et d'isolement [...] au fournisseur du DPI. Ce formulaire précisera le nom du médecin et des personnes qui surveillent le patient, ainsi que la traçabilité des informations transmises. Ce formulaire pourra être requêté, ce qui permettra un bilan annuel et son analyse* ».

¹⁰ HAS, Recommandation de bonne pratique, Isolement et contention en psychiatrie générale, février 2017, p. 7 : « [...] une réflexion doit également être menée dans tous les lieux où existe une pratique d'isolement et de contention (pédopsychiatrie, établissements de santé non autorisés à l'accueil de patients en soins sans consentement, urgences, médecine-chirurgie-obstétrique [MCO], médico-social, unités de soins de longue durée [USLD], etc.) »

¹¹ SFMU, Recommandations de bonne pratique clinique, Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences, 31 mars 2021, pp. 16-17 : « Chaque établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée (article L. 3222-5-1 CSP loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ce registre doit notamment être présenté au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, à sa demande. »

d) L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation s'effectue systématiquement au CH Bélaïr. Le dossier médical est faxé au service receveur et le certificat adressé au bureau des entrées par l'ambulancier.

Le transport des patients hospitalisés en SSC ou présentant un risque suicidaire s'effectue systématiquement en ambulance allongés sur le brancard, et rarement avec la famille pour les patients compliant et sans risque suicidaire. Un traitement sédatif est prescrit en cas de besoin, administré en fonction de l'état clinique.

4.1.2 L'accueil dans les services du CH Bélaïr

L'unité Argonne accueille les patients hospitalisés en SSC, dont ceux en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) ; l'unité Élan les patients hospitalisés en SDDE ou en SL.

Le patient est accueilli dans l'unité par les IDE. Un inventaire des biens est systématiquement réalisé, signé par le patient, excepté lorsque l'état clinique l'empêche, et par deux soignants, puis scanné dans le logiciel Cariatides[®]. Les biens sont retirés selon la présentation clinique : seuls les objets dangereux (flacons de verre, rasoirs, ceintures, chargeurs électriques) sont retirés lors d'un accueil en chambre hôtelière ; tous les effets personnels sont retirés lors d'un accueil en CI ou en état de crise suicidaire active. Aucune mesure de restriction particulière, s'agissant notamment du port du pyjama institutionnel, n'est exercée en lien avec le mode d'hospitalisation.

Les patients peuvent garder une somme d'argent (montant variable selon les unités, cf. § 5.3) conservée dans leur casier nominatif, le reste étant déposé dans le coffre de la régie des patients, contre un reçu nominatif porté dans le dossier.

Le premier entretien psychiatrique, en présence d'un IDE, a lieu dès que possible, en fonction de la disponibilité du psychiatre, en général dans les 24 heures, plus rapidement dans l'unité Élan. La recherche de l'adhésion du patient aux soins est systématique. La détection des personnes devant bénéficier d'une mesure de protection des biens est effectuée. Aucun système de référence infirmière n'est mis en œuvre.

Un examen somatique initial est pratiqué, au besoin par un nouveau transport au CH Manchester, notamment s'agissant de patients s'étant présentés directement à Élan et pour lesquels les investigations somatiques nécessitent des moyens plus importants.

4.2 LES SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT UN QUART DE L'ACTIVITE ET SE COMPOSENT MAJORITAIREMENT DE PROCEDURES D'EXCEPTION

La crise sanitaire Covid a eu des conséquences sur les hospitalisations dans le pôle de psychiatrie. La modification du nombre de lits chez les adultes (à la baisse) et chez les enfants (à la hausse) explique également les évolutions observées.

Le CH rapporte :

- une diminution de la file active des adultes entre 2018 et 2021 (de 6 587 à 5 947 patients respectivement), de même que celle des enfants (de 1 546 à 1 346 patients), mais elle augmente dans chacune de ces deux catégories entre 2020 et 2021 (de 3,09 % chez les adultes et de 4,99 % chez les enfants) ;
- une diminution du nombre d'hospitalisations d'adultes et d'enfants à temps plein entre 2018 et 2021 (de 1 616 à 1 378 hospitalisations) mais il réaugmente de 4,35 % entre 2020 et 2021 ;

- une diminution continue du nombre de journées d'hospitalisation d'adultes à temps plein depuis 2018 (65 588 journées en 2018, 56 950 en 2021), mais une augmentation de celui concernant les enfants après une baisse en 2020 (1 223 journées en 2018 à 1 518 en 2021).

Aucun lit supplémentaire n'a été installé dans les chambres depuis plusieurs années. Toutefois, depuis août 2020, l'occupation des lits est coordonnée au cours d'une réunion quotidienne dite de « gestion des lits » animée par la cadre supérieure du pôle de psychiatrie et rassemblant les cadres des unités, ainsi que fréquemment une des psychiatres de l'unité Élan. Le 31 mars 2022, la situation était tendue : un foyer de contamination à la covid-19 suspendait les admissions à Roc La Tour ; des lits n'étaient disponibles qu'à Élan, Quatre Vents et La Goutelle. Si la tension ne se résout jamais par l'installation de lits supplémentaires, elle oblige parfois à enfreindre les règles établies en termes de parcours du patient en hospitalisation complète que cette réunion est aussi destinée à mettre en pratique (cf. § 3.1) en institutionnalisant les discussions relatives à l'unité de soins adaptée à chaque patient.

La répartition des modes légaux des soins est relativement stables depuis 2019 :

- les trois-quarts des patients sont hospitalisés en soins libres (SL), le quart restant l'étant en soins sans consentement (SSC) ;
- parmi les mesures de SSC, la majorité résulte d'une décision du directeur d'établissement.

En 2021, on observe que :

- les SSC se répartissent plus particulièrement en 395 soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE, soit 92 % des SSC) et 34 soins sur décision du représentant de l'État (SDRE, soit 8 %) ;
- les 395 SDDE sont majoritairement issus de la procédure exceptionnelle du soin psychiatrique en péril imminent (SPPI) qui fait intervenir un seul médecin extérieur au CH Bélaïr (209 SPPI soit 53 %) et dans une moindre fréquence de la procédure complète du soin psychiatrique sur demande d'un tiers (SDT, 95 mesures soit 24 %) voire de la procédure du soin psychiatrique sur demande d'un tiers en urgence (SDTU, 91 mesures soit 23 %). De 2016 à 2020, les SDTU étaient plus nombreux que les SDT ;
- les 34 SDRE se composent de 19 arrêtés municipaux ou préfectoraux pris en application de l'article L.3213-1 du code de la santé publique (soit 56 % des SDRE), de 14 arrêtés préfectoraux pris à l'encontre d'un détenu en application de l'article D.398 du code de procédure pénale (soit 41 % des SDRE), d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale.

RECOMMANDATION 5

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Environ un quart des mesures de SSC sont levées avant la comparution devant le juge des libertés et de la détention (JLD), laquelle intervient au plus tard dans les douze jours de l'admission, ce qui amène à interroger le recours initial à ces procédures contraignantes en lieu et place du soin libre (cf. § 7.3).

Dans ses observations au rapport provisoire, le CH souligne le caractère positif du changement de statut du patient avant le contrôle juridictionnel : « *il est à se féliciter que*

la mesure dure le temps que la clinique du patient le nécessite. Cela est strictement proportionné à son état de santé ».

L'hospitalisation des mineurs s'est faite exclusivement dans le cadre des soins libres sur autorisation des titulaires de l'autorité parentale en 2021 mais une ordonnance de placement provisoire (OPP) a été émise en 2020 et en 2021 et il y en a eu jusqu'à cinq en 2016 (cf. § 10.2.2).

Dans ses observations au rapport provisoire, le CHINA indique : « *Les bonnes pratiques seront rappelées plus régulièrement en réunion de service. Le CH Bélaïr sera sollicité pour des formations régulières sur ce sujet, dans le cadre du projet médical partagé (PMP) en cours de rédaction (et qui sera soumis aux instances du GHT en juin 2023) ».*

Quant au CH Bélaïr, il précise que « *la plupart des mesures de soins sans consentement émane de l'extérieur de l'établissement (SAU/SMUR du département). Cette recommandation concerne principalement les établissements extérieurs qui nous adressent les patients. Peu sont déclenchées dans nos services, (en moyenne une trentaine par an) augmentées cette année pour les patients qui ont dû être placés en isolement (soit environ 20 de plus) ».*

Année	TOTAL SDTU/SPPI	TOTAL SDDE/SDRE	Nombre TU déclenchés à Bélaïr	% mesures déclenchées à Bélaïr // mesures SDTU/SPPI	% mesures déclenchées à Bélaïr // mesures SDDE/SDRE
2022	369	477	52	14%	11%
2021	300	429	43	14%	10%
2020	314	427	46	15%	11%

« *Le corps médical souhaite porter à la connaissance du CGLPL le fait que ces procédures sont principalement motivées :*

- par une demande de sortie prématurée d'un patient dont l'état psychique représente un risque d'atteinte à l'intégrité. Ces demandes sont la conséquence des modes d'entrée à l'hôpital. En effet il n'existe pas toujours d'évaluation psychiatrique en amont de l'admission (urgences somatiques, médecins généralistes). Certains médecins qui adressent les malades, leur expliquent qu'ils souhaitent uniquement une consultation, que l'hospitalisation sera de courte durée pour convaincre le patient de rencontrer un psychiatre à l'unité d'accueil. Ainsi après l'évaluation médicale, il se pose l'indication d'une hospitalisation complète devant le refus du patient nous serons contraints de déclencher une mesure de soins sans consentement ;

- l'exacerbation des troubles mettant en péril l'intégrité du patient, ou celle d'autrui dans un contexte d'ambivalence, d'impulsivité, de personnalité pathologique, ou d'altération du discernement ne permettant plus sur un court temps l'adhésion aux soins et la conscience des troubles. Ajoutons que l'outil principal en psychiatrie reste la relation thérapeutique. Et que comme toute relation, cette dernière est évolutive et doit rester adaptative nécessitant parfois le recours à la contrainte dont le bénéfice risque est toujours évalué entre patient-soignant et personne de confiance du patient. »

4.3 L'INFORMATION GENERALE DES PATIENTS EST DE QUALITE TANDIS QUE LEUR INFORMATION INDIVIDUELLE EST LACUNAIRE

4.3.1 L'information générale des patients

Une information générale sur le fonctionnement de l'établissement et les droits des patients est accessible par le biais de son site Internet. Ce site comprend également un film qui décrit en une dizaine de minutes le dispositif des soins psychiatriques dans le département.

Le règlement intérieur (mis à jour au mois d'octobre 2018) est relativement complet sur les droits des patients, mais il ne peut être consulté par ces derniers que sur demande formulée préalablement auprès du cadre de santé ou du bureau d'admission.

Le livret d'accueil, récent (mis à jour en juin 2021), est normalement délivré aux patients à leur arrivée au sein de l'unité d'admission (Élan ou Argonne). En pratique, il ne leur est pas systématiquement remis. La commission des usagers (CDU) a recommandé qu'un livret d'accueil soit déposé en chambre à la sortie d'un patient afin que le prochain en dispose dès son arrivée et qu'une « check-list » soit établie pour en vérifier la distribution effective. Les autres unités peuvent en remettre mais ce n'est pas automatique, au prétexte que les patients viennent généralement d'une unité d'admission.

Ce livret aborde la procédure des SSC, les différents modes d'admission et fournit diverses informations pratiques sur l'arrivée au sein de l'établissement, les droits des patients, le séjour et la sortie. Il aborde de manière complète les droits généraux des usagers (l'accès au dossier médical, la personne de confiance, les directives anticipées, les plaintes et réclamations, la CDU).

RECOMMANDATION 6

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.

Par le biais des observations au rapport provisoire, la direction du CH rapporte que « l'établissement a mis en place une procédure d'accueil avec la notion de remise du livret d'accueil et la bonne application de la traçabilité dans le DPI à l'aide de la check-list ». « Si le livret d'accueil est bien remis lors de la plupart des hospitalisations, la traçabilité reste à améliorer. Toutefois à travers l'analyse des questionnaires de sortie on peut constater que les patients sont informés de leurs droits ». Lors d'une réunion de janvier 2022, « la mise à disposition du livret d'accueil dans la chambre avant toute nouvelle hospitalisation par les ASH (UAO et Argonne) a été retenue. [...] Si la traçabilité n'est pas optimale, l'établissement développe l'information continue et pérenne par le mur d'affichage ». Elle confirme que « l'information du patient constitue une priorité de l'établissement ».

Le bureau des entrées travaille à l'élaboration d'un livret d'accueil spécifique aux mineurs.

Les règles de vie sont affichées à l'entrée des unités. Un panneau plastifié collé au mur contient diverses affiches relatives à l'information des patients : charte de la personne hospitalisée, composition de la CDU, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), bilan des questionnaires de satisfaction pour l'année 2020, démarches à réaliser en cas d'objets perdus, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), etc. Ce panneau, coloré et moderne, permet de fournir une information complète aux usagers ainsi qu'aux professionnels et crée une identité visuelle commune aux unités intra hospitalières.

Un encart précise les spécificités applicables à chaque unité notamment sur les horaires des repas, des traitements, des visites et pour certaines, des horaires relatifs aux accès aux chambres. Des informations sont également accessibles par le biais de dépliants et de prospectus, en libre-service, installés dans chaque unité aux côtés du panneau plastifié. Ces dépliants, nombreux et variés, abordent des sujets précis (les SSC, les voies de recours des usagers faisant l'objet d'une mesure de SSC, l'accès au dossier médical, les représentants des usagers, la personne de confiance, les directives anticipées, etc.) et présentent un intérêt tant pour les patients, que les visiteurs et les professionnels eux-mêmes.



Les supports d'informations à l'entrée de chaque unité

BONNE PRATIQUE 2

L'établissement a multiplié les initiatives destinées à assurer aux usagers, aux visiteurs et aux professionnels eux-mêmes une information harmonisée de qualité sur les conditions générales d'hospitalisation et les droits des patients.

4.3.2 L'information individuelle des patients sur leurs droits spécifiques

Aucun protocole commun aux unités n'a été mis en place pour organiser les modalités de délivrance aux patients des informations relatives aux mesures de SSC dont ils font l'objet. Ainsi, les méthodes pour relayer ces informations auprès du patient (leur contenu, la remise des documents, etc.) sont disparates selon les unités. Seules les pratiques exposées dans l'unité Élan démontrent un effort pour délivrer une information complète au patient, alors que c'est au sein de cette unité d'admission que l'état psychique du patient l'y rend particulièrement peu accessible.

La notification des droits et des voies de recours des personnes en SSC est réalisée par les soignants – qui n'ont reçu aucune formation, cf. § 3.3.3 où une recommandation est faite – selon leur disponibilité, leurs connaissances. L'infirmier fournit autant que faire se peut les informations relatives aux règles de vie de l'unité, à la situation juridique, aux droits, aux voies de recours possibles, au rôle du juge des libertés et de la détention (JLD). Si l'état du patient ne permet pas la compréhension, la délivrance de ces informations est reportée. D'après le bilan

des questionnaires de satisfaction de 2021, 60 % des patients ont obtenu des informations sur leur séjour et leurs droits par le personnel hospitalier.

A chaque étape de la mesure, les soignants avisent ensuite l'utilisateur des droits et des décisions le concernant. Les professionnels rencontrés ont indiqué faire œuvre de pédagogie à l'égard des patients pour leur faire connaître leur situation juridique et les droits y afférents.

Les décisions d'admission et celles, ultérieures de prolongation des SSC, de même que les décisions judiciaires, sont notifiées au patient qui signe un accusé de réception. En cas de refus, ou si son état clinique n'est pas stable, cet accusé est émargé par deux infirmiers.

Toutefois, les décisions elles-mêmes ne sont pas transmises au patient. Elles sont directement mises dans son dossier médical conservé dans le bureau infirmier.

RECOMMANDATION 7

L'établissement doit préciser le rôle de chaque soignant dans la délivrance des informations aux patients en soins sans consentement, s'agissant en particulier de remettre au patient contre notification un document énonçant clairement ses droits et de lui remettre tous les documents relatifs à son hospitalisation (décisions administratives et certificats médicaux en constituant la motivation). Si le patient refuse de les conserver, ils doivent être mis à sa disposition pour consultation sur simple demande.

En communiquant ses observations au rapport provisoire, la direction du CH annonce : « Pour l'ensemble des unités de l'établissement, ce rôle va être confié à l'infirmier(e) de poste d'entretien paramédical, présent en permanence. Une information sera délivrée à ce sujet lors des prochaines réunions d'encadrement en juin 2023 ».

Lors des entretiens médicaux effectués par un psychiatre en présence d'un infirmier, les observations du patient sont recueillies et consignées dans le dossier informatisé, mais elles ne sont pas systématiquement reproduites sur les certificats médicaux. C'est la raison pour laquelle, à l'examen des registres de la loi, les contrôleurs n'ont pas trouvé la transcription d'observations qui auraient permis de s'assurer de la bonne compréhension du patient de son statut.

RECOMMANDATION 8

Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et mentionnées dans tous les certificats médicaux.

La direction du CH indique que la recommandation a été prise en compte : « les modèles de certificats médicaux du DPI sont mis à jour » et « à la suite de chaque CME, son président fera une note de confirmation à ses confrères ».

Les différents certificats médicaux sur lesquels se fonde la mesure (initial, de 24 heures, 72 heures, etc.) ne sont jamais communiqués aux patients mais classés dans son dossier médical. S'agissant de la procédure d'admission en SDT, la décision d'admission du directeur d'établissement ainsi que les documents judiciaires (tels que la convocation à l'audience du JLD) ne comportent pas l'identité du tiers à l'origine de la mesure. Or, le patient est en droit de recevoir cette information.

RECOMMANDATION 9

Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, la décision d'admission du directeur doit indiquer l'identité de ce tiers.

La direction du CH informe que « *la recommandation a été prise en compte avec la mise à jour des documents en question et insertion de champs de fusion disponibles dans le DPI* », ainsi que communication lors d'une CME.

4.3.3 L'accès au dossier médical

La possibilité d'accéder au dossier médical est mentionnée dans le règlement intérieur et le livret d'accueil. Les modalités d'accès sont détaillées dans un dépliant dédié à ce sujet, en libre accès à l'entrée de chaque unité. Le dossier peut être consulté sur place ou des photocopies peuvent être fournies. Le délai de communication du dossier est compris entre huit jours et deux mois selon que la prise en charge est intervenue à moins ou plus de cinq ans.

Le nombre de demandes d'accès au dossier est variable d'une unité à l'autre. Selon les informations recueillies, les sollicitations sont importantes à Élan, mais rares à Argonne. 37 dossiers médicaux ont été demandés en 2019, 30 en 2020, 43 (par 35 patients, 3 parents et 5 ayants-droits) en 2021. Sur ces demandes, en 2019, 22 dossiers devaient être traités dans les huit jours à compter de leur réception, 5 dans un délai de soixante jours ; en 2020, 16 dossiers devaient l'être dans les huit jours et 9 dans un délai de soixante jours et en 2021, 35 dossiers dans le délai de huit jours et 7 dans le délai de soixante jours. Pour les dossiers à traiter dans les huit jours, le délai de réponse était de 8,82 jours en 2019, 14 jours en 2020 et 8 jours en 2021. Pour les dossiers à traiter dans les soixante jours, le délai de réponse était de 22,20 jours en 2019, 44 jours en 2020 et 4 jours en 2021.

Si le principe est le libre accès au dossier médical, il a été indiqué aux contrôleurs que la direction avait pu refuser la délivrance du dossier médical à un titulaire de l'autorité parentale d'un mineur au motif que l'intérêt supérieur de l'enfant s'opposait à sa communication.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES PAVILLONS DES UNITES D'HOSPITALISATION SONT VIEILLISSANTS MAIS ENTRETENUS

Les cinq unités de soins présentent des aménagements similaires. Il s'agit de pavillons répartis sur l'ensemble du domaine foncier et conçus – sauf pour l'unité d'admission Élan qui est de plain-pied – sur deux niveaux : un rez-de-chaussée et un étage.



Aspect extérieur d'une des unités de soins

Des moisissures, constatées sur l'ensemble du bâtiment d'Argonne, apparues à la suite d'infiltrations venant de la toiture et d'un défaut de fonctionnement de la ventilation mécanique contrôlée justifieraient des travaux que le projet de reconstruction conduit à ne pas entreprendre.

Si la structure des pavillons est vieillissante, leur aménagement intérieur est régulièrement entretenu et adapté aux besoins grâce aux agents techniques de l'établissement qui réalisent les travaux d'entretien et de maintenance signalés par les cadres de santé. À titre d'exemple, l'installation de quatre chambres doubles entraînait la réfection des têtes de lits, des travaux de peinture et divers aménagements à La Dormoise. Des chambres d'apaisement étaient en cours d'installation à l'UDHP, Élan, Argonne, Alyse, Quatre Vents et à Roc La Tour et étaient prévues dans les unités La Dormoise et La Goutelle après identification de l'espace utile.

Le rez-de-chaussée des unités s'ouvre sur la pièce de vie commune, où les patients peuvent regarder la télévision, installés dans des fauteuils qui permettent une position semi-allongée. La pièce commune est parfois équipée d'un vélo d'appartement (La Goutelle). Cette salle avoisine les bureaux infirmier, médical et du cadre de santé ainsi que la pièce où les médicaments sont administrés. Le réfectoire et un ou deux salons destinés à accueillir les familles sont également situés au rez-de-chaussée, non loin de la pièce commune.



De gauche à droite : salle commune, salle à manger, salon d'accueil des familles d'une unité de soins

Deux à quatre chambres se situent au rez-de-chaussée, dont celles conçues plus spécialement pour les personnes à mobilité réduite (PMR).

De longs couloirs rectilignes desservent les différents espaces et bureaux, dont les murs sont peu décorés mais pour la plupart en bon état et peints de couleurs vives. Cependant, les problèmes d'humidité au sein de l'unité Argonne et l'état des murs des couloirs et des chambres endommagés par des coups à Élan nécessitent des travaux.

Les portes des chambres sont percées de fenestrons obturés par des films. Ceux posés à La Dormoise représentant des fleurs. Les soignants déplorent l'obturation qui les contraint d'ouvrir la porte la nuit pour s'assurer que tout va bien, en provoquant le réveil des patients. Seul le prénom de ces derniers est inscrit sur la porte, mais certains ajoutent leur nom de famille.



Couloir desservant les chambres et bureaux



Fenestron de porte obturé

Rares sont les chambres dotées de verrous de confort. Ainsi à Roc La Tour, aucune des chambres n'en est équipée.

RECOMMANDATION 10

Les portes des chambres hôtelières doivent être équipées d'un verrou de confort pour que le patient puisse protéger son intimité de jour comme de nuit.

Dans ses observations au rapport provisoire, le CH indique : « *Un plan d'actions est établi et le déploiement des cylindres électroniques a démarré en mai 2023 et se poursuivra jusqu'en septembre 2023. L'établissement a reçu récemment les cylindres pour équiper les portes des chambres. L'agent chargé de la sécurité et des clés procède à la mise en place progressive de ceux-ci. Les patients disposeront d'un bracelet qui leur permettra d'accéder librement à leur chambre* ».

Il ajoute : « *Bien que l'établissement soit dans une période de mise en œuvre de son schéma immobilier [...], les bâtiments sont vieillissants* » et l'établissement « *met tout en œuvre pour maintenir un niveau d'accueil de qualité. Des commandes sont engagées régulièrement afin de répondre aux problématiques d'humidité constatées dans l'établissement et particulièrement pour l'unité Argonne* ».

Il informe : « *le schéma directeur immobilier de l'établissement (SDI) se poursuit suivant le planning prévisionnel : l'architecte et le projet ont été retenus mi-avril 2023* ».

La plupart des unités disposent de seize chambres, majoritairement individuelles et – sauf à de rares exceptions – toutes équipées d'une salle de douche. Argonne n'a que des chambres individuelles. De même, jusqu'au début du mois d'avril 2022, La Dormoise était pourvue de seize chambres individuelles mais le transfert de patients des Quatre Vents vers La Dormoise, afin d'installer l'UDHP dans le pavillon des Quatre Vents, a nécessité le réaménagement de quatre chambres individuelles en chambres doubles, en cours lors de la visite. Roc La Tour et La Goutelle disposent chacune de deux chambres doubles.

Les chambres sont vastes (entre 20 et 25 m²) et lumineuses. Les fenêtres peuvent être entrouvertes par les patients.

Les chambres sont dotées d'une salle de douche à l'italienne, d'une cuvette de WC en céramique avec un abattant, d'un lavabo de céramique surmonté d'une tablette et d'un miroir, mais sans patère. La porte de la salle de douche des chambres doubles dispose systématiquement d'un verrou intérieur.

Les chambres sont équipées d'une armoire avec une étagère et une penderie fermée à clef, ouverte par le soignant. Certaines armoires n'étant pas équipées de serrure, les patients (La Goutelle) peuvent acheter des cadenas à la cafétéria.

Il est possible d'accéder du lit à l'interrupteur de lumière mais il n'y a pas de bouton d'alarme. Certains patients, notamment à Roc La Tour, ont des sonnettes « domestiques » pour pallier cette carence, mais leur usage ne permet pas aux soignants de localiser la provenance de l'appel.



Salle de douche d'une chambre



Aménagement en cours d'une chambre double

Les chambres peuvent être équipées d'un poste téléviseur personnel. Le patient peut aussi décorer sa chambre s'il le souhaite.

Des salles vastes et lumineuses sont dédiées aux activités thérapeutiques, au rez-de-chaussée ou à l'étage. Deux salles d'activités ont été aménagées dans les unités La Dormoise et La Goutelle : l'une avec des équipements sportifs (ping-pong, musculation, tapis de marche, vélo, ballon), l'autre avec du matériel permettant des travaux manuels.

Lorsque les salles d'activités sont à l'étage, les soignants ne peuvent pas à la fois animer ces activités et se tenir disponibles pour les autres patients restés en rez-de-chaussée. Cependant, à Roc La Tour les soignants parviennent à animer les activités de relaxation dans la salle aménagée à cet effet.



Une salle d'activités thérapeutiques

Chacune des unités de soins bénéficie d'un espace extérieur permettant aux patients de prendre l'air, de s'asseoir autour d'une table ou de fumer, jusqu'à 21h00 (La Dormoise) ou 23h00 (Élan et Argonne). Un abri muni de chaises permet de se protéger des intempéries.

A La Dormoise, un jardin aménageable en potager est en projet.



La cour à Argonne



Un autre espace extérieur et un abri contre les intempéries

Les patients, avec lesquels les contrôleurs ont échangé pendant la visite, ont majoritairement fait part d'un sentiment d'ennui. Les cours des unités n'offrent l'accès à aucun matériel facilitant l'exercice physique (agrès, cages, ballons, etc.).

RECOMMANDATION 11

Les patients doivent disposer de matériel permettant de pratiquer des activités physiques dans les cours des unités.

L'établissement rappelle dans ses observations au rapport provisoire qu'il « dispose d'un gymnase tenu par un moniteur sportif à temps plein animant des groupes d'activités physiques sur prescriptions médicales en groupe ou en individuel » mais il ajoute qu'un « plan prévisionnel va être mis à l'étude pour déployer des équipements sportifs dans les cours des unités fermées et dans le parc pour les unités ouvertes. Un groupe sera mis en place septembre 2023 pour étudier la faisabilité d'un tel projet ». Il mentionne également la course et la marche du conseil local de santé mentale (CLSM) programmées annuellement, depuis 2018 s'agissant de la course, avec l'objectif de déstigmatiser la psychiatrie, et ayant rassemblé 84 coureurs et 278 marcheurs en 2022.

5.2 L'HYGIENE EST PRISE EN COMPTE AVEC ATTENTION

Un médecin et une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) sont chargés des procédures et des contrôles en lien avec l'hygiène et les infections nosocomiales. Des formations ont lieu afin de sensibiliser les soignants des unités et actualiser leurs connaissances, avec la remise de livrets et de flyers synthétiques et colorés.

Durant la crise sanitaire due à l'épidémie de Covid-19, un protocole d'application très stricte des recommandations de l'ARS a été mis en place à la fois lors de l'admission en hospitalisation mais également après une permission. Les patients contaminés ont été astreints à rester dans leur chambre, la porte fermée, munie d'un logo spécifique. De la vaisselle jetable était utilisée lors des repas. Les patients devaient être accompagnés par un soignant pour fumer dehors, afin de garantir leur isolement sanitaire. Les soignants devaient porter des masques FFP2, des lunettes

de protection, des gants, et des surblouses. Le linge sale devait être évacué dans un sac hydrosoluble. Lors du contrôle il a été constaté sur le site de la blanchisserie de l'établissement que des sacs hydrosolubles contenant du linge sale venant des unités atteintes par des foyers de contamination étaient acheminés et placés directement dans les machines à laver.

Pour lutter contre le risque de légionellose, un laboratoire agréé intervient. Une fois par semaine dans chaque unité la température de l'eau est relevée. Une fois par an, le laboratoire réalise des prélèvements dans chaque zone où il existe une sous-station d'alimentation en eau ainsi que dans les services qui en dépendent. Les analyses du 17 mars 2022 ayant révélé que trois unités de soins étaient touchées par une flore interférente, le point d'eau a été condamné et des douches filtrantes anti-légionellose ont été installées dans les salles d'eau des patients immunodéprimés. L'EOH teste annuellement les eaux pour soins standard dans les salles de soins, ainsi que dans les cuisines. La balnéothérapie fait l'objet d'un protocole spécifique.

Des prélèvements de contact sur le linge utilisé dans les unités et sur les vêtements des soignants ont lieu une fois par trimestre à la sortie des machines à laver. Ce linge est stocké dans des armoires fermées, dans des pièces destinées au linge propre. Afin d'éviter des contaminations après le lavage, le linge n'est pas stocké en grande quantité dans les unités ; le besoin est évalué au plus juste chaque mardi avec la blanchisserie, qui intervient par ailleurs rapidement pour livrer du linge supplémentaire en cas de nécessité, même le week-end. Personne ne se plaint de l'approvisionnement en linge.

Dans les unités, les linges sale et propre sont entreposés dans des pièces distinctes.

Les neuf agents de la blanchisserie du CH Bélaïr traitent 1,7 tonne de linge par jour, dont, gratuitement, le linge personnel des patients après étiquetage. Il est de surcroît repassé et au besoin raccommoqué. Les contrôleurs ont pu visiter cette blanchisserie. L'étanchéité de la manipulation entre linges sale et propre est maintenue tout au long du circuit.

Les draps sont changés une fois par semaine. Des patients attestent de leur changement quotidien en cas de nécessité.

Le ménage fait par quatre agents de service hospitalier (ASH) par unité est efficace. Il manque toutefois un demi-ETP à La Goutelle.

Le papier toilette, le savon pour les mains et les essuie-mains sont mis à disposition en permanence ; des produits d'hygiène le sont sur demande des patients auprès des soignants.

A La Dormoise deux soignants coupent les cheveux des patients qui le souhaitent ou emmènent les patients chez le coiffeur en ville si nécessaire, ce qui est fait systématiquement dans les unités où aucun soignant ne peut couper les cheveux. Les soignants peuvent couper les ongles des mains. Un podologue vient à l'hôpital.

Sept des quatorze patients de La Dormoise ont besoin d'aide pour leur toilette. Dans l'unité Élan où trois chambres n'ont pas de salle de douche et à Roc La Tour, la salle de douche collective est utilisée pour la toilette assistée. Des WC sont présents dans les chambres démunies de douches.

5.3 TOUS LES PATIENTS NE SONT PAS AUTONOMES DANS LA GESTION COURANTE DE LEURS BIENS

La fiche d'inventaire renseignée par le soignant à l'arrivée mentionne les objets retirés sur indication médicale, les objets autorisés, et les objets en possession du patient dont il est précisé

que l'établissement n'est pas responsable en cas de perte ou de vol¹². Le patient signe l'inventaire de même que les deux soignants ayant procédé à cette opération. Ce même formulaire sert à notifier la restitution des biens lors de la sortie.

Les patients peuvent garder de petites sommes d'argent numéraire. Le montant dépend des unités : 30 euros à la Dormoise, 80 à Argonne, 50 à Roc La Tour. Le reste est remis à la régie des patients qui conserve cette somme dans un coffre.

Les objets conservés par les patients peuvent être placés dans l'armoire de leur chambre. Certaines armoires ne ferment pas à clef. D'autres sont systématiquement fermées par les soignants, dont dépendent alors les patients pour accéder au contenu de l'armoire.

Dans chaque unité, des casiers fermés à clef sont proposés aux patients. Ces casiers, où le nom du patient est inscrit, destinés à stocker un peu d'argent liquide, des papiers d'identité, du tabac et parfois des produits d'hygiène, se trouvent dans des pièces sécurisées ou, comme à La Goutelle, dans la salle commune. Pour y accéder, le patient qui ne détient pas la clef est contraint de faire appel aux soignants. A La Dormoise deux soignants doivent être présents pour remettre les biens au patient alors qu'à La Goutelle la clef du casier est laissée au patient si sa capacité est estimée suffisante. Dans les autres unités ce sont les soignants qui détiennent les clefs. L'accès du patient à ses biens est donc la plupart du temps très dépendant de la disponibilité des soignants.



Casiers sécurisés

RECOMMANDATION 12

Chaque patient doit pouvoir disposer, en chambre, d'un placard qu'il peut fermer à clef afin de pouvoir mettre ses biens en sécurité.

Actuellement, chaque patient dispose néanmoins d'un casier fermant à clé dans chaque unité. Dans le futur hôpital, en 2027, les chambres seront équipées de placards et de casiers intégrés, fermant à clé et le patient disposera de sa clé.

La direction du CH indique que « quatre unités (Roc la Tour, La Goutelle, 4 vents, UDHP) disposent aujourd'hui d'armoires individuelles avec un système de serrure dans chaque chambre avec accès autonome par les patients. L'établissement va poursuivre ce déploiement pour les autres unités selon un calendrier restant à définir ». « Dans le futur hôpital, en 2027, les chambres seront équipées de placards et de casiers intégrés, fermant à clé et le patient disposera de sa clé ».

¹² Il s'agit des appareils de radio et de télévision, des rasoirs électriques, des clés, des sacs, des vêtements, des pièces d'identité, des bijoux, des cartes bancaires et des chèques.

Les chargeurs et les téléphones sont laissés aux patients des unités Roc La Tour et La Goutelle, qui peuvent les garder dans leur chambre. Ils sont autorisés, sauf consigne médicale, à en faire usage sauf durant la nuit ou au cours de repas. A La Dormoise, rares sont les patients (cinq des quatorze au jour du contrôle) qui possèdent un téléphone personnel et plus rares encore ceux qui peuvent le garder sur prescription médicale ; il est alors conservé dans le bureau des soignants et les patients viennent, selon le créneau autorisé, chercher le téléphone mobile des soignants pour appeler ou demander à récupérer leur téléphone personnel.

Quatre assistantes de service social (ASS) sont chargées des patients de l'intra hospitalier. La nécessité d'entamer une procédure de protection est parfois signalée par la famille du patient, par un ASS du département, ou par le bureau des entrées qui s'aperçoit par exemple que le patient ne bénéficie pas de mutuelle ni de prestations sociales. Un signalement est fait au procureur, lorsqu'une mesure de protection est nécessaire. Un formulaire permet au personnel des unités de signaler aux ASS une problématique nécessitant leur intervention (le droit à la santé, les ressources, le logement, la mise en place d'une aide à domicile, etc.).

Les ASS participent aux réunions de synthèse concernant les patients qui leur sont attribués (deux fois par mois pour tous les patients à Roc La Tour, au cas par cas dans les autres unités). Les rapports avec le personnel des unités de soins sont faciles. Les ASS sont décrites comme réactives aux demandes formulées par les soignants.

Le problème majeur réside dans la préparation de la sortie d'hospitalisation. Les ASS font la demande d'orientation à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), et le délai de la réponse excède six mois. Il se passe plusieurs années avant de pouvoir intégrer un établissement sur orientation de la MDPH, ce qui induit de très longs séjours à l'hôpital, non fondés sur l'état clinique du patient mais par le manque de structures d'aval.

Deux mandataires judiciaires sont salariés de l'hôpital, l'un en charge de cinquante-six patients et l'autre de quarante-huit. Les autres mandataires appartiennent à l'union départementale des associations familiales (UDAF). Lors de la visite, soixante-dix patients font l'objet d'une mesure de tutelle et trente-quatre d'une mesure de curatelle.

Les mesures d'isolement et de contention sont portées à la connaissance des mandataires en temps réel. Ils accompagnent les personnes protégées lors de l'audience devant le JLD ou lui font parvenir des observations.

Le mandataire judiciaire délivre à la régie l'autorisation de décaissement portant la somme dont le patient peut disposer chaque semaine. Les patients se plaignent d'être fréquemment accompagnés par un soignant qui s'exprime à leur place sur le montant qu'ils désirent. Les mandataires judiciaires et la régie se trouvent dans le même bâtiment et au même niveau, ce qui facilite les rencontres. Les mandataires se chargent d'acheter le tabac remis ensuite au patient à la régie.

Par le biais des observations au rapport provisoire communiqués par la direction du CH, les mandataires judiciaires préposés à l'établissement précisent :

« La régie délivre de l'argent à tous les patients sous mesure y compris ceux qui un suivi de mesure extérieur. Le majeur protégé peut à tout moment rencontrer son mandataire pour revoir avec lui le montant de la somme allouée.

Concernant les mandataires préposés de l'établissement, l'article R474-22 du code de l'action sociale des familles est respecté « la personne protégée doit pouvoir s'entretenir

avec le mandataire judiciaire à la protection des majeurs sans la présence de l'une des personnes mentionnées à l'article R472-17.

Une note a été adressée en ce sens par les mandataires pour rappeler les bonnes pratiques aux soignants (attendre à l'extérieur) et rappeler l'application de l'article R 474-22 du code de l'action sociale et des familles ».

Les comptes bancaires de personnes placées sous protection sont ouverts à la banque LCL depuis le mois d'avril 2021. Les mandataires y font les versements nécessaires.

5.4 LA QUALITE ET LA QUANTITE DES REPAS LAISSENT A DESIRER

Le groupement de collaboration sanitaire inter hospitalier des Ardennes (GCSIHA) élabore les repas de tous les établissements du département et quelques maisons de retraites. Presque 550 repas sont confectionnés quotidiennement pour le CH Bélaïr. Le personnel hospitalier consomme au restaurant administratif les mêmes menus que les patients.

Les commandes sont passées pour la semaine suivante par les soignants, qui réunissent les patients pour leur demander de choisir entre le menu « conseil » et le menu « 2^{ème} choix » et leurs cinq composantes : l'entrée, la viande, la garniture de la viande (les féculents et les légumes), le fromage, le dessert. Le logiciel Winrest® dans lequel sont passées les commandes permet de différencier la texture mixée ou moulinée. Plusieurs unités ont signalé ne pas être livrées du nombre suffisant de portions de légumes, alors que les quantités de féculents peuvent même être augmentées lors de la commande. Ces anomalies, consistant à ce que les accompagnements de légumes soient régulièrement divisés par deux, n'ont pas été signalées à la diététicienne.

La diététicienne passe les commandes d'une vingtaine de patients dont les repas relèvent d'une prescription médicale (allergies, hyperprotidique, etc.). Les soignants la sollicitent quand un patient ressent des difficultés pour manger. Elle reçoit alors le patient en consultation. Elle participe à la commission des menus avec le CHINA, qui suit les recommandations du groupement d'études des marchés en restauration collective et de nutrition (GEMRCN), lequel fixe notamment les grammages de chaque aliment et équilibre les proportions de laitages, de fibres et de féculents.

Les menus sont affichés pour la semaine dans la salle à manger ou dans le couloir, ainsi que l'origine de toutes les viandes¹³. Il n'y a pas de menus confessionnels mais des aliments adaptés (œufs, poisson). Une fois par mois des menus exceptionnels sont proposés (pizza, hamburger, steak-frites, etc.).

Les repas sont livrés dans chaque unité tous les matins entre 9h00 et 10h00, entreposés dans des armoires réfrigérées, puis réchauffés. Les barquettes contiennent quatre portions. Au moment des repas, les patients sont servis à l'assiette. Le petit-déjeuner est servi à partir de 8h30, le déjeuner à partir de 11h45, le goûter à 16h00 et le dîner à 18h45. Le goûter, également servi dans la salle à manger, est composé de biscuits, de chocolat, de crèmes aromatisées, de yaourts ou de fruits.

¹³ Depuis le 1^{er} mars 2022, un décret a rendu obligatoire l'information concernant l'origine des viandes bovines mais aussi ovines, porcines et des volailles.

Les salles à manger sont grandes et lumineuses. Selon l'unité, les patients ont le libre choix de leur place comme à Argonne, ou ont des places attitrées comme à La Dormoise. A La Goutelle, les repas peuvent être pris en extérieur en été.



Cuisine attenante à la salle à manger d'une unité de soins



Salle à manger d'une unité de soins

Les patients peuvent aller chercher des biscuits ou des friandises à la cafétéria de l'établissement. En principe, ils ne peuvent pas garder des aliments dans leur chambre. Les soignants conservent pour certains d'entre eux les friandises et régulent ainsi les excès de leur consommation de sucre. Un boulanger travaillant non loin de l'établissement fournit environ 1 000 pains individuels chaque matin à 5h00, et peut aussi livrer du pain complet.

Les patients se plaignent de la qualité gustative très médiocre des aliments, du pain comme des repas. A Roc La Tour où chaque soir est servie une soupe, les patients déplorent n'avoir pas assez de pain, distribué à raison de deux le matin, un le midi et un le soir. Tous les patients ne savent pas qu'ils peuvent demander du pain complet. Les fruits, réfrigérés à des fins de longue conservation, sont très durs et difficilement consommables.

RECOMMANDATION 13

Le nombre de portions de légumes doit être égal au nombre de convives. La qualité gustative des mets et du pain doit être améliorée et le pain doit être donné en quantité suffisante.

Dans les observations au rapport provisoire, l'établissement conteste la recommandation en ce qu'elle « laisserait à penser qu'on ne nourrit pas assez les patients » et ajoute que, « quelle que soit la situation exceptionnelle, aucun patient n'a dû pâtir d'un manque de la quantité du repas qu'il voulait ». « La commande de repas a lieu à J-7, ce qui ne reflète pas forcément l'effectif patient présent » ; « un stock tampon [existe] au self qui permet de pallier des manques éventuels dû à des entrées imprévues ».

Par ailleurs et « pour exemple, en 2021, 85 % des questionnaires [de sortie] indiquent leur satisfaction sur la quantité suffisante des repas, 80 % sont satisfaits du respect des goûts et choix alimentaires et 80 % sont satisfaits de la qualité des repas ».

Les représentants des usagers se sont saisis du sujet et un axe spécifique a été inscrit dans le projet d'établissement à travers le projet des usagers.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST PARFOIS RESTREINTE DE MANIERE DISPROPORTIONNEE

L'établissement ne déplore pas d'intrusions ou des faits de délinquance dans le parc. Seuls les abords des unités sont soumis à la vidéosurveillance.

Argonne, Élan et La Dormoise sont des unités fermées.

Les patients en SDRE de l'unité Argonne ne sortent de l'unité qu'après autorisation médicale doublée d'une autorisation de la direction, et avec un accompagnement par des soignants. Trois patients en SDDE (sur quatorze SSC) peuvent sortir seuls.

À Élan, les soignants demandent aussi à la direction une autorisation écrite de sortie dans le parc lorsqu'il s'agit de personnes hospitalisées en SDDE¹⁴ ; la sortie des patients en SL dépend non seulement de leur état clinique mais aussi de la disponibilité des soignants pour leur ouvrir la porte de l'unité.

Tous les patients de La Dormoise sont également maintenus par principe dans l'unité, y compris les sept patients hospitalisés en SL sur les quatorze accueillis au jour du contrôle. Avant la mise en œuvre des restrictions de circulation liées à la crise sanitaire, les patients en SL pouvaient sortir dans le parc et devaient revenir pour les repas. Le cadre de santé établissait pour la direction un état mensuel des patients en SL ou en SSC pouvant sortir. Depuis le début de la crise sanitaire, les patients ne sont autorisés à sortir de l'unité que trente minutes chaque jour par le médecin, qui précise la nécessité éventuelle d'un accompagnement par des soignants. Ils peuvent aussi se rendre à l'ETI ou aller rencontrer leur mandataire judiciaire. Les sept patients en SL subissent les mêmes restrictions.

L'accès aux chambres est libre dans la journée pour l'ensemble des patients d'Argonne et d'Élan mais il ne l'est pas à La Dormoise, où les chambres sont par principe inaccessibles en journée, sauf pendant la sieste. Il arrive aussi à La Dormoise – c'était le cas pour huit patients dont quatre en SL – que des personnes soient enfermées dans leur chambre la nuit ou parfois pendant leur sieste pour éviter des déambulations et des intrusions dans les chambres des autres patients¹⁵. S'agissant d'un enfermement assimilable à une mesure d'isolement, on se référera au § 8.2.3 où une recommandation est faite.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement informe de la mise en place de « groupes de travail [...] sur la Dormoise entre mars et mai 2023 et depuis le 3 mai 2023 les chambres sont ouvertes aux patients à partir de 13h ».

Par ailleurs, il annonce la réunion d'un comité de pilotage sur la « restriction des libertés » en juin 2023, en lien avec la CME.

Roc La Tour et La Goutelle sont en principe des unités ouvertes, ce qui participe, à Roc La Tour notamment, de la responsabilisation du patient et du renforcement du lien thérapeutique. Mais les restrictions sanitaires liées à la Covid-19 ont entraîné la fermeture de leur porte. Du 30 mars au 4 avril 2022, les patients de Roc La Tour ont été maintenus exceptionnellement en chambre en raison d'un foyer de contamination. Depuis plus d'une année à La Goutelle, les patients se

¹⁴ Les patients en SDRE sont hospitalisés à Argonne.

¹⁵ Quelques jours avant le départ des contrôleurs ce dispositif a été levé pour quatre personnes.

regroupent pour entrer et sortir ; lorsque la porte est ouverte, elle l'est pour tous, sans considération du statut d'hospitalisation et sauf indication médicale contraire.

L'accès aux chambres à Roc La Tour et à La Goutelle est libre, sauf de 9h30 à 12h30 dans l'une, 10h00 à 12h00 dans l'autre, pour faciliter le ménage. Des patients considèrent que ce temps imposé hors de leur chambre est une incitation à la socialisation.

Toutes les unités disposent d'espaces extérieurs accessibles (cf. § 5.1).

RECOMMANDATION 14

Les patients en soins libres ne peuvent pas être soumis à des restrictions de leur droit d'aller et venir et, s'agissant des patients en soins sans consentement, les éventuelles restrictions à leur liberté d'aller et venir doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées.

Dans ses observations, l'établissement précise qu'il « met tout en œuvre pour respecter la liberté d'aller et venir pour les patients en SL et en SSC qui n'ont pas de consignes médicales spécifiques. Le schéma directeur immobilier a été conduit dans ce sens. Le dispositif se met en place actuellement avec l'installation des cylindres électroniques et la mise à disposition de bracelet d'accès aux patients ».

6.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES ET RARES

Les règles de vie ont fait l'objet d'une harmonisation et d'un effort visible d'affichage (cf. § 4.3.1). Les horaires de la vie quotidienne sont ainsi homogènes d'une unité à l'autre. Les patients peuvent se lever vers 7h30 et se coucher après la fin du film diffusé à la télévision.

Le port du pyjama « institutionnel » n'est imposé dans aucune unité de soins, excepté lors d'un placement à l'isolement (cf. § 8.1, où une recommandation est formulée).

La libre gestion de la consommation du tabac et du briquet est la règle, sauf exception en raison d'une incapacité ou de ressources insuffisantes.

Les patients disposent dans les unités d'une bibliothèque, d'un quotidien de la presse locale, d'un salon de télévision, de matériel de dessin et de jeux de société qu'ils peuvent utiliser entre eux ou avec les soignants selon leur disponibilité.

6.3 LES PATIENTS PEUVENT ENTREtenir DES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR OU S'EN PROTEGER

L'usage du téléphone personnel étant par principe libre, seuls les patients soumis à autorisation sous conditions (d'heures, de personnes à contacter, de remise du chargeur aux soignants, etc.) doivent s'adresser au personnel pour avoir accès à leur propre téléphone ou à l'appareil sans fil du service. Huit patients ont un téléphone personnel à Élan, six à Argonne, cinq à La Dormoise. Le téléphone sans fil peut être emmené par le patient dans sa chambre, lorsque celle-ci est accessible (cf. § 6.1).

La procédure relative à l'admission sous secret, bien qu'évoquée dans le règlement intérieur, n'est pas connue des soignants. Au standard de l'établissement, le personnel dispose d'un cahier de consignes où les noms des personnes qui ne désirent pas recevoir d'appels sont mentionnés. Au sein des unités, les soignants ne communiquent pas de renseignement d'ordre médical aux appelants par téléphone et connaissent les personnes qui ne doivent pas, pour des raisons en lien avec la pathologie du patient, être mises en contact avec ce dernier.

Le courrier reçu est acheminé deux fois par jour dans les unités par les cadres. Le courrier émis par les patients est pris en charge par le vaguemestre quotidiennement. Les patients ouvrent les courriers seuls, sauf si le cadre s'aperçoit qu'il provient de l'UDAF par exemple, auquel cas il surveillera que les bons contenus dans cette correspondance ne soient pas jetés.

Les colis sont ouverts en présence d'un soignant.

Les familles doivent prendre rendez-vous avant de venir, afin d'organiser la disponibilité du salon d'accueil (cf. § 5.1). Les visites peuvent durer une heure. Les enfants de moins de dix ans ne sont pas acceptés dans les unités mais peuvent rester dans le parc. Le personnel de l'unité La Dormoise évalue à cinq le nombre de familles qui viennent rencontrer les patients régulièrement. La plupart du temps, ce sont les soignants qui gèrent les changements de programmes sur le poste de télévision de la salle commune. Quelques patients détiennent des postes personnels dans leur chambre (cf. § 5.1.2).

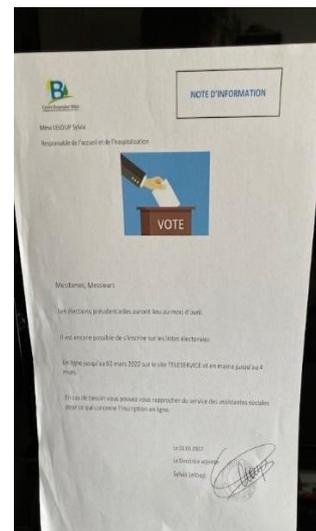
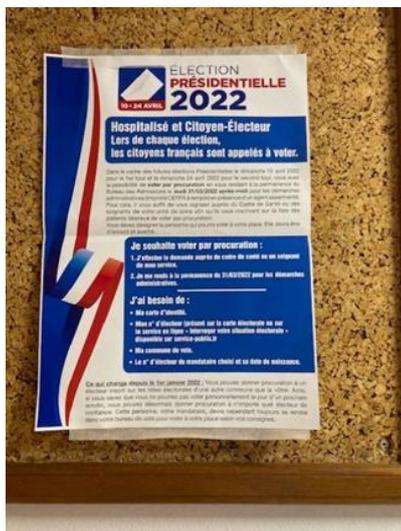
La presse quotidienne régionale est livrée dans les unités de même que les programmes de télévision.

L'accès à Internet *via* le wifi est possible sur demande à l'équipe médicale, le code d'accès étant ensuite fourni par la cafétéria.

6.4 L'ACCES AU DROIT DE VOTE A ETE PRIS EN COMPTE, QUOIQU'UN PEU TARDIVEMENT

Des affiches colorées ont été conçues et réalisées par la direction de l'établissement, afin de sensibiliser les patients à l'échéance électorale du mois d'avril 2022. Elles informaient les personnes hospitalisées de la possibilité de voter par procuration. Les démarches à faire auprès du personnel soignant étaient précisées, de même que les dispositions concernant la possibilité de désigner un mandataire inscrit sur une autre liste électorale que celle du mandant.

Toutefois, l'inscription sur une liste électorale n'a pas été anticipée : l'information au personnel a été donnée le 1^{er} mars 2022, alors que les inscriptions par Internet et en mairie pouvaient être faites jusqu'au 2 mars 2022. L'information n'a pas pu être adressée spécifiquement aux patients sous protection, qui doivent toujours effectuer une démarche volontaire pour s'inscrire sur une liste électorale. Des patients qui désiraient s'inscrire sur la liste électorale n'ont pas non plus été en mesure de le faire car leur pièce d'identité n'était plus en cours de validité et – compte tenu du délai de 24 heures laissé par l'information tardive – ne pouvait pas être établie.



Affiches concernant l'élection présidentielle et l'inscription sur les listes électorales

Les mandataires judiciaires, alertés par cette défaillance, ont commencé à vérifier de manière systématique la validité des cartes nationales d'identité des patients dont ils ont la charge.

Concernant les procurations, le commissariat de police a organisé une permanence au sein de l'établissement le 31 mars 2022. Quatre personnes étaient inscrites mais une seule s'est présentée. Quelques jours plus tard, un patient a été accompagné au commissariat pour effectuer une procuration.

En conséquence de ces constats, une recommandation portait initialement sur la nécessité d'anticiper largement les démarches liées aux échéances électorales afin de permettre aux patients de pouvoir exercer leur droit de vote.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement rappelle que pour le scrutin d'avril 2022, *« exceptionnellement l'inscription sur les listes électorales pouvait être réalisée en ligne jusqu'au 2 mars 2022 et en mairie jusqu'au 4 mars 2022 »* en lieu et place du 31 décembre précédant l'élection. Il conteste la recommandation car il a *« pour habitude d'organiser les élections avec toute l'anticipation nécessaire »*, en lien avec les assistances sociales, même si le code de la santé publique *« n'indique pas [...] que cela relève des missions de l'hôpital de faire un rappel sur l'inscription sur la liste électorale »*. Ce rappel a été fait *« pour permettre à d'éventuels retardataires de s'inscrire sur les listes électorales »*. *« Aucun patient ne s'est manifesté pour s'inscrire sur les listes »* et il est *« excessif d'en conclure qu'ils auraient pu être empêchés »*.

L'établissement indique que la possibilité d'*« accompagner les patients qui en auraient besoin »* pour aller voter a été anticipée et que la *« permanence d'un officier ministériel pour les votes par procuration »* a été organisée. Les patients ont été informés des *« solutions qui s'offraient à eux pour exercer leur liberté fondamentale »*, sans *« distinguer que le patient ait ou non une mesure de protection »*, *« l'information [devant] être la même pour tous »*, *« d'autant que [...] l'article 5 du code électoral a été abrogé et qu'un majeur en tutelle recouvre de plein droit, par l'effet de la loi, son droit de vote »*, *« pour autant que, comme tout citoyen, il soit régulièrement inscrit sur les listes électorales de la commune de son lieu de résidence »*. *« L'inscription sur les listes électorales doit être une démarche volontaire de l'électeur (art. L. 11 et L. 12 du code électoral) : c'est donc au majeur protégé d'en faire la demande et de solliciter son inscription. C'est une décision qui relève du champ des décisions strictement personnelles »*.

Dans ces conditions, l'établissement réaffirme que, conformément à *« l'article L. 472-6 du code l'action sociale et des familles qui indique qu'un « établissement [de santé] ne peut désigner l'un de ses agents en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs que si un exercice indépendant des mesures de protection qui lui sont confiées par le juge peut être assuré de manière effective »*, il ne lui appartient pas d'indiquer au mandataire comment exercer son mandat et conteste la mention par le CGLPL d'une sollicitation tardive des mandataires. Il réfute aussi toute responsabilité quant à l'absence de carte d'identité ou de validité de celle-ci, d'autant plus que l'identité peut être établie par d'autres moyens. En revanche, dans une situation évoquée, il a pris en compte la réclamation d'une patiente et les renseignements et démarches pour l'accompagner ont été donnés et expliqués, même si, *in fine*, la patiente n'est pas allée voter.

6.5 LES MODALITES D'ACCES AUX CULTES DOIVENT ETRE PRECISEES

Les règles de vie affichées dans les unités rappellent que l'établissement s'engage au respect de la laïcité républicaine en permettant au patient de se livrer aux activités religieuses de son choix. Le règlement intérieur énonce qu'il est possible de participer à l'exercice de son culte à l'intérieur de l'établissement et de recevoir la visite d'un ministre du culte tout en étant vigilant à l'égard de certaines organisations ou sectes. Le livret d'accueil évoque la présence au centre social d'un lieu de culte commun et précise que les offices catholiques se tiennent dans la chapelle.

Il est précisé que les personnes qui respecteraient le jeûne du ramadan pourraient être nourries à la tombée de la nuit sans difficulté, des repas pouvant être conservés au frais. Cependant, aucun représentant du culte musulman n'a jamais été vu dans les unités de soins et aucune demande en ce sens n'a été formulée, ce dont témoignent les soignants de La Goutelle ou de La Dormoise. Des prières peuvent être faites dans les chambres, les soignants de l'unité Élan précisant qu'il peut arriver qu'en chambre double, pour laisser le patient faire sa prière, le second patient soit conduit à la bibliothèque.

Dans le parc de l'établissement se dresse une vaste chapelle catholique où officie depuis vingt-cinq ans un laïc, rémunéré par l'établissement. Il anime le samedi un groupe de parole réunissant une quinzaine de personnes. Le dimanche il organise une célébration. Les patients passent par un soignant pour faire appel à cet aumônier catholique.

Pour contacter d'autres ministres des cultes, il est nécessaire de faire appel au CH Manchester. Cette procédure est peu connue. Dans l'ensemble des documents où la liberté de culte est évoquée, aucun numéro de téléphone ne facilite l'accès aux cultes pour les patients et leur famille. Ainsi les soignants d'Argonne ne savent pas si l'aumônier catholique est toujours présent au sein de l'établissement.

RECOMMANDATION 15

Les coordonnées des aumôniers doivent être précisées afin d'en faciliter l'accès aux patients et à leur famille.

L'établissement indique que « la demande de rencontre avec l'aumônier passe par l'administration, qui se charge de mettre le patient en relation. Le patient peut contacter son propre aumônier. La Charte Laïcité indiquant les coordonnées du standard est affichée dans les unités ». Cette affiche informe « que la personne hospitalisée peut être mise en relation pour échanger ou recevoir la visite du représentant du culte de son choix. Le numéro du standard est indiqué. Ce dernier mettra en relation le patient avec le représentant du culte demandé ». « Compte tenu de la pathologie des patients et de l'abus qui peut être fait les aumôniers ne souhaitent pas qu'ils soient affichés. C'est pourquoi les appels passent par le standard et sont transmis aux aumôniers sans possibilité de voir le numéro de transfert ». Cette procédure « concerne tout le GHT » et « répond aux exigences [de l'article R. 1112-46] du code de la santé publique ». Il précise que « le standard est joignable 7 jours/7 et 24h/24 ».

6.6 QUOIQUE SANS REFLEXION INSTITUTIONNELLE, LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS NIEE

Des IDE et des AS ont spontanément témoigné de leur acceptation de relations affectives ou sexuelles entre patients. A La Dormoise, il est arrivé qu'un patient et une patiente montrent des signes d'affection et un patient est accompagné dans l'EHPAD où réside sa compagne pour des visites ; ailleurs, un patient annonce qu'il va se marier avec un autre. A Roc La Tour, le jour de la présence des contrôleurs, la sortie d'hospitalisation d'un patient sans domicile allait se faire notoirement au domicile d'une ancienne patiente sans que cela ne pose de difficulté. « *Ici, c'est un deuxième Meetic !* » a-t-il été énoncé avec acceptation.

Le personnel reste cependant vigilant à toute forme d'abus. A l'arrivée, les patients sont informés qu'ils ne doivent pas s'exposer aux autres, notamment parce que « *certaines souffrent d'un chagrin d'amour* » ; pour les plus vulnérables, le discours se veut protecteur de leur intégrité physique et psychique « *au même titre qu'ils doivent protéger leur carte bleue* » ; l'interdiction de s'imposer dans la chambre d'un autre patient est posée. Lorsque des relations se nouent pendant le séjour, l'existence du consentement chez les deux partenaires est questionnée par l'équipe. Pour autant, les portes des chambres des patients ne sont équipées d'aucun verrou de confort (cf. § 5.1.2, et sa recommandation).

Le personnel laisse le ou la patiente se masturber dès lors qu'il ou elle est en chambre individuelle, car « *chacun fait ce qu'il veut dans sa chambre, seul* ». Un éventuel cas de priapisme est toutefois communiqué à l'équipe quand un soignant a un doute. Le logiciel Cariatides® permet de tracer le consentement éclairé du patient à qui un anticonvulsivant et un thymorégulateur provoquant des troubles de la sexualité est prescrit.

Aucun préservatif masculin ou féminin n'est directement accessible aux patients dans les unités mais ils peuvent être commandés à la pharmacie, par le biais des IDE. La poursuite ou l'instauration d'un mode de contraception est favorisée, par l'intervention du médecin généraliste le cas échéant et y compris en se rendant dans la pharmacie la plus proche pour le procurer à la patiente concernée. Le fait que certaines patientes sollicitent régulièrement le dosage de l'hormone bêta-HCG (test de grossesse) témoigne, selon les soignants, de relations sexuelles. Certains ont eu l'occasion d'en surprendre, en général lors de la ronde la nuit.

Les patients ne bénéficient d'aucune information générale concernant la sexualité et les infections sexuellement transmissibles, sauf à leur demande ou quand une relation sexuelle est constatée. Un café-débat permet toutefois d'aborder ces questions par le biais des discussions organisées sur les maladies psychiatriques et leurs traitements. La CLE n'a jamais traité de ces questionnements (cf. § 3.5).

RECOMMANDATION 16

La vie affective et sexuelle des patients doit faire l'objet d'une réflexion et d'une prise en charge institutionnelles.

L'établissement ajoute dans ses observations au rapport provisoire que, « *en lien avec les espaces de réflexion éthique Grand-Est (EREGE), il formera les équipes soignantes à la réflexion éthique* », qu'« *une infirmière diplômée en sexologie exerçant à 60 % dans l'établissement est à la disposition des équipes pour aider dans cette mission* », que les formations-actions des agents « *sont permises dès qu'elles se présentent* ».

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE A MINIMA SA MISSION DE CONTROLE TANDIS QUE LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ASSOCIES TRES ACTIVEMENT A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

7.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est composée de deux médecins psychiatres du CH Bélaïr, de deux représentants d'associations agréées (UDAF et UNAFAM). Au moment de la visite des contrôleurs, sa composition n'est pas conforme à la loi¹⁶ : les deux psychiatres exercent au CH Bélaïr et il manque un médecin généraliste.

La CDSP n'a pas organisé de visites au sein de l'établissement entre 2018 et 2020. Elles ont repris en mars 2021 et, depuis, la CDSP est venue à trois reprises (les 23 mars, 19 octobre 2021 et 15 février 2022). Une prochaine visite est prévue au mois de mai 2022, la CDSP devant désormais se rendre à l'établissement deux fois par an. Les représentants des usagers ont sollicité qu'une troisième visite annuelle soit organisée.

Le livret d'accueil mentionne très succinctement l'existence de la CDSP en indiquant l'adresse postale à laquelle il est possible d'adresser une contestation ou une réclamation. Pour autant, ses missions sont relativement bien connues des soignants et des usagers puisque chaque unité dispose d'une affiche sur le panneau plastifié situé à l'entrée, explicitant son rôle, sa composition et la façon de la contacter (cf. § 4.3.1).

Les patients sont avisés de la venue de la CDSP oralement par les soignants mais également par voie d'affichage et la possibilité de rencontrer ses membres y est mentionnée. Avant la dernière visite de la CDSP, l'établissement a pris l'initiative de distribuer à chacun un fascicule détaillant le rôle de cette dernière et la possibilité de s'inscrire pour une rencontre avec ses membres. L'hôpital a pris le soin de refaire une affiche avant la visite du 15 février 2022 car celle qui leur avait été transmise ne leur semblait pas assez lisible pour les patients.

Préalablement à son arrivée, la CDSP envoie par mail à l'établissement la liste des patients dont elle souhaite examiner les dossiers. Le CH Bélaïr compile l'ensemble de ces dossiers en un livret qu'elle délivre à la commission, sur place. Un bureau situé au service des entrées est mis à disposition de la CDSP mais également dans chaque unité pour les entretiens avec les patients.

Lors de la dernière visite, quatorze patients ont souhaité un entretien (six d'Argonne, cinq de La Dormoise, trois de Roc La Tour). Les membres de la CDSP ont examiné dix dossiers : trois mesures dans le cadre d'un SPPI de moins de trois mois et sept mesures de SPPI de plus d'un an. Ils ont en outre consulté les registres de la loi et celui relatif à la contention et l'isolement. Selon les informations recueillies, ils n'ont toutefois pas eu le temps de s'entretenir avec les patients. La responsable des admissions s'est donc chargée de recueillir la parole des patients et de la transmettre à l'ARS.

Aucun rapport annuel d'activité n'a été formalisé. Les contrôleurs ont seulement été rendus destinataires du compte-rendu de la dernière visite, dont il ressort que la CDSP a fait preuve d'une attention particulière concernant les registres. Elle a notamment relevé, dans plusieurs folios des registres de la loi, l'absence du nom du tiers dans l'attestation de recherche. Elle a

¹⁶ Article L.3223-2 du code de la santé publique.

interpellé l'établissement sur la difficulté d'exploiter le registre d'isolement et de contention. Il a enfin été décidé que le compte-rendu ne retracerait plus les réclamations des patients, sauf exception.

RECOMMANDATION 17

La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée conformément à l'article L.3223-2 du code de la santé publique et être mise en mesure d'exercer convenablement sa mission de contrôle. Elle doit exposer chaque année dans son rapport d'activité les atteintes aux libertés individuelles et à la dignité des personnes qu'elle recense. Elle doit se réunir régulièrement, visiter les unités d'hospitalisation au moins deux fois par an et s'entretenir avec les patients.

7.1.2 La place des usagers

a) La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est présidée par une représentante des usagers (UFC Que choisir) et se compose de la directrice déléguée de l'établissement (vice-présidente et médiateur non médical), d'un médecin psychiatre (président de la commission médicale d'établissement – CME), de deux médecins médiateurs (titulaire et suppléant), de la correspondante des usagers, de deux représentants des usagers (titulaire et suppléant) et enfin de deux représentants titulaires de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

Des explications dans le livret d'accueil et un prospectus disponible dans les unités (cf. § 4.3) permettent de renseigner les usagers sur l'existence de cette instance, son rôle, son fonctionnement et les modalités de sa saisine.

La CDU se réunit quatre fois par an. Des réunions supplémentaires sont parfois organisées à la suite d'un nombre important de CREX ou pour préparer le rapport d'activité. La CDU étudie tous les mois et demi les plaintes et les réclamations, reçues par courrier, par mail ou oralement auprès des représentations des usagers. Les plaintes et réclamations reçoivent systématiquement une réponse d'un membre de la direction associé à un représentant des usagers.

La CDU émet des recommandations et un point est fait tous les trois mois pour en suivre l'évolution et la mise en pratique. À titre d'exemple, elle a relevé l'absence de délivrance systématique du livret d'accueil au patient et a recommandé qu'un exemplaire soit laissé en chambre et qu'une *check-list* soit établie afin d'en vérifier la distribution effective (cf. § 4.3.1).

La CDU participe activement à l'élaboration de la politique de prise en charge des patients, d'information et de mise en œuvre des droits des usagers. Elle est associée à l'organisation du parcours de soins, à la politique de qualité et de sécurité mais également à l'élaboration du projet de reconstruction de l'établissement.

En 2019, 48 réclamations et plaintes ont été traitées, 37 en 2020 et 40 en 2021. Parmi ces dernières, 27 ont nécessité un entretien pour recevoir une réponse.

Chaque année, la CDU élabore un rapport annuel d'activité complet qui reprend les comptes-rendus des différentes réunions, diverses statistiques (sur les admissions, les mesures de SSC, le

suivi des audiences du JLD, les demandes d'accès aux dossiers médicaux, etc.) et l'intégralité des plaintes et réclamations.

b) Les représentants des usagers

Les représentants des usagers – UFC Que choisir, UNAFAM – disposent d'un bureau au sein du bureau des entrées leur permettant notamment de recevoir les familles et les patients lors d'une permanence mensuelle. Ils se déplacent fréquemment dans les unités pour présenter leurs missions et s'entretenir avec les patients. Chaque jour de la semaine, un représentant des usagers est présent sur l'établissement.

Ils sont tous membres de la CDU et sont conviés à de nombreuses instances : conseil de surveillance, CREX, comité de pilotage de la qualité, commission des soins infirmiers, comité local de santé mentale (CLSM), cellule d'identitovigilance, comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), commission locale éthique (CLE, cf. § 3.5), évaluations des pratiques professionnelles et médiations médicales. Ils participent à la création d'un livret d'accueil pour les mineurs ainsi qu'à un questionnaire de satisfaction propre à ces derniers.

Les représentants des usagers assistent en moyenne à deux ou trois audiences par mois du JLD. Ils participent aux cafés-débat organisés sur des thèmes spécifiques par l'établissement auxquels sont conviés soignants et patients.

Enfin, ils ont participé, avec l'aide des patients, à l'élaboration du jeu « Info'roule », initialement créé pour la semaine de la sécurité qui sert désormais de support de communication lors de diverses manifestations (journées européennes des droits des patients, journées annuelles de promotion de la santé, etc.) et est également installé de manière ponctuelle dans les services de soins pour adultes. Ce jeu promeut l'implication des patients et porte à leur connaissance leurs droits et leurs obligations. Il consiste à faire tourner une roue qui comporte dix couleurs différentes ; à chaque couleur, est associé un thème et des cartes contenant une question relative aux droits des usagers. Les participants sont récompensés par un lot.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST RENSEIGNE SANS RETARD MAIS NE RETRACE PAS L'INTEGRALITE DU PARCOURS DU PATIENT

Les registres relatifs aux mesures de SSC sont renseignés et conservés au secrétariat du bureau des entrées. L'un est spécifique aux mesures décidées par le directeur de l'établissement et l'autre à celles prises par le représentant de l'État. Ils sont tenus sur un modèle normalisé : livre cartonné de format A2, composé de 100 folios numérotés remplis par ordre chronologique d'admission, et correspondant pour chacun à un patient.

Les contrôleurs ont examiné les registres en cours et ont constaté la prévalence des mesures d'admission en SDDE (cf. § 4.2). Pour les SDRE, la première admission date du 25 mai 2021 (n° 1 292) et la dernière du 23 mars 2022 (n° 1 322), soit 30 mesures. Pour les SDDE, le registre ouvert le 14 mars 2022 (n° 15 141) comporte 21 mesures jusqu'au 28 mars 2022 (n° 15 162).

Les deux registres sont renseignés des informations relatives à l'identité du patient, son adresse, la date d'admission en SSC, son numéro de matricule, ainsi que le mode d'admission.

Le registre des mesures de SDRE comporte sur la première page les différents arrêtés préfectoraux (d'admission, de maintien, de levée de la mesure) collés les uns derrière les autres. Cette présentation ne permet pas une lecture aisée du suivi du patient. Sur les pages suivantes,

sont apposés les différents certificats médicaux (24 heures, certificat de situation, 72 heures, certificat mensuel de maintien en hospitalisation), l'avis motivé et les programmes de soins (PDS). Les contrôleurs ont pu constater que leur contenu est suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante et observer l'évolution du patient. L'usage de motivation type n'a pas été relevé. Les passages en PDS sont généralement retranscrits dans le registre et leur contenu est détaillé. Néanmoins, les observations des patients ne sont pas retranscrites sur les certificats médicaux. Seule une mention relative au recueil des observations du patient et la tenue d'un entretien est apposée sur les PDS sans que le contenu n'en soit explicité. On se référera au § 4.3.2, où une recommandation est faite.

Le registre concernant les mesures de SDDE porte les mêmes informations auxquelles s'ajoute, en cas de mesure prise sur le fondement du péril imminent, un document retraçant les démarches entreprises pour rechercher un tiers. Toutefois, il apparaît que les registres, bien qu'à jour sur les admissions, ne font pas mention de l'intégralité des exigences posées par l'article L.3212-11 du code de la santé publique et ne permettent pas en conséquence d'avoir, notamment dans le cadre d'un contrôle, un aperçu rapide et complet de la situation du patient et de son suivi. Les omissions sont en effet systématiques concernant :

- les décisions du directeur de l'établissement elles-mêmes, les notifications des décisions et accusés de réception des notifications, les décisions de protection juridique des majeurs, les autorisations de sortie ;
- l'identité du tiers à l'origine de la mesure.

En outre, si figure une mention sur la confirmation ou l'infirmité de la décision d'admission par le JLD, il est regrettable que ses ordonnances ne soient pas reproduites en intégralité.

Il est ainsi nécessaire de se référer au dossier administratif du patient – qui contient notamment les notifications des droits et les décisions du JLD – afin de voir l'intégralité de son parcours.

Il ressort enfin de l'examen des registres que les arrêtés, les décisions d'admission et les certificats médicaux ne sont généralement pas horodatés, rendant ainsi impossible toute vérification quant au respect des délais.

RECOMMANDATION 18

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner les dates de notification des décisions d'une part, des droits et voies de recours d'autre part. Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique, preuves à l'appui :
« Cette recommandation a été prise en compte rapidement et les correctifs mis en place ».

Le président du TJ de Charleville-Mézières a effectué une visite en 2021, de même que le préfet le 31 mars 2021, en plus de la CDSP le 15 février 2022. Ces différentes autorités et instances ont examiné les registres en cours.

Selon les informations recueillies, un logiciel devrait être mis en place au cours de l'année 2022, après sa présentation au personnel en juin 2022, pour dématérialiser les registres de la loi.

7.3 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION CONTROLE LES DECISIONS D'HOSPITALISATION AINSI QUE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, SAUF POUR LES MINEURS

7.3.1 La convocation à l'audience

Dès leur admission en SSC, les patients sont informés qu'un magistrat va statuer dans un délai de douze jours sur le maintien de la mesure dont ils font l'objet. La convocation à l'audience leur est notifiée par un soignant mais rarement remise en mains propres. Elle est le plus souvent déposée dans leur dossier administratif. Le soignant qui procède à la notification rappelle au patient le rôle du JLD et la possibilité de bénéficier de l'assistance d'un avocat commis d'office ou choisi. Le personnel rencontré a indiqué avoir pour mission essentielle, lors de la notification, de rassurer le patient qui pense bien souvent qu'il va être jugé.

Le patient n'est toutefois pas systématiquement averti de son droit de saisir, à tout moment, le JLD, aux fins d'ordonner, à bref délai la mainlevée immédiate de la mesure conformément à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

Le prospectus relatif à l'audience du JLD élaboré par l'établissement précise que le juge intervient pour s'assurer du bien-fondé de l'hospitalisation dans un délai de douze jours à compter de la décision d'admission mais il ne précise pas la possibilité pour le patient de présenter une demande de mainlevée. Ce recours est évoqué dans un prospectus différent relatif aux « *voies de recours des usagers faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement* ».

Ces informations sont mentionnées dans le livret d'accueil (cf. § 4.3.1).

Les mandataires judiciaires sont convoqués. Ils viennent rarement à l'audience mais certains transmettent fréquemment leurs observations par mail au magistrat. C'était le cas lors de l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs.

7.3.2 Le déroulement de l'audience

Un bâtiment sur le site du CH est affecté à la tenue des audiences du JLD. Les locaux qu'il abrite sont spacieux, propres et adaptés. Les patients peuvent attendre dans une salle meublée de chaises qui comporte également des sanitaires (adaptés aux PMR). Une autre salle est destinée aux avocats pendant leur entretien préalable avec leurs clients. Cette salle dispose de deux tables séparées par un paravent mais en pratique seul un avocat assure les audiences, si bien qu'elle n'est jamais occupée par deux conseils simultanément et que la confidentialité est respectée.



Salle d'attente



Salle destinée aux entretiens avocats

Deux audiences sont fixées chaque semaine les lundis et jeudis matin et sont assurées par un vice-président du TJ de Charleville-Mézières qui exerce les fonctions de JLD. En son absence, la mission est assurée par un magistrat de permanence.

Tous les avocats du barreau de Charleville-Mézières peuvent être commis d'office pour assister les patients dans le cadre de la permanence. Ainsi, les avocats n'ont pas obligatoirement suivi de formation spécifique pour intervenir sur le contentieux des SSC.

La salle d'audience est équipée de tables disposées en U, où s'assoient d'un côté le magistrat et le greffier (tous deux en robe) et de l'autre le patient et son conseil (en robe également).

Des chaises sont disposées tout autour de la pièce pour accueillir les soignants accompagnateurs ainsi que l'assistance.

Au fond, à gauche de la salle, un bureau est disposé pour le représentant du préfet, même si en pratique celui-ci ne se déplace pas.



Salle d'audience

Le patient est toujours accompagné par un soignant pour se rendre à l'audience. Les personnes détenues sont systématiquement extraites de l'unité Argonne et conduites par deux IDE. Lors de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté, chaque patient s'est entretenu avec l'avocat de permanence présent. Tous ont comparu revêtus de leurs vêtements civils. La porte du prétoire est restée ouverte.

Le magistrat explique son rôle à la personne hospitalisée et lui indique les motifs retenus par les médecins pour initier ou poursuivre la mesure de SSC. Il donne lecture des certificats médicaux et avis motivés. Il s'enquiert auprès du patient de la façon dont il vit son hospitalisation et lui demande s'il a des observations sur la poursuite ou non de la mesure. Les conditions matérielles de l'organisation de l'audience permettent au patient de s'exprimer sereinement.

La responsable des admissions était présente à l'audience et formulait des observations sur le suivi des patients et le bien-fondé ou non de la poursuite de la mesure.

Lors de la visite, deux personnes n'ont pu comparaître à l'audience pour cause de Covid-19. Elles ont néanmoins pu s'entretenir avec l'avocat de permanence par téléphone et un certificat médical d'empêchement a été établi pour chacune par un médecin. Peu de patients refusent de se déplacer, les absences sont le plus souvent imputables à des contre-indications.

7.3.3 Les décisions rendues

La décision du magistrat est rendue et notifiée sur le siège. Une copie de l'ordonnance est remise au patient. Le JLD en explique la motivation au patient si son état clinique le permet et l'informe sur les délais et voies de recours. La notification est signée par deux soignants lorsque l'état du patient n'est pas stabilisé.

En 2021, sur 439 mesures de SSC, le JLD a été saisi de 396 dossiers, dont 24 saisines à la demande du patient. 108 mesures ont été levées avant l'audience et 18 programmes de soins (PDS) ont

été mis en place de manière anticipée. Sur les 270 dossiers présentés effectivement au magistrat, 238 décisions de maintien ont été prononcées, il y a eu 29 décisions de mainlevées avec mise en PDS dans les 24 heures, 3 décisions de maintien de PDS dans les suites d'une saisine du patient et aucune levée « sèche ».

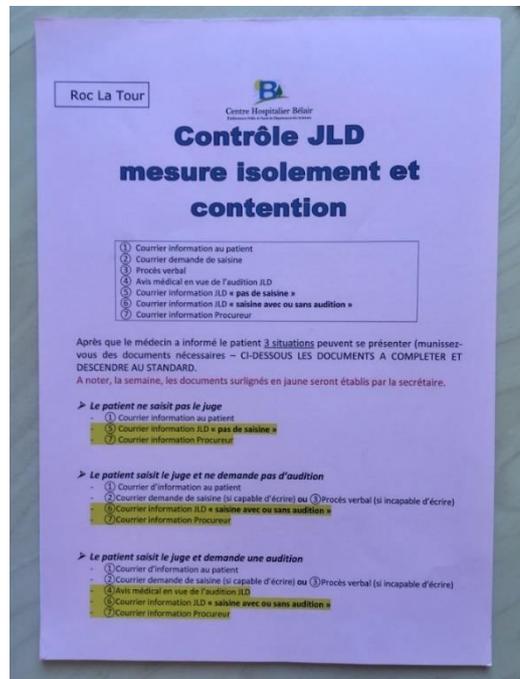
Les appels sont peu fréquents : 11, dont un déclaré irrecevable, et une levée de mesure avant audience. Pour les 9 appels restants, la cour d'appel de Reims a rendu une décision de maintien.

7.3.4 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

L'établissement s'est saisi de l'évolution de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique issue de la loi du 14 décembre 2020¹⁷ et a eu à cœur de faciliter le travail du personnel pour s'assurer de la régularité de la procédure en matière d'isolement et de contention. Il a élaboré une liasse de formulaires numérotés pour accompagner les soignants. Cette liasse prévoit trois situations qui peuvent se présenter, avec les numéros de formulaires afférents : l'absence de saisine du juge, la saisine du juge sans demande d'audition, la saisine du juge avec demande d'audition.

Elle contient :

- un courrier d'information du patient sur les droits et voies de recours dont il dispose, notamment sur le droit de saisir ou d'être auditionné par le JLD ;
- un courrier de saisine du magistrat par le patient ou un procès-verbal s'il n'est pas en capacité d'écrire ;
- un formulaire d'avis médical en vue d'une audition par le JLD ;
- un courrier d'information du JLD en l'absence de saisine ;
- un courrier d'information du JLD en cas de saisine avec ou sans demande d'audition ;
- un courrier d'information au procureur de la République.



Exemple de liasse de l'unité Roc La Tour

¹⁷ Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2021, des dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique issues de la loi du 14 décembre 2020, les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être pratiquées qu'à l'encontre de patients en hospitalisation complète sans consentement. L'établissement doit informer le JLD de tout placement en isolement qui dépasse 48 heures (ou 24 heures pour un placement sous contention), lequel peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

L'article L.3211-12-2 du même code ouvre la possibilité au patient de demander une audition auprès du magistrat lorsqu'il statue sans audience.

Les dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, modifiées par la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022, imposent désormais la saisine obligatoire du JLD par le directeur de l'établissement psychiatrique à l'issue d'un délai de 72 heures pour l'isolement et 48 heures pour la contention, sous peine de mainlevée immédiate de la mesure. Le magistrat dispose d'un délai de 24 heures pour statuer. Aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de 48 heures à compter d'une mainlevée, sauf survenance d'éléments nouveaux.

Chaque formulaire est disponible en deux exemplaires : un à transmettre au bureau des entrées, l'autre à archiver dans le dossier du patient dans l'unité.

Cette liasse doit être mise à jour pour tenir compte des dernières modifications législatives imposées par la loi du 22 janvier 2022 mais dans l'attente, le bureau des entrées appelle systématiquement les soignants de l'unité dans lequel se trouve le patient isolé pour leur rappeler les démarches à effectuer.

Lorsque le patient sollicite une audition, celle-ci peut avoir lieu dans une « salle virtuelle », créée par l'établissement, c'est-à-dire en visioconférence. A défaut, elle se fait par téléphone avec le magistrat.

L'établissement se montre réactif, pédagogue et novateur pour accompagner le personnel dans le cadre de la procédure de contrôle de l'isolement par le magistrat.

Une mesure d'isolement est parfois décidée à l'encontre d'un patient agité en SL (cf. §. 8.2.2), avant transformation du mode d'hospitalisation en SSC. Le JLD a indiqué qu'il prononçait la levée immédiate de toutes les mesures d'isolement ou de contention, sans exception, prise pour un patient qui ne serait pas placé en SSC, peu importe si ce placement a été régularisé brièvement après la mise à l'isolement. Cette pratique, regrettée par l'établissement, respecte pour autant à la lettre les dispositions juridiques applicables à la matière.

Par ailleurs, plusieurs unités pratiquent l'enfermement des patients dans leur chambre la journée ou la nuit, ce qui constitue une mesure d'isolement (cf. § 8.2.2). Il est non seulement dommageable que ces enfermements ne soient pas tracés dans le registre d'isolement et de contention mais aussi qu'ils échappent au contrôle du juge.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement signale : « *Concernant l'année 2022, cette modalité sera comptabilisée dans le registre et l'établissement en fera une analyse* ». Il ajoute : « *Pour autant le JLD ne souhaite pas les examiner* ».

S'agissant des mineurs, le magistrat a expliqué aux contrôleurs que les mesures d'isolement les concernant échappent *de facto* à son contrôle. En effet, il considère que l'hospitalisation d'un mineur sur demande d'un représentant légal et décision du directeur d'établissement équivaut à son placement en SL et qu'ainsi les mesures d'isolement prises à son égard ne relèvent pas de ses attributions. La seule hypothèse dans laquelle il s'estime compétent concerne l'hospitalisation d'un mineur sur décision du représentant de l'État (SDRE), cas de figure qui n'est survenu qu'une fois durant les huit années d'exercice du magistrat au sein de l'établissement.

RECOMMANDATION 19

Il est de l'intérêt supérieur des enfants hospitalisés en psychiatrie de ne pas les protéger moins que les patients adultes en soins sans consentement s'agissant des cas où ils sont isolés ou attachés. En pareille situation, le contrôle juridictionnel des mesures d'isolement et de contention doit impérativement s'appliquer.

Le CGLPL rappelle aussi que le cadre juridique applicable aux mesures d'isolement et de contention n'est pas adapté à l'hospitalisation des mineurs, ce qui doit interdire de recourir à de telles mesures à leur égard (cf. § 10.2.3, où une recommandation est formulée).

L'établissement tient à préciser qu'il « *poursuit son travail sur le moindre recours à l'isolement en particulier en pédopsychiatrie. D'ailleurs, [il] a présenté un diaporama sur*

*l'alternative à l'apaisement à M. le président et Mme La Procureure en février 2022 [...].
Ce document a été également présenté en instances ».*

Un bilan des mesures alternatives à l'isolement telle que l'utilisation d'espace d'apaisement a été élaboré par l'établissement en février 2022 à la demande du TJ de Charleville-Mézières.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LA CONCEPTION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE CONTRIBUE PAS AU RESPECT DE LA DIGNITE DES PATIENTS ISOLES

L'établissement dispose de trois chambres d'isolement (CI) dans l'unité Argonne (dont la chambre 038, cf. § 10.3), et d'une dans les unités Élan, La Goutelle, La Dormoise et Alyse, soit sept au total.

Les CI ont des points communs, notamment un double accès, une superficie adaptée, un lit avec un sommier de métal scellé au sol et un matelas de plastique, un WC dont le patient peut actionner la chasse, une douche italienne, des fenêtres permettant un éclairage naturel direct, un éclairage électrique provenant de plafonniers, un système de chauffage, un sol et des murs revêtus de carrelage, une horloge extérieure visible depuis l'imposte vitrée de la porte, mais aussi une faible capacité de ventilation naturelle par des vasistas et la nécessité d'appeler l'équipe en criant ou en tapant sur la porte.

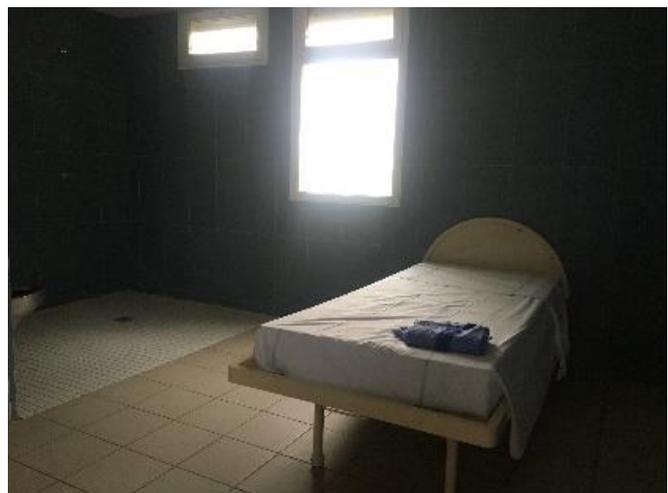


CI unité Élan



CI unité Argonne

La CI de l'unité Roc La Tour, contrairement aux autres, donne directement sur le couloir de circulation, plutôt que d'en être séparée par un sas.



CI unité Argonne

Les CI ne sont pas équipées d'un point d'eau potable, d'oreillers, de draps (à l'exception des unités Argonne et Roc La Tour), ni d'un bouton d'appel également utilisable lors d'un maintien par des contentions (à l'exception de l'unité La Goutelle). La disposition du WC et de la douche de la CI de l'unité Argonne ne permet pas le respect de l'intimité du patient lors de la surveillance infirmière par le fenestron. Le patient ne peut pas actionner le volet roulant des fenêtres.

Les patients prennent leur repas porté sur plateau et déposé sur un adaptable, assis sur le lit, en l'absence d'un lieu réservé à l'extérieur de la CI.

RECOMMANDATION 20

Pour garantir le respect de la dignité d'un patient isolé, une chambre d'isolement doit être équipée d'un sas qui la distancie des espaces de circulation de l'unité, d'un revêtement du sol et des murs qui assure sa sécurité, d'un WC et d'une douche agencés de manière à protéger son intimité, d'un accès à un point d'eau et à un dispositif d'appel aux soignants également accessible pendant les phases de contention.

L'établissement indique dans ses observations au rapport provisoire que « *les espaces d'isolement nécessitent des aménagements spécifiques pour permettre de répondre à cette recommandation. Le projet de reconstruction des unités d'admission permettra de répondre à ces aménagements* ». Il ajoute que, « *à l'instar des chambres ordinaires, [il] recherche un dispositif d'appel malade accessible en cas de contention ou d'isolement* ».

Le modèle de contention utilisé est de tissu blanc, avec des fermetures de type aimant. La protection des points d'attache est intégrée dans celles de l'unité Argonne, ce qui prévient efficacement les plaies aux poignets et aux chevilles. Les points d'attaches des contentions dans les autres unités sont protégés par un morceau de fourrure synthétique



Contentions avec dispositif préventif des plaies



Contentions avec bande de fourrure synthétique

Le port du pyjama institutionnel est systématique en CI.



Pyjama disposé sur le lit de la CI pour le patient qui sera isolé

RECOMMANDATION 21

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement ne doit pas être systématique mais individualisé en fonction de l'état clinique, et la possibilité de porter son pyjama personnel doit constituer une alternative.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CH Béclair indique : « Concernant l'usage du pyjama personnel, un travail va être initié en ce sens au sein de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et de la CME en partenariat avec la Commission Locale Éthique (CLE) et l'Espace Régional Éthique Grand EST (EREGE) pour intégrer cette possibilité dans les procédures ». Il précise que « l'usage du kit anti-suicide a été proposé au cours des débats au sein de l'EPP suicide mais n'a pas recueilli l'approbation du groupe de travail. L'argument étant que le pyjama n'entraîne pas une volonté de passage à l'acte ».

Le service de sécurité incendie n'est pas systématiquement informé de l'enfermement d'un patient en chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 22

Le service de sécurité incendie doit être systématiquement informé de tout placement d'un patient en isolement, dans un espace dédié ou pas.

L'établissement signale, preuve à l'appui, qu'une mise à jour de la messagerie dédiée a permis de prendre en compte la recommandation.

Deux des quatre anciennes CI de l'unité Argonne sont en cours de transformation, l'une à nouveau en chambre d'isolement, l'autre en « chambre intermédiaire »¹⁸. Une des deux CI de

¹⁸ Les chambres d'apaisement sont ouvertes, utilisées selon la sollicitation du patient ou la proposition du soignant et équipées d'un système d'éclairage dont la couleur et l'intensité peuvent se moduler ; les espaces intermédiaires sont ouverts, utilisés selon l'indication des soignants, et équipés d'un matériel spécifique qui prévient les blessures.

l'unité Élan a été transformée en chambre d'apaisement, comme cela est en cours dans l'unité Roc La Tour et comme cela est discuté dans l'unité La Goutelle, mais pas dans l'unité La Dormoise. Leur fonctionnement n'est toutefois pas encore clairement défini.

RECOMMANDATION 23

Les conditions d'utilisation des chambres d'apaisement méritent d'être clairement définies dans les projets de service et dans les projets de soin des patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique : « *L'utilisation de la salle d'apaisement a fait l'objet d'un groupe de travail. Le mobilier et les équipements font l'objet d'un marché public. Le protocole d'utilisation va être finalisé au cours du 2^{ème} semestre 2023* ». Il confirme que l'unité La Dormoise « *ne bénéficie pas pour l'instant d'une réflexion pour la création d'un espace d'apaisement* » mais précise que « *le travail se porte d'abord sur la désescalade avec l'équipe de soutien et d'assistance de l'établissement. Ce travail débute d'abord sur les concepts avant de développer l'aspect matériel et architectural* ».

8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE RESPECTENT PAS LE CADRE LEGISLATIF MALGRE UNE POLITIQUE DE RECOURS A DES MESURES ALTERNATIVES

8.2.1 La politique en matière d'isolement et de contention

La préoccupation de l'établissement quant à faire évoluer le recours aux mesures d'isolement et de contention est manifeste depuis plusieurs années à travers :

- la mise en place d'une première évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « CI et architecture » pendant l'année 2017¹⁹ ;
- l'élaboration et la diffusion au mois de janvier 2018 d'une procédure de « tenue d'un registre des procédures d'isolement et de contention » ;
- la rédaction d'un document intitulé « *politique de réduction des mesures d'isolement et de contention au sein du CH Bélaïr* », au mois de mars 2018 ;
- la réalisation d'une enquête en 2018 et 2019, avec la diffusion d'un questionnaire concernant les connaissances des professionnels sur le sujet, qui a montré la nécessité de réévaluer ces connaissances et de former le personnel ;
- la formation de binômes cadre de santé-IDE parmi les intervenants de l'EPP pour donner une information aux soignants dans les unités concernant l'article 72 de la loi de 2016²⁰, ainsi qu'un livret explicatif mentionnant la notion de dernier recours mais nommant toujours l'isolement et la contention des « *soins intensifs* » ;

¹⁹ Le taux de réponse des soignants fut de 44 % dans l'unité Argonne et 11 % dans les autres. Les conclusions, établies au mois de décembre 2017, ont notamment mis en valeur un respect de l'intimité dans 56 % des cas, de la dignité dans 33 % des cas et de l'apaisement dans 67 % des cas, une isolation phonique permettant un sommeil de qualité dans 11 % des cas, une absence de position confortable pour la prise du repas dans 100 % des cas, une proximité du bureau IDE permettant une surveillance rapprochée dans 11 % des cas, et l'absence totale d'oreiller, d'horloge, de dispositif d'appel et d'éclairage réglable par le patient.

²⁰ L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, relatif à la modernisation du système de santé, constitue la première évolution législative des mesures d'isolement et de contention, et définit les notions de « décision médicale avec des voies de recours » et de « pratiques de dernier recours ».

- la réalisation d'un rapport d'audit des CI en 2019, qui a concerné le respect de la dignité et de l'intimité, l'évaluation de l'architecture et du matériel des CI ; dans ce cadre ont été visitées les CI des CH d'Erstein et de Brumath (Bas-Rhin), afin de constater l'architecture et les pratiques d'autres établissements et d'en faire un retour au personnel de l'établissement ;
- la réalisation d'un audit de la traçabilité des mesures en 2019 et 2020 ;
- la mise en œuvre en 2019 d'un comité de pilotage (COFIL) « *isolement et contention dans le cadre des restrictions de liberté* », articulé avec le groupe EPP ; ce comité se réunit tous les ans et produit un compte-rendu ;
- l'élaboration et la diffusion dans les unités, au mois d'avril 2019, d'une « *procédure de mise en salle d'isolement* », qui comprend une définition de l'isolement et de la contention, une méthodologie, et des références documentaires ; ces dernières n'incluent pas l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique mais celle de l'ANAES, dissoute en 2004 lors de son regroupement au sein de la HAS²¹ ;

RECOMMANDATION 24

S'agissant des mesures d'isolement et de contention, tout document élaboré et diffusé au personnel doit comprendre une référence clairement explicitée à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, qui en définit le cadre législatif.

L'établissement indique avoir actualisé les références dans différents protocoles et documents (première page liasse isolement, courrier information patient, courrier information saisine JLD, avis médical, courrier demande de saisine, procès-verbal, affiche, courrier d'information JLD, dépassements envisagés, modèle requête saisine, tableau prévision isolement pour suivi dans unité).

- l'élargissement du COFIL aux médecins et aux cadres, lors de sa réunion en urgence au mois de juin 2020 après le constat de l'occupation de toutes les CI (malgré un taux d'occupation de l'établissement en baisse significative), sans qu'aucune explication claire n'ait été retenue, mais ayant permis d'en diminuer l'utilisation après cette réunion institutionnelle spécifique ;
- la réflexion puis la création, depuis l'année 2021, de chambres d'apaisement, d'espaces intermédiaires et d'un espace hyposensible²², fonctionnel dans l'unité UDHP (cf. § 8.1 et § 10.2) ;

²¹ ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les références législatives, principalement anciennes, du document cité sont : circulaire n°48, DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (dît « Veil »), portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour des troubles mentaux, document de l'ANAES de juin 1998 « l'audit clinique appliqué à l'utilisation de chambres d'isolement en psychiatrie », décret du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique, recommandations de bonnes pratiques de la HAS du mois de février 2017.

²² L'espace hyposensible de l'UDHP est fermé, utilisé selon une indication médicale qui doit être tracée comme un isolement en espace non dédié.

- la mise en œuvre, depuis le mois de février 2021, d'une équipe de soutien et d'assistance (ESA, cf. § 3.4)²³ ;
- la production en 2021 d'une affiche explicative concernant la réforme de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique²⁴ ;
- le positionnement d'éducateurs dans les unités Élan et Roc la Tour, pour des temps de prise en charge individuelle des patients par des intervenants n'appartenant pas à l'équipe de soin, avec l'objectif de leur apaisement (l'expérience non concluante a été arrêtée dans les unités Argonne et La Dormoise) ;
- la rédaction de rapports d'étonnement rédigés par les étudiants cadres qui vont intégrer l'IFCS²⁵ ;
- l'explication donnée au personnel, par la directrice de l'accueil et de l'hospitalisation, de la réforme de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique en réunion plénière ;
- le développement d'un projet de recherche infirmière, dont l'objectif est de pouvoir mettre des mots sur les pratiques, associant la réalisation de cafés-débats spécifiques (trois ont eu lieu lors de la visite, dans les unités Argonne, Élan et UDHP) et le renseignement de questionnaires (à destination des patients, des soignants et des familles), dont les résultats, analysés lors de réunions formalisées régulières, seront présentés lors de la semaine « *sécurité* » du mois d'octobre 2022²⁶ ;
- enfin, la production d'un rapport annuel de l'isolement et de la contention, présenté aux instances de l'établissement.

BONNE PRATIQUE 3

La diversité des mesures de la politique d'alternatives aux mesures d'isolement et de contention, associant un comité de pilotage spécifique, des projets architecturaux et de recherche, une information du personnel et l'intervention d'une équipe d'appui composée de soignants, constitue une réponse pertinente aux évolutions législatives en la matière en ce qu'elle peut conduire à une amélioration du respect des droits fondamentaux des patients à l'échelle de l'établissement.

Le vocabulaire employé n'a toutefois pas évolué, malgré les modifications législatives débutées en janvier 2016 : le personnel soignant parle toujours de « *prescription d'isolement et de contention* » et de « *soins intensifs* », alors que ces mesures ont été sorties du champ thérapeutique et sont dorénavant des « *décisions* » médicales, avec l'ouverture corollaire de

²³ Les aides-soignants de l'ESA effectuent des transmissions orales avec l'agent en poste lors de la relève et des transmissions écrites pour l'équipe du lendemain, appellent les unités de soins pour anticiper et organiser les renforts programmés, consultent les dossiers des patients concernés par ces renforts et tracent d'éventuelles informations complémentaires, testent la fonction téléphonique du DATI, et interviennent également dans les unités sur demande spontanée des équipes soignantes ou répondent à un appel urgent, renseignent un rapport d'activité.

²⁴ Réformé par l'article 84 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale puis par la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

²⁵ IFCS : institut de formation des cadres de santé.

²⁶ L'un des premiers résultats consiste en la démonstration d'une absence d'augmentation de la déclaration d'EIG, corollaire de la diminution du taux d'occupation des CI.

voies de recours juridictionnelles (cf. § 7.3.4). Cela témoigne de l'insuffisance de la formation du personnel.

RECOMMANDATION 25

L'ensemble du personnel doit être rigoureusement formé aux évolutions législatives concernant les mesures d'isolement et de contention, afin que les notions de « pratiques de dernier recours », « décisions motivées d'un psychiatre » et l'intervention du juge des libertés et de la détention se traduisent dans le vocabulaire employé comme dans l'exercice professionnel.

En lien avec ses observations à la recommandation précédente, l'établissement indique qu'« à ce jour, tous les documents ont été modifiés et adaptés en ce sens » et que la formation du personnel prend en compte la nécessité de s'adapter à cette nouvelle sémantique (cf. § 3.3.3).

8.2.2 Les mesures d'isolement et de contention

Les patients sont, lorsque leur état clinique le nécessite, conduits en CI par les IDE. Le psychiatre confirme la mesure dans le logiciel s'il est présent ou est informé par téléphone et se déplace pour ce faire. Le psychiatre de la COPS peut être contacté, en l'absence du psychiatre référent de l'unité. Enfin, la direction est contactée, qui sollicite un psychiatre pour évaluer et tracer la mesure si aucun n'est joignable autrement.

Pendant le temps de la garde, le médecin de garde, qui peut être un médecin généraliste ou un faisant fonction d'interne, non titulaires d'une qualification ordinale en psychiatrie, se déplace pour tracer la décision de la mesure.

RECOMMANDATION 26

Toute décision d'isolement et de contention doit être prise par un psychiatre.

En réponse au rapport provisoire, l'établissement indique non seulement qu'il est « en accord avec cette recommandation » mais aussi que ce point est inscrit « à l'ordre du jour des prochaines CME en 2023 ».

La traçabilité des mesures d'isolement et de contention, assurée par une interface réservée dans le logiciel Cariatides®, a été rapportée comme peu ergonomique par certains médecins, en raison de menus déroulants peu appropriés, avec des questions forcées ne correspondant pas aux situations cliniques.

Le rapport annuel de l'isolement et de la contention pour l'année 2020 met en valeur 22 % de patients isolés sans décision spécifique, l'absence de mise en œuvre de solutions alternatives avant l'isolement dans un tiers des cas, l'absence d'examen psychiatrique dans un tiers des cas, l'absence de surveillance de l'état psychique dans 22 % des cas, l'absence d'information spécifique donnée au patient dans presque 80 % des cas.

Un examen somatique est pratiqué dans les 24 heures.

La surveillance est effectuée par l'imposte vitré de la porte de la CI, ou en entrant en cas de besoin. Aucun dispositif de vidéosurveillance n'est installé.

RECOMMANDATION 27

Les patients isolés doivent bénéficier systématiquement de la mise en œuvre de solutions alternatives préalables à l'isolement, d'une information spécifique, d'un examen psychiatrique initial, et d'une surveillance de leur état psychique.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique : « *les procédures vont être corrigées en ce sens début deuxième semestre [2023]. La mise à jour de ces procédures est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine CME. Des formations à la « désescalade » et à la recherche d'alternatives à l'isolement et à la contention sont proposées aux équipes régulièrement* ». Il rappelle aussi l'existence d'une « *équipe de soutien et d'assistance [...] depuis septembre 2019 afin d'accompagner la désescalade et d'éviter le recours à l'isolement* ».

Un traitement sédatif est prescrit au cas par cas, en fonction de la nécessité de l'état clinique. Aucune visite n'est autorisée ni aucune activité pratiquée en chambre d'isolement.

8.2.3 Le registre et le rapport annuel d'isolement et de contention

L'extraction des données du registre montre pendant l'année 2020 :

- 366 mesures d'isolement en espace dédié et 172 en espace non dédié ;
- 112 mesures de contention en espace dédié et 27 en espace non dédié.

Les taux mensuels d'occupation des CI les plus élevés sont ceux des unités Argonne (98,39 à 100 % en 2020 et 28,57 à 100 % en 2021) et Élan (41,94 à 100 % en 2020 et 16,67 à 53,57 % en 2021). Ils sont en diminution, en lien avec la politique d'alternative aux mesures d'isolement et de contention. Les taux mensuels d'occupation des CI des autres unités hébergeant des patients adultes, Roc la Tour (32,26 à 100 % en 2020 et 3,23 à 100 % en 2021), La Goutelle (6,45 à 82,76 % en 2020 et 0 à 23,33 % en 2021), Alyse (46,67 % à 100 % en 2020 et 2,42 à 32,26 % en 2021), et Les Quatre Vents (0 à 40 % en 2020 et 0 à 19,35 % en 2021) diminuent également²⁷.

Des mesures d'isolement sont pratiquées et tracées avec une simple « consigne médicale » en espace non dédié, notamment en chambre hôtelière pour un « temps calme » pendant la période de la sieste ou la nuit pour prévenir la déambulation de certains patients. Le rapport de l'année 2019 précise que les données concernent l'isolement en espace dédié et donne également des chiffres pour l'isolement en espace non dédié, ce que les rapports des années 2018 et 2020 ne précisent pas. Les mesures d'isolement des personnes détenues pratiquées dans la chambre 038 de l'unité Argonne ne sont pas tracées comme telles dans le registre. L'interprétation de ces données dans le temps s'avère ainsi impossible.

L'établissement annonce dans ses observations au rapport provisoire que « *l'analyse des statistiques liées au taux d'isolement prendra en compte dorénavant toutes les restrictions de liberté et notamment la fermeture des chambres la nuit pour certains patients en situation de vulnérabilité* ».

Malgré ces défauts dans la traçabilité des mesures, les rapports annuels 2019 et 2020 font état de durées moyenne d'isolement.

²⁷ Les données sont issues des registres d'isolement pour les années 2020 et 2021.

	Durée moyenne d'isolement en jour		
	2018	2019	2020
Roc La Tour	3,27	2,67	3,74
Quatre Vents	2,75	3,42	0,58
La Goutelle	7,67	3,78	1,85
Argonne	4,72	6,55	5,45
Elan	3,36	2,09	2,77
La Dormoise	Unité inexistante	5,50	3,48
Alyse	1,80	1,79	
Moyenne	4,54	3,61	3,94

Les durées moyennes d'isolement dans les différentes unités sont hétérogènes. La diminution moyenne dans l'ensemble de l'établissement ne doit pas occulter la stabilité observée dans les unités Argonne et Alyse et l'augmentation dans l'unité Roc la Tour.

Les rapports annuels des années 2019 et 2020 ne présentent aucune analyse statistique s'agissant de la contention, alors que les données figurent dans le registre.

Si ces rapports sont présentés au public de diverses instances, ils ne sont pas communiqués au personnel soignant, ce qui ne lui permet pas d'être informé de l'évolution de ses pratiques.

RECOMMANDATION 28

Toutes les modalités d'isolement et de contention, en espace dédié comme non dédié, doivent être renseignées dans le registre et analysées dans le rapport annuel, afin de pouvoir bénéficier d'une interprétation statistique fiable et rendre compte de ces pratiques dans l'établissement. Les soignants doivent recevoir régulièrement cette analyse statistique, afin d'être informés de l'évolution de leurs pratiques.

L'établissement indique dans ses observations au rapport provisoire qu'il « a pris en compte cette recommandation et va mettre en œuvre le plan d'actions suivant :

- diffuser les rapports existants aux cadres de santé des unités pour information aux équipes et les mettre à disposition dans la base documentaire (Bluemédi). Un agent du bureau des entrées a été recruté et affecté à la réalisation des statistiques en collaboration avec le DIM et le COPIL droits des patients. Un rapport unique est en cours de finalisation englobant tous les critères légaux, les résultats et la politique de l'établissement. Il sera diffusé dans le courant du mois de juin [2023] ;

- création et diffusion d'une affiche trimestrielle à destination du personnel pour retour sur indicateur de l'isolement et de la contention ».

S'agissant des patients hospitalisés en SL, le registre montre qu'ils ont été concernés par 135 mesures d'isolement en 2020 (soit 29,57 % des patients isolés) et 217 en 2021, ainsi que par 53 mesures de contention en 2020 et 125 en 2021.

RECOMMANDATION 29

Les mesures d'isolement et de contention ne doivent concerner que des patients hospitalisés en soins sans consentement. La modification du statut des patients hospitalisé en soins libres doit être mise en œuvre dans les plus brefs délais lorsqu'ils sont enfermés.

Par le biais des observations au rapport provisoire, l'établissement précise : « En 2022, 20 patients sur 477, hospitalisés en service libre, se sont trouvés en situation aigue de soins et ont été concernés par cette mesure pour prévenir un danger imminent. Il y a eu un délai de déclenchement de 5h30 en moyenne ».

9. LES SOINS

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SOUFFRENT DE DEFAUTS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE SOINS ET DU MANQUE DE MEDECINS

9.1.1 L'organisation des soins

La mise en œuvre du parcours des patients en hospitalisation complète entre les différentes unités, tel qu'il a été présenté aux contrôleurs (cf. § 3.1), se révèle difficile, en raison de :

- la pénurie médicale et d'une équipe constituée à la fois de praticiens hospitaliers psychiatres mais aussi de praticiens de la communauté européenne et extra européenne, en cours de formation spécialisée et de qualification (cf. § 3.3) ;
- l'insuffisance de structures médicosociales d'aval, une quarantaine de patients attendant qu'une place s'y libère ou d'être acceptés (cf. § 9.4.3).

Les projets fonctionnels des unités définis par le projet d'établissement ne sont pas respectés, toutes les unités accueillent des patients au long cours.

L'établissement tient à signaler qu'« *il existe une gestion des lits quotidienne et une commission d'évaluation activité et parcours toutes les 5 semaines pour éviter de laisser un patient dans une unité aigue alors qu'il relève d'une unité à séjour prolongée* ».

Dans les unités, la répartition variable des psychiatres (entre 0,5 et 1,5 ETP) et leur présence hétérogène en raison d'une activité éclatée entre les structures intra et extra hospitalières et de leurs absences légales limitent l'accès des patients aux entretiens spécialisés. Le premier entretien est ainsi réalisé « *dans les meilleurs délais* ». L'ensemble des patients ne bénéficie pas d'un entretien médical hebdomadaire dans toutes les unités et certains d'entre eux n'ont accès qu'à un à deux entretiens mensuels, à l'exception de l'unité Élan dans laquelle le rythme des entretiens, subordonné à l'état clinique, peut-être quotidien en cas de besoin. La rédaction des certificats médicaux de 24 et 72 heures pour les SSC est précédée d'un entretien médical spécifique dans les unités Argonne et Élan.

Les médecins présents ne disposent pas du temps nécessaire pour se réunir, anticiper les transferts de patients entre les unités et échanger régulièrement sur les cas complexes dont ils ont la responsabilité.

Le faible nombre de psychiatre ne permet pas non plus au patient le choix de son médecin ni la possibilité d'en changer, excepté dans l'unité Élan.

RECOMMANDATION 30

La direction de l'établissement doit assurer le recrutement d'un nombre adapté de médecins psychiatres, pour garantir l'accès des patients à des soins suffisants, de qualité et permanents.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement rappelle qu'il « *met tout en œuvre pour recruter en France comme à l'étranger* ». « *Un plan d'attractivité a été mis en place et une coordinatrice de recrutement médical et non médical a été affectée spécifiquement à cette tâche au sein du GHT [...]* ».

Il mentionne également son engagement depuis 2018 « *dans la démarche de formation et de déploiement d'infirmiers de pratique avancée (IPA) afin de répondre aux différents besoins relevés lors de la rédaction du projet de prise en charge (PPEC) 2017/2022. Ce*

déploiement se poursuit en lien avec le PPEC 2023/2027 ». Il « repose à la fois sur l'état des lieux et le relevé des besoins et des attentes de la population et des partenaires de l'établissement. Le déploiement d'IPA se doit de répondre à ces attentes et vise à améliorer la collaboration des acteurs de la ville, des champs du social, du médicosocial, de l'associatif et de l'hôpital, dans le département des Ardennes. Il a également pour objet de répondre en partie à la pénurie médicale et permettre ainsi de libérer du temps pour les psychiatres afin de réduire les délais d'attente et d'éviter les ruptures dans les parcours de soins. [...] En 2023, 10 IPA mention santé mentale et 1 IPA mention pathologies chroniques stabilisées sont en poste. 2 étudiants IPA mention santé mentale sont en cours de formation ».

L'établissement rappelle également « que la politique de formation des médecins, de répartition des étudiants par région, d'affectation des internes par établissement ne sont pas de son ressort ».

La présence des psychologues est hétérogène dans les unités, certaines en étant dépourvues (notamment La Dormoise depuis le mois d'octobre 2021), et ne permet pas d'offrir l'accès à une psychothérapie aux patients qui feraient l'objet d'une indication. La réalisation d'un bilan neuropsychologique est toutefois possible sur indication médicale, au sein du CH Bélaïr.

RECOMMANDATION 31

L'établissement doit garantir une présence suffisante de psychologue dans toutes les unités, afin de permettre aux patients un accès à la psychothérapie, en première indication comme en poursuite de ce type de soin éventuellement initié lors du suivi extra hospitalier.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement réitère l'information donnée en réponse à la recommandation précédente : « il met tout en œuvre pour recruter en France comme à l'étranger ». « Un plan d'attractivité a été mis en place et une coordinatrice de recrutement médical et non médical a été affectée spécifiquement à cette tâche au sein du GHT ».

Le roulement des équipes assure, selon les unités, la présence de deux à trois IDE et d'un à deux AS le matin et l'après-midi, de deux IDE ou d'un IDE et un AS la nuit. Les transmissions infirmières ont lieu lors de la relève des équipes (6h30-7h00, 14h00-14h30, 21h00-21h30), avec la participation possible des AS et des ASH.

Les réunions cliniques, staffs ou réunions de synthèse sont organisées de façon variable entre les unités, selon un rythme hebdomadaire (Élan), mensuel (Roc la Tour), ou répondant à la nécessité en prévision d'une évolution dans le parcours de soin (La Dormoise). Certaines unités n'en organisent pas (Argonne, La Goutelle). Des réunions de fonctionnement d'unité, concernant les équipes, sont tenues. Seuls les soignants de l'unité Roc la Tour ont rapporté la tenue de réunions soignants-soignés.

RECOMMANDATION 32

Des réunions institutionnelles en équipe pluriprofessionnelle permettant l'évocation de l'évolution clinique et des projets de soins des patients ainsi que des réunions soignants-soignés favorisant l'expression des patients s'agissant de la vie dans les unités doivent être régulièrement tenues.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique que le moment des transmissions permet trois fois par jour « *l'évocation de l'évolution clinique et des projets de soins des patients* ». Les réunions soignants-soignés « *sont organisées de manières régulières à Roc la Tour et de façon plus ponctuelle dans les autres unités* ». Il conclut : « *ces deux points sont inscrits dans les actions du projet de prise en charge 2023/2027* ».

9.1.2 Les activités et l'éducation thérapeutiques

a) Les activités thérapeutiques

i) Dans les unités

Des activités thérapeutiques formalisées sont diversement pratiquées dans les unités, subordonnées à l'investissement variable des patients, à l'application de restrictions préventives liées à la Covid-19 au-delà des exigences requises, à la disponibilité des soignants et à l'absence de mise en œuvre réelle du parcours de soins entre les différentes unités. Pour exemples :

- les activités manuelles pratiquées dans la salle de créativité d'Argonne sont peu investies par les patients, et se trouvent proposées à la demande, en présence d'un soignant et de façon occupationnelle, bien que l'équipe ait verbalisé un souhait de restaurer leur dimension thérapeutique. Le temps effectif accordé ne dépasse pas une heure le matin, et une heure et demie l'après-midi. Les activités ne sont pas inscrites dans le projet de soin de l'unité. Des sorties dans le parc peuvent être organisées, accompagnées par un ou plusieurs soignants, pour un ou plusieurs patients, si le soignant à la journée est présent ou si plus de trois soignants sont disponibles. Des sorties en ville avec un objectif thérapeutique étaient parfois organisées avant la pandémie de Covid-19 pour des patients hospitalisés au long cours (bowling, cinéma, randonnée, restaurant, achats). Cinq patients bénéficient d'une indication de prise en charge à l'ETI (cf. *infra*) ;
- aucune activité thérapeutique n'a été pratiquée dans l'unité Élan pendant longtemps. Une aide médico-psychologique (AMP) intervient depuis la pandémie au travers d'activités individuelles pour stimuler les patients (créativité, activités manuelles), après une orientation donnée en staff ; elle se trouvait en arrêt maladie lors de la visite. Les AS proposent du soin esthétique ;
- neuf patients seulement de l'unité Dormoise bénéficient d'une prescription médicale d'activités thérapeutiques ;
- dans l'unité Roc La Tour, un éducateur spécialisé intervient depuis la pandémie deux à trois demi-journées par semaine et propose des activités de médiation artistique à trois patients simultanément dans une salle réservée et équipée à l'étage. Une salle de relaxation permet aux soignants d'y mener des activités diverses (lecture de textes, écoute musicale, etc.), mais sans régularité et selon leur disponibilité. Des patients sont parfois accompagnés dans le parc et à l'extérieur. Une chatte, repérée par les soignants

et les patients, a élu domicile dans l'unité. Très peu de patients sont orientés vers l'ETI (*cf. infra*), au motif d'une durée d'hospitalisation inférieure à quatre semaines ;

- les moyens de l'unité La Goutelle sont plus conséquents, au titre de la chronicité. Les patients disposent de salles réservées pour la pratique de l'ergothérapie, du ping-pong, de la gymnastique douce. Les AS et les IDE investissent des activités dans l'unité (journal, bien-être, karaoké, jeux vidéo, expressions manuelles, jeux de sociétés) et des accompagnements à l'extérieur tous les deux jours (cinéma, randonnée à la journée, équithérapie, bowling, cuisine dans un restaurant).

La mise en œuvre réelle du parcours de soins entre les différentes unités spécifiques de l'établissement devrait permettre aux soignants de mettre en place des activités thérapeutiques en cohérence avec l'état clinique des patients dont ils devraient avoir la charge, sans maintien des restrictions liées à la Covid au-delà des recommandations gouvernementales.

ii) À l'espace thérapeutique intersectoriel

Un espace thérapeutique intersectoriel (ETI), auquel 100 000 euros environ sont consacrés chaque année, est composé de :

- une unité thérapeutique intersectorielle (UTI), qui dispose d'une cafétéria, propose de nombreuses activités thérapeutiques (la stimulation cognitive, la lecture, l'écriture, la gestion du budget, les activités sportives dans le gymnase, des activités de réhabilitation psychosociales telles la remédiation cognitive et le gestion du stress), et des accompagnements thérapeutiques ambulatoires (au cinéma tous les mois, à la médiathèque tous les quinze jours, en randonnée ou pour des repas en ville) ;
- plusieurs ateliers thérapeutiques spécifiques, animés par des professionnels formés à l'éducation spécialisée, pour des patients de l'intra hospitalier (poterie, menuiserie, médiation animale dont l'intervenant peut se déplacer dans les unités, et ferronnerie²⁸) et pour des patients de l'extrahospitalier (jardin thérapeutique, mosaïque, échecs) ;
- une unité de balnéothérapie.



Les outils de la balnéothérapie

²⁸ La ferronnerie doit déménager dans un autre lieu, à l'extérieur.



L'atelier menuiserie-ébénisterie



L'atelier ferronnerie

L'équipe pluriprofessionnelle de l'UTI, sous la responsabilité de la cheffe de pôle, se compose d'un cadre de santé²⁹, de six IDE (dont un spécifiquement formé à l'accompagnement du sport adapté et un aux modalités d'utilisation de la balnéothérapie), de six éducateurs et d'un auxiliaire médicopsychologique.

Des temps de synthèse spécifiques sont mis en œuvre par l'équipe pour tous les patients pris en charge, avec et sans leur présence. La prise en charge hebdomadaire à l'UTI concernait, lors de la visite, treize patients hospitalisés et quatre ambulatoires, celle de la balnéothérapie vingt patients (contre vingt-cinq avant la pandémie) dont deux hospitalisés seulement, et celle des ateliers thérapeutiques un à trois patients (contre six à sept avant la pandémie). La très grande majorité des indications sont posées par la cheffe de pôle, les autres praticiens orientant très peu leurs patients vers l'ETI et certains ne s'étant même jamais déplacés pour visiter la structure.

La direction du CH tient à préciser : « *Si l'établissement a dû fermer certains ateliers pour raison covid, tous les professionnels de ces unités étaient transférés dans les unités [d'hospitalisation complète] de façon à faire perdurer les activités et ce au plus près des patients. Ce qui a permis à la plupart des patients hospitalisés de bénéficier d'ateliers. Ce qui a permis une continuité de qualité de vie et de soins pendant toute la durée de la crise sanitaire et de mieux supporter le confinement* ».

L'équipe assure également, le mercredi, les trois heures de surveillance de patients (deux d'Argonne et un patient en ambulatoire lors de la visite) indiquée dans les suites de l'injection intramusculaire d'une forme de traitement antipsychotique retard.

b) L'éducation thérapeutique

Un trio soignant, composé de la cheffe de pôle, d'un pharmacien formé au programme ARSIMED³⁰ et d'une IDE titulaire d'un diplôme universitaire spécifique, met en œuvre des

²⁹ Ce cadre assure également l'encadrement de la pharmacie, du cabinet dentaire, de la kinésithérapie et de la pédicurie.

³⁰ Programme de formation à l'éducation thérapeutique, d'une durée de 42 heures, organisé autour de trois modules (connaître sa maladie, connaître son traitement, s'autonomiser avec sa maladie).

séances d'éducation thérapeutique auprès de patients présentant des troubles schizophréniques qui sont volontaires et ont consenti par écrit. Deux patients ont été concernés pendant l'année 2020 et un seul pendant 2021.

Les psychiatres de l'unité Élan pratiquent de façon informelle une éducation thérapeutique des patients de l'unité au sujet de leurs traitements.

RECOMMANDATION 33

La diversité des équipements de l'espace thérapeutique intersectoriel et les séances d'éducation thérapeutique organisées par des soignants spécifiquement formés mériteraient de concerner une large proportion de patients de l'établissement.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement, en accord avec cette recommandation, indique que « *une nouvelle information sera donnée lors de la prochaine CME en ce sens* ».

9.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ACCESSIBLES MAIS AUCUNE EDUCATION THERAPEUTIQUE N'EST PROPOSEE

Les patients ont accès à des soins somatiques dans toutes les unités, tous les jours, à l'exception de ceux des repos de garde des médecins généralistes, l'interne pouvant être contacté pendant le temps de la garde. 0,5 ETP de médecin généraliste est prévu dans chaque unité pour une présence le matin ou l'après-midi (à l'exception de l'UDHP qui le sollicite à la demande) ; deux médecins à temps plein se partagent la charge des unités Argonne, Élan et Roc la Tour ; un gériatre intervient dans l'unité Alyse.

Un examen d'admission est pratiqué, ainsi qu'un examen des patients isolés, qui bénéficient d'une prescription préventive de la thrombophlébite en cas d'utilisation des contentions. Les urgences somatiques impliquent l'appel du médecin généraliste, et du SMUR en cas de nécessité.

Les médecins généralistes ne participent pas aux réunions institutionnelles, les rencontres avec les psychiatres sont informelles.

Un cabinet dentaire existe dans l'établissement. Un rendez-vous s'obtient dans un délai maximum de quinze jours. Les soins sont pratiqués avec l'utilisation d'un anesthésique bref³¹, en cas de besoin.

Un kinésithérapeute peut se déplacer quotidiennement en semaine dans les unités, selon les prescriptions médicales.

Les patients ont accès à des soins de pédicurie et de podologie rapidement.

S'agissant de l'accès aux soins addictologiques :

- les IDE de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), rattachée au CMP d'addictologie, se déplacent dans les 24 heures qui suivent leur sollicitation, pour des évaluations et faciliter la poursuite des soins en ambulatoire au CMP ;
- les IDE de l'unité Fontan rencontrent systématiquement les patients admis dans l'unité Élan et, à la demande, ceux des autres unités.

³¹ MEOPA : mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote et gaz médicinal anxiolytique et analgésique utilisé principalement en milieu hospitalier.

BONNE PRATIQUE 4

La rencontre systématique d'un soignant spécifiquement formé en addictologie lors de l'admission dans l'unité Élan participe de la qualité de la prise en charge globale des patients, par le dépistage des habitus toxiques et du mésusage médicamenteux.

Les autres soins de spécialité nécessitent la prise de rendez-vous au CH de Manchester, dans un délai rapide avec le service de l'imagerie et variable pour les autres.

Les examens biologiques pratiqués au CH Béclair sont acheminés au CH Manchester. Les résultats sont disponibles dans le logiciel Cariatides® dans un délai maximal de 24 heures.

Les patients de Béclair hospitalisés à Manchester sont accompagnés par des soignants de l'équipe de référence en fonction de leur l'état clinique et de leur mode d'hospitalisation, à raison d'un soignant pour un patient en SDDE et de deux pour un en SDRE.

Aucune action d'éducation thérapeutique somatique n'est mise en œuvre dans l'établissement.

RECOMMANDATION 34

Des actions d'éducation thérapeutique somatique adaptées aux patients présentant des troubles psychiatriques doivent être mises en œuvre dans l'établissement.

L'établissement rappelle qu'il « *développe déjà plusieurs programmes depuis plusieurs années tels que ARSIMED (2015), PRO FAMILLE (2012), l'ETP en addictologie, l'entretien à visée médicamenteuse, l'aide aux aidants, ...* ».

9.3 LE CONSENTEMENT AUX TRAITEMENTS EST RECHERCHE MAIS LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS SOLLICITEE ET AUCUN PARTENARIAT AVEC DES PAIRS-AIDANTS NI AUCUNE DIRECTIVE ANTICIPEE NE SONT MIS EN ŒUVRE

Les pharmaciens contrôlent quotidiennement l'ensemble des prescriptions dans le logiciel Cariatides®. Les caisses de traitement livrées dans les unités sont préparées tous les jours, avec une double vérification par deux préparateurs différents. Des réassorts journaliers ponctuels sont possibles en semaine. La prescription de traitements en « si besoin » est utilisée, justifiée dans le logiciel.

La responsable de la pharmacie, plutôt que d'organiser une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), a fait le choix de produire depuis 2019 des guides thématiques, régulièrement mis à jour, à destination des soignants, s'agissant notamment du circuit du médicament, de l'instauration et du relais *per os* des neuroleptiques à action prolongée, du bon usage des psychotropes chez le sujet âgé, des psychotropes autorisés chez l'enfant, de l'antibiothérapie de première intention et de la douleur. Elle effectue également des audits spécifiques et des analyses de pertinence.

BONNE PRATIQUE 5

Les guides thématiques, les audits spécifiques et les analyses de pertinence élaborés et diffusés aux soignants par la pharmacie contribuent à la qualité des prescriptions médicamenteuses grâce aux échanges qu'ils produisent avec les soignants.

Lors de l'administration des médicaments, l'IDE fait entrer le patient dans la salle de soins de l'unité pour lui donner la partie de son pilulier préparé par les IDE de nuit et saisir en direct l'administration du traitement. Le patient est informé préalablement, en entretien médical, des médicaments qui lui sont prescrits. La porte est fermée pour le respect de la confidentialité, les autres patients attendant leur tour dans le couloir. La forme « *per os* » est privilégiée. Le consentement du patient n'est pas sollicité lors des injections intramusculaires réalisées en situation clinique d'agitation mais l'est systématiquement lors de l'instauration des traitements injectables d'action prolongée. Le patient peut choisir la partie de son corps où on lui injecte le médicament lorsque les mentions de ce dernier le permettent.

Lorsqu'une unité est concernée par un foyer de contamination de Covid-19, la distribution des médicaments est effectuée en chambre, à l'aide du chariot sur lequel est posé l'ordinateur qui permet d'attester de la délivrance du traitement.

Les projets de soins individualisés sont expliqués au patient de façon hétérogène dans les différentes unités, de même que des réunions pluriprofessionnelles associant l'ensemble de l'équipe ne permettent pas de les réviser régulièrement. Les contrats de soins ne sont pas écrits, avec une copie remise au patient, qui n'est jamais présents dans les éventuelles réunions tenues pour les élaborer. Un protocole appuyé sur la signature d'une forme de contrat signé avec les patients a été tenté dans l'unité La Goutelle, puis abandonné en raison de son inefficacité et du sentiment d'échec de certains patients.

Les familles sont rarement invitées à participer à la prise en charge mais peuvent l'être pour obtenir des informations sur le patient, aider à affiner le diagnostic, participer à l'obtention du consentement, et faciliter la sortie. L'unité Élan, pour prendre en compte plus particulièrement l'environnement social et familial du patient, a mis en place un programme d'éducation, dispensé par deux soignants, à destination des familles qui manifestent de l'inquiétude.

Des groupes d'entraide mutuelle existent sur le territoire, mais sont peu connus des soignants et ne sont pas proposés.

Aucun pair-aidant spécifiquement formé n'est associé aux projets de soins des patients.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie ne sont pas non plus mises en œuvre.

RECOMMANDATION 35

Chaque patient doit bénéficier d'une information claire s'agissant de son projet de soins, pouvoir exprimer son consentement le concernant, et participer à ses révisions. Des partenariats avec des pairs-aidants spécifiquement formés et les directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent être élaborés et généralisés, afin d'améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique des patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique qu'il « *a intégré l'ensemble des démarches dans le projet de prise en charge 2023/2027* » et qu'il « *travaille continuellement en ce sens avec les représentants des usagers* ». Il informe le CGLPL qu'un « *colloque sur la pair-aidance a été organisé [...] le 14 juin 2022. Un pair aidant est venu le 3 février 2023 présenter son « expérience patient » auprès d'un auditoire de 150 personnes* ».

Les soignants connaissent le rôle de la personne de confiance, les patients en sont informés oralement et la désignent lors de l'entretien d'accueil. La personne désignée est en revanche très peu sollicitée et ne contresigne aucun formulaire de désignation.

RECOMMANDATION 36

La personne de confiance désignée par le patient doit être systématiquement informée et invitée à contresigner le formulaire de demande de désignation. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.

En accord avec cette recommandation, l'établissement indique dans ses observations au rapport provisoire : « *L'établissement [...] va mettre en place une action auprès des soignants et de la CSIRMT afin qu'elle soit respectée. Dans le cadre de l'information et de la formation sur le droit des patients, cette recommandation sera rappelée* ».

9.4 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT AISEMENT ACCORDEES MAIS LA DIFFICULTE A TROUVER UN HEBERGEMENT EMPECHE LA LEVEE DE L'HOSPITALISATION

9.4.1 Les sorties de courte durée

Les sorties dans l'enceinte du CH, pour se promener dans le parc ou se rendre à la cafétéria, le cas échéant accompagnées, font l'objet d'une autorisation des médecins des différentes unités, qui s'y montrent favorables (à l'exception des patients ayant le statut de détenu). Ces autorisations, encadrées par des horaires et une fréquence, sont soumises à la direction de l'établissement pour accord. Or, elles ne devraient être soumises qu'à la décision médicale. Selon les informations recueillies, cet accord de la direction aurait été mis en place après une visite de l'agence régionale de santé (ARS) qui aurait alerté l'établissement sur sa responsabilité en cas d'incident ; il permettrait aussi de réagir plus efficacement contre les risques de fugue.

Des sorties de courte durée – accompagnées de moins de douze heures ou non accompagnées de moins de quarante-huit heures – hors de l'enceinte de l'établissement sont facilement accordées aux patients en SSC dès que leur état clinique le permet. Ces autorisations de sortie sont octroyées tant pour maintenir des liens familiaux que pour faire des achats ou des démarches à caractère médico-social notamment. L'accompagnement (un soignant pour les SDDE, deux pour les SDRE), lorsqu'il est prescrit, est relativement facilement organisé selon le planning des soignants.

Le refus d'une sortie de courte durée par le directeur de l'établissement ou le préfet – selon le statut d'hospitalisation – est rare. Toutefois, il arrive fréquemment que la direction « ajuste » ce qui a été prescrit par le médecin. À titre d'exemple, pour un patient autorisé à sortir le 28 mars 2022 de 9h15 à 17h00, la direction a estimé que la durée allouée était trop longue et que « *pour une première sortie seul, il serait préférable de réduire à l'après-midi et de vérifier qu'il ait un téléphone pour prévenir s'il se perd* ».

RECOMMANDATION 37

Les sorties de courte durée des patients en soins sans consentement autorisées par les médecins dans le parc du centre hospitalier ne doivent pas être doublées d'un accord de la direction de l'établissement. Pour celles qui se déroulent à l'extérieur de l'établissement, la

direction – qui autorise la sortie des patients hospitalisés sur décision du directeur de l'établissement – ne doit pas modifier l'autorisation médicale dans un sens moins favorable au patient.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement indique que « *les sorties parcs feront l'objet d'une décision médicale, les consignes médicales seront notées dans le dossier patient informatisé* ».

En revanche, pour les sorties de courte durée prévues à l'article L. 3211-11-1 du CSP qui se déroulent à l'extérieur de l'établissement, il signale que « *le directeur a l'obligation de les contrôler* » et il cite un arrêt de la cour de cassation du 11 octobre 2022, lequel rappelle que « *la loi encadre rigoureusement les soins psychiatriques sans consentement et prévoit des garanties spécifiques pour assurer le respect des droits et libertés des personnes concernées mais, elle rappelle également qu'un directeur d'établissement peut interdire une sortie à un patient admis en soins psychiatriques. Ainsi, le refus ou des ajustements de la part du directeur d'établissement d'une autorisation de sortie de courte durée n'apporte pas d'atteinte aux droits du patient. En effet, ce dernier peut saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention* ». L'établissement ajoute qu'un EIG et une visite de l'ARS avaient entraîné une modification de la procédure.

9.4.2 Les programmes de soins

A l'examen du registre de la loi, il apparaît que les programmes de soins (PDS) sont relativement nombreux. Le PDS et les certificats médicaux de situation élaborés par les médecins psychiatres y figurent en copie.

Il apparaît néanmoins que les patients ayant besoin d'une autorisation de sortie de plus de quarante-huit heures sont automatiquement pris en charge sous la forme d'un PDS. Ainsi, le nombre de sorties en PDS s'élevait à 116 en 2020 et 180 en 2021. Quant au nombre de réintégration, il était de 105 en 2020 et de 170 en 2021. Ces chiffres importants concernant les PDS s'expliquent par la réintégration des patients ayant en réalité bénéficié d'une sortie de plus de quarante-huit heures. Si cela favorise la préparation de la levée d'hospitalisation, il s'agit d'un détournement de la procédure prévue à l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique.

Les modalités du PDS sont établies par le médecin-psychiatre et validées par la direction de l'établissement et la direction des soins.

Afin de préparer au mieux la sortie du patient, il arrive fréquemment qu'un PDS alternant une semaine au sein de l'établissement puis une semaine à domicile soit mis en place.

Les programmes examinés par les contrôleurs dans les registres de la loi mentionnent que le patient a été reçu en entretien, que son avis a été recueilli et qu'il a pu faire valoir ses observations, sans pour autant que la teneur de celles-ci soit retranscrite.

RECOMMANDATION 38

Le programme de soins est prévu à l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique pour une prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation partielle. Son utilisation à des fins d'autorisation de sortie est à proscrire dès lors que le patient est en réalité maintenu dans un régime d'hospitalisation complète.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement rappelle les termes de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique et conclut que « *si la sortie dépasse [48 heures], la seule modalité de prise en charge est le programme de soins* », le cas échéant avec « *des soins à domicile* ». Il évoque les bénéfices d'un suivi en ambulatoire via un PDS (« *se réadapter et ainsi favoriser la levée de l'hospitalisation complète* », « *favorise également sa vie sociale, sa réadaptation, sa guérison et sa réinsertion sociale* »). Il précise que « *la réintégration en hospitalisation complète suite à la modification de sa prise en charge [...] implique [...] une décision de réintégration [...] afin de procéder à une hospitalisation complète. Cela a pour conséquence de déclencher le contrôle de plein droit du juge avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de cette réintégration* ». L'établissement estime que cela est « *prévu par la loi et [...] confirmé par le JLD* », que « *cela ne porte pas grief au patient et il n'y a pas d'autre possibilité juridique* », que « *les droits du patient sont respectés et préservés d'une part par la saisine systématique du JLD et d'autre part en permettant sa réadaptation et sa réinsertion sociale* ». Il ajoute qu'il n'y aurait « *une hospitalisation déguisée [que] dans l'hypothèse suivante : lorsqu'au retour, il n'y a pas de décision administrative et donc pas de contrôle du juge* ».

9.4.3 La préparation à la sortie et la levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement

La préparation à la sortie n'est pas réalisée de manière uniforme entre les unités puisque certaines d'entre elles prennent en charge des patients en phase aiguë et ont vocation à être une passerelle vers une autre unité lorsque l'état clinique du patient est stabilisé (telle que l'unité Argonne). Cependant, les professionnels rencontrés ont tous insisté sur la nécessité d'anticiper la sortie du patient et d'associer les familles, dès que possible, au projet. Les assistants de service social et mandataires judiciaires sont sollicités dans la préparation de la sortie même si certains de ces derniers se déplacent peu auprès des personnes hospitalisées.

Néanmoins, les projets de sortie des patients peinent à se concrétiser faute d'un nombre suffisant de structures adaptées pour les accueillir. Les difficultés sont majeures pour trouver des solutions d'hébergement notamment pour les personnes sans domicile fixe ou qui n'ont plus de contact avec leur famille. Les délais pour intégrer des établissements médico-sociaux, FAM, ou EHPAD peuvent être très longs. S'y ajoute l'arrêt du financement des orientations en Belgique.

Au moment de la visite, une quarantaine de patients attendait d'avoir sa place dans une structure déterminée ou attendait une décision de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le délai moyen d'attente des décisions de la MDPH est d'environ six mois.

L'hospitalisation sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) cesse par décision de ce dernier à la suite d'un certificat médical du psychiatre en charge du malade indiquant que les conditions ayant motivé l'hospitalisation ne sont plus réunies. La levée de la mesure d'hospitalisation des patients admis en SDRE est décidée par le préfet qui sollicite généralement un second avis médical, lequel est obtenu dans un délai qui ne fait pas difficulté.

9.4.4 Le collège des professionnels

Aux termes de l'article L. 3212-7 alinéa 3 du code de la santé publique, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne, réalisée par un collège de professionnels de santé composé de deux psychiatres, dont un seulement participe

à la prise en charge du patient, ainsi qu'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de soins ; cette évaluation est renouvelée tous les ans. L'avis du collège est également obligatoire pour les SPDRE judiciaires avant toute décision du JLD (article L. 3211-12 du code de la santé publique). Cet avis est d'autant plus important pour les patients en PDS que la mesure de SSC dont ils sont toujours l'objet échappe au contrôle de plein droit du JLD.

Selon les informations recueillies, le collège des professionnels, actif dans l'établissement depuis seulement une année, ne se réunirait pas systématiquement. Selon les cas, le « *représentant de l'équipe pluridisciplinaire* » est le cadre de santé de l'unité d'hospitalisation du patient ou un infirmier qui connaît bien le patient. Le collège se prononcerait sur le dossier du patient en hospitalisation complète ou en programme de soins. Le patient n'est jamais convié.

RECOMMANDATION 39

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement approuve cette recommandation et rappelle que le modèle de certificat du DPI a été modifié pour recueillir les observations du patient (cf. § 4.3.2).

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 L'ORIENTATION DE PATIENTS EN GERONTOPSYCHIATRIE EST SOUVENT INADAPTEE

10.1.1 L'organisation du service

a) Le personnel

L'équipe est constituée d'un médecin gériatre et d'un psychiatre (tous deux à 50 %, qui collaborent de façon très fluide malgré l'arrivée récente de la psychiatre en janvier 2022), une cadre de santé faisant fonction, treize IDE, dix-sept AS, quatre ASH et un psychologue (absent depuis novembre 2021). À la suite de conflits, l'équipe a été entièrement renouvelée entre juillet et novembre 2021, sur la base de fiches de postes et d'un projet de service élaboré en avril 2021. S'agissant des remplacements, il est fait appel en priorité aux professionnels des autres unités ou recouru aux heures supplémentaires, sans difficulté identifiée.

L'organisation du service prévoit deux soignants le matin (un IDE et un AS), trois l'après-midi (trois AS) et deux de nuit (un IDE et un AS). Des transmissions se déroulent le matin, à midi et le soir entre les différentes équipes. Une réunion de synthèse associe tous les professionnels en début d'hospitalisation puis aussi souvent que de besoin. Une réunion d'équipe ayant pour objet le fonctionnement du service a eu lieu en début d'année et la cadre de santé souhaite la programmer une fois par mois. Une analyse des pratiques est supervisée par une psychologue tous les mois. Un CREX est organisé en cas de situation compliquée. Les formations continues proposées sont considérées comme nombreuses (Omega®, crise suicidaire notamment) mais aucune ne concerne les SSC ni l'isolement et la contention (cf. § 3.3 et § 8.2.1, où des recommandations sont faites) ; un classeur dans lequel sont regroupées les informations relatives aux SSC est toutefois à disposition des agents dans l'unité.

Une équipe mobile de gérontopsychiatrie, rattachée au service, permet de préparer la sortie du patient en collaborant avec les structures d'aval et notamment les EHPAD. Elle peut ainsi se rendre au domicile du patient après la sortie, accompagner le patient visiter la structure d'aval envisagée pendant l'hospitalisation, organiser des visites de préadmission et faire le lien avec le CMP de secteur ou l'EPHAD voire prendre le relais quelques jours après la sortie.

Les ASS de l'hôpital interviennent dans le service, participent aux réunions de synthèse et sont mobilisables par les patients et les soignants.

Les patients bénéficient d'entretiens médicaux au moins une fois tous les dix jours et d'entretiens avec les soignants au moins une fois par semaine.

Un kinésithérapeute vient régulièrement dans le service. Le service prend rendez-vous au CH de Manchester dans les conditions décrites au § 9.2 pour les consultations spécialisées ou la réalisation des examens complémentaires.

b) L'activité et le profil des patients accueillis

L'unité Alyse accueille en principe les patients de plus de 65 ans.

Au jour de la visite, quinze patients étaient hospitalisés, cinq hommes et dix femmes, âgés de 63 à 92 ans, l'hospitalisation la plus ancienne datant de février 2022. La durée moyenne de séjour est courte : 21 jours en 2020, 28 jours en 2021. Trois personnes bénéficiaient d'une mesure de protection juridique (une curatelle, une habilitation familiale, une curatelle renforcée). Dès le début de l'hospitalisation, l'équipe s'efforce de préparer un projet de sortie qui est mis en œuvre

avec le soutien de l'équipe mobile. Il y a quatre ans, le service accueillait une majorité de patients chroniques.

Les patients admis en SSC sont peu nombreux : trois lors de la visite.

Les patients sont admis soit de manière programmée (le plus souvent en provenance d'un EHPAD, généralement quand le patient est connu), soit de manière directe. Le service rencontre d'importantes difficultés avec le service des urgences du CH de Manchester ; une réunion était prévue lors du contrôle entre cet hôpital, l'unité Alyse et l'EHPAD concerné pour coordonner le parcours de soins des patients dans la mesure où ceux passés par les urgences arrivent sans fiche de liaison ni vêtements et que certains souffrant de cancers à un stade avancé seraient orientés en psychiatrie pour la seule raison qu'ils refusent de s'alimenter. L'unité se retrouve ainsi contrainte d'accompagner la fin de vie de patients ne souffrant d'aucun trouble psychiatrique, nécessitant des soins palliatifs, et sans avoir les moyens de le faire correctement. Trois semaines avant le contrôle, un patient dans cette situation a été orienté à Alyse. En raison de ses pensées suicidaires, il a été placé dans la chambre d'isolement de l'unité La Dormoise où il s'est suicidé à l'aide de ses chaussettes.

RECOMMANDATION 40

Le service des urgences du centre hospitalier Manchester ne doit orienter sur le centre hospitalier Bélaïr que les patients souffrant majoritairement de troubles psychiatriques.

Un protocole entre les deux établissements doit permettre d'éviter des orientations inadaptées.

Dans ses observations au rapport provisoire, le CHINA – dont dépend le CH Manchester – conteste cette recommandation et souhaiterait disposer des statistiques utilisées pour la produire. Il ajoute que « *les relations entre les équipes médicales sont régulières et l'accord du médecin psychiatre est toujours demandé par le médecin du service des urgences avant transfert sur le CH Bélaïr* ».

La direction du CH Bélaïr indique quant à elle qu'elle ne dispose pas non plus d'éléments chiffrés pour objectiver cette affirmation mais observe que « *cela ne concerne pas que l'unité Alyse* ». Elle précise que « *en cas de problème d'orientation, des EI inter établissements sont rédigés et analysés en comité de retour d'expérience de façon à améliorer l'orientation au sein du GHT Nord-Ardennes. En 2022, 12 EI inter établissements ont concerné les parcours* ».

c) Les locaux

Le bâtiment de plain-pied comporte un étage et donne sur un grand espace extérieur où les patients peuvent se rendre pour s'aérer, fumer ou faire des activités de jardinage. Bien qu'anciens, les locaux sont dans un excellent état d'entretien tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.



L'unité de gérontopsychiatrie



L'espace extérieur

Le service comprend, outre les chambres, différentes salles répondant aux besoins et aux attentes des patients et des soignants : une salle à manger particulièrement agréable et lumineuse car donnant sur la cuisine ouverte et sur le patio extérieur, une salle commune, deux salles de télévision équipées de fauteuils confortables, des bureaux pour les consultations médicales, une salle de soins, des salles d'activités (de soins esthétiques, de balnéothérapie, d'activités manuelles), un vestiaire muni de vêtements pour les patients n'en disposant pas, des locaux de ménage et de linge. Une salle de bien-être est en cours d'aménagement. Des œuvres réalisées par des patients décorent quelques murs.



La salle à manger



Une salle de télévision



Salles de soins esthétiques et de balnéothérapie



Salle d'activité



Le vestiaire

Comme dans toutes les unités, un panneau présente à l'entrée différentes informations concernant l'hospitalisation de manière claire et lisible (cf. § 4.3).

L'unité comprend vingt-trois lits répartis en douze chambres individuelles, une dite « médicalisée » et cinq chambres doubles. Toutes les chambres disposent d'un espace sanitaire avec douche. À l'exception de l'absence de verrous de confort (cf. recommandation faite au § 5.1.2), les chambres comprennent tous les équipements requis qui sont par ailleurs adaptés pour les personnes dont la mobilité serait réduite : table de chevet, placard pouvant fermer à clé, télévision, boutons d'appel, douche à l'italienne.



Chambre individuelle



Sanitaire

Le programme immobilier prévoit la destruction de ce bâtiment au regret des soignants qui estiment qu'il a les seuls inconvénients de comprendre un étage et d'être mal isolé, hiver et été.

10.1.2 Les modalités de la prise en charge

À l'arrivée, un inventaire des effets est réalisé en présence de la personne. Seuls les objets dangereux ou susceptibles de l'être sont retirés et il est proposé au patient de déposer son argent dans le coffre de l'hôpital. Le livret d'accueil, clair et complet, est remis.

Le petit-déjeuner est servi à 8h30, le repas à 12h00 et le dîner à 19h00. Un goûter est proposé à 16h00 et une tisane le soir. Les beaux jours, des barbecues sont organisés dans le patio de l'unité.

Les restrictions de liberté sont rares et individualisées. Les téléphones portables, le tabac et les briquets sont laissés, les ordinateurs et tablettes également sauf prescriptions médicales contraires. Les patients peuvent sortir de l'unité sauf ceux qui, en raison de leur pathologie, ont des difficultés à s'orienter et doivent être accompagnés. Le service est pour l'instant fermé mais il a le projet d'instaurer un système de bracelet pour permettre à ceux qui le peuvent d'entrer et sortir sans solliciter les soignants, même si ces derniers sont disponibles pour répondre aux demandes. A l'inverse, le patio est ouvert et accessible jusqu'à 21h00 au moins.

L'accès à l'étage est fermé, y compris la nuit, en raison des escaliers dans lesquels les patients peuvent chuter.

Les visites des proches et des familles sont libres, sans durée imposée, entre 13h00 et 18h00. Pendant la crise sanitaire, des créneaux avaient été instaurés qui ont, depuis, été supprimés.

L'accès à la sexualité n'est pas interdit ; le sujet n'est pas tabou mais le service n'ayant jamais été confronté à des difficultés particulières, il ne fait pas l'objet de réflexion (cf. § 6.6).

En revanche, les patients ne disposent pas des clés de leur placard alors qu'ils pourraient y mettre leurs biens en sécurité.

RECOMMANDATION 41

Les patients de l'unité Alyse doivent pouvoir conserver la clé de leur placard afin de mettre leurs biens en sécurité.

L'établissement, à l'occasion de ses observations au rapport provisoire, signale qu'il prend en compte cette recommandation, au même titre qu'il le fait concernant les autres unités (cf. § 5.3).

Les mises à l'isolement sont rares : une fois en un an. Les mises en contention également. Toujours exceptionnellement mais sur prescription médicale et sans traçabilité dans le registre isolement-contention, les chambres des patients qui déambulent sont fermées la nuit (cf. § 8.2.3 où une recommandation est faite).

Le service utilise régulièrement des dispositifs de Securidrap® sur prescription médicale.

Beaucoup d'activités sont proposées aux patients, adaptées aux pathologies rencontrées : soins esthétiques, peinture, bricolage, jardinage, ou encore gymnastique douce avec un éducateur sportif. Les patients sont associés à leur contenu : par exemple, la salle de bien-être en cours d'aménagement résulte de leur consultation. Une activité de médiation animale (cf. § 9.1.2), organisée auparavant, devait reprendre rapidement.

Les familles et proches sont associés autant que de besoin au projet de soins. Au jour de la visite, dix patients avaient désigné une personne de confiance (cf. recommandation faite au § 9.3).

Pour les personnes qui ne disposeraient pas de ressources suffisantes, le service peut donner des vêtements grâce à son vestiaire fourni et des kits d'hygiène.

Les mandataires sont plutôt mobilisables même si certains, institutionnels, le sont moins.

10.2 DES MINEURS SONT SOUMIS A DES HOSPITALISATIONS LONGUES INJUSTIFIEES PAR LEUR ETAT CLINIQUE ET A DES MESURES DE CONTRAINTE HORS CADRE LEGAL

10.2.1 L'organisation du service

a) Le personnel

L'équipe de l'unité départementale d'hospitalisation pédopsychiatrique (UDHP) est constituée d'un cadre de santé, une secrétaire, douze IDE et quatre AS. Le poste de psychologue est vacant depuis septembre 2021 et l'appel ponctuel au psychologue de l'extrahospitalier est insuffisant. Un éducateur sportif intervient deux fois par semaine. Quatre ASH assurent l'entretien quotidien des locaux. Les ASS de l'établissement (cf. § 5.3) sont mobilisables si besoin.

L'équipe a peu d'ancienneté : la moitié des agents intervient depuis moins de deux ans et sept sont arrivés en septembre 2021. Ce *turn-over* est structurel : la prise en charge de mineurs est jugée difficile ce qui se traduit par une ancienneté de trois ans en moyenne dans le service.

Après une vacance de poste, un pédopsychiatre intervient dans l'unité depuis décembre 2021 à 100 % ce qui sécurise l'équipe et une collaboration bien meilleure qu'avec le précédent médecin est notée de part et d'autre. Néanmoins, elle devrait n'intervenir qu'une demi-journée par semaine à compter d'avril 2022. Deux autres pédopsychiatres peuvent également intervenir ponctuellement. Les mineurs bénéficient d'entretiens médicaux très réguliers.

Un médecin généraliste passe tous les jours dans l'unité.

Néanmoins, l'unité ne dispose ni de psychologue, ni d'éducateur, ni d'enseignant de l'Education nationale, alors que leur concours est fondamental pour la prise en charge d'enfants.

RECOMMANDATION 42

L'unité départementale d'hospitalisation pédopsychiatrique (UDHP) doit absolument bénéficier de temps de pédopsychiatre suffisant, de psychologue, d'éducateurs et d'enseignants de l'Education nationale.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement informe du recrutement d'un pédopsychiatre à temps plein en décembre 2022, affecté à 50 % en intra (UDHP) et 50 % en extra hospitalier.

Deux soignants interviennent le matin, trois l'après-midi et deux la nuit. Les AS travaillent exclusivement l'après-midi ou la nuit pour maintenir constamment deux IDE sur la journée.

Les transmissions ont lieu à chaque changement de service, matin, midi et soir. La réunion de synthèse, hebdomadaire, associe les professionnels de l'extrahospitalier et des foyers de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Des réunions de service sont organisées tous les mois et demi.

Le projet de service est en cours d'élaboration et devrait être finalisé d'ici juin 2022. Des fiches-projet sont en rédaction avec l'objectif notamment de proposer de nouvelles activités. Il existe un projet de prise en charge de l'UDHP de janvier 2022 qui résume de façon claire et synthétique le déroulement de l'hospitalisation.

De nombreuses formations sont proposées aux professionnels : psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (obligatoire, prioritairement accordée aux professionnels de l'UDHP mais difficile à obtenir rapidement), contenance et contention, Omega®, crise suicidaire, psycho-traumatisme de l'enfant, approche systémique de l'enfant.

Depuis le départ du psychologue, les professionnels ne bénéficient plus des réunions d'analyse des pratiques, qui étaient mensuelles. Il apparaît primordial que ces séances reprennent avec un intervenant extérieur, qui plus est compte tenu du contexte auquel est confronté l'unité (cf. § 3.3 où une recommandation est faite). Des CREX sont organisés en cas de situations problématiques ou d'événements indésirables.

L'UDHP bénéficie depuis mars 2022 de l'intervention d'une équipe de liaison de pédopsychiatrie composée de trois IDE qui ont travaillé antérieurement à l'UDHP et d'un pédopsychiatre. Elle accompagne l'hospitalisation, fait le lien avec l'extérieur et prépare en amont la sortie.

b) L'activité et le profil des mineurs accueillis

Les enfants de moins de 18 ans sont en principe hospitalisés à l'UDHP, intersectorielle, disposant de six places lors de la visite. Par manque de place, il arrive que des mineurs de 16 à 18 ans soient hospitalisés dans une unité pour adultes, auquel cas ils peuvent bénéficier dans la journée de la prise en charge de l'UDHP.

RECOMMANDATION 43

Les enfants ne doivent pas être hospitalisés dans des unités pour adultes.

En accord avec cette recommandation, l'établissement indique dans ses observations au rapport provisoire qu'il « ne peut refuser l'admission d'un enfant qui nécessite une

hospitalisation en psychiatrie. Une collaboration étroite entre les pédiatries du CHINA et de Bélaïr devrait permettre l'hospitalisation des enfants en adéquation avec leur état de santé et d'éviter les hospitalisations en unité adultes par une meilleure gestion des lits sur le territoire. Au CH Bélaïr en cas d'hospitalisation en service adulte tout est mis en œuvre pour que les enfants puissent être transférés au sein de l'UDHP dans les meilleurs délais. D'autre part, afin de minimiser l'impact négatif de l'hospitalisation en unité adulte, les soignants de l'UDHP se rendent dans le service afin de prendre en charge le mineur avec une prise en charge adaptée. Certains mineurs d'ailleurs peuvent bénéficier d'un accueil en journée au sein de l'UDHP ».

Il signale en outre que « le CH Bélaïr et le CHINA travaillent sur une refonte des parcours des patients et un projet ambitieux de création d'une nouvelle unité destinée à fluidifier le parcours des enfants, entre le somatique, la santé mentale et le médico-social ».

59 mineurs ont été hospitalisés en 2020 et 52 en 2021. Au jour de la visite, 6 mineurs sont hospitalisés, deux garçons et quatre filles, âgés de 11 à 17 ans, l'hospitalisation la plus ancienne datant de septembre 2020 ; ils sont tous à l'UDHP. La durée moyenne de séjour est en augmentation : 14 jours en 2020, 22,5 jours en 2021.

La sortie d'hospitalisation est rendue difficile soit par le refus ou l'incapacité des parents à reprendre leur enfant soit par le refus ou la réticence des foyers de l'ASE à réaccueillir le jeune.

Les mineurs sont le plus souvent accueillis de façon programmée et en SL : ils le sont tous au jour de la visite. Pendant les trois années précédant la visite, seuls deux mineurs ont été accueillis en vertu d'un statut différent (un par ordonnance de placement provisoire du juge des enfants et un en SDRE, tous deux en 2020).

Environ 50 % des enfants hospitalisés ont été victimes de violences sexuelles, parfois dans le cadre intrafamilial. Le service de pédopsychiatrie transmet régulièrement des informations préoccupantes pour maltraitance.

Sur les six mineurs accueillis, cinq présentent des pathologies les conduisant à se mettre régulièrement en danger³² : tentatives de strangulation, se taper la tête contre le mur, etc. La dynamique de groupe est compliquée depuis plusieurs mois, le passage à l'acte d'un jeune entraînant la surenchère des autres et certains programmant des actes de scarification simultanés. Le transfert de certains jeunes dans des unités adultes n'a pas permis de casser cette dynamique.

Ces comportements sont en outre liés à l'absence de perspective de sortie, certains jeunes étaient hospitalisés depuis plusieurs mois, l'une depuis plus d'un an. Trois patients sont considérés comme n'ayant plus besoin d'une hospitalisation mais, faute d'hébergement possible chez les parents ou dans une structure de l'ASE – malgré la proposition de prises en charge séquentielles pour évaluer le projet de sortie et le consolider – ils restent dans l'unité et développent un sentiment de haine et de colère qui se traduit par de l'auto-agressivité et de la violence physique et verbale envers les soignants. Un lien ambivalent est noué avec les soignants qui deviennent à la fois la figure d'attachement (certains jeunes ont demandé à une IDE de les adopter) et de rejet conduisant à de la violence. Cela contribue à aggraver la situation des enfants

³² Les pathologies majeures rencontrées sont des troubles dépressifs ou anxieux avec de fortes tendances suicidaires. Un des enfants accueillis présentait des troubles autistiques.

hospitalisés, pour lesquels l'hospitalisation devient plus délétère que salutaire. Une convention entre l'ASE et l'établissement a été écrite mais au jour du contrôle, elle n'était pas signée.

RECOMMANDATION 44

Afin qu'aucun mineur ne demeure hospitalisé pour d'autres motifs que son état clinique, la direction de l'établissement doit impérativement concourir à fluidifier les liens avec les autres structures de prises en charge et notamment les foyers de l'aide sociale à l'enfance.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du CH indique que « *la convention a été travaillée avec l'ASE mais pas encore signée. Nous sommes en attente d'une date de relecture de la part de la justice ainsi qu'une relecture du pédopsychiatre de l'unité* ».

Il insiste par ailleurs sur « *le travail en cours pour voir naître une structure pluri partenariale, projet soutenu par l'ARS ayant pour objectif d'ouvrir une unité nommée ESCALES (Espace de soins, de coordination, d'accompagnement et de liaison pour enfants). Elle fonctionnera sur la base d'une convention multi partenariale et la gestion sera confiée au CH Bélaïr [sur un site du CHINA] à Sedan* ».

c) Les locaux

Le service occupe lors de la visite un bâtiment de plain-pied comportant un étage et donnant sur un grand espace extérieur. Cette occupation est temporaire : il doit déménager en juin 2022, dans une aile de l'unité Les Quatre Vents, dans laquelle se trouvait déjà l'UDHP il y a quatre ans. En mars, mai et juin 2020, l'UDHP a fermé car ses locaux ont été utilisés comme unité « Covid ». L'UDHP a réouvert officiellement en juillet 2020 avec quatre places, avant une nouvelle fermeture de novembre 2020 à février 2021 pour accueillir à nouveau une unité « Covid ». L'établissement a ensuite remis en service quatre lits d'UDHP avant de remonter la capacité à six lits, étant précisé qu'elle est en principe de huit places.

Ces fermetures successives, ainsi que le déménagement prochain, expliquent que les locaux actuels ne soient pas investis comme ils l'étaient précédemment ce qui donne à l'ensemble un aspect sinistre et triste.



L'UDHP



L'espace extérieur

Le service comprend, outre les chambres, différentes salles répondant aux besoins et aux attentes des patients et des soignants : une grande salle à manger, un espace « télévision », un accès au patio extérieur, des bureaux pour les consultations médicales, une salle de soins, des salles d'activités, des locaux de ménage et de linge. Le service dispose en outre d'une CI, d'une chambre d'hyposensibilité et d'une chambre d'apaisement.



La salle à manger



L'espace « télévision »



Salles d'activités



A l'entrée, un panneau présente différentes informations concernant l'hospitalisation de manière claire et lisible (cf. § 4.3.1).

Au premier étage, les six chambres, toutes individuelles, disposent d'un espace sanitaire avec douche. A l'instar des locaux communs, la plupart des chambres sont trop grandes et l'ensemble a un aspect peu contenant. Aucun verrou de confort n'est installé et il conviendra de pallier ce manque dans les nouveaux locaux (cf. la recommandation formulée au § 5.1).



Chambre individuelle



Sanitaire

Le mobilier dégradé est remplacé très rapidement par le service de maintenance de l'établissement.

Le déménagement prochain est redouté de la part de l'équipe qui craint qu'il ne soit « *le déménagement de trop* » après plusieurs déménagements en quatre ans. Accueillant moins de patients que les autres unités, l'UDHP a systématiquement déménagé, fermé, réouvert, ce qui a eu pour effet de déstabiliser les dynamiques de groupe qu'il s'agisse des professionnels ou des patients. Par ailleurs, l'absence de places d'hospitalisation pendant les mois de fermeture (même si des accueils exceptionnels ont pu être réalisés) a été un manque sur le territoire et a pu contribuer à aggraver les troubles des enfants qui avaient besoin d'une hospitalisation.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement précise que « *l'UDHP a déménagé comme convenu le 21 septembre 2022 dans un bâtiment rénové selon les attentes de l'équipe. Les ajustements sont réalisés au fur et à mesure des observations de l'équipe. A ce jour, aucun évènement indésirable n'est à déplorer en lien avec ce changement de locaux. Il y a une continuité dans la dynamique d'équipe. Le déménagement même s'il n'était pas souhaité, s'est déroulé dans de bonnes conditions* ».

10.2.2 Les modalités de la prise en charge

Lors de l'arrivée, un document permet de recueillir et de formaliser la demande des deux titulaires de l'autorité parentale. Pendant la mission, l'établissement a pris en compte l'observation des contrôleurs pour modifier l'intitulé du document qui indique désormais clairement qu'il s'agit d'une demande d'hospitalisation dans un établissement de santé mentale et non pas seulement d'une autorisation de soins.

L'accord et l'avis des parents, ainsi que ceux du mineur, sont recueillis sur les actes de la vie quotidienne.

Les liens avec les foyers de l'ASE sont variables selon les éducateurs. Certains sont mobilisés, d'autres absents et n'apportent par exemple aucun vêtement au jeune une fois hospitalisé.

À l'arrivée, les objets dangereux ou susceptibles de l'être sont retirés. Les règles de vie et le livret d'accueil spécifique à l'UDHP sont remis. Ce dernier est particulièrement clair et adapté à un public d'enfants et d'adolescents. Réalisé par les patients, il comprend toutes les informations

utiles, présentées de façon colorée et ludique avec des schémas, des dessins et même des jeux. Un questionnaire de satisfaction spécifique aux enfants a aussi été produit sur le même modèle.

BONNE PRATIQUE 6

Le questionnaire de satisfaction spécifique aux enfants, se présentant de manière ludique, est de nature à recueillir de façon effective leurs observations sur leur hospitalisation.

Le petit-déjeuner est servi à 8h30, le repas à 12h00 et le dîner à 19h00. Un goûter est proposé à 16h00 et une tisane le soir.

Les restrictions de liberté sont individualisées. Les mineurs sont autorisés à recevoir les visites de leurs proches qui peuvent venir tous les jours y compris le week-end, à transmettre ou recevoir des appels téléphoniques à des horaires et sur des durées adaptés aux besoins de chacun et aux contraintes des parents. Ils peuvent en principe conserver leurs téléphones portables pendant des temps spécifiques mais, au jour de la visite, aucun n'y était autorisé en raison du risque de passage à l'acte suicidaire induit par la consultation des réseaux sociaux.

Les professionnels de l'UDHP font preuve d'une grande bienveillance et de patience alors même qu'ils sont confrontés à de nombreuses situations de violence. Des activités variées et adaptées sont proposées : pâte à modeler, piscine, randonnée, karaoké, sport à l'intérieur ou à l'extérieur deux fois par semaine, activité de médiation animale une après-midi par semaine. Cette activité, extrêmement appréciée des enfants, pourrait leur être proposée plus fréquemment.

Le service met à disposition des kits d'hygiène et peut fournir des vêtements de secours pour les enfants n'en disposant pas.

La plupart des mineurs accueillis est en situation de décrochage scolaire. Face à cette situation, les IDE s'efforcent de pallier l'absence d'enseignant en proposant des médiations scolaires (cf. la recommandation formulée au § 10.2.1.a).

10.2.3 L'isolement et la contention

L'unité dispose d'une CI. On y accède, depuis le couloir du rez-de-chaussée, par une porte percée d'un fenestron vitré qui permet de voir parfaitement le patient depuis le couloir sans respect de son intimité et de la confidentialité des soins. La CI comprend un lit métallique scellé au sol, comportant dans sa structure des points d'attache pour les contentions. La CI n'est équipée d'aucune assise, ni de bouton d'appel. La fenêtre ne peut pas s'ouvrir et la lumière et les volets ne peuvent être actionnés que par les soignants. Quand les repas sont pris dans la CI, un adaptable est amené et un soignant reste auprès du jeune. Par le fenestron de l'autre porte qui donne sur un sas, le patient peut voir une horloge mais elle n'était pas à l'heure lors de la visite.



La chambre d'isolement

L'espace sanitaire comprend un WC en inox et une douche sans aucun dispositif de séparation. Le mineur voit le WC depuis son lit. Quand il se lave, la chambre entière est inondée.



La douche

L'ensemble des recommandations concernant les CI (cf. § 8.1) devront impérativement s'appliquer à celle prévue dans les futurs locaux de l'UDHP pour garantir la dignité des mineurs qui y seront placés.

Le service dispose, en outre, d'une chambre d'apaisement, non équipée, et d'une chambre, capitonnée, dite « d'hyposensibilité ».

L'équipement de cette chambre ne remplit pas son office car la porte donnant sur la chambre comporte un fenestron vitré.



La chambre d'hyposensibilité et le fenestron de sa porte

Lors de la visite, compte tenu de la problématique du groupe accueilli, les placements en isolement étaient nombreux, qualifiés de contextuels (« cela n'arrivait jamais avant »), concernant les quelques jeunes qui se mettent le plus en danger.

Les mesures sont toujours décidées par la psychiatre, qui se déplace systématiquement. Les alternatives à l'isolement sont systématiquement recherchées et mises en œuvre : entretien avec les soignants ou la psychiatre, recours à la chambre d'hyposensibilité. Les durées sont généralement courtes : le plus souvent quelques heures. La surveillance par les soignants est quasi-constante. Un examen somatique est réalisé systématiquement. Les mineurs y sont placés vêtus d'un pyjama en raison de leur risque suicidaire.

Les pratiques d'isolement ne suffisent parfois pas à protéger le jeune de lui-même et des contentions sont quelquefois posées, pour exemple quand il s'efforce de se mordre ou de s'étrangler. Les durées sont courtes : une à deux heures au maximum.

Les titulaires de l'autorité parentale sont systématiquement prévenus de la mise en isolement ou contention de leur enfant. L'équipe a conscience que l'isolement de mineurs hospitalisés à la demande des titulaires de l'autorité parentale n'est pas possible mais elle estime aussi qu'il n'est pas souhaitable de transformer leur statut en SDRE au risque de les stigmatiser plus encore. Ces mesures d'isolement et de contention ne sont pas contrôlées par le JLD (cf. la recommandation formulée au § 7.3.4).

RECOMMANDATION 45

Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs parents, juridiquement en soins libres, ne doivent pas être placés en isolement.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement déplore de ne pas avoir « d'éléments nouveaux à apporter. En effet, si la mise en isolement n'est pas possible au regard de la loi pour les patients en soins libres, il est de la responsabilité du médecin de prévenir un danger immédiat et assurer la sécurité de l'enfant. Il y a un antagonisme en effet à imaginer déclencher une mesure de soins sans consentement, qui [...] ne pourrait être qu'un SPDRE avec les effets stigmatisants que cela impliquerait. D'autre part, les critères du SPDRE ne seraient pas réunis et rendraient de facto la mesure caduque.

Ajoutons que les parents qui signent l'autorisation parentale pourraient contester la mise en SPDRE et que ne pas mettre en place la décision d'isolement et protéger l'intégrité de l'enfant serait un manquement. Cette analyse est partagée par le Tribunal et les collègues d'autres établissements similaires que nous avons interrogés. Nous sommes dans l'attente des résultats de travaux à venir [...] ». Il joint la réponse écrite à une question parlementaire.

Le débriefing de l'enfant est systématique à la suite de son isolement ou de sa contention.

Les contrôleurs encouragent l'établissement à mettre en place dans les nouveaux locaux un espace d'apaisement adapté, de nature à encourager des pratiques alternatives à l'isolement.

10.3 LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS NE RESPECTENT PAS LEUR DIGNITE NI LEURS DROITS FONDAMENTAUX

L'unité Argonne du CH Bélaïr assure seule les soins psychiatriques dispensés aux patients détenus en provenance de la maison d'arrêt (MA) de Charleville-Mézières, hospitalisés en SDRE en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale. Vingt-deux d'entre eux ont été accueillis en 2021 et neuf en 2022 jusqu'à la date de la visite du CGLPL.

Un seul psychologue assure une présence dans la MA deux jours par semaine, sans être remplacé lors de ses congés. Aucun IDE de psychiatrie n'y intervient.

Les praticiens hospitaliers (PH) du CH Bélaïr qui participent à l'astreinte sont susceptibles d'être sollicités par la MA pour procéder à l'évaluation psychiatrique d'un patient-détenu, à l'exception du jeudi après-midi où un PH est présent sur place. L'entretien d'accueil des détenus lors de leur incarcération est en principe également effectué en fin de journée par le PH d'astreinte. Le personnel pénitentiaire s'attend à un déplacement immédiat du psychiatre d'astreinte, alors qu'il est souvent déjà pris en intra ou extrahospitalier. Un CREX a été mis en œuvre après un retard de prise en charge. Lorsque le déplacement du PH vers la MA est estimé trop tardif par cette dernière, le patient détenu est transporté aux urgences du CH Manchester pour une évaluation psychiatrique, sans information préalable ou transmission d'éléments cliniques.

L'équipe d'Argonne a élaboré un protocole de prise en charge, qui n'était pas validé par les instances de l'établissement lors de la visite.

RECOMMANDATION 46

La prise en charge des patients détenus de la maison d'arrêt de Charleville-Mézières doit être organisée par une convention fonctionnelle efficace, signée par l'ARS Grand Est et les deux établissements concernés, impliquant la présence adaptée de personnel soignant et la transmission des informations nécessaires aux soins.

Dans leurs observations au rapport provisoire, le CH Bélaïr et le CHINA indiquent pour l'un que « la convention est en cours de mise à jour et de signature avec l'ARS Grand Est, la maison d'arrêt et le CHINA », pour l'autre que « la convention est en cours de discussion depuis un an », qu'une « dernière version est en cours de relecture » et « devrait être signée fin juin 2023 ».

En cas d'hospitalisation au CH Bélaïr, deux IDE – dont un d'Argonne – accompagnés de deux ambulanciers vont chercher le patient à la MA. La nuit, il peut s'agir d'un IDE et d'un AS. Une ceinture de déambulation est prescrite « si besoin » ; lors du transport, le patient est

systématiquement contentonné (poignets, chevilles et abdomen) sur le brancard de l'ambulance, les IDE se tenant avec lui à l'arrière du véhicule. Aucune injection intramusculaire sédative n'est systématiquement pratiquée ; en cas d'agitation du patient, le personnel du SMUR se déplace jusqu'à la cellule pour y procéder.

RECOMMANDATION 47

L'usage des contentions, lors du transport d'un patient détenu, doit être individualisé et justifié par l'état clinique, plutôt que systématique et sécuritaire.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement conteste cette recommandation car « *les contentions ne sont pas systématiquement utilisées [...] pendant le transport. Seule une prescription si besoin est rédigée de façon à permettre aux soignants de les poser en cas de nécessité* ».

L'équipe d'Argonne considère ces personnes qui lui sont confiées comme des patients, hospitalisés en SSC. Elle ne dispose en revanche, pas plus que l'équipe des urgences, d'une information relative à l'état clinique préalable du patient. Aucun autre élément que le certificat médical initial n'est transmis. Le patient détenu se trouve donc obligé de transmettre seul l'histoire de son trouble psychique malgré une clinique qui peut en compromettre la pertinence, souvent démunie de son tabac, et dans l'incapacité de justifier de ses autorisations (téléphone, visite). Les IDE contactent le personnel pénitentiaire pour obtenir ces informations. Aucun dépannage de tabac n'est possible. L'absence de sollicitation de visites, même autorisées, des patients détenus a été rapportée aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 48

Le personnel de la maison d'arrêt de Charleville-Mézières doit systématiquement transmettre à celui du CH Bélaïr tous les éléments matériels et informations utiles à la prise en charge d'un patient détenu hospitalisé afin qu'il accède à l'ensemble de ses droits.

Le CH Bélaïr, dans ses observations au rapport provisoire, signale à la fois que « *cette recommandation concerne la direction de la maison d'arrêt* » et que « *la convention actuelle et la mise à jour insistent sur cette disposition* ».

L'hospitalisation se déroule exclusivement en isolement, dès l'accueil. Les patients portent pendant tout leur séjour un pyjama institutionnel. La fréquence de l'évaluation médicale est identique à celle des autres patients.

Certains patients sortent directement de la CI pour retourner à la MA. D'autres, dont l'amélioration clinique est estimée suffisante pour sortir de la CI, sont transférés, pour la suite de leurs soins et dans l'attente d'une orientation vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), dans la chambre 038, mise en service en septembre 2021.

Aménagée au fond du couloir du rez-de-chaussée, à l'opposé du bureau des IDE, la chambre 038 se compose d'un sas ouvrant à droite sur une chambre comparable à une CI, à gauche sur une salle d'eau et au fond sur une cour grillagée réservée qui permet la consommation de tabac après les repas, selon la disponibilité des IDE.

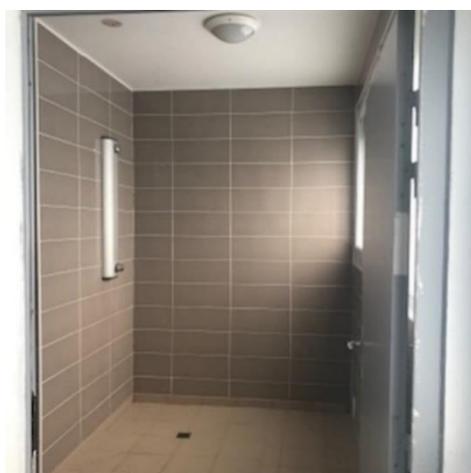
L'occupation de cette chambre est assortie d'une autorisation de lecture et d'écoute de la radio.



Chambre 038, son lit



Sa cour



Sa douche



Son WC

Les patients détenus qui y sont enfermés passent donc d'une forme d'isolement dans la CI à une deuxième dans la chambre 038, qui ne fait pas l'objet d'une traçabilité dans le logiciel comme telle, et n'entre donc pas dans les données statistiques du rapport annuel.

RECOMMANDATION 49

La prise en charge des patients détenus doit respecter les dispositions légales en matière d'isolement et de contention, plutôt que de répondre à des préoccupations sécuritaires. À ce titre, leur isolement doit être décidé en dernier recours et leur affectation dans la chambre 038 de l'unité Argonne doit être assortie du respect des obligations de décision, de traçabilité, de surveillance attachées aux mesures d'isolement et de contention.

Dans ses observations au rapport provisoire, l'établissement tient à faire part de son accord avec cette recommandation.

Les contentions sont utilisées rarement et de façon adaptée à l'état clinique.

Les patients détenus, qui ne font pas l'objet d'un retour rapide, autour de 72 heures, vers la MA, sont orientés vers l'UHSA de Nancy, dans un délai de 11 à 14 jours, après l'audience avec le JLD.

10.4 DES RESSOURCES SPECIALISEES PERMETTENT D'ACCOMPAGNER LA FIN DE VIE

L'établissement a réalisé une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur le sujet de la fin de vie. Il dispose d'une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Manchester composée d'un IDE, d'un psychologue et d'un médecin. Cette équipe est sollicitée par la cadre supérieure de santé du pôle de psychiatrie à qui le besoin est présenté par le cadre de l'unité concernée. L'équipe de l'unité est alors accompagnée par le psychologue. Les directives anticipées de fin de vie sont discutées avec le patient. Si besoin, la cuisine centrale est sollicitée pour adapter les repas.

L'établissement bénéficie par ailleurs de la présence de deux personnes ressources sur le sujet de la fin de vie : un IDE titulaire d'un diplôme en soins palliatifs et une cadre de santé. Néanmoins, selon les propos recueillis, les compétences de ces personnes sont méconnues des professionnels de l'établissement alors qu'elles pourraient être davantage mobilisées compte tenu des situations auxquelles est confronté l'établissement (cf. § 9.1).

Dans le cadre du projet d'établissement, une fiche-action sur la fin de vie est envisagée. Elle pourrait permettre d'optimiser au mieux les ressources de l'établissement.

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