



Rapport de visite :

9 au 13 janvier 2023 – 1^{ère} visite

Centre Hospitalier de Verdun

Saint-Mihiel

(Meuse)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier (CH) de Verdun Saint-Mihiel (Meuse) du 9 au 13 janvier 2023. Cette mission constituait un premier contrôle de l'établissement.

Le service de psychiatrie du CH est composé de trois unités d'hospitalisation intersectorielles pour adultes disposant de 52 lits d'hospitalisation complète et d'une unité d'hospitalisation pour adolescents de huit places d'hospitalisation complète. Cette offre répond aux besoins.

Les contrôleurs ont échangé avec des équipes très intéressées de leurs constats et préoccupées d'apporter des améliorations à la prise en charge.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont effectué les constats suivants :

S'agissant de l'établissement, le service bénéficie d'équipes paramédicales complètes et pluridisciplinaires avec l'intervention notamment d'une infirmière en pratique avancée. Les remplacements sont bien assurés et la régularité et constance des plannings est exemplaire grâce aux outils mis en place ce qui montre une organisation des soins soucieuse de la stabilité des effectifs. Les arrivants vont être mieux accompagnés par le tutorat qui doit être institutionnalisé prochainement et le comité d'éthique s'inscrit actuellement dans une nouvelle dynamique incluant la psychiatrie. Cependant, le pôle pâtit d'un manque de médecins. De surcroît, il ne dispose pas d'un projet médico-soignant propre et n'organise pas de réunions médicales régulières ce qui serait susceptible de permettre un partage d'expériences. Les soignants sont insuffisamment formés sur les droits des patients, l'isolement et la contention. Enfin, bien que le budget de la psychiatrie soit excédentaire, il n'est pas utilisé pour améliorer le respect des droits fondamentaux du patient (locaux indignes en pédopsychiatrie, absence de verrous de confort aux portes des chambres, véhicules vieillissants, transport entre le centre hospitalier et le site de psychiatrie insuffisamment organisé, etc.).

Sur les modalités de connaissance et d'exercice des droits des patients, l'information écrite et orale des patients est prévue et organisée mais incomplète, certains éléments méritant d'être soit actualisés, soit précisés, soit diffusés (livret d'accueil). En matière d'hospitalisation sous contrainte, les décisions sont formalisées et les notifications effectuées sans retard y compris le week-end mais les patients n'ont pas connaissance du contenu des certificats médicaux. De plus, le contrôle du juge des libertés et de la détention est rendu difficile dans la mesure où la motivation des certificats médicaux s'avère identique d'un certificat à l'autre. Le registre de la loi est bien tenu, en temps réel et lisible mais il ne contient pas la notification des droits et il n'est pas assez visé par les autorités de contrôle.

S'agissant des droits durant l'hospitalisation, la liberté d'aller et venir est restreinte par un principe général de fermeture de certaines unités, improprement déduit du statut des patients en soins sans consentement. Les restrictions dans la vie quotidienne sont rares et individualisées à l'exception du téléphone portable qui est autorisé de façon trop restreinte. Les visites sont facilitées, les communications avec l'extérieur sont assurées, les patients nécessitant une protection juridique bien identifiés mais l'effectif d'assistants de service social ne suit pas l'augmentation du nombre de dossiers. D'autres droits sont insuffisamment organisés qu'il

s'agisse de la confidentialité de la présence au sein de l'établissement, du vote, du culte ou de la vie affective et sexuelle. Enfin, la commission départementale des soins psychiatriques exerce un contrôle limité tandis que la commission des usagers n'est pas engagée auprès des patients de psychiatrie.

Sur les conditions de prise en charge, les patients sont hospitalisés dans des locaux propres, bien agencés et entretenus à l'exception des patios qui pourraient être mieux aménagés. Cependant, les fenêtres sont fermées à clé, les portes ne disposent d'aucun verrou de confort et comme aucun placard ne peut être fermé à clé, les patients ne peuvent pas mettre leurs biens en sécurité. En termes d'hygiène, des améliorations immédiates doivent être apportées comme l'installation d'une machine à laver dans une unité, ce qui permettrait aux patients de ne plus recourir à une société extérieure qui pratique des prix prohibitifs. De plus, les repas, servis à des horaires d'usage, pourraient être proposés dans des quantités plus importantes.

Les soins pâtissent principalement du manque de médecins et d'un collègue des professionnels de santé qui ne joue pas pleinement son rôle. Néanmoins, un souci de la qualité de la prise en charge a été constaté (projet de soin, absence de prescriptions « si besoin », dynamique pour diversifier et mieux structurer les activités, etc.). Les soins somatiques sont assurés *a minima* par des médecins qui ne peuvent accomplir toutes les missions même si l'accès aux soins spécialisés du CH ne pose pas de difficultés. Enfin, comme ailleurs, les sorties d'hospitalisation des patients au long court sont rendues difficiles par le manque de structures médico-sociales.

En matière d'isolement et de contention, les chambres d'isolement sont bien entretenues mais certains dispositifs nécessaires sont manquants, y compris pour celle de l'unité d'hospitalisation pour adolescents (accès autonome à la lumière, aux volets, au dispositif d'appel même si contenu, etc.). S'agissant des mesures, les pratiques, exhaustivement tracées, sont modérées tant en termes de nombre que de durée mais le registre n'est pas analysé. L'information du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'isolement et de contention se fait selon le cadre juridique mais des difficultés existent notamment au niveau du calcul des délais, qui, en l'absence d'outil informatique adapté, est réalisé manuellement. De plus, le contrôle du juge est limité par des certificats médicaux motivés de façon identique.

Sur les publics particuliers, la prise en charge des personnes âgées pâtit du manque de solutions d'aval.

Les mineurs sont hospitalisés dans une unité spécifique et pris en charge par une équipe complète et pluridisciplinaire (présence d'éducateurs et intervention de trois enseignants notamment). Néanmoins, les locaux sont indignes (configuration inadaptée, vétusté, manque cruel d'entretien) et le médecin de l'unité, qui intervient à 50 %, est un généraliste et non un pédopsychiatre.

Enfin, les détenus sont systématiquement placés en chambre d'isolement et totalement restreints dans l'exercice de leurs droits.

Un rapport provisoire a été adressé le 6 juin 2023 au directeur délégué du CH, à la préfète de la Meuse, à la présidente du tribunal judiciaire de Verdun ainsi qu'au procureur de la République

près ce tribunal et au directeur de l'agence régionale de santé Grand-Est pour une période d'échange contradictoire d'un mois. Le directeur délégué du CH a fait valoir ses observations dans un courrier du 6 juillet 2023 qui sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

La réponse du CH montre que beaucoup de recommandations ont été prises en compte depuis la visite : un projet médico-soignant est en cours d'élaboration pour une validation en octobre 2023, une formation sur l'isolement et la contention va être organisée en septembre 2023, l'information des patients a été améliorée sur de nombreux aspects qu'il s'agisse de la confidentialité de la présence au sein de l'établissement, du vote, du culte ou de la vie affective et sexuelle, le registre de la loi contient désormais la notification des droits, des verrous de confort ont été installés dans toutes les chambres en juillet 2023, une ligne budgétaire du plan pluriannuel d'investissement 2024 va être allouée à la pédopsychiatrie afin de financer un entretien régulier du bâtiment notamment.

Les contrôleurs se félicitent donc des améliorations déjà apportées dans la prise en charge des patients et encouragent l'établissement à prendre en compte les autres recommandations formulées.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 16

Le schéma directeur immobilier doit intégrer la modernisation des locaux dévolus à l'exercice des soins de psychiatrie infantile.

RECOMMANDATION 2 17

Les dotations annuelles de financement de la psychiatrie doivent totalement servir à assurer les soins de psychiatrie dans le respect des droits fondamentaux.

RECOMMANDATION 3 19

Les médecins et soignants de psychiatrie doivent suivre des formations relatives aux droits des patients et à l'isolement et la contention. Une supervision visant à permettre aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques professionnelles doit être remise en place.

RECOMMANDATION 4 20

Un rappel de la responsabilité partagée de déclarer les événements indésirables et de l'anonymat pouvant être préservé dans ce cadre, doit être effectué, notamment en pédopsychiatrie.

RECOMMANDATION 5 21

Les modalités d'assistance, d'accompagnement et d'information sur leurs droits des patients déclarant des violences, en tant que victimes ou témoins, doivent être définies et protocolisées, au même titre qu'elles le sont pour les professionnels.

RECOMMANDATION 6 24

Les contentions utilisées aux urgences pour les patients relevant de la psychiatrie doivent faire l'objet d'une traçabilité au sein du registre d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 7 25

La configuration du centre hospitalier sur plusieurs sites doit être couplée d'une organisation des transports intra hospitaliers permettant notamment d'éviter des attentes sur brancards trop longues pour les patients avant leur hospitalisation.

RECOMMANDATION 8 27

A l'instar des autres unités, le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient au sein de l'unité Dali.

L'information relative aux acteurs, organismes et institutions utiles au patient hospitalisé en soins sans consentement doit être complétée et mise à jour et une copie des certificats médicaux doit être remise aux patients.

RECOMMANDATION 9 30

Les patios doivent être agencés et équipés au profit des patients.

RECOMMANDATION 10 32

Toute chambre hôtelière doit disposer d'un verrou de confort, d'un dispositif d'appel des soignants et de fenêtres pouvant s'ouvrir.

RECOMMANDATION 11 34

Les espaces sanitaires des chambres doivent être dotés de l'équipement standard hôtelier : WC avec lunette et abattant, patères pour les vêtements.

Un service de buanderie adapté aux ressources des patients doit être proposé, le cas échéant, un usage de machines à laver à prix coûtant.

RECOMMANDATION 12 35

Chaque patient doit disposer, en chambre, d'un placard pouvant être verrouillé.

RECOMMANDATION 13 36

Un distributeur automatique de billets doit être installé à proximité du service, accessible aux patients hospitalisés en psychiatrie.

RECOMMANDATION 14 36

Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent recevoir une alimentation suffisante dans une ambiance de partage et de convivialité que doit représenter le temps du repas pour des personnes privées de liberté.

RECOMMANDATION 15 40

Les patients en soins sans consentement ne peuvent, du fait de leur mode d'hospitalisation, voir leur liberté d'aller et venir restreinte d'office. Toute décision en ce sens doit relever d'une évaluation clinique individuelle. Il doit donc être mis un terme à la fermeture, par principe, des unités accueillant ces patients, à titre exclusif ou non.

RECOMMANDATION 16 41

L'amplitude hebdomadaire d'ouverture de la cafétéria et les temps possibles d'accès pour les patients doivent être élargis.

RECOMMANDATION 17 43

Les patients doivent pouvoir, par principe, conserver leur téléphone personnel à l'admission et au cours de leur séjour, sauf contre-indication médicale régulièrement réévaluée et pouvant fonder des restrictions proportionnées. Le téléphone fixe de l'unité Dali doit être réparé sans délai pour permettre la réception d'appels par les patients dans un cadre confidentiel.

RECOMMANDATION 18 44

Les visites des mineurs, quel que soit leur âge, doivent être rendues possible, toute restriction ne pouvant être qu'individualisée, motivée et expliquée par le médecin.

RECOMMANDATION 19 45

L'information sur la possibilité pour les patients de tenir confidentielle leur présence à l'hôpital et leur état de santé doit être assurée, leur volonté effectivement interrogée et tracée, et un protocole doit être établi pour la mise en œuvre de ces droits, y compris au niveau du standard général du centre hospitalier.

RECOMMANDATION 20 46

L'information des patients sur leur droit de vote et les modalités possibles de son exercice doit être revue, notamment dans les livrets d'accueil, et être renforcée en amont des échéances futures.

RECOMMANDATION 21 47

L'information des patients sur leur droit de suivre les activités religieuses de leur choix doit être renforcée et l'offre et les modalités d'exercice être clarifiées, dans le respect du principe de neutralité.

RECOMMANDATION 22 48

La vie affective et sexuelle des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle, en particulier par le comité d'éthique.

RECOMMANDATION 23 50

Les patients isolés, majeurs et mineurs, doivent pouvoir, de manière autonome, actionner la lumière, les volets, aérer la pièce et avoir accès à la date. Des dispositifs d'appel d'urgence doivent être mis à disposition des patients contenus.

RECOMMANDATION 24 51

Le port du pyjama en chambre d'isolement doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'un protocole applicable à tous systématiquement.
Le service de sécurité incendie de l'établissement doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention et informé des chambres où se trouvent les patients.

RECOMMANDATION 25 52

Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'une discussion pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service.

RECOMMANDATION 26 55

Les patients en soins sans consentement doivent être informés du rôle et des modalités de saisine de la commission des usagers et bénéficier d'un contact direct et régulier avec ses représentants, à l'instar de la permanence organisée sur le site de Saint-Nicolas.

RECOMMANDATION 27 56

Le registre de la loi doit faire figurer la date de notification des droits à la personne hospitalisée (conformément aux articles L.3212-11 et L.3211-3 du code de la santé publique), ne contenir aucune information liée à la situation pénale d'un patient détenu et être contrôlé par les autorités compétentes comme prévu par les articles L.3222-4 et L.3223-1 du CSP.

RECOMMANDATION 28 57

Les certificats médicaux doivent être précis, motivés et circonstanciés et les décisions du JLD doivent être notifiées par le juge, afin que les explications sur les raisons de sa décision et les voies de recours soient données par lui et non par les soignants.

RECOMMANDATION 29 58

Un outil efficace doit être mis en place afin de faciliter le calcul des délais en matière d'isolement et de contention et d'alerter les soignants en matière d'information des tiers et du JLD, ainsi que de saisine de ce dernier. Par ailleurs, un protocole, rappelant le cadre juridique en vigueur, doit être élaboré.

RECOMMANDATION 30 59

Le pôle de psychiatrie adulte doit disposer d'un véritable projet médico-soignant, éventuellement décliné au niveau des unités, qui soit un point de référence pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients.

RECOMMANDATION 31 60

Les patients hospitalisés sur des longs séjours au sein de l'unité Dali doivent pouvoir rencontrer régulièrement le psychiatre. Tous doivent pouvoir bénéficier d'un projet de soins individuel formalisé, élaboré de manière pluridisciplinaire, défini avec eux et arrêtant des objectifs en vue de préparer une fin d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 32 62

Les possibilités de sortie et d'activités extérieures à l'établissement, notamment sportives et culturelles, à visée thérapeutique ou participant d'une démarche de réhabilitation psychosociale doivent être renforcées.

RECOMMANDATION 33 62

La pharmacie clinique doit être développée et faire partie intégrante de la prise en charge des patients de psychiatrie.

RECOMMANDATION 34 65

Une réflexion sur le mode de prise en charge des patients hospitalisés au long cours doit impérativement être engagée afin de minimiser les effets délétères d'une telle situation et de conserver leurs chances de réintégration sociale.

Des conventions avec des structures médico-sociales (maisons d'accueil spécialisée, foyers d'accueil médicalisé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) doivent être élaborées en vue de lever les obstacles aux fins d'hospitalisation faute d'accompagnement médico-social adapté.

Le collège des professionnels de santé doit jouer pleinement son rôle, notamment en recueillant systématiquement l'avis des patients.

RECOMMANDATION 35 66

Les modalités d'accès au dossier médical doivent être précisées dans le livret d'accueil.

RECOMMANDATION 36 67

Des directives anticipées doivent être effectivement établies à l'admission avec les patients.

Les patients doivent également pouvoir bénéficier de programmes ou d'activités d'éducation thérapeutique au cours de leur hospitalisation.

RECOMMANDATION 37 67

Les réunions patients-soignants doivent être rétablies.

La possibilité de développer le recours à la médiation par des pairs doit être étudiée, de même que celle de développer des liens avec des associations d'usagers (groupe d'entraide mutuelle ou autres).

RECOMMANDATION 38 68

Les personnes de confiance désignées doivent être effectivement associées au parcours de soins et l'information des patients comme des soignants sur leur rôle doit être renforcée.

RECOMMANDATION 39 70

Une unité de pédopsychiatrie doit être animée au quotidien par un médecin titulaire du diplôme de pédopsychiatrie qui doit rester seul responsable de tous les soins prescrits.

RECOMMANDATION 40 70

Des réunions avec l'ensemble des acteurs concernés doivent se tenir afin de lever les difficultés avec le service d'aide sociale à l'enfance et éviter que des enfants se trouvent hospitalisés pour la seule raison d'absence de solutions de sortie.

RECOMMANDATION 41 74

Dans l'attente de la construction d'un nouveau bâtiment, qui est urgente, des réparations immédiates et des aménagements (mobilier adapté, verrous de confort notamment) doivent être effectués dans l'unité d'hospitalisation pour les adolescents.

RECOMMANDATION 42 75

Le téléphone portable ne peut être retiré à tous les mineurs de façon générale et absolue. Le principe doit être son utilisation, en lien avec les consignes des titulaires de l'autorité parentale, dans un cadre défini et sur des temps spécifiques permettant ainsi aux soignants d'accompagner les enfants dans l'utilisation de cet outil (numérique, réseaux sociaux).

RECOMMANDATION 43 76

L'unité d'hospitalisation pour adolescents doit se doter d'un espace d'apaisement.

RECOMMANDATION 44 77

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas induire par principe sa contention et sa sédation systématique pendant le transport, puis son isolement pendant le séjour.

Un patient détenu doit bénéficier tout long de son séjour des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins sans consentement. Les restrictions doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis. Le protocole cadre entre le centre hospitalier et le centre de détention, qui n'est plus valide, doit être actualisé et traiter des modalités spécifiques de transport, des conditions de séjour et des droits des patients détenus au sein du CH de Verdun.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 L'offre d'hospitalisation complète répond aux besoins	14
2.2 Les dotations budgétaires affectées à la psychiatrie ne sont pas utilisées pour améliorer le respect des droits fondamentaux des patients	16
2.3 Les médecins sont en nombre insuffisant et les soignants ne sont pas suffisamment formés sur les droits des patients et l'isolement et la contention	17
2.4 Les événements indésirables sont effectivement traités mais la prise en charge des patients victimes ou rapportant des violences n'est pas protocolisée	19
2.5 Le comité d'éthique s'inscrit dans une nouvelle dynamique incluant la psychiatrie	21
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	23
3.1 L'accueil des patients de psychiatrie aux urgences souffre du manque de transports intra-hospitaliers	23
3.2 La part de patients en soins sans consentement, de 24 %, est en baisse et se situe dans la moyenne nationale	25
3.3 L'information orale et écrite des patients est organisée mais incomplète.....	26
4. LES CONDITIONS DE VIE	28
4.1 Les locaux sont modernes, bien agencés et aménagés à l'exception des patios des unités.....	28
4.2 L'entretien des locaux est irréprochable mais les patients manquent de certains équipements essentiels	32
4.3 La protection des biens des patients est insuffisamment garantie	34
4.4 Si la qualité des repas n'est pas décriée, leur quantité et la suppression de la tisane du soir le sont.....	36
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	39
5.1 La liberté d'aller et venir est restreinte par un principe général de fermeture de certaines unités, improprement déduit du mode d'hospitalisation d'une partie des patients	39
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont globalement proportionnées	41
5.3 Les visites sont facilitées mais l'accès au téléphone est excessivement encadré	42
5.4 L'accès au vote ne fait pas l'objet d'une réelle attention	45
5.5 L'information relative aux cultes est déficitaire	46

5.6	La vie sexuelle est un impensé de la prise en charge, en dépit d'hospitalisations longues.....	47
6.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	49
6.1	Les chambres d'isolement ne disposent pas de tous les équipements diminuant le sentiment d'enfermement	49
6.2	Les pratiques d'isolement et de contention sont exhaustivement tracées.....	50
6.3	Le registre n'est pas analysé par les soignants mais la pratique d'isolement est modérée en nombre comme en durée	52
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	54
7.1	La CDSP exerce un contrôle limite tandis que la commission des usagers n'est pas engagée auprès des patients de psychiatrie	54
7.2	Le registre de la loi est complet et tenu à jour mais peu contrôlé par les autorités compétentes.....	55
7.3	Le contrôle du juge des libertés et de la détention est limité par des certificats médicaux motivés de manière identique	56
8.	LES SOINS.....	59
8.1	L'accès aux soins psychiatriques est excessivement réduit pour une partie des patients.....	59
8.2	Les soins somatiques sont assurés <i>a minima</i>	62
8.3	La sortie d'hospitalisation des patients en SSC est préparée mais elle pâtit, s'agissant des patients au long cours, du manque de médecins et de structures médico-sociales	63
8.4	Les pratiques et dispositifs pertinents pour le consentement aux soins et sa recherche sont insuffisamment investis.....	66
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	69
9.1	La prise en charge des personnes âgées ne pose pas de difficulté, en dehors du manque de solution d'aval	69
9.2	Les mineurs sont pris en charge par une équipe attentive à leurs besoins mais ils sont hébergés dans des locaux indignes et sans accès à un pédopsychiatre	69
9.3	Les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement et totalement restreintes dans l'exercice de leurs droits	76

Rapport

Contrôleurs :

- Marion TESTUD, cheffe de mission ;
- Luc CHOUCHEKAIIEFF ;
- Marie CRETENOT ;
- Antoine MEYER ;
- Fabien POMMELET.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) de Verdun Saint-Mihiel (Meuse) du 9 au 13 janvier 2023.

Cette mission constituait une première visite.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 janvier à 14h00. Ils l'ont quitté le 13 janvier à 12h00. La visite était inopinée. La préfète de la Meuse, la présidente du tribunal judiciaire de Verdun ainsi que le procureur de la République près ce tribunal, la directrice de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de la Meuse et la bâtonnière de l'ordre des avocats de la Meuse ont été avisés de la visite.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice déléguée du CH, la directrice des usagers, la cadre supérieure du pôle de psychiatrie et de pédopsychiatrie et la responsable du service des admissions. Une réunion de présentation s'est tenue en leur présence suivie d'une visite des unités de psychiatrie à laquelle s'est joint le médecin chef de pôle.

Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Les documents demandés par l'équipe ont été transmis et des affichettes signalant la visite des contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenus avec le JLD en charge du CH.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs mais aucune n'a sollicité un entretien.

Une réunion de restitution s'est tenue en fin de visite, le 13 janvier 2023, avec la totalité des membres de la réunion de présentation auxquels se sont associés le médecin chef de pôle, le médecin de l'unité de pédopsychiatrie, la directrice des soins, l'ingénieur qualité, les deux cadres de santé faisant fonction, le cadre de santé de pédopsychiatrie et un éducateur de l'unité pour adolescents.

La qualité de l'accueil et la grande disponibilité des professionnels méritent d'être soulignées.

Un rapport provisoire a été adressé le 6 juin 2023 au directeur délégué du CH, à la préfète de la Meuse, à la présidente du tribunal judiciaire de Verdun ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal et au directeur de l'ARS Grand-Est. Le directeur délégué du CH a fait valoir ses observations dans un courrier du 6 juillet 2023 qui sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'OFFRE D'HOSPITALISATION COMPLETE REpond AUX BESOINS

2.1.1 Présentation du CH de Verdun

a) Caractéristiques du CH

Le CH de Verdun Saint-Mihiel est situé à Verdun dans le département de la Meuse (55), en région Grand-Est. Sous-préfecture, la ville est située à 50 kms de Bar-le-Duc, la préfecture du département.

Le CH est un établissement de santé public dont l'activité est répartie sur plusieurs sites à Verdun et Saint-Mihiel. Son offre de soins se développe en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, pédopsychiatrie, soins de réadaptation, gériatrie, et imagerie médicale. Il dispose également de services spécifiques tels que la réanimation et la surveillance continue ainsi que d'un service de néonatalogie, d'un service des urgences. Il est le siège du SAMU de la Meuse. Son offre de soins est complétée par trois services intervenant au domicile des patients : le service d'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Verdun et de Saint-Mihiel. Il compte également deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le CH comprend 2000 professionnels de santé et 851 lits.

Il est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Cœur Grand-Est qui réunit huit établissements de santé de la Meuse, de la Marne et de la Haute-Marne, regroupant 287 000 habitants :

- CH de Verdun Saint-Mihiel ;
- CH de Bar-le-Duc Fains-Véel ;
- CH de la Haute-Marne ;
- CH de Joinville ;
- CH de Montier-en-Der ;
- CH de Saint-Dizier ;
- CH de Vitry-le-François ;
- CH de Wassy.

Le périmètre du GHT pour la filière psychiatrie rassemble trois entités principales :

- Le CH de la Haute-Marne ;
- Le CH spécialisé de Fains-Veel ;
- Le service de psychiatrie et le service de pédopsychiatrie faisant partie du CH de Verdun.

Le service de psychiatrie générale du CH de Verdun couvre les besoins en santé mentale du nord meusien.

b) Caractéristiques du territoire

La Meuse est un département agricole peu peuplé. La tendance démographique est à la baisse depuis les années 1970. La densité de population est très faible (seulement 29,5 hab./km² en 2020, contre une moyenne nationale de 106,1 hab./km²) et le département perdrait environ 1000 à 1500 habitants chaque année. En 2020, la commune de Verdun comptait 16 877

habitants, en diminution de 8,24 % par rapport à 2014. Les jeunes actifs partent en raison du manque d'emplois.

Le projet d'établissement du GHT Cœur Grand-Est 2019-2023 indique que « *les indicateurs sur la fragilité sociale des territoires présentent des situations contrastées entre les départements de la région Grand-Est avec une situation défavorable sur une majorité d'indicateurs pour la Haute-Marne et la Meuse* ». En particulier, le nombre de personnes âgées est nettement plus élevé qu'au niveau national et le taux de prévalence des hospitalisations liées à des troubles mentaux est lui aussi supérieur à la moyenne nationale. Par ailleurs, le taux de personnes souffrant d'addiction est très important, le département de la Meuse est notamment touché par le trafic d'héroïne facilité par les frontières belges et allemandes toutes proches.

2.1.2 L'offre de psychiatrie

a) L'offre ambulatoire

Elle comprend deux centres médico-psychologiques (CMP) à Verdun et Montmédy qui peuvent procéder à des visites à domicile ; le délai d'attente pour voir un médecin est de trois mois environ. L'offre ambulatoire comprend également des places d'hôpitaux de jour à Verdun (sur le site de Saint-Nicolas disposant de 30 places) et Montmédy, un appartement thérapeutique à Verdun pour une capacité de quatre lits. L'absence de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est regrettée (le contrat de pôle prévoit la création d'un à Verdun) ainsi que l'absence d'une équipe mobile de crise ou de prévention de la précarité. Une équipe mobile de psychogériatrie existe et facilite les hospitalisations (cf. § 9.1). Enfin, une unité de réadaptation psycho-sociale (URPS) complète cette offre.

b) L'offre d'hospitalisation

Le service de psychiatrie du CH est composé de trois unités d'hospitalisation intersectorielles :

- L'unité Cézanne qui dispose d'une capacité de 16 places, de deux chambres d'isolement, de deux chambres dites « *sécurisées* » (assimilables au vu de leur aménagement à des chambres d'isolement ; cette unité accueille les patients en soins sans consentement ;
- L'unité Dali qui dispose d'une capacité de 18 places, de deux chambres d'isolement ; cette unité accueille les patients chroniques ;
- L'unité Picasso qui dispose d'une capacité de 18 places et de deux chambres d'isolement mais ces dernières ne sont jamais utilisées. Elle accueille exclusivement des patients en soins libres.

L'établissement dispose de 52 lits d'hospitalisation complète.

Le présent contrôle a porté sur les unités Cézanne et Dali ; l'unité Picasso n'accueillant que des patients en soins libres, les contrôleurs se sont simplement assurés qu'il n'y avait pas de restrictions de droits au sein de cette unité.

Le capacitaire a été réduit en 2012 et depuis le Covid l'activité décroît sans que les professionnels réussissent à en déterminer la raison, à l'exception de la baisse démographique du département.

2.1.3 Le projet d'établissement

Le GHT Cœur Grand-Est dispose d'un projet d'établissement 2019-2023 qui comprend un axe stratégique sur l'amélioration de la prise en charge sur la filière santé mentale et le projet médical partagé de la filière de psychiatrie. Les objectifs retenus sont les suivants : construire une

démarche exemplaire de partenariat avec les structures sociales et médico-sociales, structurer la filière et le réseau, proposer une offre de soins graduée et de proximité (et dans ce cadre améliorer la prise en charge des personnes âgées en Meuse), proposer des alternatives à l'hospitalisation complète (et notamment développer l'hospitalisation de jour), prévenir le risque suicidaire, diversifier l'offre de prise en charge pour les enfants et les adolescents.

Un contrat de pôle de psychiatrie de la Meuse 2022-2025 signé entre le président du GHT, le président de la commission médicale d'établissement et le chef de pôle du service de psychiatrie définit quant à lui des objectifs généraux dont certains ont trait à la dignité et au respect de l'intimité des patients, aux restrictions de liberté, et aux soins somatiques.

En revanche, le pôle de psychiatrie adulte ne dispose pas d'un projet médico-soignant propre, ni de projets spécifiques pour ses différentes unités de nature à définir un cadre de référence pour les professionnels (cf. recommandation § 8.1.1)

2.2 LES DOTATIONS BUDGETAIRES AFFECTEES A LA PSYCHIATRIE NE SONT PAS UTILISEES POUR AMELIORER LE RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX DES PATIENTS

En 2022, le budget total de l'établissement était de 185 millions d'euros. Les recettes ne sont pas encore consolidées et s'établissent provisoirement à 173 millions. Avant la pandémie de Covid, en 2019, le déficit annuel était de 2 millions d'euros.

Un plan de retour à l'équilibre (appelé dorénavant plan de performance) avait été signé en 2018 et prévoyait une adaptation du capacitaire et des réductions d'effectifs (mais pas en psychiatrie).

La dette s'élevait en 2021 à 27,5 millions d'euros et il n'y a pas d'emprunt toxique.

Un schéma directeur architectural est précisé dans le projet d'établissement du GHT pour un montant total de 33 millions d'euros. L'établissement a perçu 7 400 000 sur cette enveloppe. Les bâtiments de psychiatrie adulte sont récents mais ceux de la pédopsychiatrie sont vétustes et inadaptés (cf. § 9.2) et n'intègrent pas ce schéma architectural. Au moment du contrôle, l'établissement n'est pas en capacité de garantir que le financement du projet architectural ne va pas impacter les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement, avec un taux d'endettement soutenable.

RECOMMANDATION 1

Le schéma directeur immobilier doit intégrer la modernisation des locaux dévolus à l'exercice des soins de psychiatrie infantile.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Suite à votre réunion avec la DAF, en date du 12/01/2023, vous convenez de noter que les charges indirectes sont sous-évaluées. Une réévaluation des charges de structure basée sur le retraitement comptable {RTC} a été réalisée (Annexe 1). A ce jour, le résultat sur coûts complets représente 2 % des recettes. Une ligne budgétaire annuelle du PPI (Annexe 2) sera allouée à la pédopsychiatrie sur le PPI 2024 et les suivants. Ce PPI sera finalisé fin septembre et présenté aux instances d'octobre 2023 ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

L'établissement tient une comptabilité analytique par pôle. Concernant le pôle de psychiatrie et pour 2021, le budget indique des recettes globales de 17 400 000 euros, dont 15 000 000 euros de dotation annuelle de financement (DAF).

Les charges totales s'élèvent à 13 630 000 euros, dont 11 430 000 euros de charges directes et 2 200 000 euros de charges de logistique et structure. Parmi les charges directes, les charges de personnel s'élèvent à 9 700 000 euros et représentent 71,2 % des charges totales.

L'« excédent » dégagé est ainsi estimé à 3 770 000 euros pour 2021, même si les charges indirectes semblent minorées. Pour autant, l'importance de la sous-utilisation de la DAF au profit de la psychiatrie indique que celle-ci est utilisée aux fins de compensation du déficit de l'établissement, dans une proportion qui n'est pas celle du poids de la psychiatrie sur l'ensemble des soins exercés. Or de nombreuses recommandations du présent rapport n'ont pas été mises en œuvre faute de crédits (locaux indignes en pédopsychiatrie, canapés et mobiliers non remplacés dans l'unité de pédopsychiatrie, absence de machines à laver dans l'unité Dali, vieux véhicules, absence de verrous de confort, absence de transport organisé entre le CH et le service de psychiatrie, tisane du soir supprimée sans autres raisons avancées que le budget).

RECOMMANDATION 2

Les dotations annuelles de financement de la psychiatrie doivent totalement servir à assurer les soins de psychiatrie dans le respect des droits fondamentaux.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Suite à votre réunion avec la DAF, en date du 12/01/2023, vous convenez de noter que les charges indirectes sont sous-évaluées. Une réévaluation des charges de structure basée sur le retraitement comptable {RTC} a été réalisée (Annexe 1). A ce jour, le résultat sur coûts complets représente 2 % des recettes. Une ligne budgétaire annuelle du PPI (Annexe 2) sera allouée à la pédopsychiatrie sur le PPI 2024 et les suivants. Ce PPI sera finalisé fin septembre et présenté aux instances d'octobre 2023 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de la validation d'un nouveau plan global de financement validé par l'agence régionale de santé.

Chaque service peut disposer d'une enveloppe destinée à financer des activités et sorties, la somme globale était de 3 500 euros par an (cf. § 8.1.2). Il n'y a pas d'association porteuse de l'action et la gestion de l'argent est très compliquée avec la régie, voire dissuasive car les délais d'obtention de l'accord sont de plusieurs semaines ce qui empêche toute action rapidement organisée. Il est, à ce titre, nécessaire que le processus de validation des projets d'activités et que l'accès au budget dédié soit rendu plus souple et plus rapide car il empêche certaines actions de se faire.

Il n'y a pas de facturation des « chambres particulières » pour les patients en soins sans consentement (SSC).

2.3 LES MEDECINS SONT EN NOMBRE INSUFFISANT ET LES SOIGNANTS NE SONT PAS SUFFISAMMENT FORMES SUR LES DROITS DES PATIENTS ET L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

2.3.1 Les effectifs

S'agissant des équipes paramédicales, leur composition est véritablement pluridisciplinaire puisque l'établissement bénéficie, outre de cadres de santé, d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et d'aides-soignants (AS), de l'intervention d'une infirmière en pratique avancée (IPA) présente depuis juillet 2022 trois demi-journées par semaine, de psychologues (deux à l'unité Cézanne et deux aux unités Dali et Picasso), de psychomotriciens, d'art-thérapeutes et d'éducateurs.

Les équipes sont quasi-complètes. Seuls deux postes étaient vacants au jour du contrôle. Les remplacements sont bien assurés via l'application *Hublot* au sein de laquelle se portent volontaires les soignants de psychiatrie ou via un pool de remplacement, géré par la direction des soins et spécifique à la psychiatrie, composé de deux IDE et d'un AS ; quand ce pool n'est pas mobilisé, les soignants sont dans les unités. De plus, peu de vacances de postes sont constatées et l'établissement ne recourt pas aux intérimaires.

La régularité et stabilité des plannings est exemplaire grâce aux outils mis en place ce qui montre une organisation des soins soucieuse de la constance des effectifs. S'agissant de l'effectif cible, les soignants sont au nombre de trois le matin et l'après-midi (préférentiellement deux IDE et un AS à l'unité Cézanne) auxquels s'ajoute un soignant la journée ; la nuit, deux soignants (préférentiellement des IDE à l'unité Cézanne) interviennent, étant précisé qu'il n'y a pas d'équipe spécifique. L'analyse des plannings sur les trois derniers mois montre sur le mois de novembre 2022, une moyenne de trois agents (IDE et AS) présents par demi-journée auprès des patients, dans chacune des unités. Plus précisément, sur l'unité Cézanne, les soignants sont 55 jours sur 60 à trois, cinq demi-journées à 4 et neuf jours associés à un soignant la journée.

Au niveau médical, le service pâtit de deux postes vacants de médecins psychiatres alors qu'il devrait bénéficier de cinq médecins ; un seul praticien hospitalier (PH) certificateur est présent (les deux autres médecins sont des praticiens associés), cette situation ayant conduit à l'organisation de réunions de crise avec l'ARS depuis décembre 2022. Le manque d'effectif médical se traduit par un manque de médecins auprès des patients dans certains services (cf. § 8.1), un manque de seniorisation effective, les médecins sans plénitude étant laissés seuls dans les services et un manque de diffusion de la culture psychiatrique qui se fait mal entre seniors, soignants et médecins en formation. De plus, il n'y a pas de réunions médicales à l'échelle du pôle permettant un partage d'expérience entre médecins.

Les soins somatiques sont dispensés par deux médecins généralistes ; un poste à temps plein est actuellement vacant et un des deux médecins effectue l'intérim sur ce poste à raison de trois demi-journées par semaine ; l'autre médecin est présent deux demi-journées par semaine.

2.3.2 Le tutorat, la formation, et la supervision

Les nouveaux soignants ne bénéficient pas d'un véritable tutorat mais un accompagnement est mis en place (la personne est systématiquement doublée par exemple). Cependant, un tutorat doit être institutionnalisé prochainement (2023) afin de mieux accompagner les arrivants. Une formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste des nouveaux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école est proposée, sept l'ont suivi en 2022.

Concernant la formation continue en général, les soignants rencontrés n'ont pas exprimé le refus de formation demandée pour des problèmes d'effectifs, de coût ou d'organisation des services.

Cependant, seules des formations à la prévention des violences sont proposées à quelques agents chaque année (Omega). Aucune n'est organisée sur les droits des patients, l'isolement et la contention et leurs alternatives. En raison du système de rotation des personnels tous les trois ans entre les unités, les soignants récemment affectés aux unités accueillant des patients en soins sans consentement ont soulevé le manque de formation à leur arrivée sur le cadre juridique et la procédure relatifs à ce mode d'hospitalisation.

Aucune supervision n'existe actuellement au sein du service de psychiatrie adulte mais un projet vise à la remettre en place.

RECOMMANDATION 3

Les médecins et soignants de psychiatrie doivent suivre des formations relatives aux droits des patients et à l'isolement et la contention. Une supervision visant à permettre aux professionnels d'échanger sur leurs pratiques professionnelles doit être remise en place.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *La crise sanitaire est venue interrompre les supervisions. Après trois années de mode adapté, des supervisions sont programmées sur les années 2023 et 2024 avec la société "Le village systémique" (pour les services UHA, CMP enfant et adolescent, Thérapies Familiales, HDJ, Psychiatrie Adulte) (Annexe 3). La programmation de supervisions pour les années à venir fait l'objet d'une attention particulière. Dans le cadre du projet médico-soignant partagé de psychiatrie Haute-Marne Meuse, un axe développement/maintien des compétences et un axe analyse des pratiques ont été définis (Annexe 4 et 5). Une formation intitulée « Isolement, contention en psychiatrie impact de la nouvelle loi » est prévue sur l'ensemble du GHT du 21 au 22/09/2023 (Annexe 6) ».*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et considèrent la recommandation prise en compte à l'exception de celle portant sur les formations relatives aux droits des patients (en particulier ceux hospitalisés sans leur consentement) qui n'est pas mentionnée dans les documents transmis.

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT EFFECTIVEMENT TRAITES MAIS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES OU RAPPORTANT DES VIOLENCES N'EST PAS PROTOCOLISEE

2.4.1 Evénements indésirables et faits de violences

Les événements indésirables (EI) en psychiatrie peuvent être signalés par tout professionnel via le logiciel informatique dédié (BlueKanGo). La dernière note relative au signalement et traitement des EI a été diffusée à cet effet en juillet 2021. Une charte incitative a été mise à jour et diffusée cette même année. Un affichage, présent dans l'entrée principale du bâtiment, invite à d'éventuelles déclarations directes à l'ARS (avec QR code et lien vers le site signalement-sante.gouv.fr). Une affiche similaire se trouve en pédopsychiatrie, où une autre encore vise le numéro 119 (enfance en danger).

L'anonymat du déclarant est, par défaut, retenue au niveau de la direction de la qualité qui veille au suivi des événements déclarés, en lien avec les professionnels responsables (cadres, médecins, administratifs). Plusieurs soignants, y compris en psychiatrie adulte, n'avaient toutefois pas conscience de cette protection éventuelle. Les déclarants reçoivent en principe une notification par mail dès que des suites à leur EI sont renseignées.

Depuis 2019, 523 EI ont été déclarés sur l'ensemble de la psychiatrie. Sur les six derniers mois (11 juillet 2022-11 janvier 2023), 25 EI ont été déclarés relativement à des situations dans les unités dites « fermées » (Dali/Cézanne) ; une dans l'unité ouverte (Picasso) ; et un pour des faits s'étant produits au niveau des espaces communs du bâtiment. Uniquement cinq ont été déclarés en pédopsychiatrie, où plusieurs interlocuteurs des contrôleurs ont pu faire état d'une résistance à ce que puissent être déclarés des événements, démarche pourtant propre à permettre aussi des regards extérieurs sur le fonctionnement des services.

Les agressions physiques ou verbales représentaient 27 % des EI déclarés sur la période 2019-2023. Ces violences ont été moins fréquentes dans la période plus récente (pas d'interruptions

temporaires de travail ou arrêts de travail signalés, ni d'article 40 CPP). Les équipes soignantes disposent de PTI (protection travailleur isolé), et les renforts sont possibles en cas de crise ou d'incident. Elles n'expriment pas de sentiment général d'insécurité, sauf en lien avec la prise en charge de personnes détenues. Ce sentiment n'est pas non plus éprouvé par la majorité des patients entendus par les contrôleurs. Les violences verbales sont plus fréquentes, notamment au sein de l'unité Dali et ne sont pas nécessairement tracées de manière exhaustive. Les services de psychiatrie ont connu quatre décès en 2022, mais aucun ne relève d'un suicide ou ne fait suite à un EI associé aux soins (EIAS) ; ils sont liés à l'âge des patients. Certains EI enfin concernent des erreurs au niveau de la pharmacie et ont donné lieu à des ajustements. D'autres relèvent en fait des difficultés persistantes au niveau des équipements et de leur maintenance (ex. lave-vaisselle à Dali).

L'extraction des EI et les entretiens menés suggèrent que les EI sont effectivement suivis et traités. Des relances hebdomadaires auprès des professionnels responsables sont opérées au besoin par la direction de la qualité. Des reprises en équipe ou des comités de retour d'expérience (CREX) peuvent être organisés. Un CREX a ainsi été animé par la cadre supérieure de santé (formée à la méthode Orion) en août 2022, à la suite d'une tentative de suicide au sein de l'unité Cézanne. Médecin, équipe soignante, infirmier de pratique avancée (IPA) et direction de la qualité ont été associés. Les entorses aux règles de vie donnent généralement lieu à des entretiens avec soignants, soit avec le cadre, ou même le médecin, et non à des mesures de nature punitive, restrictive des libertés. Une culture de relative tolérance à l'expression des symptômes, même perturbateurs, et de désamorçage/désescalade des situations est défendue par médecins et cadres.

Les EI sont régulièrement présentés à la commission des usagers (CDU) et celle-ci est tenue informée des mesures correctives mises en place. En complément des transmissions à l'ARS, l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) est également destinataire d'informations sur les événements les plus significatifs (ex. violences physiques).

RECOMMANDATION 4

Un rappel de la responsabilité partagée de déclarer les événements indésirables et de l'anonymat pouvant être préservé dans ce cadre, doit être effectué, notamment en pédopsychiatrie.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Les évènements indésirables sont abordés au quotidien avec les professionnels, des outils ludiques de communication sont diffusés dans chaque unité. Des rappels sont ponctuellement réalisés lors de réunions de service (Annexe 7)* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation pour la pédopsychiatrie car ce service n'était pas représenté lors de la réunion du 24 mars 2023 qui a notamment abordé ces sujets, aucun autre élément n'ayant été par ailleurs transmis aux contrôleurs.

2.4.2 Prévention et plaintes

Une partie des soignants a bénéficié d'une formation à la gestion et à la prévention des situations de violence (OMEGA). L'installation de verrous de confort dans deux chambres individuelles de l'unité Dali a contribué à sécuriser les patients concernés, mais leur généralisation reste attendue (cf. recommandation § 4.3). Aucune réunion ou action spécifique n'a été rapportée s'agissant de

la prévention des violences interpersonnelles. Les réunions soignants-soignés n'ont plus cours depuis le début de la pandémie de Covid-19. L'établissement participe au dispositif Vigilans¹ depuis 2021.

Patients et membres de la famille peuvent être orientés ou accompagnés vers les services de police. Un cas a pu être recensé suite à une agression entre deux patients, dans les espaces communs en août 2022, avec un accompagnement au commissariat de Verdun. Toutefois, si des lignes directrices ont été élaborées pour l'accompagnement, effectif en pratique, des agents victimes de violence à l'hôpital notamment (note sur les dépôts de plainte/main courante de juillet 2021) ainsi que pour la prise en charge des personnels victimes de situation de crise (note de septembre 2022), aucun pendant n'existe à ce jour pour des situations visant des patients. Aucune information particulière (ex. livret d'accueil ou affichage) n'informe de leur droits les patients victimes, témoins ou déclarant des violences, ni n'éclaire pour les personnels la conduite exacte à tenir (ex. mesures de protection conservatoire à mettre en œuvre dans l'unité). Or, selon l'analyse fournie des EI, sur la période 2019-2023, 41 % des victimes identifiées dans les situations rapportées étaient des patients.

RECOMMANDATION 5

Les modalités d'assistance, d'accompagnement et d'information sur leurs droits des patients déclarant des violences, en tant que victimes ou témoins, doivent être définies et protocolisées, au même titre qu'elles le sont pour les professionnels.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Depuis la visite du CGLP, la formalisation d'un protocole définissant la conduite à tenir en cas de patient victime/auteur de violence est effective. L'information et la diffusion de ce protocole sont connues des professionnels et des patients. (Annexe 8) ».

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE S'INSCRIT DANS UNE NOUVELLE DYNAMIQUE INCLUANT LA PSYCHIATRIE

Après un essoufflement suivi de la crise sanitaire, le comité d'éthique a trouvé un nouvel élan en juillet 2022 avec l'installation d'une structure renouvelée sous l'acronyme BED (Bientraitance Ethique Droits des patients) se réunissant tous les trois mois. Né de la fusion des comités éthique et bientraitance préexistants, et guidé par la volonté d'intégrer la thématique des droits des patients, le nouveau comité a impulsé de nouveaux espaces de réflexion. Six groupes de travail, ouverts à l'ensemble des professionnels du CH, ont été retenus dont l'un sur le respect de la dignité (intégrant le champ de la santé mentale) sous le pilotage de la directrice de la relation aux usagers et l'un plus spécifiquement consacré à la privation de liberté, proposé par l'un des psychiatres attaché associé de l'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA). En revanche, aucune réflexion sur la vie sexuelle n'est prévue (cf. recommandation § 5.6). Le groupe, en cours de constitution, qui a vocation à être animé par ce dernier intègre déjà différents corps professionnels du pôle (cadre de santé, service social) ce qui témoigne de son intérêt et du besoin ressenti.

¹ Ce dispositif consiste en un système de recontact et d'alerte en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle.

En décembre 2022, une information à l'ensemble du personnel a été diffusée par le biais du portail BlueKanGo sur les objectifs du nouveau comité et la possibilité de le saisir par mail de tout questionnement. Toutefois, la connaissance du comité et des travaux en cours apparaît encore insuffisamment partagée au sein du pôle de psychiatrie. L'organisation de réunions spécifiques d'information, telle qu'envisagé par le bureau du comité sur le site de Saint-Nicolas, s'avère ainsi nécessaire sur l'ensemble des sites, psychiatrie adulte et infanto-juvénile compris.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ACCUEIL DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE AUX URGENCES SOUFFRE DU MANQUE DE TRANSPORTS INTRA-HOSPITALIERS

3.1.1 La prise en charge aux urgences du CH

Les patients, demeurant sur le territoire du secteur Nord-Meuse et en situation de crise, sont pris en charge aux urgences du CH. Il n'existe pas de dispositif ambulatoire de prise en charge des crises de type équipe mobile.

Le service des urgences est récent, entretenu et comporte neuf boxes individuels et six lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). On y recense en moyenne 80 passages par jour toutes pathologies confondues.

Les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement sont amenés, rarement après un premier certificat établi par un médecin généraliste, par les sapeurs-pompiers, les forces de l'ordre ou une ambulance privée. Le patient agité entre par un sas à l'abri des regards et est directement examiné par l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) et le médecin urgentiste dans une salle fermée ; si la personne est agitée ou contentionnée, elle est toujours placée dans un box individuel, préférentiellement celui à proximité de la salle des soignants. Il n'y a pas d'espace d'apaisement au sein des urgences.

L'urgentiste établit les certificats initiaux en vue d'une hospitalisation sur décision du directeur ou du représentant de l'Etat. Il n'y a que rarement un deuxième certificat, les psychiatres appartenant au même établissement. Il n'y a pas de dispositif de médecine générale de garde type SOS médecin.

Au sein du services des urgences, un IDE de psychiatrie, parfois deux (2,5 ETP), assure une première prise en charge des patients orientés par les urgentistes de 9h00 à 17h00 ; un temps de psychologue y est également disponible. Ces agents sont rattachés au pôle de psychiatrie. La nuit, un psychiatre est de garde sur place et assure à la fois les urgences et les services hospitaliers des différents sites.

L'accès au psychiatre est ainsi rapide la nuit de même que l'accès aux IDE en journée, mais ceux-ci peinent parfois à contacter un psychiatre car aucune astreinte n'est organisée, ce qui serait pourtant souhaitable pour fluidifier les hospitalisations, et les psychiatres sont déjà occupés en intra comme en extrahospitalier. Les IDE de psychiatrie des urgences assurent également la psychiatrie de liaison dans les services de médecine.

1 345 personnes ont été prises en charge aux urgences en 2022 par la psychiatrie, 924 par les IDE la journée et 421 la nuit par les psychiatres.



Entrée des urgences en ambulance



Local de l'infirmier d'accueil et d'orientation

Les mineurs de moins de 18 ans sont pris en charge dans le même service d'urgences, dans un box qui leur est réservé. L'IDE de psychiatrie adulte les examine et fait le lien avec l'IDE de la liaison pédopsychiatrique, qui transmet les informations au pédopsychiatre.

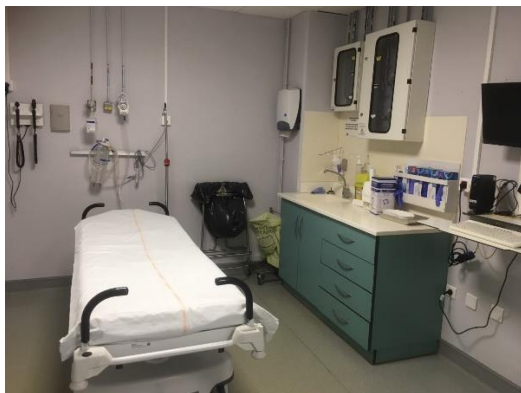
Au sein du service des urgences, un bureau est à la disposition des deux IDE et du psychiatre ; les observations des soignants sont renseignées sur le logiciel HM (hôpital manager) du CH.

Les contentions sont décidées par l'urgentiste et tracées sur le dossier médical de chaque patient concerné, mais sans horodatage. Aucun registre ne permet de connaître cette pratique. Aucun patient n'est contenu au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 6

Les contentions utilisées aux urgences pour les patients relevant de la psychiatrie doivent faire l'objet d'une traçabilité au sein du registre d'isolement et de contention.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Lors de la visite du CGLPL, l'appropriation du DPI HM n'était pas totale pour l'ensemble des praticiens et paramédicaux. Pour autant, il existe dans le logiciel dossier patient informatisé HM (Hôpital Manager) un volet "registre isolement et contention". Lors de la prescription médicale, le registre est alimenté automatiquement. Il permet d'assurer une traçabilité des isolements et de la contention (Annexe 9) ».



Box adulte



Box pédiatrique

Concernant la filière de psychiatrie, les patients en soins sans consentement ne restent que quelques heures dans le service avant d'être transférés au site de Desandrouins. Ils patientent cependant parfois jusque cinq heures du fait de l'absence d'ambulance disponible.

RECOMMANDATION 7

La configuration du centre hospitalier sur plusieurs sites doit être couplée d'une organisation des transports intra hospitaliers permettant notamment d'éviter des attentes sur brancards trop longues pour les patients avant leur hospitalisation.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Le décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde est venu contraindre les transports intra-hospitaliers sur l'établissement dit multi sites. En effet, les vecteurs disponibles sur le territoire et l'arrêt de l'obligation de garde par les sociétés accentuent la problématique de disponibilité des transports sanitaires majorant les délais d'intervention. La mise à disposition de transports internes (véhicule de service, minibus) par l'établissement reste des moyens insuffisants pour les transports allongés* ».

3.1.1 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitant ou les psychiatres des structures ambulatoires ou encore venir des urgences.

A leur arrivée dans le service, ils sont accueillis par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité ; les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier, dès l'admission.

Les patients bénéficient systématiquement d'un examen par un somaticien pour toutes les admissions.

3.2 LA PART DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, DE 24 %, EST EN BAISSÉ ET SE SITUE DANS LA MOYENNE NATIONALE

3.2.1 L'activité générale

Selon les données communiquées, la file active des patients hospitalisés était de 387 en 2021 et de 418 en 2022. La durée moyenne d'hospitalisation est de 23 jours en 2021, en légère baisse depuis 2019.

Le nombre de patients hospitalisés a augmenté entre 2021 et 2022 passant de 454 à 502.

3.2.2 L'activité relative aux soins sans consentement

En 2022, sur les 502 patients hospitalisés, 121 le sont en SSC, soit 24 %. Cette proportion est en diminution depuis l'année dernière (elle était de 26 % en 2021) et reste dans la moyenne nationale de l'ordre de 25 %.

Dans le total des patients hospitalisés en SSC, la grande majorité l'est sur décision du directeur d'établissement (SPDDE), 84,3 % en 2022, en diminution depuis 1 ans (87,3 % en 2021). Sur cette même période, la part des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) augmente (elle est de 15,7 % en 2022 contre 12,7 % en 2021).

L'analyse des données fait également apparaître que, parmi les patients en SPDDE, la majorité l'est à la demande d'un tiers. La part des patients en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) est faible mais elle augmente depuis un an.

3.2.3 L'occupation des lits d'hospitalisation

Les données communiquées font état en 2022 d'un taux d'occupation de 70,5 %, en baisse de 4 % en un an. Plus précisément, en 2022, le taux d'occupation de l'unité Dali était de 76,9 %, celui de l'unité Picasso de 85,1 %, celui de l'unité Cézanne de 49,6 %.

Les unités ont confirmé ne pas être confrontées à des problèmes de suroccupation.

3.3 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DES PATIENTS EST ORGANISEE MAIS INCOMPLETE

3.3.1 L'information générale

Un livret d'accueil spécifique à chaque unité est remis au patient à son arrivée. Toutefois, s'agissant de l'unité Dali, le livret actualisé depuis plusieurs mois n'est pas encore remis. Ces livrets d'accueil donnent une information générale sur le CH de Verdun, le cadre juridique des soins sans consentement, les formalités administratives d'accueil dont la désignation de la personne de confiance, les règles de vie au sein de l'unité, l'organisation d'une journée type, les formalités de sortie, ainsi que le contact des différents acteurs et organismes que le patient pourrait être amené à contacter durant son hospitalisation.

A cet égard, si le format adopté par ces livrets d'accueil permet une lecture aisée de l'information par le patient, il doit cependant être relevé que la simple communication de l'adresse postale du préfet, du procureur de la République, du président du tribunal judiciaire (et non du tribunal de grande instance comme mentionné dans le livret), de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ou encore du juge des libertés et de la détention (JLD), ne permet pas au patient de véritablement comprendre le rôle de chacun de ces acteurs dans le cadre de son hospitalisation. En outre, il apparaît que l'adresse postale du CGLPL n'est plus à jour et que le Défenseur des droits n'est pas mentionné (cf. § 5.3.1).

S'il est mentionné que le patient peut pratiquer son culte au sein du CH de Verdun, le livret ne donne en revanche aucune information sur les activités religieuses disponibles au sein de l'établissement, ni le contact d'aucun aumônier. A noter que dans le hall d'entrée du service de psychiatrie, c'est-à-dire à l'extérieur des unités, une affiche donne le numéro de portable uniquement de l'aumônier catholique (cf. recommandation § 5.5). De manière similaire, l'information relative au droit de vote comporte des mentions inexactes et incomplètes (cf. recommandation § 5.4). De plus, le droit à la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas abordé (cf. recommandation § 5.3.4).

Au sein de chaque unité sont affichées la charte du patient hospitalisé et de l'utilisateur en santé mentale, la charte de bienveillance, une information sur la représentation des usagers, les coordonnées du JLD, des informations sur la personne de confiance mais également sur les directives anticipées. Toutefois, aucune information n'est donnée sur l'accès à un avocat et aucune liste de contacts des avocats du barreau de la Meuse n'est affichée.

S'agissant de l'information orale, à la suite des entretiens menés, il est apparu qu'un véritable effort de communication de l'information est fait par les équipes soignantes et non soignantes auprès des patients tout au long de leur hospitalisation.

3.3.2 L'information spécifique relative au suivi de l'hospitalisation

A tous les stades de l'hospitalisation, une information écrite est remise au patient. Les décisions du directeur comme les ordonnances du JLD sont remises de manière systématique au patient (y compris le week-end et les jours fériés). De la même manière, un document permettant de recueillir la confirmation de la notification des informations et droits par le patient, ainsi que ses éventuelles observations est systématiquement remis au patient pour signature. Une copie du document est ensuite classée dans le dossier physique du patient. Les certificats médicaux ne sont toutefois pas remis au patient, mais simplement conservés dans leur dossier médical.

Si les équipes soignantes prennent le temps d'expliquer la nature et le contenu de chaque information écrite remise, certains soignants ont évoqué ne pas toujours se sentir en capacité d'expliquer les ordonnances du JLD (cf. recommandation § 7.3.3.).

RECOMMANDATION 8

A l'instar des autres unités, le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient au sein de l'unité Dali.

L'information relative aux acteurs, organismes et institutions utiles au patient hospitalisé en soins sans consentement doit être complétée et mise à jour et une copie des certificats médicaux doit être remise aux patients.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Le livret d'accueil établissement est remis systématiquement au patient des trois secteurs de la psychiatrie adulte. Une liste des référents des différents cultes est mise à disposition des patients (Annexe 10). Une réflexion est en cours pour l'organisation de la venue des représentants des différents cultes. L'accès à un avocat et à une liste de contacts des avocats du barreau de la Meuse sont affichés dans le hall de Désandrouins (Annexe 10) ».*

S'agissant de la remise du livret d'accueil au sein de l'unité Dali, les contrôleurs prennent acte de l'engagement du CH et considèrent la recommandation prise en compte sur cet aspect.

Les contrôleurs maintiennent la seconde partie de la recommandation à l'exception de l'information sur les avocats (le CH ayant établi une liste des avocats de la Meuse), du droit de vote (un protocole ayant été élaboré) et de l'information sur les aumôniers (une liste ayant été établie). Aussi, il convient qu'une information soit apportée aux patients sur les rôles des différents acteurs (préfet, président et procureur de la république du TJ, CDSP, JLD), les modalités d'exercice des différents cultes proposés, sur le droit à la confidentialité de l'hospitalisation et que les adresses postales exactes du DDD et du CGLPL soient mentionnées. Enfin, une copie des certificats médicaux doit être remise aux patients.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX SONT MODERNES, BIEN AGENCES ET AMENAGES A L'EXCEPTION DES PATIOS DES UNITES

De conception récente (2009), le service s'organise autour d'un atrium végétalisé reliant les différentes unités. Deux sont situées en rez-de-jardin : Dali, unité fermée de « *moyen et long séjour* » ; Picasso, unité d'hospitalisation libre. La troisième – Cézanne, unité fermée dite de soins sans consentement – est en rez-de-jardin, non loin du bureau des admissions. Le rez-de-chaussée accueille également le secrétariat, le bureau de la cadre supérieure, celui des deux psychologues, une équipe mobile de psychogériatrie, l'assistante de service social ainsi qu'une salle polyvalente utilisée par le personnel. Un escalier et un ascenseur vitré, accessible PMR, relie les deux niveaux.



Atrium conçu comme un jardin intérieur



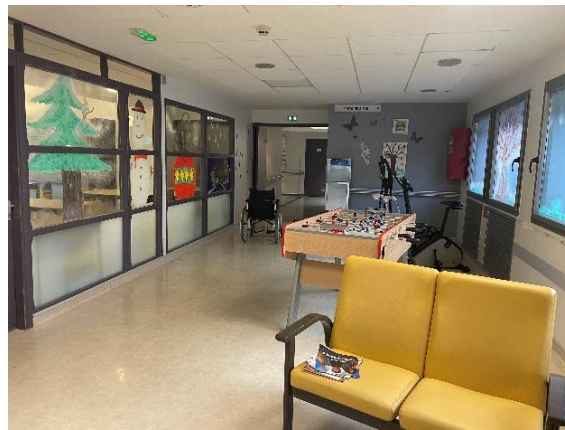
Le rez-de-jardin distribue aussi la cafétéria et l'unité de réadaptation psychosociale (URPS). Un billard américain est installé à proximité de la cafétéria, ainsi qu'un espace de présentation des œuvres d'un patient présent de longue date (des constructions en allumettes de bois représentant le Taj Mahal et la tour Eiffel).

L'ensemble est bien agencé, lumineux, donnant sur de larges baies vitrées ouvrant sur le vert extérieur. Malheureusement, le lieu n'a pas été conçu avec une ouverture sur la pelouse. Hors autorisation de sortie, les patients ne peuvent en profiter. Les seuls espaces avec accès à l'air libre sont les petits patios des unités.

4.1.1 La configuration des unités

Dali et Cézanne – les deux unités fermées – relèvent d’une configuration similaire : une architecture en carré articulée autour d’un patio central. L’agencement des pièces varie d’une unité à l’autre ; toutefois, le schéma de répartition est le même : un espace « nuit » réunissant les chambres et un espace « jour » regroupant poste de soin, bureau infirmier, bureau médical, salles d’activité, salle à manger, etc. A l’entrée de chaque unité, un salon visiteur a été intégré (cf. § 5.3.2).

Les couloirs sont colorés côté « nuit » et décorés côté « jour », plus particulièrement à Dali. Un babyfoot est installé dans les deux unités et des agrès disponibles.

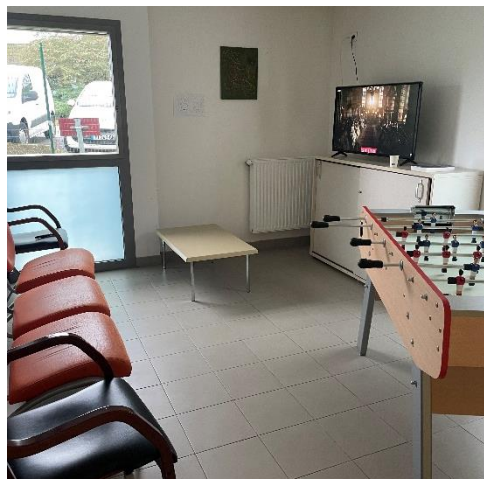


Couloirs de l’unité Dali

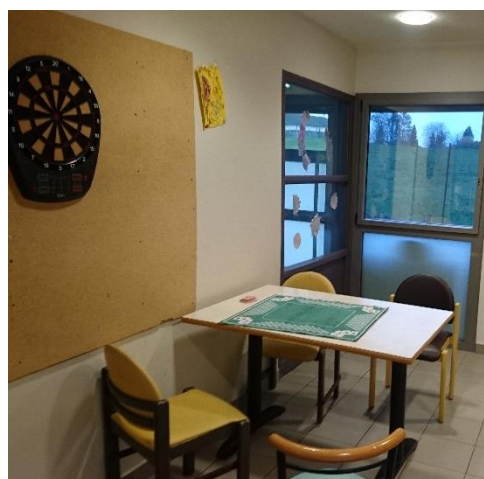
Chaque unité dispose de deux espaces de télévision – un salon proprement dit et un téléviseur installé dans un espace annexe – et de deux salles d’activités avec divers jeux (Uno, cartes, etc.)



Salons TV : Dali à gauche ; Cézanne à droite



Téléviseur annexe (Cézanne)



Salle d'activités (Dali)

Les locaux sont fonctionnels, bien entretenus, comme le mobilier. En revanche, les patios sont peu équipés, notamment à Cézanne. Des actions devraient être conduites pour rendre l'espace plus agréable et accueillant – d'autant qu'il s'agit pour beaucoup du seul accès à l'air libre au quotidien. Si à Dali, une table et des jardinières ont été installées, le patio de Cézanne est dépourvu d'équipement, à l'exception de deux bancs en métal. La possibilité de s'abriter est réduite. Le peu d'attention portée à l'agencement dénote avec l'atrium central, particulièrement soigné.



Patio de Cézanne



Patio de Dali

RECOMMANDATION 9

Les patios doivent être agencés et équipés au profit des patients.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Les patios sont utilisés essentiellement pour fumer. L'accès à la végétation est dans une zone contiguë où d'autres aménagements sont réalisés. Exemple : jardin zen et potager Dali (Annexe 11)* ».

4.1.2 Les chambres des patients

L'hébergement est majoritairement individuel. Chaque unité fermée comprend deux chambres double ; toutefois, elles ne sont jamais utilisées comme telles depuis la crise sanitaire. A Cézanne,

personne n'y est affecté. A Dali, une patiente en occupe une mais à titre individuel. Chacune est équipée d'un paravent pouvant être déployé pour séparer visuellement les deux lits.



Chambre double (Cézanne)



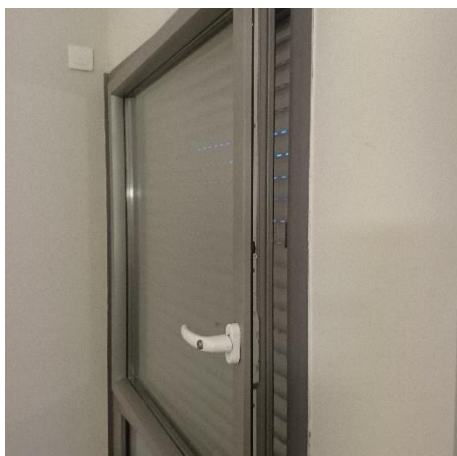
Chambre double (Dali)

Chambre simple (Cézanne)

Le mobilier des chambres simples ne diffère qu'en nombre : un grand placard avec cintres (contre deux en double), une tablette murale avec chaise, une commode de chevet, une poubelle en plastique, etc. En revanche, toutes ne sont pas équipées d'horloge.

La décoration est neutre ; toutefois, les patients peuvent l'investir, ce qui est le cas essentiellement à Dali (dessins, affiches sur les murs).

La luminosité des chambres est correcte. Certaines ont vue sur la pelouse extérieure. Cependant, la plupart des fenêtres ne s'ouvrent pas, si ce n'est pour autoriser un léger entrebâillement. Certaines sont même verrouillées – sans aération possible, hors déblocage d'un soignant. Par ailleurs, les chambres sont dépourvues de verrou de confort permettant l'intimité et la sécurité et d'un dispositif d'appel des soignants.



Entrebaillement maximal de nombreuses fenêtres

RECOMMANDATION 10

Toute chambre hôtelière doit disposer d'un verrou de confort, d'un dispositif d'appel des soignants et de fenêtres pouvant s'ouvrir.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Des verrous de confort permettant le respect de l'intimité du patient sont installés dans 5 chambres à Dali (occupées par des femmes). 60 verrous ont été reçus (Annexe 12) pour équiper le restant des chambres dans toutes les unités (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie). La finalisation des travaux est prévue le 21/07/2023. Au PPI 2023 section "équipements généraux", est prévu l'achat d'appels malade (Annexe 2) ».

4.2 L'ENTRETIEN DES LOCAUX EST IRREPROCHABLE MAIS LES PATIENTS MANQUENT DE CERTAINS EQUIPEMENTS ESSENTIELS

4.2.1 L'hygiène des locaux

L'entretien général des locaux est externalisé pour les chambres, les sols des parties communes, des bureaux, de la salle à manger et des couloirs. Les agents ont en charge la désinfection et la décontamination de toutes les surfaces selon un protocole. Les agents du prestataire extérieur passent tous les jours. L'hygiène est irréprochable.

4.2.2 L'hygiène personnelle

Chaque unité dispose d'une salle de bain commune, disponible à la demande et dans les couloirs, de toilettes – séparées homme et femme – accessibles PMR (personne à mobilité réduite).



Salle de bain commune (unité Cézanne)

Chaque chambre comprend, par ailleurs, un espace sanitaire attenant pouvant être fermé de l'intérieur, composé d'une douche totem à bouton poussoir avec barre d'appui, d'une vasque surplombée d'un miroir (doublée dans les chambres de deux) et de WC suspendus ; cependant, ceux-ci sont dépourvus de lunettes et d'abattant alors qu'il devrait s'agir d'un confort minimal.

En outre, les blocs sanitaires ne contiennent pas de patères permettant d'éviter d'entreposer ses vêtements au sol.



Bloc sanitaire en chambre double



WC suspendus



Bloc sanitaire individuel

Il n'a pas été fait état de problème d'alimentation en eau chaude, si ce n'est concernant une patiente privée d'eau chaude depuis quelques temps, et contrainte d'emprunter la douche d'une chambre voisine, la réparation tardant.

Les effets de literie sont changés deux fois par semaine et autant que nécessaire.

Les rasoirs, coupe-ongles et aérosols stockés par les soignants au titre de leur dangerosité sont remis pour la toilette. Les patients sont invités à se doter de leur propre nécessaire ; toutefois, des produits sont à disposition si besoin (savon, shampoing, mousse à raser, brosse à dents, dentifrice, protections périodiques, mousse à raser, etc.). Même principe concernant le linge de toilette : les patients sont appelés à se munir du leur mais des serviettes de dépannage sont disponibles s'il y a lieu. En revanche, aucun vestiaire de secours n'est organisé. La recherche d'effets passe pour les plus démunis par l'intermédiaire de l'assistante de service social et la mise

en relation avec des associations d'insertion ; là où un vestiaire de secours permettrait de gagner en réactivité.

Par ailleurs, le site ne propose aucun service de buanderie adapté aux ressources des patients. L'hôpital a acquis une machine à laver et un sèche-linge pour l'unité Cézanne et plus curieusement un sèche-linge uniquement pour Dali. Cependant, les patients ne peuvent y accéder librement, ni à prix coûtant. L'usage est réservé aux situations d'urgence, autrement dit quand une personne n'a pas de proche en mesure de se charger du linge, ni de ressources. A défaut, les patients sont orientés vers une entreprise de buanderie qui facture aussi la collecte et la livraison. Or, la prestation représente un coût exorbitant pour beaucoup – ce dont certains sous tutelle n'ont pas conscience. Par exemple, un patient dépense à ce titre 135 euros par mois pour une allocation aux adultes handicapés (AAH) mensuelle de 287 euros, soit près de la moitié de ses ressources.

RECOMMANDATION 11

Les espaces sanitaires des chambres doivent être dotés de l'équipement standard hôtelier : WC avec lunette et abattant, patères pour les vêtements.

Un service de buanderie adapté aux ressources des patients doit être proposé, le cas échéant, un usage de machines à laver à prix coûtant.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Pour éviter de poser les vêtements au sol, des patères "anti-suicides" ont été commandés (Annexe 13) et sont en cours d'installation. Une machine à laver est disponible sur le site Désandrouins. La participation financière demandée au patient relève d'une mise à disposition de lessive et fait l'objet d'une activité d'insertion sociale. L'accès à "bulle de linge", entreprise de buanderie, pour les patients sous-tutelles fait l'objet d'une validation par ces derniers avant toutes propositions aux patients ».

4.3 LA PROTECTION DES BIENS DES PATIENTS EST INSUFFISAMMENT GARANTIE

Un inventaire des effets des patients est dressé à leur admission en unité. Il est réalisé en leur présence par deux soignants. Les effets sont consignés sur papier, signé par le patient, puis informatisé et inséré au dossier. La version papier – dont une copie est remise au patient – est transmise au secrétariat. L'actualisation est toutefois plus aléatoire tandis que « l'établissement décline toute responsabilité concernant les affaires personnelles non inventoriées » (livret d'accueil de l'unité Dali). Au regard de l'enjeu, l'attention à la réalisation de l'inventaire, autant que nécessaire, devrait être sans faille.

Les briquets et chargeurs de téléphone sont, par principe, considérés comme objets dangereux et retirés, là où une individualisation est attendue. Les chargeurs, conservés au poste de soin, ne peuvent dès lors être utilisés que par l'intermédiaire des soignants. Des briquets électriques sont, en revanche, directement accessibles dans les patios.

Les clés, pièces d'identité, cartes Vitale et autres documents en possession des patients ne sont pas consignés. Il n'y a pas d'interdiction de garder des moyens de paiement, ni de plafond des espèces détenues. Cependant, si la somme est importante, les patients sont invités à la déposer en tout ou partie à la trésorerie municipale, située en centre-ville. Dans ce cas, le montant est à nouveau inventorié au bureau des entrées et confié au vagemestre pour transport, et, le cas échéant, stocké en amont dans un coffre. Les moyens de paiement peuvent aussi être déposés à

la trésorerie ; ce qui implique d'anticiper les usages. En pratique, les patients conservent peu d'espèces avec eux. Quelques-uns qui ont des difficultés de gestion de l'argent – principalement à l'unité Dali – disposent d'une carte prépayée, alimentée par les mandataires, pour leurs achats à la cafétéria de l'établissement.

En unités, la protection des biens est insuffisamment garantie. Les patients n'ont pas la possibilité de mettre tous leurs effets en sécurité. Les chambres ne sont, sauf exception², pas dotées de verrou de confort (cf. recommandation § 4.1.2) permettant d'éviter des intrusions et les placards ne disposent pas de serrure, sauf le tiroir de la table de chevet.

RECOMMANDATION 12

Chaque patient doit disposer, en chambre, d'un placard pouvant être verrouillé.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Une réflexion est menée pour étudier la possibilité de sécuriser les placards à l'instar de la sécurisation du tiroir de la table de chevet. Toutefois, des verrous de confort sont installés pour chaque chambre ».

Un équivalent temps plein (ETP) d'assistant de service social (ASS) est affecté sur les unités d'hospitalisation adultes et infanto-juvénile pour l'aide à la construction de projets de sortie et, avant tout, l'accompagnement de patients dans leurs démarches administratives, dont la recherche de solutions aux premières urgences en cas de situation sociale dégradée voire de rupture de droit : accès à une couverture médicale (sécurité sociale, complémentaire santé solidaire (C2S), mutuelle), aux droits sociaux (revenu de solidarité active (RSA), AAH, etc.), le cas échéant déclenchement de mesure de protection juridique.

Bien qu'un système de relais soit mis en place avec l'éducatrice du centre médico-psychologique (CMP) en cas d'absence de l'ASS, l'effectif apparaît insuffisant au regard de l'activité en augmentation constante dans un contexte qui se complique. Par exemple, il a été indiqué qu'il n'est plus possible de faire progresser un dossier de C2S, sans avis d'imposition mais production de justificatifs provenant de la caisse d'allocations familiales (CAF). Plus généralement, la centralisation des opérations par le biais de la plate-forme FranceConnect, associée à la perte d'interlocuteurs identifiés, complexifie sensiblement les démarches et rallonge les délais de traitement au détriment des plus en difficultés. En revanche, pour les mesures de protection juridique, il a été fait part d'une réactivité des autorités judiciaires dans la désignation de tuteur ou curateur ; le délai maximum se situe autour de six mois. La moyenne étant de quatre mois.

Onze patients sur dix-huit en unités fermées se trouvent sous mesure de protection juridique : trois à Cézanne, huit à Dali. Deux associations tutélaires – l'union départementale des associations familiales (UDAF) et l'association tutélaire de la Meuse (ATM) – se partagent la quasi-totalité des mesures de protection des patients. Un service des tutelles est présent sur le site de Désandrouins ; toutefois, il ne gère qu'une mesure au sein du service, son activité étant principalement tournée vers l'hôpital de jour et les EHPAD.

Les relations avec les mandataires sont décrites comme difficiles, particulièrement les premiers temps de l'admission. Les soignants ont signalé être contraints de procéder à des relances

² Deux patients de l'unité Dali disposent, à leur demande, d'un verrou de confort dans leur chambre. L'un habitué à l'isolement l'a sollicité comme un outil thérapeutique. L'autre, se sentant vulnérable, comme un moyen de se protéger d'autrui.

quotidiennes, littéralement d'avoir à « *mettre la pression* » sur les mandataires pour qu'ils pourvoient aux premiers besoins (tabac, vêtements, espèces). Les difficultés étant encore accrues avec l'ATM, joignable seulement quelques heures par jour. En cours d'hospitalisation, les demandes sont anticipées pour éviter des carences ; cependant, il est constaté des délais d'approvisionnement pouvant aller jusqu'à trois mois, notamment pour la carte « *cafétéria* ».

Sans distributeur de billets à proximité du service, tout retrait implique un déplacement de deux kilomètres au minimum, accompagné ou en autonomie.

RECOMMANDATION 13

Un distributeur automatique de billets doit être installé à proximité du service, accessible aux patients hospitalisés en psychiatrie.

4.4 SI LA QUALITE DES REPAS N'EST PAS DECRIEE, LEUR QUANTITE ET LA SUPPRESSION DE LA TISANE DU SOIR LE SONT

Les repas sont proposés, en salle à manger, aux horaires d'usage extérieurs : petit-déjeuner à 8h00, déjeuner à 12h00, goûter à 16h00, dîner à 19h00. A Dali, deux services sont organisés. Les horaires du premier sont avancés d'une demi-heure par rapport aux standards. Toutefois, on note de la souplesse à cet égard, notamment pour le petit-déjeuner.

Les menus de la semaine sont affichés près du réfectoire. Les patients sont pour la plupart placés seuls à une table et servis par les soignants. Ce mode d'organisation ne favorise pas les interactions et l'autonomie. Les repas arrivent en liaison froide de la cuisine centrale et sont réchauffés par les soignants dans l'office adjacent au réfectoire. Leur confection tient compte des régimes alimentaires médicaux ou de convictions personnelles et de l'enquête de « *non-goût* » conduite à l'admission : une liste détaillée d'aliments ou de modes de préparation qui pourraient ne pas convenir est soumise au regard du patients.

La qualité gustative des denrées n'est pas décrite ; toutefois, des critiques sont émises sur la quantité des portions. Des patients indiquent avoir faim et des soignants confirment que les quantités sont parfois trop justes.

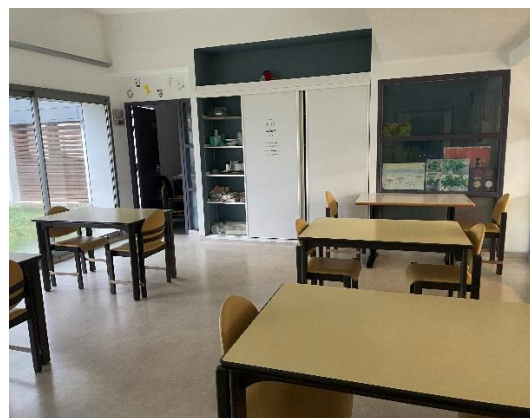
RECOMMANDATION 14

Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent recevoir une alimentation suffisante dans une ambiance de partage et de convivialité que doit représenter le temps du repas pour des personnes privées de liberté.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Pour les patients le demandant, des portions "double part" peuvent être commandées au service restauration par l'intermédiaire de notre logiciel HESTIA (Annexe 14). Les demandes sont majorées les jours de pizzas* ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation partiellement prise en compte, l'enjeu étant plutôt une réévaluation globale de la quantité fournie à chaque repas, plutôt qu'une option "double part" pour ceux qui le demandent au préalable (ce qui suppose qu'ils soient informés de cette possibilité).

La suppression de la tisane du soir – reliée par les patients à des restrictions budgétaires – est, en outre, largement regrettée et regrettable, la boisson du soir constituant un temps privilégié d'échanges.



Salles à manger des unités : Dali à gauche ; Cézanne à droite

Les soignants ont accès à divers appareils culinaires propres à améliorer l'ordinaire (moules à gâteaux, crêpières, etc.) ; néanmoins, depuis la crise sanitaire, ils ne sont plus autorisés à partager la table des patients, ce qui est déploré. Désormais, les repas thérapeutiques sont sous l'unique pilotage de l'unité de réhabilitation psycho-sociale (URPS, cf. § 8.1.2), dans le cadre d'ateliers en zone commune, autrement dit inter-unités. Des repas sont organisés toutes les cinq à six semaines à l'URPS.



Espace cuisine de l'URPS

Les patients peuvent également se rendre seuls (si autorisés) ou accompagnés à la cafétéria de l'atrium pour partager un moment de convivialité et consommer boissons ou friandises à coûts réduits (thé : 0,10€ ; café : 0,25€ ; soupe : 0,30€, etc.). Au jour de la visite, le manque d'effectifs entraînait la fermeture de la cafétéria au moins deux jours par semaine (cf. recommandation § 5.2.1).

D'après les livrets d'accueil, l'introduction de denrées non périssables en unité est tolérée « dans la limite du raisonnable ». Cependant, il a été indiqué que les patients n'étaient plus autorisés à rapporter des friandises de la cafétéria (sauf en cas de fermeture prolongée de celle-ci). De fait, les patients confient les paquets entamés à la gérante de la cafétéria qui les remet à leur disposition quand ils reviennent. Les friandises apportées par des proches sont stockées par les soignants dans les casiers individuels des patients et remis de manière encadrée.



Casiers des patients

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE PAR UN PRINCIPE GENERAL DE FERMETURE DE CERTAINES UNITES, IMPROPREMENT DEDUIT DU MODE D'HOSPITALISATION D'UNE PARTIE DES PATIENTS

5.1.1 Circulation des patients



Vue extérieure, unité Dali



Patio intérieur, unité Dali

De fait, un lien est fait entre mode d'hospitalisation et restrictions de la liberté d'aller et venir, avec une fermeture de principe pour les unités Dali et Cézanne. Ce principe est notamment exposé dans une note de novembre 2022 relative à la gestion des droits et libertés du patient en pédopsychiatrie et psychiatrie générale, et repris dans les livrets d'accueil. Celui de l'unité Dali indique ainsi : « *Comme l'unité Dali accueille aussi bien des personnes en hospitalisation libre qu'en hospitalisation sous contrainte, la porte de l'unité est fermée à clé* ». Celui de l'unité Cézanne indique également qu'il s'agit d'une unité « *fermée à clé* ». Les deux portes d'entrée de ces unités sont équipées d'un verrouillage magnétique et d'un dispositif d'interphonie, et effectivement fermées par défaut.

Les patients en soins libre hospitalisés à Dali peuvent se voir remettre un badge (« *Salto* ») prêté à leur demande au niveau du bureau des soignants, contre signature, pour entrer et sortir de l'unité, dans la limite d'heures définies : 9h00-19h00. A Cézanne, ils doivent solliciter les soignants pour sortir et utiliser l'interphone pour rentrer. Pour les patients en soins sans consentement, des sorties autonomes ou accompagnées, pour la plupart, sont possibles dans l'enceinte de l'établissement. De fait celles-ci s'effectuent sur des horaires prédéfinis assez restreints (10h00-11h00 et 14h30-15h30 pour Dali), même si ce cadre est appliqué avec une certaine souplesse. Il est aussi possible d'accéder à l'entrée principale du bâtiment, située au RDC, notamment pour fumer.

A la date de visite, tous les patients des unités précitées, y compris les patients en SDRE bénéficiaient des temps autorisés de sorties, pour accéder notamment au patio central où se trouve la cafétéria (cf. § 5.2). Enfin, les autorisations de sortie à l'extérieur de l'établissement, existent mais peuvent rester assez exceptionnelles ou très espacées dans le temps pour certains patients (cf. § 8.1).

Au sein des unités, les chambres, et les espaces communs, et notamment les patios – sauf horaires de repas – restent accessibles sans restriction. Un travail a été engagé, avec l'unité de réhabilitation psychosociale (URPS) pour favoriser l'accès des patients à des activités thérapeutiques en groupe ou en individuel hors de leur unité de prise en charge (cf. § 8.1).

Les contrôleurs ont été informés d'un projet de réorganisation qui pourrait consister à revenir sur la distinction entre unités pour patients en soins libres d'une part (Picasso) et en soins sans consentement d'autre part (Cézanne/Dali), pour évoluer vers des unités mixtes. Si telle était l'option retenue, ces unités devraient fonctionner sur un principe d'ouverture.

RECOMMANDATION 15

Les patients en soins sans consentement ne peuvent, du fait de leur mode d'hospitalisation, voir leur liberté d'aller et venir restreinte d'office. Toute décision en ce sens doit relever d'une évaluation clinique individuelle. Il doit donc être mis un terme à la fermeture, par principe, des unités accueillant ces patients, à titre exclusif ou non.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « L'unité Cézanne n'est pas une "unité fermée" mais une unité accueillant des patients dont l'évaluation clinique individuelle nécessite une restriction de la liberté d'aller et venir ».

5.1.2 Sécurisation du site et des patients



Vue aérienne du site (3 unités et accès et zone administrative centrale)
Allée Désandrouins à droite (entrée du site)

L'entrée du site qui accueille le bâtiment de psychiatrie adulte, située Allée Désandrouins est ouverte aux véhicules de 5h00 à 22h00, et reste accessible sans limitation aux piétons. Il n'existe pas de poste de contrôle à ce niveau, de même qu'il n'y en a pas à l'entrée des urgences sur le site Saint-Nicolas, à Verdun. Les unités de psychiatrie adulte sont désormais entourées d'une clôture extérieure unique, installée à l'automne 2020, semble-t-il afin de mettre un terme à l'intrusion de personnes extérieures et à des trafics détectés au niveau des fenêtres des chambres des patients. Le bâtiment lui-même est ouvert en journée, et autrement accessible à l'aide d'un badge professionnel. Un avis favorable de la commission sécurité a été rendu en juin 2021 pour ce bâtiment et en juin 2022 pour le site de pédopsychiatrie (cf. § 9.2)

Le site Désandrouins est équipé depuis 2022 de 31 caméras de vidéosurveillance avec enregistrement et conservation sur 30 jours, couvrant l'ensemble des extérieurs et l'entrée principale. Les couloirs des unités sont également couverts, sans enregistrement, avec un renvoi d'images dans le bureau des soignants. Ce dispositif existe aussi en pédopsychiatrie.

Le service de sécurité ne dispose d'aucun poste fixe sur le site alors qu'il se trouve à 15 minutes en voiture depuis le site Saint-Nicolas, mais des rondes quotidiennes, y compris nocturnes sont effectuées. Un protocole prévoit que l'équipe de sécurité du CH se rende disponible si sollicitée, en premier pour assurer une présence dissuasive. Une intervention sur les patients en cas de

contention physique n'est toutefois pas exclue (cf. § 6.2) Les forces de l'ordre peuvent aussi être engagées pour intervention via un dispositif de raccordement direct (dispositif RAMSES) actuellement en place en pédopsychiatrie, et dont l'extension est envisagée. Une convention générale entre le CH et la police de Verdun doit encore être signée.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT GLOBALEMENT PROPORTIONNEES

5.2.1 Rythme de la journée et accès aux espaces de l'établissement

La journée des patients s'organise autour des temps dédiés aux traitements, les heures de repas (cf. § 4.4), les activités pouvant s'organiser au sein même de l'unité ou sur l'extérieur (cf. § 8.1.2), et les éventuelles visites (cf. § 5.3). Des repères sont donnés aux patients par les livrets d'accueil, qui comportent un emploi du temps quotidien indicatif (p. 14/15). La journée débute avec la remise de traitements, généralement avant 8h00, suivie du petit-déjeuner. Elle s'achève au plus tard vers 23h00, heure à laquelle les patients sont invités à regagner leur chambre.

Une relative souplesse est constatée sur les horaires. Les patients conservent l'accès à leur chambre sans restriction en journée, et donc à leur douche, toutes les chambres étant doté d'un bloc sanitaire complet. Les horaires d'accès aux salles d'activité et aux salons TV sont adaptées (de 7h00 à 23h00).



Cafétéria

L'accès à la cafétéria commune est défini, outre temps réservés aux sorties des unités dites « fermées » pour les patients en soins sans consentement (Dali/Cézanne), par ses horaires d'ouverture (9h30-11h45 ;13h30-17h45). Une aide-soignante en assure seule le fonctionnement. La cafétéria est donc régulièrement fermée deux jours par semaine, de même lorsque l'aide-soignante est absente ou en congés (à l'été 2022, une stagiaire avait toutefois assuré un renfort).

RECOMMANDATION 16

L'amplitude hebdomadaire d'ouverture de la cafétéria et les temps possibles d'accès pour les patients doivent être élargis.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Un professionnel aide-soignant a été recruté pour élargir les jours d'ouverture. Ils sont désormais deux agents pour assurer le fonctionnement de la cafétéria (Annexe 15) ».

5.2.2 Tabac

Les patients fumeurs bénéficient d'un accès large à un patio intérieur (7h00-23h00 ou 23h30 à l'unité Cézanne) sauf temps de repas. La possibilité de conserver le tabac ou sa mise à disposition suivant un rythme variable est fonction de la clinique et des ressources financières des patients. L'implication du médecin n'est pas systématique mais une gestion individualisée est assurée par les soignants.

Les achats sont réalisés à l'occasion de sorties autorisées, autonomes ou accompagnées, et le lien est fait si nécessaire, le cas échéant, avec tuteurs ou curateurs. Des patchs peuvent être proposés par les médecins.

Les briquets sont retenus à l'admission, et conservés dans des bannettes nominatives. Ils peuvent être ponctuellement remis pour les patients souhaitant fumer à l'extérieur du bâtiment, sur les temps de sortie. Les patios intérieurs sont autrement équipés d'un allume-cigarettes électronique fonctionnel.



Patio intérieur – Unité Dali

5.2.3 Pyjama

Aucun port de pyjama n'est imposé dans les unités, sauf éventuellement dans le cadre d'une mesure d'isolement (cf. § 6.2.2). Des pyjamas sont à disposition pour les patients qui souhaiteraient en faire usage pour la nuit.

5.3 LES VISITES SONT FACILITEES MAIS L'ACCES AU TELEPHONE EST EXCESSIVEMENT ENCADRE

5.3.1 Courrier et téléphone

a) Courrier

Les livrets d'accueil précisent le droit d'émettre et de recevoir des courriers, ainsi que celui de contacter les autorités administratives et judiciaires pertinentes (Préfet, Procureur de la République, Maire) ou encore de saisir la CDSP, le CGLPL ou la commission des usagers. Des mises à jour sont toutefois nécessaires (une référence est faite à la « CRUQPC » et non à la commission des usagers (CDU) et les coordonnées du CGLPL ne sont plus valables). Le Défenseur des Droits n'est pas mentionné en l'état (cf. recommandation § 3.3).

Le courrier est distribué via le secrétariat des unités, avec des levées et dépôts quotidiens en semaine réalisés par le vagemestre du CH. Les courriers des patients ne sont pas contrôlés. Ils peuvent en revanche bénéficier d'une aide ponctuelle, matérielle ou pour la rédaction, s'ils en expriment le besoin. Des enveloppes et timbres sont disponibles à l'achat au niveau de la cafétéria de l'établissement. Le papier était en rupture de stock au moment du contrôle mais

aucune difficulté majeure n'a été signalée par les patients ou les professionnels de l'établissement.

b) Téléphone

Les livrets d'accueil stipulent que « *les appels téléphoniques peuvent faire l'objet d'une restriction médicale selon votre état psychique. Votre téléphone portable vous sera retiré, vous pourrez bénéficier d'une utilisation de celui-ci dans un cadre restreint* ». Est également indiquée la possibilité de recevoir des appels sur le poste fixe du service, avec les numéros utiles à communiquer aux tiers.

De fait, le retrait du téléphone personnel à l'admission et la mise à disposition sur des temps dédiés (par exemple, 1h par jour, répartie en 30 min le matin et 30 min l'après-midi à Cézanne, sauf besoin exceptionnel qui sera autrement pris en compte) ou à l'occasion de sorties autorisées dans l'établissement ou sur l'extérieur du site (cas à Dali) est la règle pour les patients en SSC. Si aucun patient n'était, au moment de la visite, interdit de communications téléphoniques, ce principe général de retrait du téléphone personnel ne répond pas à l'exigence de nécessité, de proportionnalité et d'adaptation des restrictions. Il en est de même en pédopsychiatrie (cf. recommandation § 9.1).

Les chambres ne sont pas équipées de téléphones. Les patients peuvent recevoir des appels directement en unité ou en émettre depuis le service sur des heures dédiées (vers 10h30 le matin sinon 15h30 l'après-midi à Dali ; entre 10h00 à 12h00 et 14h30 à 18h30 à Cézanne, conformément à ce qu'indique le livret d'accueil). Actuellement, certains des appels (y compris sortants) s'effectuent à partir du bureau des soignants.

Au sein de l'unité Dali, la confidentialité des échanges n'est pas toujours garantie, le renvoi prévu des appels vers un poste fixé au mur d'une des salles d'activités n'étant plus possible, ce dernier ne fonctionnant plus. Son remplacement a été demandé il y a plusieurs mois. Le fonctionnement actuel a aussi pour effet d'occuper la ligne du service. Le renvoi fonctionne en revanche dans l'unité Cézanne.

RECOMMANDATION 17

Les patients doivent pouvoir, par principe, conserver leur téléphone personnel à l'admission et au cours de leur séjour, sauf contre-indication médicale régulièrement réévaluée et pouvant fonder des restrictions proportionnées. Le téléphone fixe de l'unité Dali doit être réparé sans délai pour permettre la réception d'appels par les patients dans un cadre confidentiel.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *A l'UHA, un protocole "mise à disposition du téléphone portable" a été rédigé. Les restrictions sont faites uniquement sur prescription médicale (Annexe 16). La réparation du téléphone fixe de Dali a été demandée. L'intervention des services techniques/informatique est prévue le 6 juillet* ».

5.3.2 Visites

La possibilité de recevoir des visites est visée par les livrets d'accueil qui précisent toutefois que « *ces autorisations sont soumises à autorisation médicale* », mention qu'il conviendrait de modifier. Un psychiatre indique réaliser une première évaluation des risques. A la date de la visite, tous les patients, à l'exception de deux arrivants dans l'unité Cézanne pouvaient effectivement recevoir des visites. Tous au sein de l'unité Dali le pouvaient, même si plusieurs

n'en avaient pas, faute de proches ou du fait de l'éloignement géographique. Les visites sont possibles en semaine, les week-ends et jours fériés, l'après-midi (14h30-18h30). Leur nombre n'est pas plafonné. La gestion des visites est souple, et fonction aussi des réservations des salons spécifiques, situés dans l'entrée des unités et convenablement meublés. Les chambres et patios ne sont pas accessibles aux visiteurs (mention du livret d'accueil). Les visites sont en revanche possibles à la cafétéria. Si leur état clinique est jugé suffisamment stable, certains patients pourront aussi se rendre à l'extérieur du bâtiment.



Salon visiteur de l'unité Cézanne



Salon visiteur de l'unité Dali

La politique s'agissant des mineurs est une interdiction d'accès « au service » pour les moins de 12 ans, mention affichée sur la porte d'entrée des unités et reprise dans les livrets d'accueil. Les mineurs plus jeunes sont admis à la cafétéria pour des visites. La confidentialité des échanges n'y est toutefois pas garantie.

RECOMMANDATION 18

Les visites des mineurs, quel que soit leur âge, doivent être rendues possible, toute restriction ne pouvant être qu'individualisée, motivée et expliquée par le médecin.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « L'interdiction d'accès au service pour les moins de 12 ans a été levée, les affiches ont été modifiées en ce sens ».

5.3.3 Accès à l'information et aux réseaux sociaux

Les patients des unités Cézanne et Dali disposent d'un accès large à la télévision, dans les salons dédiés des unités, qui sont adéquatement meublés et peuvent les accueillir largement.

En revanche, aucun accès Internet (Wifi public) n'est possible dans l'établissement, et la question de l'éventuelle conservation d'ordinateurs ou de tablettes n'est pas non plus abordée dans les livrets d'accueil. Pour ceux, peu nombreux, qui en disposent, la règle et l'encadrement peuvent être les mêmes que pour le téléphone (cas dans l'unité Cézanne), avec tout de même une relative souplesse en cas de besoin particulier.

Plusieurs patients de l'établissement disposent d'un poste radio en chambre, dont ils disposaient à l'admission ou ont pu faire l'acquisition depuis.

Un accès à la presse quotidienne, régionale (Est Républicain) était possible et doit le rester. Quelques magazines sont également à disposition au niveau de l'espace bibliothèque

nouvellement aménagé depuis janvier au sein de la cafétéria centrale. Cette offre pourrait être globalement renforcée.

5.3.4 Confidentialité et anonymat

La possibilité pour les patients de tenir confidentielle leur présence à l'hôpital et leur état de santé (cf. art. R. 112-45 CSP) n'est pas mentionnée dans les livrets d'accueil et ne fait pas l'objet d'une information orale ni d'un recueil systématique de la volonté du patient (ex. via un formulaire dédié de non-divulgateur). Cette confidentialité serait retenue par défaut pour les personnes détenues. Le souhait spontanément exprimé par le passé par un ou deux patients en soins libres a pu donner lieu à une information utile des services généraux, sans toutefois répondre à une procédure organisée. Les personnels du standard général de l'hôpital, sondés, n'étaient pas au fait de dispositions permettant aussi, le cas échéant, de visualiser sur leurs postes informatiques si une hospitalisation doit être tenue confidentielle. Ils ont toutefois signalé la possibilité pour eux de prendre note, de manière manuscrite, sur un tableau visible dans le bureau, d'éventuelles consignes qui leur seraient transmises en ce sens.

A contrario, une procédure générale existe pour les situations pouvant nécessiter un anonymat interne à l'établissement dans le cadre d'une note de 2019 intitulée « *Création d'un numéro unique pour patient anonyme* » (pour les cas de suivi CeGIDD – centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic –, CSAPA centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie – notamment) et de notes complémentaires de 2016.

RECOMMANDATION 19

L'information sur la possibilité pour les patients de tenir confidentielle leur présence à l'hôpital et leur état de santé doit être assurée, leur volonté effectivement interrogée et tracée, et un protocole doit être établi pour la mise en œuvre de ces droits, y compris au niveau du standard général du centre hospitalier.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Notre logiciel GAM permet de tracer la volonté du patient de tenir sa présence confidentielle à l'hôpital. Un travail est en cours avec le service informatique pour que cette information enregistrée dans le logiciel de gestion administrative (GAM) remonte directement et informatiquement dans les données transmises au standard. A la suite, une procédure sera rédigée* ».

5.4 L'ACCES AU VOTE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REELLE ATTENTION

Les livrets d'accueil des unités rappellent, au titre des droits des patients, celui « *d'exercer votre droit de vote (sauf en cas d'incapacité)* ». Cette dernière mention apparaît inadaptée, les restrictions au droit de vote des personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle) ayant été levées par la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 et celles subsistant ne pouvant désormais découler que d'une interdiction des droits civiques (article L. 6 du code électoral, article 131-26-1 du code pénal).

Les contrôleurs ont sollicité d'éventuelles notes relatives à l'exercice du droit de vote qui auraient pu être diffusées en amont des scrutins présidentiel et législatif de 2022. Aucune n'a été communiquée au cours de la visite. Au niveau des unités d'hospitalisation, aucune initiative spécifique n'a été rapportée pour faciliter effectivement l'accès au vote des patients, en anticipant la question de l'inscription sur les listes électorales, des permissions pour un vote

autonome dans le cadre d'une sortie accompagné ou non, ou encore des procurations. Il semble que la plupart des patients, sinon la totalité par exemple dans l'unité Dali, n'auraient effectivement pas participé aux scrutins. Aucune donnée précise n'était accessible à ce sujet.

Il a pu être rapporté que les patients seraient « *loin de ces préoccupations* », ce que ne reflète pas nécessairement les échanges qu'ont pu avoir les contrôleurs avec certains d'entre eux, qui pouvaient voter avant leur hospitalisation, mais ne semblaient pas forcément au fait des démarches à effectuer pour continuer d'exercer ce droit.

Le CGLPL rappelle que les patients doivent être considérés comme des citoyens à part entière, et que l'exercice de ce droit doit être facilité pour celles et ceux qui le souhaitent, et peut participer d'une démarche plus large de réhabilitation psycho-sociale pour des patients hospitalisés de longue date au sein de l'établissement.

RECOMMANDATION 20

L'information des patients sur leur droit de vote et les modalités possibles de son exercice doit être revue, notamment dans les livrets d'accueil, et être renforcée en amont des échéances futures.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Une information définissant les modalités d'exercice du droit de vote pour les patients a été rédigée et portée à la connaissance des patients (Annexe 17)* ».

5.5 L'INFORMATION RELATIVE AUX CULTES EST DEFICITAIRE

Les livrets d'accueil rappellent le droit des personnes hospitalisées de se livrer à des activités religieuses ou philosophiques « *en fonction des possibilités existantes au centre hospitalier* »³. Ils n'incluent aucune information sur les modalités d'exercice du culte dans l'établissement ou sur l'extérieur. Seul un affichage dans l'entrée principale du bâtiment comporte le numéro téléphone de l'aumônerie catholique. L'affichage n'est pas décliné dans les unités, même si y figure la charte de la personne hospitalisée (qui rappelle le nécessaire « *respect des croyances et convictions des personnes accueillies* »). Des flyers « *Aumônier catholique hospitalier* » édités par le CH ont été trouvés dans la salle de recueillement multiconfessionnelle située sur le site Saint Nicolas. Y figurent les coordonnées de l'aumônière catholique, sans indication sur d'autres cultes. Y est précisé que « *l'aumônier est un agent public, et que l'aumônerie des établissements de santé est « à la fois un service d'Eglise et un service de l'hôpital » et « qu'il a la charge d'assurer au sein de l'établissement le service du culte auquel il appartient et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille, ou ceux qui, lors de leur admission, ont déclaré appartenir à tel ou tel culte* ». En pratique, il n'apparaît pas clair si l'aumônière doit aussi faire relais pour les autres cultes. Une note succincte et non datée (« *aumônier hospitalier* ») transmise aux contrôleurs, comporte une mention en ce sens. Elle aurait été diffusée au 5^{ème} jour du contrôle.

³ Le code de la santé publique rappelle, sans autre précision, le droit « *de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix* » (L. 3211 CSP). Y est également spécifié : « *Les patients doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix* » (R. 1112-46 CSP).

Au sein des unités, les soignants semblent savoir l'accès à des représentants des cultes possible, mais ne pas être nécessairement au fait des modalités. L'information des patients est aussi aléatoire. Un patient intéressé ne savait par exemple dire si l'aumônerie existait encore. Actuellement, une aumônière catholique est présente sur le site Saint-Nicolas les lundi (10h30-17h30), mardi et mercredi (12h30-18h30), et jeudi (10h00-17h00). Un aumônier musulman est également accessible, mais ne dispose lui d'aucun bureau ni temps de permanence fixes. Pour le reste, la liste des aumôniers transmise n'est manifestement pas à jour.

Dans ce contexte, les demandes de patients hospitalisés en psychiatrie restent exceptionnelles. L'aumônière n'a pas été sollicitée depuis plus d'un an. L'aumônier musulman l'a été trois fois au cours de l'année 2022, pour des entretiens individuels, qui ont pu se tenir dans les chambres des patients concernés. Aucun espace en psychiatrie n'est formellement dédié à ces entretiens ou aménagé pour le culte collectif. Aucun n'est actuellement organisé. Quelques patients suivent des retransmissions télévisées du culte catholique en unité, le dimanche.

RECOMMANDATION 21

L'information des patients sur leur droit de suivre les activités religieuses de leur choix doit être renforcée et l'offre et les modalités d'exercice être clarifiées, dans le respect du principe de neutralité.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Une information précisant les référents des différents cultes a été diffusée et affichée au sein de la structure (Annexe 18) ».

5.6 LA VIE SEXUELLE EST UN IMPENSE DE LA PRISE EN CHARGE, EN DEPIT D'HOSPITALISATIONS LONGUES

Bien que les équipes soignantes soient régulièrement confrontées à des situations, la question des relations et de la sexualité dans l'enceinte de l'établissement ne fait l'objet d'aucun écrit ni de lignes directrices pour les équipes soignantes. Les livrets d'accueil des unités sont, au titre des règles de vie, silencieux sur cette question. Elle n'est pas non plus abordée dans le cadre des entretiens d'admission. Et les règles rapportées en pratique ont été présentées de manière floue voire fluctuante.

Aucune information ou affichage n'a été rapporté ou constaté s'agissant des questions de santé sexuelle, et notamment de contraception ou de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). Seul un affichage en pédopsychiatrie a été effectué dans l'espace situé à l'étage au niveau de l'entrée (trois affiches sur la prévention du VIH/SIDA, des IST et sensibilisant à l'usage du préservatif).

La question du consentement et les enjeux éventuels de protection en psychiatrie adulte ne font pas l'objet d'information ou d'actions particulières, et n'ont pas été abordées à un niveau institutionnel. En pédopsychiatrie, une affiche aborde la question du consentement en bande dessinée (« Le consentement expliqué aux enfants (et aussi aux grands) »).

Aucune disposition ne prévoit la mise à disposition de préservatifs, ou ne traite de la sexualité autonome et des moyens d'en avoir une.

S'il a pu être indiqué aux contrôleurs que l'« hôpital n'est pas un lieu de vie, mais un hôpital », il convient de rappeler que des patients actuellement hospitalisés en psychiatrie le sont depuis

plusieurs années, et pour certains depuis plusieurs décennies. Ils conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle qui doit pouvoir s'exercer dans des lieux qui respectent l'intimité, qu'il s'agisse d'espaces d'hébergement personnel ou d'accueil des proches.

A la date du contrôle, le comité de bientraitance, éthique et droits des patients n'avait pas été encore saisi de ces questions (cf. recommandation § 2.5).

RECOMMANDATION 22

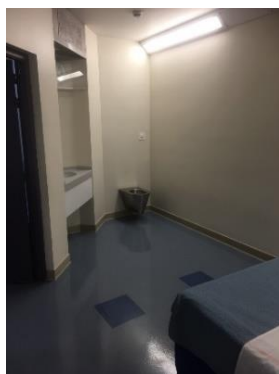
La vie affective et sexuelle des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle, en particulier par le comité d'éthique.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Sous l'égide de notre comité institutionnel Bientraitance, Ethique et Droit des patients, un groupe de travail, piloté par l'IDE de pratiques avancées (IPA) en psychiatrie, a été engagé (Annexe 19). Dans le cadre du travail sur le PMSP, les thématiques "Sexualité (transgenre, addiction...) et sexualité en institution" ont été identifiées comme axes de formation (Annexe 20) ».*

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

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE DISPOSENT PAS DE TOUS LES EQUIPEMENTS DIMINUANT LE SENTIMENT D'ENFERMEMENT

Chacun des trois services d'hospitalisation dispose de deux chambres d'isolement (CI). Celles de l'unité ouverte ne sont jamais utilisées. L'unité Cézanne dispose, en plus, de deux chambres dites sécurisées qui, au vu de leur configuration, de leur aménagement et de leur utilisation, sont des CI mais dont la configuration du bloc sanitaire est différente. On dénombre ainsi six CI utilisées.



Chambre d'isolement et douche dans le sas d'entrée

Les chambres d'isolement, propres et entretenues, sont identiques. Le lit est fait d'un matelas en mousse déplaçable, surélevé par un oreiller triangulaire amovible. Un bouton d'appel d'urgence est présent sur le mur mais il n'y a pas de bouton d'appel accessible lors des contentions. Une couverture de sécurité (indéchirable) recouvre le lit. Il n'y a pas de muret masquant les WC en inox, dépourvus de lunette, et pas de patère anti-suicide dans salle d'eau et douche.

Dans les deux chambres dites sécurisées, la chambre dispose d'un accès libre à une petite pièce comportant un lavabo, une douche et des WC.

On note l'absence de commande permettant de régler l'intensité de la lumière artificielle. Une pendule portant mention de l'heure, mais pas de la date, est visible par le patient depuis la chambre. Les fenêtres ne permettent pas l'aération de la pièce par le patient. Dans le sas desservant les deux CI se trouve une douche à l'italienne, protégée du regard par un rideau.

Le fenestron, qui permettait de voir le patient dans les deux chambres dites sécurisées, est occulté par une porte fermée à clé.

Une tablette de lit et un pouf en mousse permettent au patient de prendre ses repas et au soignant de s'asseoir près du patient.

Les chambres d'isolement ne bénéficient pas d'un espace extérieur, les patients pouvant sortir accompagnés des soignants.

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, une chambre d'isolement est également présente et donne directement sur le couloir ; le fenestron est occulté. Les enfants n'ont pas la possibilité d'actionner la lumière, les volets, l'aération. Ils ont un accès libre à une pièce d'eau séparée d'une embrasure sans porte, avec lavabo et WC. Une horloge est présente mais n'indique pas la date ; le mobilier est identique à celui des adultes.



Chambre d'isolement mineur

RECOMMANDATION 23

Les patients isolés, majeurs et mineurs, doivent pouvoir, de manière autonome, actionner la lumière, les volets, aérer la pièce et avoir accès à la date. Des dispositifs d'appel d'urgence doivent être mis à disposition des patients contenus.

6.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT EXHAUSTIVEMENT TRACEES

6.2.1 La politique menée

L'établissement n'aborde pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement, qui est celui du GHT et se montre très global et peu opérationnel. Aucun projet médico soignant n'aborde au niveau du pôle comme du service, l'organisation pratique des soins. En revanche, un « *contrat du pôle de psychiatrie de la Meuse 2022 – 2025* » est conclu entre le directeur général du GHT Cœur Grand-Est, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et le chef de pôle territorial. Ce contrat prévoit, dans ses annexes, de « *réfléchir à un futur projet architectural global de pédopsychiatrie au CH de Verdun : identifier l'ensemble des besoins sur la base de l'existant.* » Concernant les droits des patients, ce contrat évoque également la « *mise à jour et communication de la politique d'établissement en matière de liberté d'aller et venir* » et « *créer des espaces d'apaisement dans les unités de psychiatrie* » au CH de Verdun. Enfin, le pôle s'engage à « *réaliser une évaluation de la tenue du registre des isolements contentions régulièrement, tous les trimestres* » et mettre en place un espace d'apaisement dans chaque service.

Par ailleurs, un rapport annuel relatif à l'isolement contention a été réalisé et présenté en avril 2022 sur l'année 2021. Ce rapport rappelle l'importance donnée aux formations abordant la bientraitance, le droit des patients et la formation Omega (prévention des violences). Il donne également les chiffres de patients hospitalisés en 2021 ; sur une file active (FA) de 440 personnes, 106 étaient en SSC dont 69 en SDTU et SPI et 17 en SDRE. 41 patients (9,3 % de la FA et 38,7 % des SSC) auraient connu une phase d'isolement dont 22 (5 % de la FA) avec contention. La saisine du JLD a été mise en place dès juillet 2021. Enfin, ce rapport évoque lui aussi les perspectives de mise en place d'espaces d'apaisement dans les trois unités d'hospitalisation complète, ce qui permettrait effectivement de répondre aux dispositions du décret de septembre 2022 dont la mise en œuvre est prévue en juillet 2023.

6.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins valident l'onglet « *isolement contention* » du logiciel HM au sein duquel sont horodatées manuellement les différentes décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soient le mode légal d'hospitalisation, les heures de décisions, l'indication de l'isolement, la surveillance, le nom du médecin. Les deux chambres sécurisées qui sont, en fait, des CI, sont déclarées comme telles dans le registre.

Il n'y a pas de protocole spécifique relatif à l'isolement/contention et pas de formation mise en place (cf. recommandation § 2.3). Seul un « *protocole d'utilisation du mobilier des chambres d'isolement* » a été rédigé en décembre 2022 ; il précise l'utilisation des meubles et curieusement oblige à retirer les sièges et tables cylindriques en dehors de leurs usages alors mêmes qu'ils sont en mousse et prévus pour y rester. En revanche, ce protocole indique positivement « *qu'aucune entrave n'est placée préalablement sur les lits* ».

Seules des formations à la prévention des violences sont proposées à quelques agents chaque année (Omega).

6.2.3 Les conditions de prise en charge

Dans la pratique constatée, les alternatives à l'isolement sont systématiquement recherchées et tracées dans le dossier médical (présence du médecin, désescalades, placement en zone d'hypostimulation, en salle de soin ou en chambre, etc.). Les psychiatres viennent physiquement examiner les patients en isolement, mais pas toujours deux fois par 24 heures selon certains témoignages recueillis.

Les patients placés en CI conservent toujours leur chambre d'hospitalisation pendant la phase d'isolement. Le pyjama est obligatoire en isolement sans individualisation de la mesure ce qui devra être corrigé. Le repas est pris sur une tablette de lit en présence des soignants. Il n'y a pas d'accès à une radio ou des livres.

Le médecin somaticien vient examiner les personnes en isolement.

Le matériel de contention comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles, par le système à clés. Les services disposent de quelques jeux, nettoyés à chaque changement de patient.

Enfin, les personnes enfermées ne sont pas signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement.

RECOMMANDATION 24

Le port du pyjama en chambre d'isolement doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'un protocole applicable à tous systématiquement.

Le service de sécurité incendie de l'établissement doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention et informé des chambres où se trouvent les patients.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *La mise en pyjama des patients ne s'effectue que sur leur demande et non pas de manière systématique. Depuis la visite de la CGLPL, le service de sécurité incendie de l'établissement est systématiquement avisé de toute mise en isolement* ».

Il y avait un patient en chambre d'isolement et aucun placé sous contention au moment du contrôle.

6.3 LE REGISTRE N'EST PAS ANALYSE PAR LES SOIGNANTS MAIS LA PRATIQUE D'ISOLEMENT EST MODEREE EN NOMBRE COMME EN DUREE

Le registre de l'isolement et de la contention a été totalement informatisé en fin d'année 2022. Il constitue une base de données exploitable et comporte l'ensemble des mentions prévues par le code de santé publique. Il était confectionné jusque fin décembre 2022 sur un tableur Excel, partagé entre les cadres et le département d'information médicale (DIM), qui contenait lui aussi toutes les informations nécessaires. Seul le statut médico-légal au moment du placement en isolement fait défaut, y compris dans la nouvelle version informatique.

Le contrôle n'a pas été encore mis en place par le DIM et les soignants effectuent encore des recopiations extraits de la base de données pour le JLD, alors même que les logiciels évitent, dans les autres établissements, ce travail chronophage et source d'erreur.

La pratique de l'isolement n'a pas fait l'objet de formations, sauf principalement sur la prévention des violences, notamment sur les spécificités du cadre légal de l'isolement ; il est dommage que le registre n'ait pas été utilisé puisqu'il n'a jamais été diffusé et débattu, tous les trois mois, au sein de chaque service, de manière pluridisciplinaire.

De plus, aucune analyse soignante du registre par unité n'était faite au moment du contrôle, ni de discussion autour du rapport annuel.

RECOMMANDATION 25

Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'une discussion pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service.

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

	File active tous patients	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Nb de mesures prises sur patient initialement en soins libres	Durée moy. des mesures (en h)	Nb de mesures d'iso. sup. à 72h	Nb de patients ayant au moins une mesure de contention associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contention	Durée moy. des contentions (en heures)
Cézanne	169	28	18 %	28	0	65	9	11	39,3 %	6,5 %	11	26
Dali	19	3	16 %	8	?	31	1	3	100 %	16 %	4	21
Picasso	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urgences	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
CH total corrigé	360	31	8,6 %	36	0 à 3	62	10	14	45,2%	3,9%	15	25
Pédopsy	58	1		1	1	10	0	0	0	0	0	0

L'étude du registre 2022 détaillé par unité (tableur Excel) a montré que les mesures d'isolement sont nettement moins fréquentes que la moyenne des établissements contrôlés (8,6 % de la file active 2022) et les contentions légèrement plus faibles (3,9 % de la file active 2022) ; toutefois, l'isolement est une fois sur deux associé à une mesure de contention. La traçabilité est faite sur le numéro de séjour et non l'identifiant patient (IPP) ce qui peut amener à compter deux fois un patient qui aurait été hospitalisé deux fois dans l'année.

Les durées d'isolement sont en moyenne de 62 heures, dix mesures ont dépassé 72 heures et ont toutes fait l'objet d'une saisine du JLD.

Le statut médico-légal n'est pas renseigné sur le registre mais l'unité Cézanne ne reçoit actuellement que des SSC même si cela ne semblait pas toujours le cas auparavant.

L'analyse des isolements des mineurs montre un seul isolement de 10 heures en 2022.

Les données recueillies suggèrent ainsi que les mesures d'isolement tendent vers une pratique de moindre recours, mais que la contention reste souvent associée à l'enfermement.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP EXERCE UN CONTROLE LIMITE TANDIS QUE LA COMMISSION DES USAGERS N'EST PAS ENGAGEE AUPRES DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE

7.1.1 La CDSP, sa composition et son fonctionnement

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de la Meuse est au complet dans sa composition. La présidence était occupée au jour de la visite par un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel de Nancy.

La CDSP procède à des visites annuelles de l'établissement, les deux dernières s'étant déroulées les 13 octobre 2021 et 27 octobre 2022. Aux termes de ses deux derniers rapports, la CDSP a relevé plusieurs constats, également partagés par le CGLPL à l'issue de sa visite. Ainsi, la CDSP observe un nombre très élevé de « copier-coller » dans la rédaction des certificats médicaux. En outre, la CDSP soulignait déjà en octobre 2021 la nécessité de mettre en place un logiciel permettant de calculer les délais en matière d'isolement et de contention et d'alerter les équipes soignantes pour la saisine du JLD. Enfin, la CDSP évoquait l'importance d'un « vestiaire social » pour les patients les plus démunis.

Au-delà de ces constats partagés, le CGLPL observe, au regard de la teneur des derniers rapports, que l'étendue du contrôle exercé par la CDSP reste relativement superficielle et pourrait être renforcée. A cet égard, au cours de sa visite, le CGLPL a pu constater que la très grande majorité des soignants n'avaient aucune connaissance des dernières visites de la CDSP ni même de son existence ou de sa fonction.

7.1.2 La place des usagers et le fonctionnement de la commission des usagers (CDU)

La composition de la commission des usagers (CDU) comprend notamment, outre son président qui est un représentant de l'association Famille de France 55, deux représentants des usagers de l'association des insuffisants rénaux et de l'union départementale des associations familiales (UDAF) de la Meuse, un médecin libéral, un médiateur médical, un médiateur non médical, un médecin addictologue et un représentant du comité de lutte contre les infections nosocomiales. Aux termes du dernier bilan d'activité de la CDU et d'un entretien avec son président, il apparaît que la CDU est active et se réunit trimestriellement. La CDU tient également une permanence tous les mercredis après-midi sur le site Saint-Nicolas du CH de Verdun.

Toutefois, s'agissant plus spécifiquement de la psychiatrie, la CDU n'apparaît pas investie auprès du service. Ainsi, si un affichage présentant la CDU est bien présent dans les unités, force est de constater que les patients interrogés n'avaient aucune connaissance de la CDU. A cet égard, il apparaît que seuls deux patients ont saisi la CDU au cours de l'année 2021 et aucun en 2022. En outre, les patients étant hospitalisés sur le site de Désandrouins n'ont aucune possibilité d'accès à la permanence hebdomadaire de la CDU et aucun de ses membres ne se rend au sein du service pour rencontrer les patients.

Seule la directrice des usagers de l'établissement se déplace dans le service toutes les deux semaines afin de s'entretenir avec les patients. Cette pratique intéressante doit être institutionnalisée et formalisée afin de conserver une trace écrite des éventuelles réclamations, ainsi que des observations faites par les patients et les suites réservées, ce d'autant plus que les questionnaires de satisfaction sont très rarement complétés.

A noter enfin qu'il n'existe aucun groupe d'entraide mutuelle (GEM) actif sur le département de la Meuse.

RECOMMANDATION 26

Les patients en soins sans consentement doivent être informés du rôle et des modalités de saisine de la commission des usagers et bénéficier d'un contact direct et régulier avec ses représentants, à l'instar de la permanence organisée sur le site de Saint-Nicolas.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Le représentant des usagers assurera une permanence trimestrielle sur le site Désandrouins à partir de septembre 2023* ».

Les contrôleurs soulignent que la mise en place d'une permanence du représentant des usagers (qui doit être formé) sur le site Désandrouins est une initiative positive mais que le rythme proposé (trimestriel) ne garantit pas nécessairement des conditions d'accès équivalentes à celles offertes aux autres patients du CH qui plus est au regard de la durée d'hospitalisation de certains patients. Par ailleurs, les patients doivent être bien informés de l'existence de cette permanence et de son rôle.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST COMPLET ET TENU A JOUR MAIS PEU CONTROLE PAR LES AUTORITES COMPETENTES

Le bureau des admissions, en charge de la tenue du registre de la loi, a fait le choix de registres physiques et d'une organisation chronologique tout en distinguant les modes d'hospitalisation. Un tel classement rend parfois difficile un suivi aisé du déroulement juridique de la procédure pour les patients hospitalisés sur de longues durées, en raison de la nécessité de devoir se rapporter à différentes parties d'un même registre ou même à plusieurs registres différents afin d'obtenir l'ensemble du parcours hospitalier d'un même patient.

Toutefois, après examen de ces registres, il apparaît que les mentions obligatoires visées par l'article L.3212-11 du code de la santé publique sont bien présentes dans le registre et mises à jour dans le délai légal de 24 heures, y compris les informations relatives aux décisions de mise sous tutelle, curatelle ou de sauvegarde de justice. A cet égard, il doit être souligné que l'ensemble des pièces relatives au déroulement de la procédure font l'objet d'une copie collée directement dans le registre. Seule la notification des droits n'est pas retranscrite alors qu'en pratique cette notification est bien faite au patient avec signature d'un document dédié. Cette notification pourrait donc être aisément reportée, au même titre que les autres pièces, dans le registre de la loi. Par ailleurs, il a été constaté la présence de fiches pénales pour les patients détenus alors que ces documents de nature pénale non pas à être transmis au CH, et *a fortiori* à figurer dans le registre de la loi.

Enfin, concernant le contrôle du registre de loi prévu par les articles L.3222-4 et L.3223-1 du code de la santé publique, il apparaît que seule la CDSP contrôle le registre à chacune de ses visites. En revanche, le préfet, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République ou encore le maire n'ont procédé à aucun contrôle au cours de ces trois dernières années au moins.

RECOMMANDATION 27

Le registre de la loi doit faire figurer la date de notification des droits à la personne hospitalisée (conformément aux articles L.3212-11 et L.3211-3 du code de la santé publique), ne contenir aucune information liée à la situation pénale d'un patient détenu et être contrôlé par les autorités compétentes comme prévu par les articles L.3222-4 et L.3223-1 du CSP.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Depuis la visite du CGLPL, les notifications des droits ont été systématiquement insérées dans le registre de la loi et les informations sur la situation pénale supprimées ».

7.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST LIMITE PAR DES CERTIFICATS MEDICAUX MOTIVES DE MANIERE IDENTIQUE

7.3.1 L'organisation et la phase préparatoire à l'audience

Le juge des libertés et de la détention (JLD) près le tribunal judiciaire de Verdun tient chaque semaine une audience au sein du CH de Verdun sur le site de Désandrouins. Ces audiences sont consacrées à la fois au suivi des mesures d'hospitalisation, ainsi qu'aux mesures d'isolement et de contention. En dehors de ces audiences hebdomadaires, des audiences sur place ou en visioconférence sont organisées dès que nécessaire pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention (cf. infra § 7.3.2).

Le bureau des admissions est en charge de la préparation et du suivi des dossiers, ainsi que de l'organisation des audiences. Les relations fluides entre le bureau des admissions du CH de Verdun et les services du greffe du JLD permettent une préparation rigoureuse des dossiers des patients, ainsi qu'une organisation efficace des audiences. Il a cependant été rapporté l'absence de système sécurisé de transmission des dossiers des patients par voie informatique entre le CH et le tribunal judiciaire.

S'agissant de l'information des patients en amont d'une audience, la majorité des soignants ont témoigné se sentir en capacité de l'expliquer aux patients. Toutefois, en raison du système de rotation des personnels tous les trois ans entre les unités, les soignants récemment affectés aux unités recevant des patients en soins sans consentement soulevaient le manque de formation à leur arrivée sur le cadre juridique et la procédure correspondante à suivre pour ce mode d'hospitalisation.

7.3.2 Le déroulement de l'audience

Une salle d'audience, ouverte au public, est située sur le site de Désandrouins dans un bâtiment proche du service de psychiatrie. La salle est complétée d'une salle de délibéré et d'une salle avocat permettant l'entretien du patient avec son conseil, ainsi que d'une salle d'attente.

L'audience, à laquelle un membre de l'équipe de contrôle a pu assister, a mis en lumière un déroulement fluide et complet de la procédure permettant au patient d'exercer ses droits tant s'agissant de son information relative à la procédure que de sa possibilité de s'exprimer et ainsi faire valoir ses droits. En effet, après que le patient se soit entretenu le temps nécessaire avec son conseil dans la salle dédiée, le juge lui explique la procédure avant d'échanger avec lui. A la fin de l'audience, après avoir entendu la plaidoirie de l'avocat, le juge des libertés explique au patient la suite de la procédure et les voies de recours possibles sans pour autant rendre son délibéré sur le siège. Sans avoir pu l'observer directement au cours de l'audience durant la visite

de contrôle, il a été rapporté que lorsque les tiers demandeurs ou les proches des patients étaient présents, la parole pouvait leur être donnée.

Les soignants qui accompagnent les patients à l'audience veillent à ce que ces derniers puissent se présenter habillés, et non en pyjama, devant le JLD. Par ailleurs, ces derniers assistent, dans la majorité des cas à l'audience et se voient régulièrement poser des questions par le JLD sur la situation du patient.

En outre, selon les différents témoignages recueillis, la présence des patients aux audiences est quasi-systématique et les certificats d'incompatibilité extrêmement rares. Seules les audiences pour le contrôle des mesures d'isolement sont tenues par visioconférence, sauf lorsque le patient demande une audience avec la présence physique du JLD qui se déplace alors en chambre d'isolement auprès du patient. Il apparaît que la majorité de ces audiences se déroulent par visioconférence sans que cela ne pose de difficulté particulière. L'avocat se trouve alors aux côtés du patient.

7.3.3 Le contrôle du JLD et la notification des décisions aux patients

A l'instar des constats relevés par la CDSP et le CGLPL au cours de sa visite, le JLD a confirmé que les motivations des certificats médicaux sont souvent identiques pour un même patient, limitant ainsi son contrôle sur le bien-fondé de la mesure. Cette tendance au « copier-coller » s'observe à la fois pour les certificats médicaux délivrés au bout de 24 heures et de 72 heures d'hospitalisation, mais également pour les certificats médicaux mensuels. En outre, des avis du collège de soignants reprennent également très exactement les mêmes motivations que les certificats médicaux, vidant ainsi de leur sens l'objectif de ces collèges et interrogent par la même occasion sur l'effectivité de leur mise en place (cf. recommandation § 8.3). Enfin, en raison du manque de médecins certificateurs, certains certificats de 72 heures sont établis par visioconférence par un médecin du CH de Bar-le-Duc.

Par ailleurs, les délibérés ne sont pas rendus à l'issue de l'audience mais plus tard dans la journée. Cette pratique fait alors reposer la notification de la décision, ainsi que l'explication des motivations de la décision et des voies de recours, aux soignants. Les soignants interrogés ont confirmé qu'ils ne sentaient pas toujours à l'aise ou compétents pour fournir les explications adéquates aux patients. En outre, ils ont souligné le fait que cela pouvait créer une confusion pour les patients entre le rôle des soignants et celui du JLD.

RECOMMANDATION 28

Les certificats médicaux doivent être précis, motivés et circonstanciés et les décisions du JLD doivent être notifiées par le juge, afin que les explications sur les raisons de sa décision et les voies de recours soient données par lui et non par les soignants.

7.3.4 Le calcul des délais en matière d'isolement et de contention

Faisant suite à l'article 17 de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 qui organise les conditions dans lesquelles les mesures d'isolement et de contention peuvent exceptionnellement se poursuivre au-delà des durées respectives de quarante-huit et vingt-quatre heures, le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de SSC est venu préciser les

modalités selon lesquelles les personnes intéressées sont informées de ces renouvellements et organise les modalités de la saisine du JLD aux fins de maintien des mesures.

Si le CH de Verdun a bien pris en compte cette réforme et ses implications, il a été observé que le système mis en place demeure cependant fragile car les calculs des délais sont tenus manuellement par les soignants. Compte tenu de la complexité des règles de calcul et de computation des délais, l'absence d'outil efficace, permettant de gérer ces délais et alerter les soignants à chaque action nécessaire, fait courir un risque non négligeable d'erreurs, notamment le week-end lorsque le bureau des admissions est fermé. Les soignants ont également confirmé ne pas se sentir à l'aise avec les règles de computation des délais et souhaiter bénéficier d'un système d'alerte efficace. En outre, l'adoption d'un protocole, rappelant le cadre juridique en vigueur, accompagnée d'une formation des professionnels de santé permettrait de pallier ces difficultés.

RECOMMANDATION 29

Un outil efficace doit être mis en place afin de faciliter le calcul des délais en matière d'isolement et de contention et d'alerter les soignants en matière d'information des tiers et du JLD, ainsi que de saisine de ce dernier. Par ailleurs, un protocole, rappelant le cadre juridique en vigueur, doit être élaboré.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Notre dossier patient informatisé "Hopital Manager" permet le calcul des délais en matière d'isolement et de contention. Une information a été transmise aux professionnels (Annexe 21)* ».

8. LES SOINS

8.1 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST EXCESSIVEMENT REDUIT POUR UNE PARTIE DES PATIENTS

8.1.1 Projet médico-soignant et accès aux professionnels

A la date du contrôle, le pôle de psychiatrie adulte ne dispose pas d'un projet médico-soignant propre, ni de projets spécifiques pour ses différentes unités, et notamment celles pouvant accueillir des patients en soins sans consentement et à la demande du représentant de l'Etat. Le projet médical partagé intégré au projet du GHT Grand-Est 2019-2023 retient lui des objectifs généraux d'amélioration de la prise en charge de la filière santé mentale (axe stratégique n°16). De même pour le contrat de pôle de psychiatrie de la Meuse, qui retient des objectifs et critères davantage en lien avec les questions du consentement, de la dignité et du respect de l'intimité des patients, des restrictions de liberté, et les soins somatiques.

RECOMMANDATION 30

Le pôle de psychiatrie adulte doit disposer d'un véritable projet médico-soignant, éventuellement décliné au niveau des unités, qui soit un point de référence pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Un travail est en cours sur le pôle de psychiatrie pour élaborer un projet médico soignant partagé. Il a débuté en mars 2023, a été présenté une première fois aux instances en juin 2023 et sera définitivement validé en octobre 2023 (Annexe 22)* ».

L'accès au médecin est de fait limité par les problématiques d'effectif médical (cf. § 2.3). Les gardes sont actuellement assurées par le médecin intérimaire (PH) actuellement en place, le médecin référent de l'unité de pédopsychiatrie, ou le chef de pôle (PH). Au niveau des unités, le niveau d'accès est hétérogène.

Les patients de l'unité Cézanne sont régulièrement vus par le psychiatre référent de l'unité, praticien associé, dès l'admission, puis suivant une fréquence en principe hebdomadaire, avec si besoin un accès complémentaire possible.

La situation est clairement moins favorable pour les patients hospitalisés au sein de l'unité Dali, pour des durées habituellement plus longues, et où le médecin référent associé est le même (ce dernier intervient également en CMP à Montmédy et Verdun). Les rendez-vous peuvent être très espacés et il n'apparaît pas évident que même les obligations légales (ex. certificats mensuels, réunion de collège de professionnels de santé) donnent systématiquement lieu à des entretiens et au recueil prévu de l'avis du patient (cf. § 8.4.2). Un patient de cette unité a ainsi rapporté n'avoir vu un médecin que deux fois au cours du dernier semestre. D'autres évoquent aussi un manque de disponibilité du médecin, et des entretiens parfois brefs. Les professionnels entendus confirment ces difficultés, de même que les difficultés pour organiser régulièrement réunions cliniques et synthèses. Ces dernières sont plus fréquentes au sein de l'unité Cézanne, même si fonction aussi de la disponibilité du principal praticien hospitalier.

La nécessité de sécuriser l'accès au médecin pour les patients de l'unité Dali, de formaliser une prise en charge pluridisciplinaire et de définir projets de soins individuels et perspectives de sortie est identifiée (cf. § 8.4.1).

Les entretiens médicaux ont généralement lieu en présence d'un soignant, sauf opposition du patient, dans les bureaux de consultation dédiés situés au sein des unités. Une infirmière en pratique avancée (IPA), présente depuis juillet 2022 (trois demi-journées dans l'unité), se rend déjà disponible pour des entretiens individuels réguliers dans les deux unités. Deux psychologues interviennent également sur le site et reçoivent les patients indépendamment, sur orientation de l'équipe soignante ou du médecin.

RECOMMANDATION 31

Les patients hospitalisés sur des longs séjours au sein de l'unité Dali doivent pouvoir rencontrer régulièrement le psychiatre. Tous doivent pouvoir bénéficier d'un projet de soins individuel formalisé, élaboré de manière pluridisciplinaire, défini avec eux et arrêtant des objectifs en vue de préparer une fin d'hospitalisation.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *La rédaction de projets de soins personnalisés engagée en 2022 se poursuit sur les différentes unités de psychiatrie. Les projets de soins personnalisés sont intégrés au dossier patient informatisé HM (Annexe 23). L'infirmière en Pratique Avancée en psychiatrie, après accord du patient pour son suivi, se fait le relais patient* ».

8.1.2 Activités occupationnelles et thérapeutiques, réhabilitation psychosociale

Les activités occupationnelles suivantes sont possibles en unité : lecture avec un « espace bibliothèque » aménagé depuis janvier 2023 au niveau de la cafétéria, où l'emprunt de livres est désormais aussi possible le jeudi matin ; jeux de société et de cartes ; billard (dans le patio central), babyfoot et jeu de fléchettes (dans l'unité Dali). Les soignants se rendent généralement disponibles pour prendre part à ces activités avec les patients. Les patients ont accès à la radio en chambre s'ils en disposent et à la télévision dans les salons dédiés en unités. Plusieurs patients disent tout de même s'ennuyer. Au sein de l'unité Dali, plusieurs auraient soumis il y a un temps une pétition demandant à ce que plus d'activités soient proposées.



Espace cafétéria

L'établissement est doté d'une unité de réhabilitation psycho-sociale (URPS) animée par deux infirmières (dont un art-thérapeute) et une éducatrice, qui intervient sur des accompagnements extérieurs utiles à l'évaluation des compétences et de l'autonomie des patients. Cette URPS ne

dispose pas de projet écrit en tant que tel mais s'attache à proposer et développer des activités en dehors des unités, accueillir des patients des différentes unités en même temps et avec une démarche récente, proactive, de sollicitation des patients (affichage du planning en unité, et passage hebdomadaire dans les unités avec possibilités pour les patients de se positionner, en sus des activités individuellement prescrites par les médecins, sous réserve de contre-indications médicales). Cette démarche doit être encore consolidée, sans toutefois donner lieu à une diminution parallèle de l'offre d'activités au sein même des différentes unités.



Salle commune dédiée à l'art-thérapie – psychiatrie adulte

Sont actuellement proposés par l'URPS, de manière hebdomadaire, des ateliers d'art-thérapie (peinture, dessin, etc.) dans une salle dédiée, de musique avec une musicienne du Conservatoire (écoute et initiation), de réveil musculaire/yoga (en collectif mais sur indication médicale) de même que des ateliers individuels de gestion du stress et des émotions. Sur l'extérieur, plusieurs patients participent toutes les semaines à une ferme d'animations éducatives (ferme de Woimbey, située à 30 minutes de Verdun). Des sorties à la piscine sont aussi organisées, en individuel ou à deux ou trois patients. L'URPS renseigne dans les dossiers-patients informatisés (DPI), le déroulement des ateliers et les observations faites dans ce cadre, qui peuvent aussi donner lieu à des échanges avec les médecins.

Les repas quotidiens partagés entre patients et soignants ont été supprimés depuis le début de la pandémie de Covid-19. Des repas thérapeutiques restent prévus en unité toutes les cinq à six semaines.

Le pôle de psychiatrie dispose d'un créneau réservé pour le gymnase du site Desandrouins, mais ni le pôle de psychiatrie ni le CH ne comptent a priori de psychomotricien ou d'éducateur sportif, ce qui était le cas par le passé. Des soignants peuvent tout de même y proposer ponctuellement des activités.

Ils le font également dans d'autres domaines, au niveau des unités (ex. jardinage, menuiserie), mais le circuit de validation des projets et de décaissement des fonds nécessaires à leur réalisation est excessivement lourd, ce qui tend à contraindre les initiatives (cf. recommandation § 2.2).

Les sorties de courte durée sont possibles et prévues par les livrets d'accueil. La plupart des patients en bénéficient, et peuvent dans ce cadre réaliser des achats ou se rendre en ville, mais la fréquence de ses sorties est aussi limitée par l'isolement social et familial de certains d'entre eux. Les proches peuvent être, dans ce cadre, sensibilisés au risque de fugue.

Certains patients souhaiteraient pouvoir sortir plus souvent. L'un d'entre eux, bénéficiant d'une seule sortie mensuelle de moins de 12 heures et hospitalisé depuis de nombreuses années dans l'établissement, a pu dire se sentir « *enfermé comme un animal* ».

RECOMMANDATION 32

Les possibilités de sortie et d'activités extérieures à l'établissement, notamment sportives et culturelles, à visée thérapeutique ou participant d'une démarche de réhabilitation psychosociale doivent être renforcées.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Les patients bénéficient de sorties extérieures diversifiées (Annexe 24a). Un projet psychoéducation visant à promouvoir, développer la psychoéducation dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale est engagé et piloté par l'IPA (Annexe 24b)* ».

8.1.3 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Neuf ETP de pharmacien et vingt ETP de préparateur en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures y compris médico-sociales, en charge de la formation d'internes et d'externes. L'équipe comporte également des agents administratifs et techniques.

Les médicaments arrivent dans les unités en dispensation hebdomadaire globalisée, les piluliers étant confectionnés par les IDE ; les dotations pharmaceutiques présentes dans les services sont contrôlées chaque année par un pharmacien et un préparateur.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions ; sur les trois derniers mois de 2022, 2 500 lignes de prescriptions ont ainsi été validées, générant 105 interventions ; toutes sont prises en compte et suivies par les prescripteurs, même si la traçabilité de ces prises en compte n'est assurée que pour 20 %.

Le pharmacien ne participe pas, en psychiatrie, aux réunions cliniques ni au développement de l'éducation thérapeutique en psychiatrie. La conciliation médicamenteuse et les entretiens pharmaceutiques ne sont pas encore effectifs en psychiatrie.

Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ont été récemment remis en place (fin 2022) et n'ont pas encore abordé les prescriptions de psychiatrie.

RECOMMANDATION 33

La pharmacie clinique doit être développée et faire partie intégrante de la prise en charge des patients de psychiatrie.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Le PMSP filière biologie/pharmacie/hygiène fait mention d'un axe sur la conciliation médicamenteuse. Un référent pharmacien est identifié sur le secteur de psychiatrie (Annexe 25)* ».

8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES A MINIMA

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des trois unités d'hospitalisation complète, par deux médecins généralistes ; un poste temps plein est actuellement vacant et un des deux médecins

effectue l'intérim sur ce poste à raison de trois demi-journées par semaine ; l'autre médecin est présent deux demi-journées par semaine.

Un médecin est ainsi présent tous les jours de la semaine dans toutes les unités afin d'examiner les patients admis et de voir en consultation les patients signalés par les soignants et psychiatres. Le médecin généraliste vient examiner également les patients placés en chambre d'isolement.

Néanmoins, le manque d'effectifs ne permet pas aux médecins généralistes d'assurer l'ensemble de leurs missions : ils ne participent pas aux réunions cliniques qui se tiennent de façon aléatoire, ne peuvent s'investir dans la préparation à la sortie, ils n'animent pas de réunion d'éducation à la santé.

Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et le cas échéant, propose sa mise en place. Il gère également l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés au sein du CH sur son site central. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée. Lors des hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), un infirmier de psychiatrie doit rester présent avec le patient hospitalisé s'il est en SSC, y compris la nuit. Aucun spécialiste ne se déplace sur le site ; seul un kinésithérapeute vient ponctuellement dans les services sur demande.

Concernant l'addictologie, l'établissement dispose d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et d'une unité en hospitalisation complète d'addictologie sur le site de Saint-Nicolas. Cependant, les soignants spécialisés ne se déplacent pas dans les locaux de psychiatrie et les soignants doivent les amener en consultation sur l'autre site, ce qui, entre les difficultés de transports (cf. recommandation 3.1.1) et le temps soignant nécessaire, freine l'accès à ces soins.

8.3 LA SORTIE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS EN SSC EST PREPAREE MAIS ELLE PATIT, S'AGISSANT DES PATIENTS AU LONG COURS, DU MANQUE DE MEDECINS ET DE STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

La durée moyenne de séjour à Cézanne, unité de SSC, est de trois ou quatre semaines. L'hospitalisation la plus ancienne (SPDTU), lors de la visite, datait du 13 décembre 2022. Les permissions de sortie de 12h accompagnées et de 48h non accompagnées sont demandées et obtenues sans difficultés suivant une procédure bien réglée. Les levées de SDRE ne posent pas plus de difficultés, dès lors que la motivation est étayée. Les programmes de soins (PDS) sont mis en place en sortie d'hospitalisation en SSC, les patients qui en bénéficient sont suivis exclusivement par les équipes soignantes en ambulatoire. Il n'y a pas de PDS avec hospitalisation partielle ou séquentielle.

Pour préparer les sorties, les équipes des unités de secteur s'articulent avec les équipes des CMP et s'appuient sur les évaluations et accompagnements proposés par l'URPS (cf. § 8.1.2). L'assistante de service social est mobilisée autant que de besoin. Les sorties donnent lieu principalement à des retours à domicile. Le retour dans le logement est accompagné par l'URPS en lien avec le CMP ou, s'il y a lieu, l'équipe mobile de psychogériatrie. Tout suivi ambulatoire est précédé d'une prise de rendez-vous avant la sortie. Si une présence d'infirmiers est assurée tous les jours ouvrés au CMP, le délai de rendez-vous avec un psychiatre est néanmoins de deux ou trois mois.

La situation est plus critique à Dali, unité de plus longs séjours. Comme indiqué *supra* (cf. § 8.1.1), les patients pâtissent des problématiques d'effectif médical et la construction de projets de soins

individualisés pour tous, posant des objectifs de sortie, fait défaut. Les perspectives de fins d'hospitalisation sont, en outre, grevées par le manque de structures d'aval.

Le secteur de l'hébergement social et médico-social est décrit, comme ailleurs, en crise, en « *situation d'embolie* », sans possibilité d'absorber à court ou moyen terme les demandes restées sans réponse depuis le moratoire du gouvernement sur le financement de places en établissements médico-sociaux belges pour les ressortissants français.

Le département ne comprend pas de structures médico-sociales (foyer, maison d'accueil spécialisée (MAS), etc.) spécifiquement orientées vers l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiatriques. Un partenariat lie l'hôpital à un foyer d'accueil spécialisé (FAS) aux Islettes ; toutefois, il tient surtout à l'organisation au service de séjours dits de « rupture » pour les résidents du FAS qui le nécessitent et, d'autre part, à l'accueil temporaire de patients au FAS pour évaluation de leur autonomie, mais uniquement en SL et sans garantie d'accueil en cas d'autonomie suffisante. En outre, il est fait état d'une frilosité importante des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'accueil de patients, en dépit du soutien de l'équipe mobile de psychogériatrie présente régulièrement pour assurer des suivis ou réaliser des évaluations à la demande des médecins. Lorsqu'une admission a pu être obtenue, les renvois sont de surcroît courants en cas d'expression trop importante des symptômes. Enfin, le département accorde de moins en moins de dérogations pour des intégrations d'EHPAD avant l'âge requis⁴ au titre d'une prise en charge par l'aide sociale. De fait, des hospitalisations sont maintenues, sans nécessité d'un point de vue médical, faute d'accès à l'accompagnement médico-social spécialisé dont les patients ont besoin à l'extérieur. Une dizaine de patients au long cours⁵ serait dans cette situation selon les propos recueillis, dont un patient oligophrène, souffrant d'un important handicap mental hospitalisé depuis plus de trente ans.

Par ailleurs, on note un mécanisme délétère de « *levée de parapluie* » concernant des patients en SDRE judiciaire, dont l'un présent depuis dix-huit ans : certificat médical identique d'un mois à l'autre ; pas de projet de soin individualisé, pas de questionnements de la CDSP, ni d'expertise complémentaire diligentée par le JLD. En l'état, les médecins n'osent pas, par crainte de voir leur responsabilité engagée, proposer la levée de la mesure, le collège se contentant de formuler son « absence d'objection ». La dynamique collective aboutit à une impasse propre à porter atteinte aux droits fondamentaux de la personne concernée.

Comme déjà indiqué, les avis du collège de soignants reprennent également très exactement les mêmes motivations que les certificats médicaux (cf. § 7.3.3). Ce constat, ajouté au fait qu'il n'est pas établi que le collège vient systématiquement rencontrer et recueillir l'avis des patients interroge sur l'effectivité de son rôle.

⁴ 60 ans si la personne est reconnue inapte au travail (taux d'incapacité reconnue par la MDPH de 80 %) ; 65 ans sinon.

⁵ Selon la définition de la DREES : Patients en hospitalisation complète de façon continue pendant plus de 292 jours.

RECOMMANDATION 34

Une réflexion sur le mode de prise en charge des patients hospitalisés au long cours doit impérativement être engagée afin de minimiser les effets délétères d'une telle situation et de conserver leurs chances de réintégration sociale.

Des conventions avec des structures médico-sociales (maisons d'accueil spécialisée, foyers d'accueil médicalisé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) doivent être élaborées en vue de lever les obstacles aux fins d'hospitalisation faute d'accompagnement médico-social adapté.

Le collège des professionnels de santé doit jouer pleinement son rôle, notamment en recueillant systématiquement l'avis des patients.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Les différentes conventions avec les structures du département ont été rédigées en 2021 et présentées lors de la visite (Foyer d'accueil spécialisé, CHRIS, association meusienne d'insertion, SIAO...) (Annexe 26) ».*

8.4 LES PRATIQUES ET DISPOSITIFS PERTINENTS POUR LE CONSENTEMENT AUX SOINS ET SA RECHERCHE SONT INSUFFISAMMENT INVESTIS

8.4.1 Projets de soins personnalisés / contrats de soins et accès au dossier médical

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement prévoit notamment au titre de ses objectifs généraux que « *le patient est informé et son implication est recherchée* ». Parmi les critères d'évaluation : « *le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins, la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc.* ». Il doit également être interrogé sur ses attentes et ses besoins spécifiques en termes d'inclusion sociale, et participer à la « co-construction » d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé « *intégrant notamment des objectifs de socialisation : accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité, aux services publics, aux activités culturelles et sportives, connaissance des groupes d'entraide mutuelle, etc.* ».

Les livrets d'accueil des unités de psychiatrie prévoient des contrats de soins thérapeutiques devant être établis à l'admission – par écrit (Dali) ou oralement (Cézanne). Ces contrats sont actuellement en place au sein de l'unité Cézanne, et contractualisés soit oralement avec le psychiatre, soit par écrit. Au sein de l'unité Dali en revanche, ces contrats font défaut, mais un travail était en cours d'initiation pour permettre la définition de projets de soins individualisés. Un calendrier a été arrêté en ce sens, prévoyant dès janvier 2023 l'organisation de synthèses tous les 15 jours (associant cadre, médecin, soignants, IPA, URPS) avec discussion à chaque fois d'un projet de soins personnalisé pour un patient, auquel il doit être associé dans un second temps. La désignation d'un infirmier référent pour chaque patient était également en cours.

Les modalités d'accès au dossier médical ne sont pas précisées dans les livrets d'accueil. Par ailleurs, il a été constaté que les certificats médicaux ne sont jamais remis aux patients (cf. § 3.3.2).

RECOMMANDATION 35

Les modalités d'accès au dossier médical doivent être précisées dans le livret d'accueil.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *Les modalités d'accès au dossier médical sont précisées dans le livret d'accueil de l'établissement qui est remis aux patients en même temps que le livret de l'unité (Annexe 27 : livret en page 16 et ses annexes en page 10)* ».

8.4.2 Participation du patient, éducation thérapeutique, et directives anticipées

L'avis du patient et ses observations peuvent être effectivement recueillis et tracés dans les dossiers médicaux mais, de fait, le temps médical réduit limite parfois les possibilités d'échanges substantiels autour de la prise en charge, en particulier à Dali (cf. § 8.1). Les médecins expliquent visiblement les traitements et les patients peuvent être encouragés à évoquer les effets secondaires et des échanges complémentaires peuvent avoir lieu avec l'équipe soignante, à l'occasion de la remise des traitements, notamment pour réexpliquer les modifications de traitement.

Aucun programme ni initiative d'éducation thérapeutique (ETP)⁶ ne sont actuellement mis en œuvre, à l'exception d'un atelier de gestion du stress et des émotions qui pourrait être considéré comme en relevant.

La note du CH relative à la gestion des droits et libertés du patient en pédopsychiatrie et psychiatrie générale (novembre 2022) prévoit pourtant que « *le patient peut bénéficier de séances d'éducation thérapeutique* » et le développement général de cet axe était prévu par le plan de soins partagé inclus dans le projet du GHT (2019-2023, p.153 et 157).

Une démarche était en cours pour définir des directives anticipées avec les patients. Un document de travail, partagé avec les contrôleurs (« *mon plan de prévention partagé* ») devait être finalisé par un groupe de travail courant janvier 2023 et constituer un support partagé permettant le repérage, avec chaque patient, d'indicateurs d'alerte, ou de ce qui est susceptible de l'aider à s'apaiser, à tolérer les traitements et à accepter l'hospitalisation.

RECOMMANDATION 36

Des directives anticipées doivent être effectivement établies à l'admission avec les patients. Les patients doivent également pouvoir bénéficier de programmes ou d'activités d'éducation thérapeutique au cours de leur hospitalisation.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *L'IPA élabore et réalise des programmes de psychoéducation (fiche de poste IPA : Annexe 28). Depuis la visite de la CGLPL, les Plans de Prévention Partagés continuent à être développés pour les patients (Annexe 29)* ».

8.4.3 Réunions patients-soignés, tiers et personnes de confiance

Les réunions patients-soignants n'ont plus cours depuis le début de la pandémie de Covid-19. Il n'existe ni dispositif de médiateurs pairs, ni lien avec un groupe d'entraide mutuelle (GEM) ou d'autres associations de patients⁷. Il a été fait d'état d'une volonté de développer les liens avec les associations de familles et de proches (ex. UNAFAM), y compris dans le cadre d'actions de sensibilisation extérieures à l'établissement.

RECOMMANDATION 37

Les réunions patients-soignants doivent être rétablies. La possibilité de développer le recours à la médiation par des pairs doit être étudiée, de même que celle de développer des liens avec des associations d'usagers (groupe d'entraide mutuelle ou autres).

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « *L'UNAFAM n'est pas présente dans le département. Cependant un travail est en cours avec l'UNAFAM pour organiser la Semaine d'information sur la Santé Mentale (SISM) en octobre 2023 sur le CHVSM (Annexe 30 : CR d'une des réunions de préparation). De plus, un groupe de travail a débuté en mars 2023 pour*

⁶ Voir notamment : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

⁷ Le projet médical partagé du GHT (2019-2023) recensait deux GEM en Haute Marne (un à Chaumont, un à Saint-Dizier et une antenne à Langres) et deux en Meuse, à Verdun et Ligny-en-Barroi (p. 133). Cf. également, s'agissant des GEM : Art. L.114-1-1 et L.114-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

mettre en place un comité de vie sociale au niveau de l'unité Dali hébergeant des patients chroniques (Annexe 31) ».

En l'état, des contacts avec les membres de famille disponibles sont actuellement maintenus et souvent développés en lien avec les projets de sortie des patients mais le dispositif de la personne de confiance est lui peu investi.

L'implication de la personne de confiance aux côtés du patient est visée par le PAQSS de l'établissement, notamment dans l'évaluation du bénéfice/risque dans le cadre des traitements ou en matière d'information en cas de restriction des libertés.

Les livrets d'accueil ne le présentent pas comme un droit mais indique « si votre état psychique le permet, il vous sera demandé de désigner une "personne de confiance" », sans davantage d'explication sur son rôle potentiel auprès du patient. Les professionnels ne semblent pas plus maîtriser le rôle potentiel qui revient à la personne de confiance.

Si les désignations sont effectivement formalisées, elle ne se traduisent pas par une association concrète des personnes désignées. Elles ne sont par exemple pas présentes dans le cadre des entretiens médicaux.

RECOMMANDATION 38

Les personnes de confiance désignées doivent être effectivement associées au parcours de soins et l'information des patients comme des soignants sur leur rôle doit être renforcée.

8.4.4 Consentement aux traitements

Des prescriptions en « si besoin » concernant des traitements injectables étaient encore effectives en 2022 mais ne sont plus constatées au moment du contrôle. Le logiciel de prescription comporte cependant un préenregistrement automatique « *si refus de traitement per os* » ou « *si agitation* ».

Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES NE POSE PAS DE DIFFICULTE, EN DEHORS DU MANQUE DE SOLUTION D'AVAL

Des patients de plus de soixante ans sont hospitalisés dans chacune des unités : le plus âgé à Dali à 68 ans, à Cézanne 91 ans. Les équipes disposent du matériel adapté – lits anti-escarre, déambulateur, fauteuil roulant, protections pour adulte, etc. – avec possibilité de faire appel à l'hôpital central en cas de besoins particuliers.

La présence de l'équipe mobile de psychogériatrie (3 IDE, 2,5 ETP) sur site est un atout pour faciliter les transmissions en cas d'accueil de patients suivis puis, s'il y a lieu, les retours à domicile ou le cas échéant les admissions en EHPAD en sorties d'hospitalisation. Toutefois, comme indiqué supra (cf. § 8.3), le principal écueil en cas de perte d'autonomie est l'intégration de structures adaptées. Les EHPAD font preuve d'une certaine frilosité vis-à-vis des problématiques psychiatriques et les places manquent, surtout au titre de l'aide sociale.

9.2 LES MINEURS SONT PRIS EN CHARGE PAR UNE EQUIPE ATTENTIVE A LEURS BESOINS MAIS ILS SONT HEBERGES DANS DES LOCAUX INDIGNES ET SANS ACCES A UN PEDOPSYCHIATRE

9.2.1 L'organisation générale

Le service de psychiatrie comprend une unité spécifique pour les mineurs, l'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHA), ouverte depuis le 23 avril 2012. Cette structure a une vocation départementale et dispose d'une capacité de huit places d'hospitalisation complète et de deux places d'hôpital de jour, destinées à des enfants de 12 à 18 ans.

Le dispositif ambulatoire du secteur de pédopsychiatrie est constitué de deux CMP (un destiné à la petite enfance, l'autre à l'enfance et l'adolescence), d'une antenne à Stenay. Une équipe mobile existe mais ne bénéficie plus de psychologue depuis un an et demi ce qui est identifié comme un manque car ce professionnel intervenait dans les collèges et les lycées, en prévention.

Un projet médical et paramédical définit l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'UHA et de l'hôpital de jour. Toutes les hospitalisations sont programmées suite à une consultation de préadmission par le médecin de l'UHA. L'objectif est d'obtenir le consentement de l'adolescent et de ses parents et de créer une alliance thérapeutique. Les adolescents peuvent être orientés après avis d'un pédopsychiatre du département ou par le service de pédopsychiatrie d'urgence et de crise (SPPUC). Les adolescents accueillis aux urgences sont orientés vers le service de pédiatrie et sont vus en consultation par un médecin responsable du SPPUC. Toute hospitalisation fait l'objet d'un contrat de soins qui fixe les modalités de prise en charge et d'interruption des soins. A l'arrivée, l'équipe remet aux adolescents un livret d'accueil. Ce dernier pourrait être plus pédagogique et adapté à un public adolescent.

9.2.2 Les ressources humaines

L'UHA dispose d'une équipe complète et pluridisciplinaire qui comprend un équivalent temps plein (ETP) de cadre, 15 ETP d'IDE, deux ETP d'AS, un ETP d'éducateur, un ETP de psychologue, 0,5 ETP de secrétaire médicale, un agent de service hospitalier est présent tous les jours du lundi au vendredi. La présence d'AS est relativement nouvelle, le service ne bénéficiait auparavant que d'IDE et cette présence majoritaire doit être maintenue. L'organisation du service prévoit la

présence de trois soignants le matin, trois l'après-midi et un soignant de journée. Deux soignants interviennent de nuit, il n'y a pas d'équipe dédiée.

Quatre enseignants dispensent des cours au sein de l'UHA. Ils ne bénéficient d'aucune dispense de la part de leur administration et sont payés en heures supplémentaires.

Au niveau médical, un médecin généraliste intervient à 50 % depuis l'ouverture de l'unité en 2012. Les mineurs ne sont donc pas vus par des pédopsychiatres. Les soins somatiques sont assurés au CH soit via le service des urgences, soit par le service de pédiatrie de l'hôpital, ce qui est parfois lourd pour des affections peu sévères.

RECOMMANDATION 39

Une unité de pédopsychiatrie doit être animée au quotidien par un médecin titulaire du diplôme de pédopsychiatrie qui doit rester seul responsable de tous les soins prescrits.

Des transmissions ont lieu plusieurs fois par jour entre les équipes ; un staff a lieu avec le médecin deux fois par semaine et une synthèse hebdomadaire est également organisée en présence des partenaires.

L'équipe bénéficie d'une supervision par un intervenant extérieur tous les deux mois.

9.2.3 L'activité et le profil des mineurs accueillis

La file active des mineurs hospitalisés à temps plein est passé de 44 en 2021 à 58 en 2022. Sur la même période, la durée moyenne de séjour a diminué de 21,3 à 7,8 jours selon les données communiquées.

Les mineurs accueillis sont généralement des filles de 14/15 ans (au jour du contrôle, sept filles étaient prises en charge, de 14 à 17 ans). Ils sont principalement hospitalisés à la demande des titulaires de l'autorité parentale, plus rarement par une ordonnance de placement provisoire. Depuis un an et demi, les profils accueillis sont plus calmes (un mineur autiste est resté deux ans dans le service ; très violent il devait être hospitalisé dans la chambre d'isolement) et présentent des pathologies en lien avec les addictions aux écrans ou à la phobie scolaire. Environ 30 % des situations sont complexes et concernent principalement les jeunes suivis par l'aide sociale à l'enfance avec laquelle les liens sont complexes. Au jour de la visite, une jeune fille était toujours hospitalisée faute de solutions dégagées par l'aide sociale à l'enfance (ASE) depuis trois mois.

RECOMMANDATION 40

Des réunions avec l'ensemble des acteurs concernés doivent se tenir afin de lever les difficultés avec le service d'aide sociale à l'enfance et éviter que des enfants se trouvent hospitalisés pour la seule raison d'absence de solutions de sortie.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Ces réunions existent avec les établissements médico-sociaux impliqués dans le parcours de vie, l'ARS et la MDPH (GOS : groupe opérationnel de synthèse). Elles sont à l'initiative de chacun de ses participants, sous la coordination de la MDPH (Annexe 32) ».

9.2.1 La prise en charge des mineurs hospitalisés en psychiatrie

a) Les locaux

L'UHA occupe le deuxième étage d'un immeuble situé non loin du CH, sur le site de Saint-Nicolas. La configuration du bâtiment est particulièrement inadaptée à la prise en charge de mineurs : le service est en étage et ne dispose, pour seul extérieur, que d'une terrasse qui ressemble à un bocal en raison des panneaux de verre qui ont été apposés au titre de la sécurité.



La terrasse de l'UHA

Les locaux sont particulièrement vétustes. Surtout, ils sont très dégradés et témoignent d'un manque cruel d'entretien : tous les plafonds présentent des traces de dégradations, des trous et certaines plaques sont manquantes, il y a également des traces d'humidité et des trous dans les murs, ce depuis des années. Cette image contraste avec le CMP situé en dessous qui a été entièrement réhabilité. Les contrôleurs ne peuvent être qu'interpellés par l'image ainsi renvoyée aux enfants qui sont censés être hébergés dans un bâtiment de soin et aux conditions dans lesquelles les professionnels travaillent.



Traces de trous dans le plafond



Murs sales



Portes dégradées

Trou dans le mur



Traces de moisissures au plafond

Dalle de plafond manquante

Selon les propos recueillis, le plancher d'un bureau aurait été renforcé à l'aide d'une plaque pour éviter que quelqu'un ne passe à travers.

Toutes les fenêtres sont opacifiées en partie afin de protéger l'intimité des mineurs, les locaux étant situés dans la ville. Ce dispositif ne permet aucune visibilité sur l'extérieur et assombrit toutes les pièces, les jeunes essaient d'ailleurs de les gratter pour pouvoir voir à l'extérieur. Les fenêtres sont, par ailleurs, fermées à clé, les jeunes ne peuvent pas les ouvrir eux-mêmes.



Fenêtre d'une des chambres

Les locaux comprennent un espace jour et un espace nuit (fermé de 10h00 à 17h30 sauf entre 13h00 et 15h00). Dans l'espace nuit, on trouve, entre autres, un salon TV exigu, assez lugubre, avec ses trous aux plafonds et sa fenêtre opacifiée, une chambre dite d'apaisement qui comprend en fait un sac de frappe, une salle de balnéothérapie, une buanderie, un vestiaire de secours, les chambres des adolescents qui elles-aussi sont mal entretenues (tapisserie arrachée, trous dans le mur, etc.).



Salon TV



Chambre dite d'« apaisement »

Les locaux sont très mal insonorisés et les adolescents ont indiqué que cela les gênait beaucoup en particulier pour dormir le soir. L'étage supérieur est occupé par des internes.

Les chambres (six simples, une double) ne disposent pas de verrous de confort. Le mobilier n'est pas adapté selon les soignants (bien que certains aient été remplacés récemment) car des jeunes pourraient s'y blesser mais malgré leurs demandes, aucune modification n'est intervenue.



Chambre de mineur



Tapiserie arrachée

Les locaux sont mal isolés et il y fait très chaud en été. Leur nettoyage est assuré tous les jours par un agent de service hospitalier.

Les douches ne comprennent pas de patères, les enfants sont obligés de mettre leurs affaires par terre et l'eau est difficile à régler, dans l'une il y a une forte odeur d'humidité.

Un projet architectural vise à déplacer l'UHA dans les locaux actuels de l'hémodialyse, toutefois, au jour du contrôle, ce projet n'était pas programmé (cf. recommandation § 2.2).

RECOMMANDATION 41

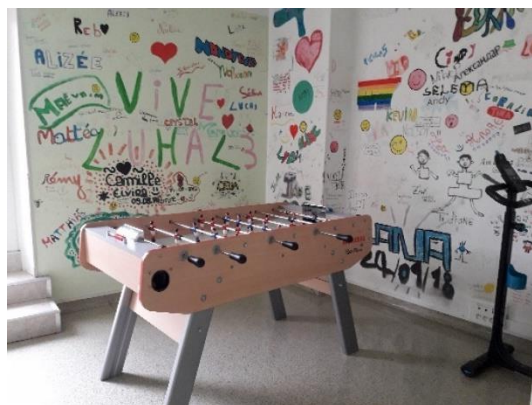
Dans l'attente de la construction d'un nouveau bâtiment, qui est urgente, des réparations immédiates et des aménagements (mobilier adapté, verrous de confort notamment) doivent être effectués dans l'unité d'hospitalisation pour les adolescents.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « Une ligne budgétaire du PPI (Annexe 33) sera allouée à la pédopsychiatrie afin de permettre de financer un entretien régulier du bâtiment. Ce PPI sera finalisé fin septembre et présenté aux instances d'octobre 2023 ».

Les locaux comprennent aussi toutes les autres salles nécessaires à l'activité : bureaux des soignants, salles d'activité, salle à manger.



Salle à manger



Salle de billard

b) Le quotidien

Les repas, servis aux horaires d'usage, ainsi que le goûter, sont plutôt appréciés des jeunes interrogés, « *c'est bon* » ont dit certains. Un repas thérapeutique et un goûter thérapeutique sont organisés toutes les semaines.

Des cours scolaires sont dispensées sur place par des enseignants et ont trait au français, aux mathématiques, à l'histoire-géographie et à la musique (une fois par semaine), étant précisé que la majorité des jeunes est scolarisée à l'extérieur.

Plusieurs activités sont organisées (estime de soi, émotions, sport, etc.) ainsi que des sorties extérieures (cinéma, ferme pédagogique, randonnées, gymnase deux fois par semaine, shiatsu). Les jeunes ont également accès à une bibliothèque et à un baby-foot.

Un temps de repos en chambre est prévu de 13h00 à 15h00 mais certains adolescents le trouvent trop long voire oppressant.

Les jeunes sont réunis une fois par semaine, l'objectif étant de recueillir leurs avis pour améliorer le quotidien.

c) Les restrictions de droits

La demande des titulaires de l'autorité parentale d'hospitaliser leur enfant est systématiquement recueillie ainsi que toutes les autorisations nécessaires. Après observation des contrôleurs, les professionnels ont modifié lors de la visite leur formulaire pour qu'apparaisse clairement qu'il s'agit d'une demande d'hospitalisation de leur enfant dans un service de psychiatrie. Les jeunes ont la possibilité d'appeler leurs parents via le téléphone du service de 17h30 à 21h00.

Le téléphone portable est systématiquement retiré. La plupart des jeunes le déplorent indiquant que ça leur manque beaucoup de ne plus avoir de contacts avec leurs amis ou leurs petits-copains, d'autant que ce téléphone est enlevé « *du jour au lendemain* ». Les professionnels ainsi que le médecin ont convenu, lors de la discussion avec les contrôleurs, qu'une utilisation du téléphone portable, dans un cadre défini (interdiction de prendre des photos des autres jeunes et des professionnels et de les envoyer, rappel des interdictions légales sur la consultation de certains sites) et sur des horaires précis, était souhaitable.

RECOMMANDATION 42

Le téléphone portable ne peut être retiré à tous les mineurs de façon générale et absolue. Le principe doit être son utilisation, en lien avec les consignes des titulaires de l'autorité

parentale, dans un cadre défini et sur des temps spécifiques permettant ainsi aux soignants d'accompagner les enfants dans l'utilisation de cet outil (numérique, réseaux sociaux).

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « A l'UHA, un protocole de "mise à disposition du téléphone portable à l'UHA" a été rédigé. Les restrictions sont faites uniquement sur prescription médicale (Annexe 16) ».

9.2.1 Les pratiques d'isolement et de contention

Comme indiqué *supra*, l'UHA dispose d'une chambre d'isolement qui ne comporte pas tous les équipements nécessaires (cf. recommandation § 6.1). L'analyse des isolements des mineurs montre un seul isolement de 10 heures en 2022. Les soignants ont confirmé que les isolements de mineurs étaient exceptionnels. Les contrôleurs saluent cette pratique et rappellent, à toutes fins utiles, qu'un mineur hospitalisé à la demande de ses parents n'est pas placé sous le régime juridique des soins sans consentement qui, seul, permet de le placer en isolement. De plus, l'UHA ne dispose pas d'un véritable espace d'apaisement qui serait pourtant utile pour éviter au maximum le recours à la chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 43

L'unité d'hospitalisation pour adolescents doit se doter d'un espace d'apaisement.

Dans ses observations du 6 juin 2023, le directeur délégué du CH indique : « L'espace d'apaisement existe (voir rapport photo page 66) nous avons réceptionné du nouveau matériel depuis la visite CGLPL (Annexe 34). Il va être installé ».

9.3 LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACÉES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET TOTALEMENT RESTREINTES DANS L'EXERCICE DE LEURS DROITS

Le CH de Verdun a signé un protocole cadre le 29 novembre 2016 avec le centre de détention (CD) de Montmédy valable pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2017. Il apparaît ainsi que si en pratique le CH de Verdun et le CD de Montmédy continuent de mettre en œuvre cet accord, il doit être relevé que celui-ci n'est plus valide depuis le 1^{er} septembre 2020 et doit être renouvelé par un avenant ou par la signature d'un nouveau protocole cadre.

En 2022, le CH de Verdun a pris en charge un nombre relativement peu élevé de patients, puisque ce sont seulement quatre personnes détenues en provenance du CD de Montmédy au cours de l'année 2022 qui ont été hospitalisés pour des séjours courts allant de 24 à 72 heures maximum. S'agissant de leur prise en charge, les patients détenus sont systématiquement transportés par une équipe soignante en véhicule sanitaire sous contention et sédation, et ce quels que soient les signes cliniques et le comportement de la personne. Lors de la visite, les personnels soignants ont évoqué à cet égard un sentiment d'insécurité en raison de l'absence d'escorte et de la durée du trajet, environ une heure, entre les deux établissements. Il doit cependant être relevé qu'aucun incident de sécurité n'a été rapporté au cours des dernières années.

A leur arrivée, les patients sont systématiquement placés en chambre d'isolement au sein de l'unité fermée Cézanne et y sont maintenus tout au long de leur séjour sans que leur état clinique ne soit pris en compte.

Au cours de leur séjour, les patients restent enfermés dans la chambre d'isolement sans avoir aucun accès à l'extérieur. Ils ne sont d'ailleurs pas autorisés à fumer et ne se voient proposer que

des patchs de nicotine en substitution. Par ailleurs, les patients détenus n'ont accès à aucune source de divertissement et n'ont pas la possibilité d'emporter d'effets personnels avec eux.

En outre, les patients détenus se voient privés systématiquement de toute communication avec l'extérieur, qu'il s'agisse de recevoir les visites de leurs proches ou de leur avocat ou même de communiquer avec ces derniers par téléphone, et ce quel que soit leur statut pénal et même si ces visiteurs sont titulaires de permis de visite. Au surplus, l'établissement n'offre aux patients détenus aucune possibilité de recevoir ou d'envoyer du courrier, ce qui est en totale contradiction avec les dispositions de l'article L. 345-1 du code pénitentiaire.

Eu égard à l'ensemble de ces constats, le CGLPL renvoie à son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé⁸ ainsi qu'à son avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux⁹.

Aux termes de ces avis, le CGLPL considère que les patients détenus ne devraient pas être systématiquement placés sous contention lors de leur transport, une telle mesure ne devant être mise en œuvre que sur prescription médicale et en raison du comportement de l'intéressé, jamais en raison de son statut. De telles mesures de contrainte, décidées en l'absence de toute indication thérapeutique, doivent être regardées comme portant atteinte à la dignité de la personne. Aussi, Le CGLPL estime qu'il convient d'envisager toute mesure utile pour qu'une personne détenue placée en unité hospitalière ne subisse pas de restriction de ses droits, en veillant notamment à assurer la continuité de sa situation administrative et à doter les unités hospitalières des moyens et infrastructures adaptés (parloirs, téléphone, activités, cantine, etc.). Enfin, le CGLPL recommande la rédaction de protocoles relatifs aux modalités d'organisation des relations avec l'extérieur pour les patients détenus.

RECOMMANDATION 44

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas induire par principe sa contention et sa sédation systématique pendant le transport, puis son isolement pendant le séjour.

Un patient détenu doit bénéficier tout long de son séjour des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins sans consentement. Les restrictions doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.

Le protocole cadre entre le centre hospitalier et le centre de détention, qui n'est plus valide, doit être actualisé et traiter des modalités spécifiques de transport, des conditions de séjour et des droits des patients détenus au sein du CH de Verdun.

⁸ CGLPL, [Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé](#), JORF, 16 juillet 2015.

⁹ CGLPL, [Avis du 19 octobre relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux](#), JORF, 22 novembre 2019.

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