

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

11 au 14 septembre 2023 – 1^{ère} visite

Services de psychiatrie
d'Hayange au centre hospitalier
régional de Metz-Thionville

(Moselle)



SYNTHESE

Du 11 au 14 septembre 2023, trois contrôleurs ont effectué une visite des unités d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie du centre hospitalier (CH) d'Hayange (Moselle), rattaché au centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville (Moselle). La visite a été annoncée.

Le CHR prend en charge les soins en santé mentale de la population du bassin Thionvillois, répartie dans deux secteurs de psychiatrie pour adultes (57G16 et 57G17) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'hospitalisation complète des patients adultes en soins libres et en soins sans consentement exclusivement sur décision du directeur d'établissement s'effectue au CH d'Hayange, distant d'une dizaine de kilomètres de Thionville. Les adultes hospitalisés sur décision du représentant de l'État sont systématiquement orientés au centre hospitalier spécialisé de Jury-lès-Metz (Moselle) et les patients mineurs sont hospitalisés dans une clinique, laquelle peut aussi accueillir jusqu'à quinze patients adultes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

L'activité de psychiatrie est rattachée au pôle 7 intitulé « urgences et santé mentale » depuis l'année 2021. Elle dispose d'unités extrahospitalières réparties sur son territoire, d'un centre d'accueil de crise (CAC) et d'un service de psychiatrie d'urgence et de liaison (SPUL) formant le service spécialisé CAC-SPUL au CH Bel-Air à Thionville, de trois unités d'hospitalisation à temps complet implantées depuis 2014 à Hayange dans un bâtiment ancien rénové également occupé par des services de médecine somatique :

- l'unité de psychiatrie ouverte (UPO), de 21 lits, qui est en réalité un service fermé, prévue pour les patients du secteur 57G17 en SL et en SSC ;
- l'unité de psychiatrie protégée (UPP), de 11 lits, fermée, prévue pour ceux des deux secteurs en SSC ;
- l'unité psychiatrique de réhabilitation (UPR), de 12 lits, ouverte, prévue pour ceux du secteur 57G16 en SL.

L'UPP et l'UPR, placées sous la référence du même psychiatre et de la même équipe de soignants, constituent une unique unité fonctionnelle hospitalière dénommée couramment UPPR.

La prise en charge est fortement marquée par la pénurie médicale – un psychiatre senior et un psychiatre associé seulement, pour les deux unités, lors de la visite – et le turn-over des infirmiers et aides-soignants après une période de vacance de postes, ce qui ne permet pas de former les soignants à la hauteur des besoins. La bonne facture du *livret d'accompagnement à la prise de poste en psychiatrie* ne compense pas le déficit de formation initiale et continue, l'absence d'étayage et d'analyse des pratiques professionnelles, l'absence d'interrogation éthique dans le cadre d'un comité d'éthique par exemple. Cela entraîne des différences dans les soins prodigués à l'UPO et à l'UPPR et la recherche insuffisante du consentement du patient aux soins. Les soignants sont aussi peu préparés aux situations de violence, recourant en pareil cas à la présence trop active d'un agent de sécurité d'une entreprise privée.

L'investissement d'une ergothérapeute dans les soins est toutefois appréciable, de même que l'appui d'assistantes de service social employées par l'hôpital. Les soins somatiques sont, eux, accessibles sans difficulté.

La durée moyenne de séjour a augmenté d'environ quatre jours dans chacune des deux unités entre 2021 et 2022. La part des patients hospitalisées en soins sans consentement (40,9 % lors de la visite, 57,6 % en 2022) est deux fois supérieure à la moyenne nationale de 2021, avec un

recours important à la procédure dérogatoire des soins psychiatriques en péril imminent en raison de la difficulté à faire intervenir un psychiatre non rattaché à l'établissement.

L'établissement se heurte à un phénomène de suroccupation des lits qu'il ne parvient pas à résoudre malgré le dispositif du CAC-SPUL installé en amont de l'hospitalisation au CH Bel-Air. Les patients commencent à attendre au CH Bel-Air, parfois sous contention mécanique sur un brancard disposé à la vue de tous au service d'accueil d'urgence. Lors de la visite des unités de psychiatrie du CH d'Hayange, les lits étaient occupés à 100 %. Les chambres d'isolement sont parfois réquisitionnées pour admettre en urgence un patient surnuméraire, qu'il soit admis en SL ou en SSC. Dans tous les cas, la porte de la chambre d'isolement est fermée, conformément à l'usage qui en serait fait dans le cadre d'une mesure d'isolement.

Les chambres d'isolement, réparties deux par deux à l'UPO et à l'UPP, sont considérées à l'UPO comme des chambres d'apaisement, à tort. Leur équipement et leur conception ne respectent pas l'intimité et la dignité du patient en l'absence de dispositif d'appel aux soignants, d'accès direct à l'eau potable, à une chasse d'eau et à la lumière, de draps, d'assises pour le patient et le soignant. La politique de moindre recours à l'isolement et à la contention n'est pas formalisée, même si la contention est rare et que la possibilité d'user d'alternatives est valorisée.

La dignité des patients est aussi atteinte dès lors qu'ils sont placés en permanence sous vidéosurveillance dans les chambres du CAC et dans les chambres d'isolement d'Hayange.

Les atteintes à la liberté d'aller et venir concernent les patients en SL hospitalisés à l'UPO, qui ne bénéficient d'aucune autonomie en raison de la fermeture de la porte.

Parallèlement, les contrôleurs ont relevé des conditions matérielles de séjour satisfaisantes et un faible nombre de restrictions individuelles dans la vie quotidienne.

L'attention portée par les professionnels de toutes catégories, exerçant à Hayange, à Thionville ou à Metz à la mission de contrôle et les réponses apportées au rapport provisoire dans le cadre de la procédure contradictoire laissent percevoir la possibilité d'évolutions favorables.

SOMMAIRE

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

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.

SYNTHESE	2
SOMMAIRE	4
RAPPORT	8
1. CONDITIONS DE LA VISITE	8
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1. Les unités d'hospitalisation sont implantées en dehors des secteurs couverts	9
2.2. La double problématique de la pénurie médicale et de la rotation du personnel infirmier est aggravée par un manque de formation	11
Bonne pratique 1	13
Le livret d'accompagnement à la prise de poste remis aux professionnels arrivant dans le service a un contenu concret particulièrement lisible s'agissant des principales spécificités de la prise en charge de patients en soins sans consentement.	
Recommandation 1	13
L'établissement doit garantir la présence de soignants formés aux droits des patients et aux spécificités de la psychiatrie – parmi lesquelles celle liée au cadre juridique des soins sans consentement – et s'assurer qu'ils peuvent bénéficier d'une supervision de leurs pratiques.	
2.3. L'analyse des événements indésirables est trop succincte pour avoir des effets positifs sur les conditions d'hospitalisation	14
Recommandation 2	15
Les faits de violence doivent faire l'objet d'une analyse pluridisciplinaire pour faciliter leur résolution et en prévenir la réitération par la mise en œuvre d'un plan d'actions adapté.	
2.4. Le comité d'éthique ne s'empare pas des sujets concernant la psychiatrie	15
Recommandation 3	16
Le comité d'éthique de l'établissement doit être saisi de toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux des patients pris en charge pour des soins en santé mentale.	
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	17
3.1. Aux urgences, l'intimité et la dignité des patients sont mis à mal par des contentions à la vue de tous et de la vidéosurveillance dans les chambres	17
Recommandation 4	17
Il est attentatoire à la dignité du patient d'être exposé à la vue de tous lorsqu'il est contentonné sur un brancard.	

3.2. Des admissions se font en chambre d'isolement sans indication clinique et les patients en soins sans consentement sont deux fois plus nombreux que la moyenne nationale.	19
Recommandation 5	20
Les réquisitions de chambres d'isolement pour y héberger, porte fermée, faute de lits disponibles, des patients arrivants ne nécessitant pas une mesure d'isolement sont attentatoires aux droits fondamentaux de ces patients et doivent cesser.	
Recommandation 6	21
Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins psychiatriques en péril imminent et les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.	
3.3. Les informations portées à la connaissance des patients sont variables.....	21
Recommandation 7	22
En cas de mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, l'identité du tiers doit être communiquée au patient dès que la décision du directeur de l'établissement est portée à sa connaissance. Cette dernière doit la mentionner.	
Recommandation 8	22
Les certificats médicaux motivant les décisions de soins sans consentement doivent être remis aux patients, de même que ces derniers doivent recevoir un exemplaire de tous les documents qui leur sont notifiés.	
4. LES CONDITIONS DE VIE	24
4.1. Les conditions hôtelières sont globalement satisfaisantes mais ne permettent pas au patient de protéger son intimité	24
Recommandation 9	26
Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au patient de les fermer de l'intérieur comme de l'extérieur, afin qu'il puisse se protéger et protéger ses biens.	
Recommandation 10	26
Les corridors permettant d'accéder aux jardins des UPO et UPP doivent être rénovés et entretenus régulièrement.	
4.2. Les biens du patient sont inventoriés de manière contradictoire à l'entrée et à la sortie	28
Recommandation 11	28
Dès lors que les biens de valeur et les documents d'identité ne sont pas laissés à disposition des patients, ils doivent être stockés dans un lieu sécurisé.	
4.3. Les conditions de prise des repas en font un moment d'agitation	29
Recommandation 12	29
Les modalités de prise des repas doivent être revues afin qu'ils deviennent un moment agréable : les patients doivent être informés des menus à l'avance ; le petit-déjeuner doit être servi à un horaire moins fixe de façon à préserver le sommeil ; les déjeuner et dîner doivent être servis plus tard pour se rapprocher des horaires d'usage et ne pas imposer une durée de jeûne supérieure à douze heures.	
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	31
5.1. Des patients en soins libres sont enfermés et d'autres sont soumis à des caméras de surveillance dans leur chambre	31

	Recommandation 13	31
	Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service.	
	Recommandation 14	32
	La vidéosurveillance à l'intérieur des chambres porte gravement atteinte à la dignité des patients et ne peut être justifiée par des considérations sécuritaires. Elle doit être proscrite.	
5.2.	Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses et individualisées.....	33
5.3.	Les liens du patient avec l'extérieur sont encouragés en autonomie.....	33
5.4.	L'accès au vote est organisé et les rares demandes d'accès au culte sont satisfaites.	34
5.5.	La vie affective et sexuelle des patients n'est pas niée mais est parfois subie.....	34
6.	LES SOINS	36
6.1.	Les unités d'hospitalisation diffèrent dans leur offre de soins psychiatriques.....	36
	Recommandation 15	37
	Il convient de revoir le mode de délivrance des traitements qui ne respecte pas la confidentialité des soins.	
6.2.	La prise en charge somatique est réelle.....	37
6.3.	Les modalités de recherche du consentement aux soins sont très peu développées et des injections « si besoin » sont prescrites.....	38
	Recommandation 16	39
	Les injections de traitements psychotropes non consenties par le patient ne peuvent être exécutées qu'en présence d'un médecin qui aura préalablement recherché le consentement et décidé, en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie est toujours nécessaire et de dernier recours.	
6.4.	Les permissions de sortie sont facilitées.....	39
7.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	41
7.1.	Les chambres d'isolement, insuffisamment équipées, ne respectent pas la dignité et l'intimité du patient.....	41
	Recommandation 17	42
	La dénomination des « chambres d'apaisement » de l'UPO pour désigner des espaces dédiés à l'isolement doit cesser. Les quatre chambres d'isolement doivent être dotées d'un dispositif d'appel aux soignants, d'un accès à l'eau potable, de draps, d'assises pour le patient et les soignants. Les commandes de l'eau, de la chasse d'eau, de la lumière, doivent être accessibles au patient.	
	La vidéosurveillance des chambres d'isolement et la vue sur les toilettes à partir du fenestron du sas sont attentatoires à la dignité et à l'intimité du patient. Il doit y être mis fin.	
7.2.	Des agents de sécurité interviennent fréquemment en première ligne auprès des patients placés en chambre d'isolement.....	42
	Recommandation 18	43
	Dans une situation d'isolement d'un patient, le personnel de sécurité ne doit pas intervenir en auxiliaire dans la gestion des soins. Ils ne doivent en aucun cas intervenir physiquement auprès d'un patient, ni au sein de la chambre d'isolement.	
7.3.	Si le registre de l'isolement et de la contention est tenu, aucune politique de réduction du recours à l'isolement n'est portée par l'établissement.....	44

Recommandation 19.....	45
L'établissement doit élaborer une politique de réduction du recours à l'isolement et soutenir les professionnels des unités de psychiatrie vers des pratiques alternatives.	
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	46
8.1. Le registre de la loi n'est pas à jour et est incomplet.....	46
Recommandation 20.....	46
Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit être à jour et comporter tous les documents concernant la mesure.	
Recommandation 21.....	46
Les décisions d'admission en soins sans consentement prises par le directeur doivent l'être en temps réel et ne peuvent être antidatées.	
8.2. La commission départementale des soins psychiatriques exerce son contrôle une fois par an et le regard des représentants des usagers ne se porte pas vers la psychiatrie ..	47
8.3. Le contrôle du juge investit tant les mesures de soins sans consentement que les mesures d'isolement et de contention	47
Bonne pratique 2	48
Afin d'augmenter la fréquence de la présence des tiers à l'audience, le greffe du juge des libertés et de la détention cherche à les joindre par messagerie électronique.	

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, chef de mission ;
- Annie Cadenel ;
- Jean-Christophe Hanché.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), trois contrôleurs ont effectué du 11 au 14 septembre 2023 une visite des unités d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie du centre hospitalier (CH) d'Hayange (Moselle), rattaché au centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville (Moselle).

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement, 51 rue de Wendel, le 11 septembre à 13h00. Ils l'ont quitté le 14 septembre à 16h00. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction.

Les contrôleurs ont été accueillis par le directeur adjoint à la directrice des affaires générales, juridiques et qualité, la responsable des affaires juridiques, la directrice déléguée à la psychiatrie pour le territoire Lorraine-Nord, le chef du pôle urgences et santé mentale, le chef d'un des deux services de psychiatrie, le cadre supérieur du pôle et la cadre apprenante du service.

Une salle de travail et les documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs se sont rendus au service d'accueil des urgences (SAU) de Thionville. Ils ont rencontré le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire de Thionville. Un entretien téléphonique a été organisé avec une représentante des usagers.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 14 septembre, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation ainsi que le chef du service des urgences psychiatriques.

Un rapport provisoire a été adressé le 7 décembre 2023 à la préfecture de la Moselle, aux chefs de la juridiction de Thionville, au directeur de l'ARS Grand-Est ainsi qu'au directeur général du CHR. Seule la direction générale du CHR a communiqué en retour des observations, le 17 janvier 2024, en soulignant l'attention particulière qui a été apportée à leur élaboration à l'issue d'une « *analyse de la situation pour chacune des recommandations* » et d'une « *concertation entre les différentes directions concernées/impliquées en lien avec les services de psychiatrie* ». Ces observations ont été intégrées au présent rapport dans une police spécifique.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1. LES UNITES D'HOSPITALISATION SONT IMPLANTEES EN DEHORS DES SECTEURS COUVERTS

Le centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville est chargé de la prise en charge en santé mentale de la population du bassin Thionvillois, répartie dans deux secteurs de psychiatrie pour adultes (57G16 et 57G17) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Le centre hospitalier (CH) d'Hayange est un de ses nombreux sites¹.

Le CHR est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Lorraine-Nord, dans lequel quatre autres membres dispensent des soins en psychiatrie : le CH de Briey² (Meurthe-et-Moselle), l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Legouest à Metz, les centres hospitaliers spécialisés (CHS) de Jury-lès-Metz et Lorquin (Moselle). En lien étroit avec l'agence régionale de santé (ARS) Grand-Est, une direction déléguée à la psychiatrie a été créée en 2021 au sein du CHR pour réorganiser cette prise en charge à l'échelle du territoire Lorraine Nord. Le débat est ancien.

Le CH d'Hayange est exclusivement habilité à l'hospitalisation complète de patients en soins libres (SL) et de patients en soins sans consentement (SSC) sur décision du directeur d'établissement (SDDE), que ces soins revêtent le cadre de la demande d'un tiers (SPDT, y compris selon la procédure de l'urgence – SPDTU) ou du péril imminent (SPPI). Les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'État sont systématiquement orientés au CHS de Jury-lès-Metz.

Une clinique, située à Thionville, peut accueillir depuis 2020 jusqu'à quinze patients en SPDT ainsi que les patients mineurs. Depuis 2022, le CH d'Hayange ne reçoit plus cette dernière catégorie.

L'activité de psychiatrie est rattachée au pôle 7 intitulé « urgences et santé mentale », depuis une réforme de l'organisation polaire en 2021 rendue nécessaire par la pénurie de psychiatres (cf. § 2.2). Le sens de cette alliance et la possibilité de créer un pôle de psychiatrie autonome allaient être rediscutés en commission médicale d'établissement (CME).

A Thionville ou à proximité sont implantées les unités extra-hospitalières – centres médico-psychologiques (CMP), centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour pour les enfants³ – ainsi que le service d'accueil des urgences (SAU) (cf. § 3.1) complété d'un centre d'accueil de crise (CAC) et d'un service de psychiatrie d'urgence et de liaison (SPUL) formant le service de psychiatrie CAC-SPUL.

A Hayange – distant de Thionville d'une dizaine de kilomètres – se situent les unités d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie. Le CHR ne déploie à Hayange aucun directeur de site ; cela allait changer en 2024. Deux lignes de bus relient Hayange et Thionville, toutes les trente minutes environ en semaine. L'implantation, en 2014, résulte à la fois de la volonté d'améliorer les conditions d'accueil des patients hospitalisés et de l'opportunité d'occuper des locaux laissés vacants par la fermeture d'un hôpital privé.

¹ En application de la sectorisation, la population d'Hayange ayant besoin de soins en santé mentale dépend du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Jury-lès-Metz (Moselle).

² Lequel est en direction commune avec le CHR de Metz-Thionville.

³ A Yutz (Moselle), commune limitrophe de Thionville.

Les unités de psychiatrie occupent le premier étage d'un bâtiment ancien rénové.

Elles y cohabitent avec des consultations en médecine polyvalente, cardiologie, soins dentaires accessibles à la population d'Hayange comme aux patients de psychiatrie ainsi qu'avec un service de soins palliatifs.



Le bâtiment principal du CH d'Hayange

Les trois unités de psychiatrie sont :

- l'unité de psychiatrie ouverte (UPO), de 21 lits, qui fonctionne en réalité comme un service fermé (cf. § 5.1), prévue pour les patients du secteur 57G17 en SL et en SSC ;
- l'unité de psychiatrie protégée (UPP), de 11 lits, fermée, prévue pour ceux des deux secteurs en SSC ;
- l'unité psychiatrique de réhabilitation (UPR), de 12 lits, ouverte, prévue pour ceux du secteur 57G16 en SL.

L'UPP et l'UPR sont placées sous la référence du même psychiatre, praticien hospitalier (PH), et fait intervenir la même équipe d'infirmiers et aides-soignants (cf. § 2.2). Elles constituent une unique unité fonctionnelle hospitalière dénommée couramment UPPR.

Le projet médico-soignant du CHR couvre la période 2018-2022. Les enjeux stratégiques de la filière psychiatrie et santé mentale y sont décrits. Le projet 2024-2028 est en cours d'élaboration.

Un projet médico-soignant a été élaboré pour la seule UPP en 2022. Il retient plusieurs « principes fondateurs », parmi lesquels « les valeurs citoyennes et humaines de respect, de bienveillance, de bientraitance, de considération de la personne soignée reconnue acteur de sa prise en charge », « le partage d'une éthique soignante, d'une conception des soins fondée sur l'aide, l'accompagnement, l'empathie » ou encore « le respect des droits des usagers, l'intégration de la famille et de l'entourage tout au long du parcours de soins ». Aucun projet n'a été élaboré pour l'UPO et aucun non plus pour le service dans son ensemble.

Il n'a été rapporté aucune difficulté financière locale concernant la psychiatrie.

Selon les propos recueillis, cette spécialité est peu représentée dans la commission médicale d'établissement (CME) mais ferait naturellement l'objet de l'attention du président du conseil de surveillance du CHR, qui préside également celui du CHS de Jury-lès-Metz.

2.2. LA DOUBLE PROBLEMATIQUE DE LA PENURIE MEDICALE ET DE LA ROTATION DU PERSONNEL INFIRMIER EST AGGRAVEE PAR UN MANQUE DE FORMATION

2.2.1. Les médecins

Le CHR ambitionne l'emploi de 14,8 équivalents temps-plein (ETP) de psychiatres et pédopsychiatres mais en budget 13,52. En réalité, 10,1 ETP sont couverts par 12 praticiens et un clinicien hospitalier. C'est dans les deux secteurs de psychiatrie générale pour adultes que l'écart est le plus important : la cible de 7,8 ETP est budgétée à hauteur de 7,02 ETP mais 4,3 ETP sont couverts, autrement dit, près de la moitié des psychiatres manquent. En synthèse de la problématique médicale en psychiatrie à Hayange, il a été indiqué aux contrôleurs : « *Il y a quelques années, sept psychiatres intervenaient dans les unités d'hospitalisation. En 2017, il y en avait encore trois. Depuis 2023, il n'y a plus qu'un psychiatre senior et un psychiatre associé* ».

Comme partout, les médecins interviennent à la fois en intra et en extra-hospitalier. Au total, 2,3 ETP de psychiatres se relaient en journée auprès de l'ensemble des patients de psychiatrie d'Hayange et des soignants. Le chef de service du secteur 57G16, praticien hospitalier, est revenu en 2022 à l'issue d'une disponibilité de cinq années⁴. Il est aidé dans son service par la présence d'un médecin attaché à hauteur de 0,8 ETP. Les contrôleurs n'ont pas pu rencontrer le chef de service de l'UPO ni même attester de sa présence régulière en intra-hospitalier ; il envisage la retraite en 2024. Lors de la visite, les patients de l'UPO étaient pris en charge par une médecin attachée à plein temps, supervisée par le psychiatre de garde, qui était, lors de la visite, le chef de service de l'UPPR.

Des psychiatres interviennent aussi au service d'accueil des urgences (SAU) et dans les services de l'hôpital Bel-Air à Thionville, dans le cadre du CAC-SPUL.

Un interne en psychiatrie peut être accueilli, ainsi qu'au CAC. Aucun n'était en poste lors de la visite.

Le CHR recourt à des intérimaires dans de nombreux cas, y compris pour la spécialité de psychiatre, mais, lors de la visite, la mise en œuvre – encore récente – de la « loi Rist »⁵ avait réduit leur vivier dans la région, déjà marquée par la concurrence du Luxembourg.

Un médecin généraliste se rend dans les unités trois fois par semaine, à hauteur de 0,2 ETP.

2.2.2. Le personnel non médical

Le cadre supérieur du pôle dispose d'un bureau au CH d'Hayange.

Une infirmière diplômée d'État (IDE) assume la fonction de cadre de santé de proximité en tant que « cadre apprenante » depuis qu'elle s'est lancée dans cette démarche, qui impose, au CHR, une sélection interne par concours, suivie de deux années de mise en situation avant de bénéficier de la formation.

Deux équipes d'IDE et d'aides-soignants (AS)⁶ font tourner les trois unités : une l'UPO, l'autre l'UPP et l'UPR (dite UPPR, reliées par le bureau infirmier vitré). L'UPO comprend matin et après-midi au moins deux IDE et un AS ; l'UPPR en comprend trois et un, parmi lesquels deux IDE se consacrent à l'UPP et un IDE et l'AS à l'UPR selon un choix déterminé librement entre eux à la

⁴ Motivée par un mandat électif national.

⁵ Loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

⁶ Composées avec 32,8 ETP d'IDE occupés par 37 personnes et 12,9 ETP d'AS occupés par 16 personnes.

prise de service. Il n'y a pas d'autre répartition des tâches au sein des équipes. La nuit est assurée par un IDE et un AS à l'UPO, deux IDE et un AS à l'UPPR. Un voire deux soignants sont ajoutés au planning en journée, de 9h00 à 16h30, quand c'est possible.

Le travail de jour s'effectue de 6h00 à 13h30 et de 12h30 à 20h00, celui de nuit de 19h45 à 6h15. Le lien entre les équipes de jour et de nuit est assuré : outre les temps des transmissions trois fois par jour, les équipes de nuit, spécialisées, sont encadrées par la même cadre apprenante et sont renforcées par les soignants de jour pendant les congés.

Lors de la visite, tous les postes d'IDE et d'AS sont couverts. Ce n'était pas le cas quelques semaines plus tôt, avant la fin des cursus à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Le CHR recrute massivement dans le courant de chaque été mais assiste de façon saisonnière, dans les mois qui précèdent, à des départs d'IDE expérimentés, notamment vers le Luxembourg, si bien que les emplois budgétés ne parviennent jamais à être couverts de façon pérenne. Les IDE expérimentées se rencontrent surtout en extra-hospitalier.

Au printemps 2023, les départs se doublaient d'absences durables pour maladie. Cela a eu pour effet de multiplier les situations de violence (cf. § 2.3). Lors de la visite, « seuls » un IDE de journée et un AS de nuit sont en arrêt pour longue maladie et trois agents bénéficient d'un congé maternité grevant 2,6 ETP. Les remplacements sont assurés au premier chef par le volontariat interne, à défaut par d'autres ressources du CHR.

Une ergothérapeute intervient à temps plein auprès des patients (cf. § 6.1).

Il n'y a plus de psychologue.

Les agents de service hospitaliers (ASH) ne sont pas gérés par le service de psychiatrie mais par un service spécifique du CH d'Hayange, à la tête duquel est placée une cadre de santé. Pour autant, une référence pour la psychiatrie existe, sur la base du volontariat à intervenir dans ces unités, et permet d'y affecter les mêmes deux ASH du lundi au dimanche jusqu'à 14h30.

Un secrétariat médical est assuré, à Hayange, avec stabilité et méthode, par deux assistantes médico-administratives (AMA) à hauteur de 1,7 ETP pour la psychiatrie⁷. En lien avec la direction juridique du CHR et grâce à une formation de deux jours aux SSC que l'une des deux AMA a sollicitée, elles accompagnent la mise en œuvre des évolutions administratives.

Trois assistantes de service social (ASS) interviennent dans les structures de l'extra-hospitalier en fonction du domicile des patients. Deux d'entre elles sont référentes de l'hospitalisation et sont présentes à la réunion hebdomadaire de leur secteur à Hayange.

Les professionnels sont identifiés par les patients grâce à une couleur sur leur blouse (bleue pour les IDE, vert pour les AS, violet pour l'ergothérapeute), comme dans le reste du CHR.

2.2.3. Le recrutement et la formation

Les freins au recrutement de soignants ne sont pas budgétaires mais liés à la rareté des candidats. En conséquence, la stagiairisation des recrues intervient au bout d'un mois.

Un dispositif de tutorat a été présenté aux contrôleurs : si une IDE est effectivement identifiée comme tutrice, il s'agit avant tout d'une situation de doublure à la prise de fonction pendant deux à trois jours.

⁷ Et 0,1 ETP pour la maison d'accueil spécialisée (MAS) d'Hayange.

Avant d'être affectés par la cadre dans l'une ou l'autre des deux équipes, les soignants travaillent pendant un mois à l'UPO et un mois à l'UPPR.

Un livret d'accompagnement à la prise de poste en psychiatrie adulte a été élaboré localement et est remis aux soignants qui prennent leur poste à Hayange. Il comprend des informations concrètes et lisibles : numéros utiles, lexique, les unités, la présence sur les postes de travail, les repères horaires notamment en lien avec la vie du patient, quelques règles de sécurité et de fonctionnement dans les unités, l'identification des principaux logiciels, les modes d'hospitalisation sans consentement, les permissions des patients en SSC et en SL.

Bonne pratique 1

Le livret d'accompagnement à la prise de poste remis aux professionnels arrivant dans le service a un contenu concret particulièrement lisible s'agissant des principales spécificités de la prise en charge de patients en soins sans consentement.

Les plannings sont organisés pour rendre effectif l'accès à la formation mais les sessions ne sont pas adaptées à la vitesse de rotation des soignants, s'agissant notamment de la formation de spécialisation à la psychiatrie pour les nouveaux soignants, de la prévention et gestion de la violence. Le 12 septembre 2023, aucun des soignants présents à l'UPPR n'avait par exemple été formé à Oméga ; en 2022, un total de quatre soignants des UPO et UPPR a été formé. Par ailleurs, aucune formation ne concerne les droits des patients en psychiatrie et les évolutions juridiques afférentes, ce qui fait défaut dans les pratiques (cf. § 3.3). Les soignants eux-mêmes sont peu demandeurs de ces formations, préférant solliciter celles liées à des activités thérapeutiques ou à des prises en charge cliniques.

Les équipes ne sont plus supervisées depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19. Celle de l'UPO ne l'a même jamais été.

Recommandation 1

L'établissement doit garantir la présence de soignants formés aux droits des patients et aux spécificités de la psychiatrie – parmi lesquelles celle liée au cadre juridique des soins sans consentement – et s'assurer qu'ils peuvent bénéficier d'une supervision de leurs pratiques.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR indique que « certaines des formations du plan de formation 2024 de l'établissement répondent en partie à la recommandation⁸ » et annonce que :

- « le plan de formation du CHR va être modifié afin qu'une formation concernant "le cadre juridique des soins sans consentement" soit prévue, et proposée, de manière pluriannuelle, aux professionnels de psychiatrie, en lien avec l'encadrement » ;
- « en février 2024, une IDE référente est nommée au sein du service et détachée de l'effectif paramédical » en vue de l'organisation de « sessions de formations internes avec appui de la Direction des affaires générales, juridiques et de la qualité pour l'expertise "droit du patient" ».

⁸ Sont cités : gérer l'accueil téléphonique et la communication dans les situations de détresses psychologiques et psychiatriques, supervision, l'entretien infirmier en psychiatrie, être soignant en pédopsychiatrie, consolidation des pratiques et des savoirs en psychiatrie, l'aide-soignant en psychiatrie.

Elle précise aussi que « *le recours aux compétences médicales pour assurer des formations en interne est à engager dès que les ressources médicales le permettront* » et que « *la dynamique de supervision sera priorisée dans le prochain plan de formation du pôle* ».

Elle confirme toutefois que « *le turn-over important, avec de nombreux jeunes diplômés et/ou le recrutement de professionnels sans expérience en santé mentale, allonge les délais pour permettre de former* ».

Le CHR ne parvient pas non plus à accueillir des infirmiers en pratique avancée (IPA), ou à recruter des médiateurs-pairs, alors que ces ressources particulières seraient, selon les propos recueillis, *a priori* bien accueillies dans les équipes.

2.3. L'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST TROP SUCCINCTE POUR AVOIR DES EFFETS POSITIFS SUR LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

Le pôle urgences et santé mentale est, à l'échelle du CHR, le plus pourvoyeur de fiches d'événements indésirables (FEI)⁹, lesquelles sont aussi les plus graves. Les unités de psychiatrie d'Hayange ne sont à l'origine que d'un peu plus d'un dixième des FEI en 2021, mais de plus de la moitié en 2022 et en 2023. Parmi elles, les événements indésirables graves (EIG) sont toutefois rares.

La cadre apprenante est destinataire de toutes celles qui concernent les unités d'hospitalisation de psychiatrie. Elle les traite sur demande expresse du référent-risque concerné. Elle participe une fois par semaine à une commission d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse mais observe que peu de FEI concernant les traitements émanent de la psychiatrie.

C'est à l'UPPR que les FEI sont plus couramment rédigées (77 % des FEI des UPPR et UPO réunies en 2021, 88 % en 2022, 73 % en 2023).

Les FEI concernant la prise en charge soignante (par distinction avec les conditions matérielles) sont souvent reliées à du personnel en nombre insuffisant dans les unités. Elles ont donc été nombreuses au printemps et à l'été 2023.

Aucune analyse approfondie des EIG n'est réalisée sur place à Hayange : ni revue de mortalité et de morbidité (RMM), ni comité de retour d'expérience (CREX). La direction du CHR n'en organise pas non plus. Les EIG sont en revanche communiqués à la commission des usagers (CDU) et un bilan est dressé chaque année. L'UPPR est, en 2022, la plus déclarante de FEI en lien avec la qualité de vie au travail, l'UPO est en sixième position au sein du CHR ; l'UPPR est, la même année, la plus déclarante d'actes de violence d'un patient ou sa famille contre un agent ainsi que de fugues ou sorties non autorisées d'un patient.

Lors de la visite, le 12 septembre 2023 dans l'après-midi, la dispute d'un patient et d'une patiente de l'UPO devant la télévision a été suivie de l'intervention de soignants insuffisamment formés à la gestion de la violence (cf. § 2.2). Une soignante a été repoussée par le patient, qui a été placé en chambre d'apaisement (cf. § 7.1 sur cette dénomination) et soumis à une injection médicamenteuse avec l'assistance de deux agents de sécurité. Entre temps, trois fonctionnaires de police, informés par le service de sécurité, se sont présentés à la porte de l'UPO pour y intervenir mais ont été refoulés par le personnel. Cet événement, qui a provoqué beaucoup d'émoi, a donné lieu à un rapport circonstancié de la cadre apprenante et à la communication de différents points de vue à la direction du CHR mais les contrôleurs n'ont pas eu l'assurance qu'il

⁹ Renseignées dans le logiciel Normea™.

allait donner lieu à une analyse approfondie des causes, portées par la direction, seule de nature à garantir le droit des patients à la sécurité en réduisant la probabilité d'une réitération et à réassurer les équipes.

Quand un patient est victime de violences, le personnel réunit les éléments à sa disposition, notamment dans un rapport circonstancié. La direction du CHR signale les faits au procureur de la République en application de l'article 40 du code de procédure pénale. La victime est accompagnée dans ses démarches de dépôt de plainte, qui peuvent se dérouler au sein de l'unité. Dans le cas d'un majeur protégé, le mandataire judiciaire est informé. En août 2023, à l'UPO, à la suite d'une déclaration de violences sexuelles commises par un patient sur un autre dans la chambre de ce dernier, la police est venue sur place. Une analyse approfondie a été envisagée mais n'avait pas encore été organisée.

Selon les propos recueillis, la disponibilité des médecins pour s'impliquer dans ces démarches serait insuffisante pour les organiser.

Recommandation 2

Les faits de violence doivent faire l'objet d'une analyse pluridisciplinaire pour faciliter leur résolution et en prévenir la réitération par la mise en œuvre d'un plan d'actions adapté.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR ajoute que les actes de violence font en outre « l'objet d'une déclaration à l'ONVS » et qu'une procédure de gestion des actes de violence est utilisée, « y compris pour des faits de violence entre patients ». Elle confirme que, « sur ces dernières années, aucun acte de violence déclaré en psychiatrie n'a fait l'objet de la mise en œuvre d'une analyse approfondie collective (CREX/RMM) qui découle de la procédure de gestion des EIG ».

Elle conclut : « Afin de dynamiser cette démarche en psychiatrie, est prévu un appui méthodologique de la DAGJQ (coordonnateur des risques, référent QRE de pôle) sur le 1^{er} quadrimestre 2024 pour relancer la dynamique avec des modalités de fonctionnement adaptées à la situation du pôle (charte de fonctionnement, préparation des réunions / analyse des cas, fréquence des réunions), en lien avec l'encadrement médical et paramédical du service, avec l'appui du cadre et du chef de pôle ».

2.4. LE COMITE D'ETHIQUE NE S'EMPARE PAS DES SUJETS CONCERNANT LA PSYCHIATRIE

Le comité d'éthique commun au CHR Metz-Thionville et au CH de Briey – qui a interrompu ses travaux de fin novembre 2019 à fin mai 2022 – ne comprend en son sein aucun professionnel de psychiatrie et ne traite pas de sujets touchant spécifiquement à l'éthique dans la prise en charge en psychiatrie.

Les professionnels de psychiatrie auraient pourtant avantage à ce que des questions telles que le « dilemme éthique » évoqué par les praticiens face au manque de lits (cf. § 3.2 et § 4.1), mais aussi la liberté d'aller et de venir des patients ou leur vie affective et sexuelle (cf. § 5.6) soient abordées par cette instance.

Recommandation 3

Le comité d'éthique de l'établissement doit être saisi de toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux des patients pris en charge pour des soins en santé mentale.

La direction générale du CHR ajoute par le biais des observations au rapport provisoire : « *La procédure de saisine du comité d'éthique se trouve sur l'Intranet dans le volet "notre établissement", "comité de réflexion d'éthique" et est accessible à tous les professionnels de l'établissement. Un flyer rappelant les missions du comité d'éthique et donnant des exemples de saisine a été diffusé à tous les professionnels du CHR, dont les professionnels de psychiatrie, en mai 2023. Un support écrit ou "fiche de saisine" est régulièrement diffusé dans l'établissement afin de faciliter l'expression de la demande* ».

Elle annonce qu'« *une intervention par un membre du comité d'éthique sera organisée sur un des staffs pour dynamiser le questionnement éthique au sein du service* ».

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1. AUX URGENCES, L'INTIMITE ET LA DIGNITE DES PATIENTS SONT MIS A MAL PAR DES CONTENTIONS A LA VUE DE TOUS ET DE LA VIDEOSURVEILLANCE DANS LES CHAMBRES

3.1.1. L'arrivée aux urgences à Thionville

Le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Bel-Air à Thionville dispose de 12 boxes dont un sécurisé, ayant pour seule caractéristique de ne contenir que le minimum de matériel médical. À cela s'ajoutent 10 « lits-cloison ».

En journée, un psychiatre, deux psychiatres stagiaires associés et un interne assurent la prise en charge des patients. La nuit, un interne est de garde et un psychiatre d'astreinte, parfois sollicité parmi les médecins libéraux.

Dans le cas où le patient arrive au SAU par ses propres moyens, une infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) le reçoit dans un box d'accueil commun aux urgences somatiques. Lorsqu'il est amené couché et contentonné par les forces de l'ordre ou les pompiers, le véhicule accède à un sas dont une porte permet l'entrée du patient à l'abri des regards. L'IOA le reçoit dans le même box puis il est transféré sur un brancard et contentonné sur prescription médicale. Lorsque tous les boxes sont occupés, le brancard est stationné dans un renforcement au milieu du couloir du SAU, à la vue de tous. La durée de la contention est tracée par les soignants dans le logiciel DxCare™.

Recommandation 4

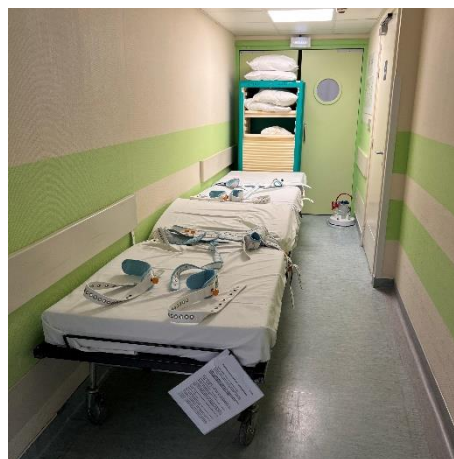
Il est attentatoire à la dignité du patient d'être exposé à la vue de tous lorsqu'il est contentonné sur un brancard.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR indique que « *le patient est accueilli prioritairement en salle d'examen* » et qu'en cas d'indisponibilité un paravent est utilisé afin de préserver son intimité et sa dignité. Elle rappelle que « *des travaux ont été engagés au sein du SU de Bel-Air depuis janvier 2023* » et permettront à terme « *une ré-organisation de l'espace du SU, qui rendra possible d'organiser un espace favorisant la préservation de l'intimité et la dignité des patients quand l'activité contraint de les prendre en charge contentonnés sur un brancard* ».

Un bilan somatique est systématiquement réalisé dès l'arrivée des patients. Un inventaire de leurs biens est effectué, de manière contradictoire si leur état clinique le permet.



Entrée des urgences



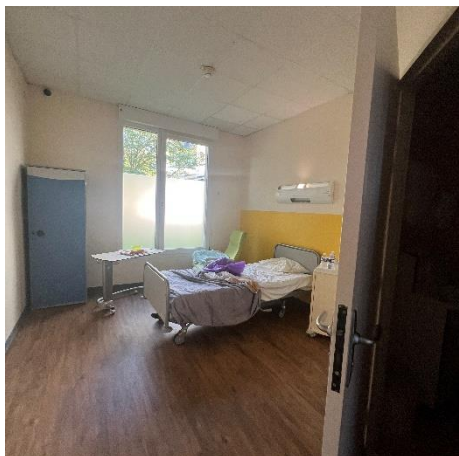
Brancards équipés des sangles de contention

Le patient est vu par le psychiatre ou l'interne de garde, rapidement après son arrivée.

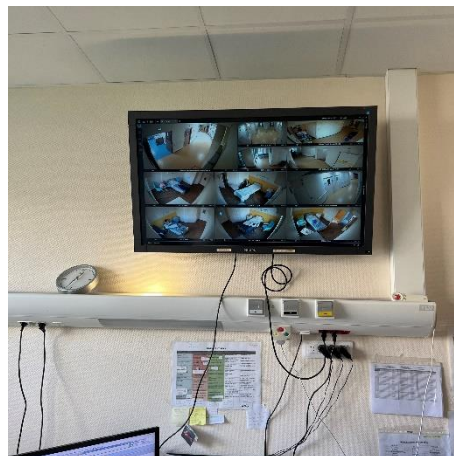
En raison de la pénurie médicale et de la difficulté de réunir deux psychiatres pour les certificats médicaux, il est majoritairement recouru à la procédure des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU), qui ne nécessite qu'un certificat.

Pour une admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), il est fait appel à un médecin exerçant en libéral à Metz ou au service d'urgence libéral associatif MEDIGARDE™.

Depuis le mois de mai 2023, un centre d'accueil et de crise (CAC) de cinq lits accueille les patients en SL pour des séjours de courte durée, afin d'éviter une hospitalisation au CH d'Hayange. Éloigné du SAU, le CAC bénéficie de locaux complètement rénovés. Toutes les chambres individuelles sont équipées d'une salle d'eau, mais également d'une caméra de vidéosurveillance. Les images sont reportées sur un moniteur dans le bureau des soignants (cf. § 5.1, où une recommandation est faite).



Chambre au CAC



Vidéosurveillance des chambres au CAC

3.1.2. L'arrivée au CH d'Hayange

A l'UPP, ce sont deux IDE qui reçoivent le patient. A l'UPR, le binôme est composé d'une IDE et d'une AS. Ces binômes sont chargés d'accueillir le patient, de réaliser l'inventaire contradictoire de ses effets personnels si son état clinique le permet (cf. § 4.3), puis de lui faire visiter l'unité (les installations communes et sa chambre). Le patient en SSC est informé de son statut et un livret d'accueil spécifique est remis à tous les patients (cf. § 3.3).

Le patient est invité à remplir le formulaire intitulé « *Désignation/révocation d'une personne de confiance et recueil des directives anticipées* ». Ces modalités sont connues des soignants et ceux-ci sont en mesure d'expliquer au patient les enjeux de cette désignation et des directives recueillies.

Le patient est vu par un médecin généraliste dans les 24 heures et un bilan somatique est réalisé systématiquement, même s'il a déjà été fait par le SAU.

Le psychiatre reçoit dans la journée, au plus tard le lendemain matin, les patients admis dans l'unité.

Pour les patients de l'UPP, un formulaire intitulé « *Consignes médicales* » répertorie la prescription médicale des éventuelles restrictions individuelles relatives aux sorties, au téléphone, aux visites, à l'accès à la cafétéria, la surveillance spécifique du risque suicidaire et la surveillance des fugues. Une case de ce formulaire permet d'individualiser d'autres consignes : au moment du contrôle, le formulaire de l'un des patients hospitalisés portait dans cette case la mention « *Peut aller fumer à son réveil* ».

3.2. DES ADMISSIONS SE FONT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT SANS INDICATION CLINIQUE ET LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT DEUX FOIS PLUS NOMBREUX QUE LA MOYENNE NATIONALE

3.2.1. La gestion de la suroccupation

Le 11 septembre 2023, premier jour de la visite, 23 patients étaient hospitalisés à l'UPPR et 21 à l'UPO, soit un taux d'occupation de 100 %.

En 2022, 283 patients ont été hospitalisés dans ces deux unités, selon des données fournies par l'établissement. Cependant, d'autres données, toujours fournies par l'établissement, indiquent une file active plus importante : 154 patients à l'UPPR et 170 patients à l'UPO, soit 324 patients. Selon ces dernières informations, la file active était plus importante en 2021 (175 patients à l'UPPR et 233 à l'UPO). L'établissement n'a pas pu préciser lesquels de ces chiffres étaient exacts.

Toujours selon ces dernières données, la durée moyenne de séjour (DMS) est en 2022 de 28,9 jours à l'UPPR et de 25,3 jours à l'UPO (respectivement 26 et 20,9 en 2021).

Le taux d'occupation oscille dans les deux unités, en 2021 et 2022, entre 94,94 % et 97,16 %.

Les admissions de patients au-delà de la capacité des deux unités sont traitées par une procédure de « *réquisition* » d'une chambre d'isolement (CI). Celle-ci est initiée par le directeur de garde quand un patient aux urgences, en SL ou en SSC, est en attente d'un lit d'hospitalisation. Les praticiens évoquent ces situations comme un « *dilemme éthique* » : laisser attendre un patient à Bel Air ou le placer en chambre d'isolement à Hayange alors même que son état ne justifie aucune décision d'isolement.

Pour des motifs tenants, pour les uns au respect de l'intimité de l'autre patient en CI, et pour les autres à la sécurité de ces patients isolés sans décision, la porte de la CI est fermée. Le patient est ainsi privé de sa liberté élémentaire d'aller et de venir et soumis à la dépendance des soignants, comme le relate une FEI du 14 juin 2023 : « *Patient hébergé en chambre d'isolement, sur réquisition administrative. [...] du fait de la présence d'un autre patient en chambre d'isolement porte fermée, cela oblige le patient à solliciter les soignants pour ouvrir sa chambre (faire ses besoins, avoir accès à son lit...)*. Cela représente une privation de droits du patient ».

Sur les huit premiers mois de 2023, dix FEI concernent ces réquisitions. En 2022, ce sont cinq FEI qui ont été réalisées pour le même motif, dont une occurrence où deux CI ont été réquisitionnées le même jour, et une autre où la CI était insalubre et nécessitait des travaux. Un patient de l'UPO en SL a témoigné de son désarroi lorsqu'il a été enfermé dans une CI à son arrivée la semaine précédente, faute de lit conventionnel.

Alors même que les CI ne sont, à juste titre, pas comptées dans la capacité des unités, cette pratique de réquisition les y intègre de fait et a pour conséquence de porter atteinte à la dignité humaine.

Recommandation 5

Les réquisitions de chambres d'isolement pour y héberger, porte fermée, faute de lits disponibles, des patients arrivants ne nécessitant pas une mesure d'isolement sont attentatoires aux droits fondamentaux de ces patients et doivent cesser.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR rappelle le contexte de cette situation, signalée régulièrement à l'ARS¹⁰, et reconnaît que ses équipes « se voient contraintes à l'admission de patients relevant de SPDT dans des chambres d'isolement ». Elle précise que cette décision n'est prise que « si les 3 points suivant réunis : absence de lits SPDT disponible, recherche de lits SPDT infructueuse au-delà de 150 km, durée de la contention au sein du SU dans l'attente du lit, évaluation médicale sur le risque pour le patient (fugue/ suicide) ».

Elle ajoute que « la question de l'ouverture / fermeture de la porte de cette chambre d'isolement dans ce contexte va être formalisée pour clarifier les situations dans lesquelles elle doit rester ouverte ou fermée, en s'appuyant et reproduisant sur ce qui aurait été mis en place si le patient avait pu bénéficier d'une chambre-SPOT classique ».

3.2.2. Les procédures de soins sans consentement initiées

Le CH d'Hayange n'accueille que des SL et des SDDE. Le 11 septembre 2023, dix-huit patients étaient accueillis selon une procédure de SDDE soit 40,9 % des patients hospitalisés (deux à l'UPR, cinq à l'UPO, onze à l'UPP), parmi lesquels un seul patient en SPDT (à l'UPPR) et les dix-sept autres en SPDTU. En 2022, 163 patients ont été hospitalisés dans le cadre d'une mesure de SDDE – dont 14 en SPPI – pour une file active de 283 patients, soit 57,6 % des patients hospitalisés à temps

¹⁰ « [...] insuffisance de lits de soins sous contrainte en santé mentale sur le territoire Lorraine Nord ». « Les 44 lits sis à l'hôpital d'Hayange, dont le taux d'occupation avoisine les 100 % en permanence, sont saturées, de même que le centre d'accueil et de crise (CAC) et le service de psychiatrie d'urgences de liaisons (SPUL) de l'hôpital Bel-Air (qui accueille régulièrement des patients en SPDT). Depuis son ouverture en 2012, le CAC est confronté à une pénurie des lits disponibles en hospitalisation complète, particulièrement pour l'orientation des patients qui relèvent des deux secteurs psychiatriques de Thionville, et donc au maintien, entre autres, des patients en SPDT dans cette unité, en attente de place disponible à l'hôpital d'Hayange ou dans d'autres établissements. Le CHR est amené de façon très fréquente à solliciter d'autres établissements de santé mentale pour accueillir hors secteur les patients ayant besoin d'un lit de SPDT et relevant des secteurs de Thionville. Les recherches de lits s'étendent souvent à toute la région Grand-Est. Or, les établissements régulièrement sollicités (CHS de Sarreguemines, d'Erstein, de Laxou) et notamment le CH de Jury ne peuvent pratiquement plus jamais répondre aux demandes qui leur sont faites, le CH de Jury ayant fermé sur les deux dernières années plus d'une trentaine de lits d'hospitalisation sur son site. Même la clinique privée du Grand Est dont l'ouverture est effective depuis 2020 parvient de moins de moins à répondre aux demandes de transferts faites par le CAC de Bel-Air ».

plein. En 2021, 187 patients ont été hospitalisés dans le cadre d'une mesure de SDDE – dont 33 en SPPI – pour une file active de 344 patients, soit 54,4 % des patients hospitalisés à temps plein. Le pourcentage de patients hospitalisés en SSC apparaît plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale qui s'établit à 26 % du total des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie en 2021¹¹.

Les données collectées par l'établissement pour 2021 et 2022 ne distinguent pas les SPDT « ordinaires » des SDTU, ce qui n'est pas propice à ce que ces dernières mesures, au caractère dérogatoire et moins protectrices des droits des patients, fassent l'objet d'une attention particulière afin de trouver les moyens de les réduire.

On relève une faible part des SPPI, compensée par un recours important aux SDTU. Il a été indiqué aux contrôleurs que tout était mis en œuvre au SAU afin de ne recourir qu'en dernière extrémité à un médecin extérieur pour rédiger un certificat médical, en l'occurrence à MEDIGARDE™. De plus, un proche susceptible de signer la demande de SPDT est activement recherché. Si cette pratique porte ses fruits en matière de limitation des SPPI, elle contribue à augmenter les mesures en SDTU, du fait de l'impossibilité – une fois la demande du tiers signée – pour tout médecin du CHR de Metz-Thionville, dont relèvent le SAU et le CH d'Hayange, de réaliser le certificat médical initial pour des patients à hospitaliser. Il a par ailleurs été signalé la pratique de services de police qui feraient signer une demande de SPDT à la famille avant l'arrivée au SAU.

Recommandation 6

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

La direction générale du CHR précise, dans ses observations en réponse au rapport provisoire, que « le recours à la procédure des soins psychiatriques en péril imminent est contrôlé : 29 patients sur 235 en 2023 ». Elle confirme que « le recours aux procédures dérogatoires que constituent les SPDT en urgence reste à un niveau important du fait de la difficulté sur le territoire à pouvoir obtenir l'avis du 2^{ème} médecin, extérieur au CHA, [...] dans des délais compatibles avec les besoins de prise en charge des patients, notamment en période de permanence des soins » et que « le CHR a œuvré pour construire des partenariats pour améliorer la situation, avec la clinique de Thionville ou avec des médecins sur le territoire, [mais] qu'aucun partenaire n'a pu répondre à ce besoin » et ajoute que « le juge des libertés et de la détention est saisi » dans tous les cas.

3.3. LES INFORMATIONS PORTEES A LA CONNAISSANCE DES PATIENTS SONT VARIABLES

Dans les couloirs des unités sont affichées les plaquettes institutionnelles du CHR informant sur les droits du patient hospitalisé, la commission des usagers et les représentants des usagers, visibles et à jour.

Deux livrets d'accueil sont remis au patient à son arrivée : celui du CHR et celui spécifiquement élaboré pour les unités UPP - UPR - UPO. Ce dernier détaille la vocation de chaque unité, les

¹¹ COLDEFY Magali, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », IRDES, Questions d'économie de la santé n°269, juin 2022.

modalités pratiques du séjour et les différents statuts d'admission en SSC avec les recours possibles.

Il n'y a pas de règlement intérieur pour les unités.

A l'arrivée, le binôme de soignants en charge de l'accueil (cf. § 3.1.2) informe oralement le patient de son hospitalisation en SSC. Lorsque l'état clinique du patient ne permet pas de lui notifier la décision de SSC dont il fait l'objet, les soignants revoient le patient après la crise pour y procéder. Les décisions de SDDE à la demande d'un tiers ne rapportent jamais l'identité de ce dernier. Le patient n'en est donc pas informé, si ce n'est au moment de sa présentation devant le juge des libertés et de la détention (JLD) qui la mentionne dans sa procédure, ou de manière informelle par le médecin ou les infirmiers dans le cadre de la prise en charge dès lors qu'elle cherche à associer les proches.

Recommandation 7

En cas de mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, l'identité du tiers doit être communiquée au patient dès que la décision du directeur de l'établissement est portée à sa connaissance. Cette dernière doit la mentionner.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR confirme que le patient n'est informé de l'identité du tiers « *qu'à partir du moment où le JLD est saisi* », dans le cadre du principe judiciaire de la procédure contradictoire, et annonce que « *le formulaire d'information de la mesure de SPDT qui est remis au patient lors de son admission va être modifié en février 2024, en lien avec le service, pour que le nom du tiers demandeur y soit inscrit de manière visible* ».

Les soignants ne reçoivent pas de formation sur la législation relative aux SSC. Les explications délivrées aux patients sont acquises de manière empirique avec l'aide des soignants les plus anciens dans le service.

Les soignants font signer au patient un récépissé de remise de la décision de SDDE et de la notice d'information¹². Les patients rencontrés par les contrôleurs ne se souvenaient pas d'avoir reçu un exemplaire des documents. Des patients ont témoigné de leur sentiment que « *les papiers, c'est juste pour signature. On n'a pas d'explication* ». Une recommandation tendant à davantage de formation des soignants est faite au § 2.2.3.

A fortiori, les certificats médicaux motivant les décisions de SSC ne sont jamais remis aux patients.

Recommandation 8

Les certificats médicaux motivant les décisions de soins sans consentement doivent être remis aux patients, de même que ces derniers doivent recevoir un exemplaire de tous les documents qui leur sont notifiés.

La direction générale du CHR rappelle, dans ses observations en réponse au rapport provisoire en janvier 2024, la procédure d'élaboration d'une décision de soins sans consentement, assortie de nombreux formulaires parmi lesquels ceux relatifs aux certificats médicaux dans lesquels « *il est noté que le médecin a informé le patient de la nécessité de la poursuite de son hospitalisation* ».

¹² Formulaire n°18 intitulé « Récépissé décision et notice d'information » qu'on retrouve dans le livre de la loi.

sous le mode des soins psychiatriques sous contrainte ». Elle affirme qu'« une copie de cette décision est remise au patient avec un récépissé de décision qui doit être signé d'une part par le soignant remettant ces documents et d'autre part par le patient », sauf quand « les patients ne sont pas en mesure d'accueillir et de comprendre la décision (risque de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif) ». « L'évaluation de l'IDE est alors tracée ainsi que la non remise des documents » et « le support est contresigné par un soignant ».

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1. LES CONDITIONS HOTELIERES SONT GLOBALEMENT SATISFAISANTES MAIS NE PERMETTENT PAS AU PATIENT DE PROTEGER SON INTIMITE

4.1.1. Les locaux

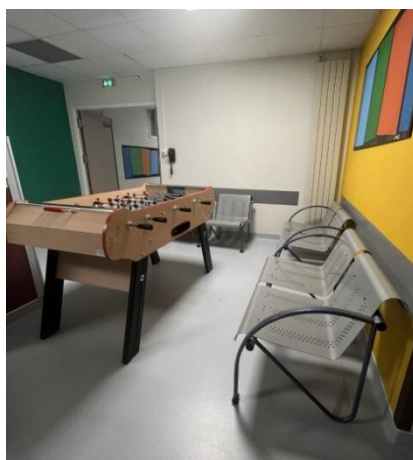
La porte de l'UPO ne comporte plus de panneau décrivant la vocation des locaux alors que celles de l'UPP a encore le sien et que l'entrée de l'UPR est formalisée.

Les locaux de l'UPP et de l'UPO sont constitués d'un hall suivi d'un couloir desservant les chambres et les autres pièces et espaces de vie, puis débouchant sur le jardin. Les halls comportent un baby-foot à l'UPP, un vélo d'appartement, une table de ping-pong repliée, un baby-foot et des fauteuils à l'UPO. Les locaux sont propres, décorés et colorés mais deviennent étroits.

Les locaux de l'UPR précèdent ceux de l'UPP ; il s'agit d'un couloir principal en desservant d'autres, tous meublés de fauteuils, et dans lesquels se trouvent tous les locaux fonctionnels d'une unité (chambres, salles communes dont salle à manger) ainsi que des locaux destinés au médecin et au personnel soignant.



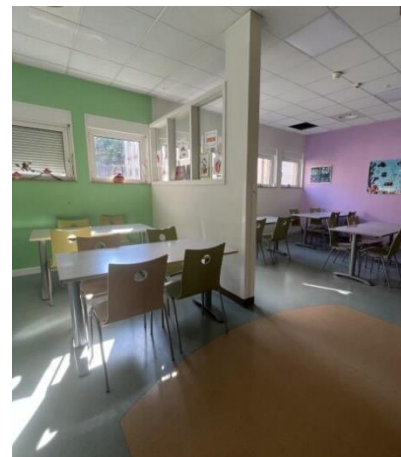
A l'intersection de l'UPR et de l'UPP, face au bureau infirmier



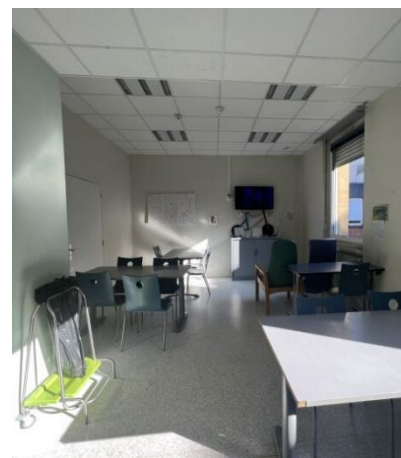
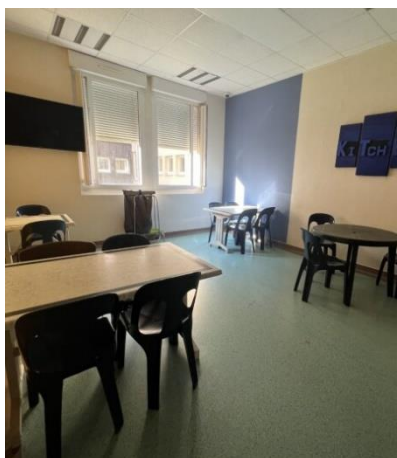
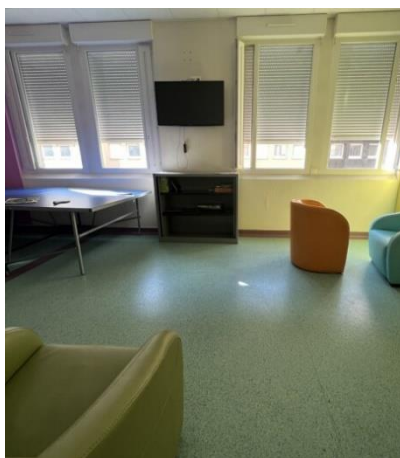
Hall et couloir de l'UPO



A l'UPO, le salon de télévision, meublé d'un écran et de cinq fauteuils, a été installé dans un large corridor menant à la salle à manger, laquelle sert aussi de salle d'activités et son office de cuisine thérapeutique. A l'UPP, la salle à manger est équipée d'un téléviseur mais une salle d'activités distincte sert aussi à regarder la télévision et à jouer au ping-pong. A l'UPR, la salle à manger offre à la fois l'accès à un des deux téléviseurs de l'unité et à un office abrité derrière un volet roulant. Là où est un téléviseur, il n'y a pas toujours la télécommande.



UPO : corridor-salon de télévision menant à la salle à manger-salle d'activités



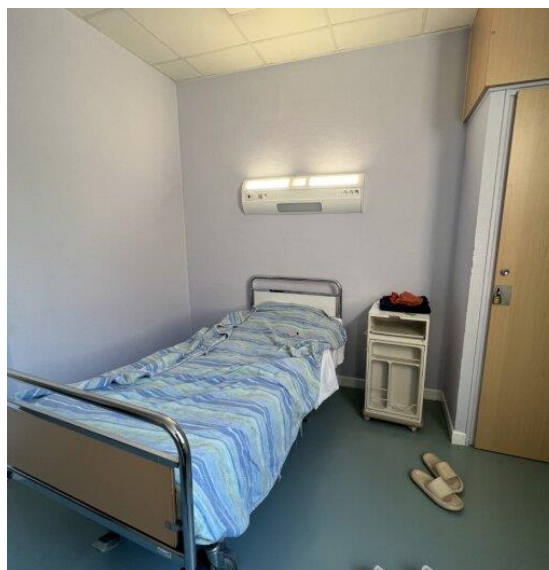
UPP : salle d'activités (à gauche) et salle à manger avec téléviseur (à droite)

UPR : salle à manger avec téléviseur

Des WC sont accessibles aux patients dans les espaces collectifs. Une salle de bain, utilisée exclusivement avec des soignants, complète l'équipement sanitaire collectif dans chaque unité.

Les chambres, grandes, sont individuelles, sauf deux chambres doubles à l'UPO. Elles sont toutes dotées d'une salle d'eau. La fenêtre oscillo-battante et le volet peuvent être actionnés par le patient. Un bouton d'appel aux infirmiers est installé. L'interrupteur de la lumière de chevet est inaccessible une fois couché dans son lit et la prise électrique en est éloignée, ce que regrettent des patients. La plupart des chambres sont meublées chichement : le lit, une table de chevet et un fauteuil. Des patients déplorent l'absence d'un bureau et d'une chaise, que certains ont. Un placard peut être fermé avec un cadenas, qu'on peut notamment acheter à la cafétéria (cf. *infra*).

La porte de la chambre ne comporte aucun système permettant au patient de la fermer.



Une chambre

Recommandation 9

Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au patient de les fermer de l'intérieur comme de l'extérieur, afin qu'il puisse se protéger et protéger ses biens.

La direction générale du CHR annonce dans ses observations en réponse au rapport provisoire que « *des cylindres avec boutons moletés [...] ont été commandés en novembre 2023 [...] et seront installés à réception. Ils permettront aux patients de pouvoir fermer la porte depuis l'intérieur* ».

L'UPR étant une unité ouverte, elle n'offre aucun accès spécifique à l'air libre : les patients se rendent dans l'ensemble du CH d'Hayange.

Ils accèdent ainsi, notamment, à la cafétéria et à la cour qui se trouvent à l'étage inférieur. Des boissons et de la nourriture peuvent être consommés sur place ou à emporter. On y trouve aussi des produits de première nécessité, dont les cadenas indispensables pour fermer la porte du placard de sa chambre d'hospitalisation.

La cafétéria est tenue par des « *gens de la société civile* », ce qu'apprécient les patients qui la fréquentent.



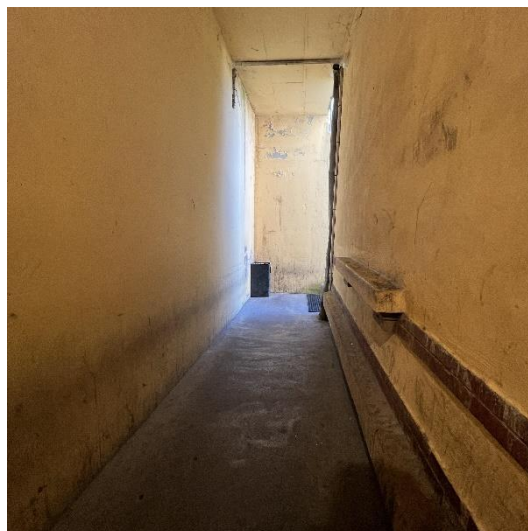
La cafétéria

L'UPP et l'UPO offrent chacune un jardin aménagé le long des bâtiments.

On y accède par un corridor sombre et sale et le nettoyage des cendriers est irrégulier.

En l'état de l'organisation, la responsabilité du nettoyage de ces derniers incomberait aux patients assistés des soignants de chaque unité.

Mais ni les professionnels des unités ni ceux du nettoyage (qui dépendent de deux hiérarchies différentes, cf. § 2.2) n'ont la responsabilité de l'entretien des corridors, qui nécessitent une rénovation ainsi qu'un entretien régulier.



Couloir débouchant sur le jardin de l'UPO

Recommandation 10

Les corridors permettant d'accéder aux jardins des UPO et UPP doivent être rénovés et entretenus régulièrement.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR annonce que les équipes techniques ont été chargés en décembre 2023 « *de lancer la rénovation des deux corridors* », « *planifiée pour réalisation d'ici fin février 2024* ».

Ces passages débouchent dans des espaces recouverts d'herbe voire arborés, meublés de bancs et tables ainsi que d'un abri contre les intempéries. Il s'agit de lieux investis et agréables (cf. aussi photographie de couverture du rapport).

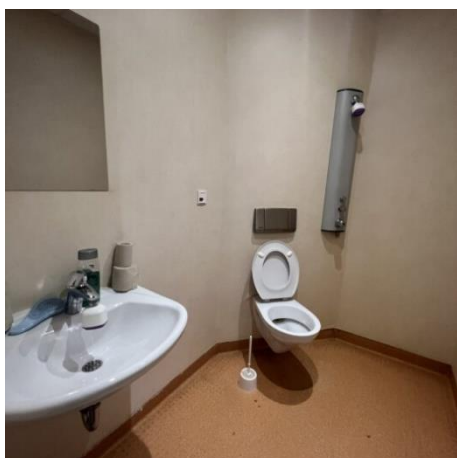


Jardin de l'UPO



Jardin de l'UPP

4.1.2. L'hygiène personnelle



La salle d'eau d'une chambre individuelle

La douche située dans la salle d'eau est de type « à l'italienne » ; certaines offraient un tuyau flexible jusqu'à ce qu'elles soient toutes remplacées par un pommeau fixe dans le cadre d'une action de prévention contre les légionnelles.

Le WC comporte une lunette et un abattant.

Les patients qualifient l'équipement des salles d'eau de fonctionnel par rapport à leurs besoins.

Des produits d'hygiène peuvent être fournis aux patients qui en ont besoin.

Les draps sont changés une fois par semaine – davantage si besoin – et deux serviettes propres sont fournies quotidiennement.

L'entretien du linge personnel est à la charge des proches mais chaque unité dispose du nécessaire pour le laver et le sécher (machine à laver et tancarville dans les vestiaires). Il peut aussi être fait appel à un prestataire extérieur contre paiement, pour les patients séjournant longtemps.

Chaque unité dispose aussi d'un stock de divers vêtements de seconde main à mettre à disposition des patients dans le besoin.

4.2. LES BIENS DU PATIENT SONT INVENTORIES DE MANIERE CONTRADICTOIRE A L'ENTREE ET A LA SORTIE

Au moment de l'admission, un inventaire contradictoire des biens du patient est réalisé, signé par le soignant et le patient lorsque son état clinique le lui permet. Le formulaire utilisé porte en bas de page la mention suivante : « *Tout effet apporté au cours de l'hospitalisation ne sera pas inventorié* ». Or, sur un des inventaires consultés par les contrôleurs, il est fait ajout d'une mention pour un ordinateur amené pendant le séjour et conservé par les soignants.

Sauf avis médical contraire, les patients ont le choix de conserver dans leur chambre leur argent, cartes bancaires ou documents d'identité. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, les confier aux soignants ou demander une mise au coffre-fort situé au bureau des admissions. Dans ce dernier cas, le retrait partiel d'argent liquide placé au coffre au cours de l'hospitalisation est rendu difficile par l'indisponibilité de l'agent administratif pour ce type d'opération. Cette situation encourage les patients à conserver leurs valeurs dans leur chambre.

Si, au moment de l'admission, le patient est directement placé à l'isolement, tous ses biens lui sont retirés (cf. § 3.2).

Les effets personnels retirés sont stockés dans une bannette (portant le numéro de la chambre) rangée dans une armoire située dans une pièce fermée à clé, accessible aux seuls soignants. Des documents d'identité, des cartes bancaires et d'autres valeurs s'y trouvent.



Le stockage des biens des patients

Recommandation 11

Dès lors que les biens de valeur et les documents d'identité ne sont pas laissés à disposition des patients, ils doivent être stockés dans un lieu sécurisé.

La direction générale du CHR rappelle dans ses observations de janvier 2024 que « *les biens de valeurs et les documents d'identité [qui] ne sont pas laissés à disposition des patients [...] sont stockés dans une armoire dédiée à cet effet dans une bannette identifiée avec le numéro de chambre. Cette armoire est située dans un local fermé à clef et accessible uniquement aux soignants* ». Elle annonce qu'« *une commande d'armoire forte est en cours pour augmenter la sécurisation des affaires personnelles* ».

Les patients faisant l'objet d'une mesure de protection peuvent contacter directement leur tuteur. Trois associations, l'association tutélaire de Moselle (AT57), l'union départementale des associations familiales de la Moselle (UDAF 57) et ACTIVE 57, se partagent les mesures concernant les majeurs protégés patients de psychiatrie suivis par les secteurs 57G16 et 57G17, le service de mandataires judiciaires du CHR ne prenant que les mesures concernant les résidents des EHPAD de l'établissement. D'après les témoignages recueillis, les mandataires se déplacent pour apporter l'argent ou les biens nécessaires pendant l'hospitalisation, avec toutefois une tendance de certains à s'en désintéresser.

Les délais pour instruire et décider d'une mesure de protection sont de trois mois au tribunal judiciaire de Thionville, quatre à six mois à Metz.

4.3. LES CONDITIONS DE PRISE DES REPAS EN FONT UN MOMENT D'AGITATION

Les repas sont préparés en liaison froide dans une cuisine centrale gérée par l'HIA Legouest (cf. § 2.1).

Les menus sont connus des soignants à l'avance mais ne sont pas portés à la connaissance des patients. Aucune difficulté concernant les régimes alimentaires n'a été constatée. Des patients au long cours regrettent que des frites ne soient jamais servies et que l'omelette revienne plusieurs fois dans la semaine. En cas de difficulté de transit intestinal par exemple, davantage de légumes verts peuvent être servis. Les patients ne se plaignent ni de la quantité ni de la qualité de leur alimentation.

Les repas sont pris dans la salle à manger de chaque unité (cf. § 4.1.1). Les patients prennent place où ils le souhaitent. Ils disposent de couverts en porcelaine et en métal mais n'ont aucun verre : l'eau est consommée directement dans une bouteille en plastique de 50 cl, distribuée à différentes reprises dans la journée. Le plat principal est présenté dans une assiette sous couvercle, les autres composants dans des barquettes. A l'UPP, une IDE est positionnée près du chariot contenant les repas et distribue à chacun son plateau. Les patients n'arrivent et ne terminant pas tous en même temps, les va-et-vient sont permanents et l'IDE s'équipe rapidement de la poubelle afin de vider le contenu des plateaux que les patients lui ramènent.

Les traitements médicamenteux sont distribués au moment des repas, dans la salle à manger, dans des conditions qui, à l'UPP porte atteinte tant à la convivialité des repas qu'au principe de la confidentialité des soins (cf. § 6.1, où une recommandation est faite). Lors du déjeuner à l'UPP le 13 septembre, une ASH procédait à proximité au nettoyage d'une chambre avec une machine bruyante.

Les repas sont servis à 7h30, 11h30 et 18h30 (voire 18h15 à l'UPO). A midi et à 19h00, les salles à manger sont vides. Le petit-déjeuner se prend obligatoirement à 7h30, après le réveil de tous les patients à 7h00. Un goûter est proposé à 15h30, comprenant des boissons chaudes et froides, des biscuits et des yaourts. Une tisane, sans alimentation, est proposée à 20h30 ou 21h00. Le temps de jeûne nocturne est supérieur à 12 heures.

Recommandation 12

Les modalités de prise des repas doivent être revues afin qu'ils deviennent un moment agréable : les patients doivent être informés des menus à l'avance ; le petit-déjeuner doit être servi à un horaire moins fixe de façon à préserver le sommeil ; les déjeuner et dîner doivent

être servis plus tard pour se rapprocher des horaires d'usage et ne pas imposer une durée de jeûne supérieure à douze heures.

La direction générale du CHR indique dans ses observations au rapport provisoire que « *les horaires de repas sont définis sur le plan institutionnel* » mais que « *les soignants organisent leurs activités afin de tendre à répondre favorablement aux souhaits des patients (horaire ajusté, repas pris seul, ou dans le calme ou de façon plus conviviale accompagnés par d'autres patients)* ».

Elle ajoute :

- « *Pour pallier au jeûne nocturne de plus de 12 heures, la proposition de collation a été rajoutée autour des tisanes en début de nuit (21h00)* ».
- « *Les menus des repas sont désormais affichés dans chaque unité* ».

Des patients témoignent de la participation à des barbecues dans les jardins en été. La direction générale du CHR précise que d'autres repas à thème sont organisés par les soignants : « *repas italien, repas belge avec venue d'une friterie* ».

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1. DES PATIENTS EN SOINS LIBRES SONT ENFERMES ET D'AUTRES SONT SOUMIS A DES CAMERAS DE SURVEILLANCE DANS LEUR CHAMBRE

5.1.1. La liberté d'aller et venir

Seuls les patients hospitalisés en UPP, qui sont tous en SSC, sont empêchés de sortir de l'unité, y compris pour les visites (cf. § 5.3). Cependant, les sorties de courte durée (moins de 12 heures) accompagnées sont autorisées, sur prescription médicale, par le biais d'un formulaire qui envisage les motifs de sortie suivants : « *favoriser son rétablissement ; favoriser sa réadaptation ou sa réinsertion sociale ; pour effectuer des démarches extérieures nécessaires ; pour participer à une activité extérieure ; pour se rendre à une consultation médicale* ». La variété de ces motifs permet aux médecins d'individualiser les restrictions de circulation des patients de l'UPP en tenant compte de leur état clinique. Le service de psychiatrie accède aisément à deux véhicules pour transporter les patients vers le lieu de leur démarche.

Tous les patients hospitalisés à l'UPR peuvent accéder librement aux différents espaces du CH et aux abords extérieurs. Au moment du contrôle, sur les douze patients hospitalisés dans l'UPR, deux étaient en SSC mais pouvaient néanmoins circuler librement.

L'UPO n'a d'ouverte que le nom. Sa porte est fermée, depuis une date que les professionnels n'ont pas su préciser mais que certains datent de l'origine, en 2014¹³. Les patients en SL, au nombre de 16 sur 21 (soit 76 % des patients présents lors de la visite) sont soumis à la dépendance des soignants pour la faire ouvrir.

Recommandation 13

Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service.

Dans ses observations au rapport provisoire en date du 17 janvier 2024, la direction générale du CHR estime que « *cette problématique relève d'un manque de lits disponibles dans le secteur de l'UPP à Hayange* » et du placement de patients placés sous le régime de SPDT en UPO lorsqu'il n'y a plus de place disponible en UPP, justifiant la fermeture du service d'UPO, même pour les patients en soins psychiatriques libres (SPL). Elle précise que « *les patients en SPL peuvent sortir du service sur autorisation du médecin, via prescriptions médicales [...] réévaluées quotidiennement en fonction des besoins des patients* » et indique que « *des horaires d'ouverture du service pour que les patients puissent aller et venir à leur guise sont organisés plusieurs fois par jour mais avec la condition impérative que les soignants puissent garantir la surveillance continue des patients hospitalisés sous le régime des soins sans consentement* ».

¹³ Au motif que les deux unités du CH Beauregard accueillent indifféremment des SL et des SSC et étaient déjà fermées. Seule l'UPR se démarquerait naturellement à la suite de l'emménagement à Hayange, en raison de l'architecture de l'unité, dont l'entrée n'est pas matérialisée par une porte.

5.1.2. La sécurisation du site

En journée, l'entrée principale du site est fermée aux véhicules par une barrière, l'accès piéton est libre. Selon les témoignages recueillis par les contrôleurs, l'introduction de stupéfiants dans le CH serait régulière.

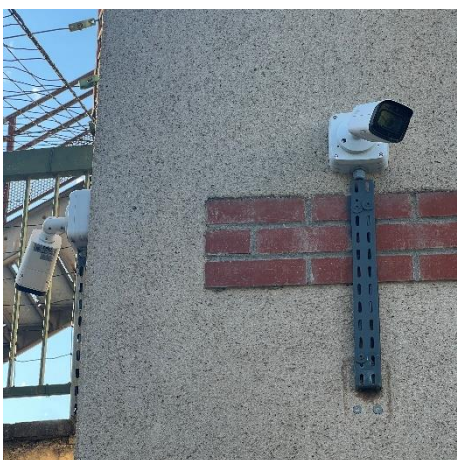
Une équipe de quatre agents de sécurité encadrée par un responsable de la sécurité est située à l'hôpital Bel-Air à Thionville et intervient à Hayange sur appel du personnel, principalement pour la gestion d'incidents impliquant l'intégrité physique des soignants mais aussi de manière anticipée afin d'accompagner les tâches des soignants auprès des patients placés en chambre d'isolement. Un prestataire extérieur (société JIDEM) complète les ressources humaines intervenant au titre de la sécurité (cf. § 7.2, où une recommandation est faite).

Il n'y a pas d'information transmise à la sécurité lorsqu'un patient est placé à l'isolement.

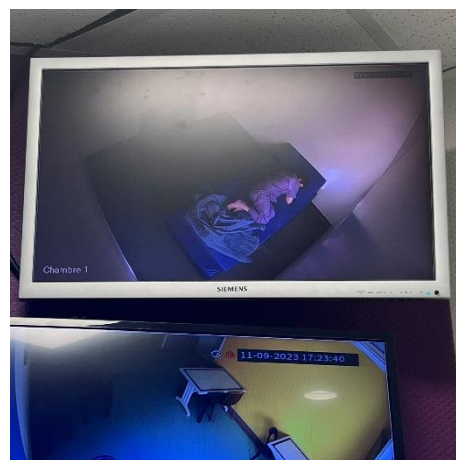
Le système de vidéosurveillance se compose au CH d'Hayange de six caméras à l'intérieur des unités et de quatre à l'extérieur, dans l'enceinte de l'établissement. Les images des caméras extérieures sont reportées sur des moniteurs situés à l'accueil et permettent à la personne en charge de l'accueil de gérer l'accès des véhicules. A l'intérieur des unités de psychiatrie, des caméras filment :

- les couloirs et espaces collectifs ;
- l'intérieur de chaque chambre d'isolement (CI).

Le retour des images est visible sur un moniteur situé dans le bureau des soignants. Au moment du contrôle, les images d'une patiente placée à l'isolement et qui s'était dénudée étaient diffusées, visibles par toute personne entrant dans ce bureau.



Vidéosurveillance extérieure



Vidéosurveillance en chambre d'isolement

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté la présence de caméras de vidéosurveillance dans toutes les chambres du CAC (cf. § 3.1.1).

Recommandation 14

La vidéosurveillance à l'intérieur des chambres porte gravement atteinte à la dignité des patients et ne peut être justifiée par des considérations sécuritaires. Elle doit être proscrite.

La direction générale du CHR, par le biais de ses observations en réponse au rapport provisoire, justifie la mise en place des vidéosurveillances par « les enjeux de la sécurité des patients isolés au CAC et dans les chambres d'isolement et de l'existence de risques suicidaires majeurs dans ces

environnements » en précisant qu'« aucun enregistrement n'est effectué » et que « le patient [n'est] pas visible sur la caméra lorsqu'il est aux sanitaires ». Elle ajoute qu'une « une réflexion va être engagée avec les équipes médicales et soignantes [du CAC], pour faire évoluer l'usage de la vidéosurveillance en l'adaptant de manière plus personnalisée à l'état médical de chaque patient, et à l'évaluation du risque suicidaire » afin de « trouver le meilleur équilibre entre le nécessaire respect des patients, et celui de la prévention du risque vital, dans l'intérêt même du patient, qui engage la responsabilité des équipes médicales et soignants. L'existence de mises en cause des modalités de surveillance dans des contextes dramatiques de suicide en établissement reste un facteur de crainte, voire de défaut d'attractivité pour les professionnels en psychiatrie, à une période où l'enjeu du recrutement pour maintenir des soins psychiatriques est majeur sur le territoire ».

Concernant les CI d'Hayange, « la vidéosurveillance a été mise en place pour répondre à une difficulté pour organiser une surveillance continue des patients placés en isolement, compte tenu des effectifs infirmiers en présence, et de l'architecture des locaux. Une étude va être engagée pour évaluer la faisabilité de travaux visant à rapprocher les chambres d'isolement au local où sont postés les infirmiers : cette modalité pourrait permettre de lever l'usage de la vidéosurveillance ».

5.2. LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU NOMBREUSES ET INDIVIDUALISEES

Les horaires de la journée sont rythmés par le lever à 7h00 ainsi que les horaires des repas (cf. § 4.3).

Les patients peuvent accéder librement aux différents espaces de leur unité. Les jardins et salons de télévision sont fermés à 23h00.

Tabac et briquet sont laissés au patient la plupart du temps, sauf à l'UPP où le briquet est systématiquement conservé dans le bureau des soignants. L'usage du tabac n'est restreint que sur prescription médicale, et dans ce cas la distribution de cigarette par un soignant fait l'objet d'une traçabilité des heures de délivrance. Les espaces fumeurs extérieurs (dans les jardins) sont fermés à 23h00 et ouvrent à partir de 7h00. Des patients estiment que les modalités pour se procurer du tabac sont peu claires s'ils n'ont pas de proches pour le leur fournir, même si les soignants ont indiqué qu'ils se chargent alors de cet achat.

Le port du pyjama (modèle anti-suicide) n'est prescrit que lors du placement à l'isolement. Si un patient ne possède pas de vêtements au moment de son admission, un vestiaire permet d'y remédier.

Des patients témoignent volontiers d'évolutions positives en matière de restrictions des libertés dans la vie quotidienne, concernant la libéralisation de l'accès aux jardins, de l'accès au tabac, de la disponibilité du téléphone portable personnel. Ils regrettent le lever matinal imposé et les horaires des repas (cf. § 4.3 où une recommandation est faite).

5.3. LES LIENS DU PATIENT AVEC L'EXTERIEUR SONT ENCOURAGES EN AUTONOMIE

Les patients utilisent largement leur téléphone portable personnel, sauf avis médical contraire. S'ils n'en possèdent pas ils peuvent utiliser soit un téléphone fixe mural dans le couloir de l'unité, soit un combiné portable des soignants pour converser en toute intimité dans leur chambre.

Les visites sont autorisées de 14h00 à 18h00 en semaine et le week-end. Des aménagements de ces horaires sont possibles en cas de besoin des visiteurs. Les mineurs de moins de 15 ans ne

sont pas autorisés à entrer dans l'unité mais de telles visites sont possibles à la cafétéria. Il n'existe aucun salon aménagé pour les visites des proches dans les unités, mais les visiteurs sont reçus par leur proche malade dans la salle commune ou en chambre. Il est néanmoins possible pour des patients en SSC, ainsi que cela a cours à l'UPP, de se rendre, sur accord médical et accompagné d'un soignant, à la cafétéria pour recevoir une visite.

Les patients peuvent envoyer et recevoir des courriers. S'il est précisé dans le livret d'accueil des unités que le CH ne fournit ni timbre ni enveloppe, dans la réalité, les soignants s'organisent pour fournir le nécessaire pour toute correspondance lorsque le patient est démuné.

La presse quotidienne régionale est à disposition des patients et ils peuvent conserver tablette et ordinateur portable avec eux. Deux patients en disposaient à l'UPO lors de la visite. Il n'existe pas de wifi patient dans les unités.

L'hospitalisation sous anonymat, possible, est organisée à la demande du patient au moment de son admission.

5.4. L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE ET LES RARES DEMANDES D'ACCES AU CULTURE SONT SATISFAITES

La direction des affaires juridiques et de la qualité du CHR a diffusé en 2022 deux notes d'information, l'une pour les élections présidentielles, l'autre pour les élections législatives¹⁴. Détaillant les modalités et dates limites du vote par procuration, elles ont été adressées aux médecins, cadres de pôle et cadres de santé pour organiser sa mise en œuvre pour les patients qui le souhaitent. Un formulaire de demande était joint à ces notes d'information. Les soignants des différentes unités ont accompagné les patients désireux de le remplir. Il n'a pas été fait état parallèlement de demandes d'autorisation de sortie motivées par le seul exercice du droit électoral.

Lorsqu'un patient souhaite rencontrer un aumônier de sa religion, il doit en faire la demande à un soignant, comme mentionné dans le livret d'accueil des unités de psychiatrie. Le soignant contacte le standard du CH qui dispose d'une liste d'aumôniers volontaires qui se déplacent dans l'unité pour rencontrer les patients. Cette liste recense les membres de l'équipe de l'aumônerie catholique du CH, disposant d'un bureau près de la radiologie, et qui intervient principalement dans le service de soins palliatifs. La carte de visite d'un aumônier du culte musulman est agrafée à cette liste. Au moment de la visite des contrôleurs aucun patient n'avait formulé cette demande.

5.5. LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS NIEE MAIS EST PARFOIS SUBIE

Bien que ne disposant pas d'outils de réflexion ou de formation sur la question, les soignants de l'UPPR abordent avec bienveillance l'expression de la vie affective et sexuelle des patients. Si les chambres ne sont pas équipées de verrous de confort (cf. § 4.1, où une recommandation est faite), les soignants assurent qu'ils respectent le caractère d'intimité de la chambre, en frappant systématiquement à la porte avant d'entrer.

Les visites des proches peuvent se dérouler dans la chambre du patient (cf. § 5.3). La contraception et une sérologie des infections sexuellement transmissibles (IST) sont proposées,

¹⁴ Notes n°168-22 AG/YS/MS et n°249-22 AG/YS/MS.

prescrites par le médecin somaticien. Les consultations gynécologiques sont réalisées à l'hôpital, sur le site de Thionville.

Quand ils observent un rapprochement entre patients, les soignants de l'UPPR échangent avec ceux-ci pour s'assurer du consentement de chacun ; ils se disent attentifs aux conduites à risques et aux violences sexuelles. L'UPO reste quant à elle marquée par le viol dont s'est plaint un patient, de la part d'un autre patient en août 2023 (cf. § 2.3 où une recommandation est faite).

6. LES SOINS

6.1. LES UNITES D'HOSPITALISATION DIFFERENT DANS LEUR OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES

L'UPP dispose d'un projet médico-soignant récent mais non daté. L'équipe commune de l'UPP et de l'UPR voit les patients en entretien infirmier à leur arrivée puis chaque jour ensuite. Le psychiatre les voit en entretien avec un soignant dans les meilleurs délais après leur arrivée, puis la fréquence des entretiens varie, selon les patients et le moment de l'hospitalisation, de deux à trois fois par semaine à une fois par semaine pour les patients au long cours.

Les soignants réalisent des visites à domicile avec les patients qui le nécessitent pour sécuriser le logement, récupérer des vêtements ou des documents administratifs, préparer la sortie (cf. § 6.4).

Un staff se tient tous les matins de semaine. Les transmissions inter-équipes se déroulent pendant un quart d'heure matin et soir, une heure en milieu de journée. Une réunion de synthèse se tient tous les lundis matin, elle réunit le psychiatre, un IDE, l'assistante de service social, l'ergothérapeute (une semaine sur deux) et un IDE du CMP.

Un groupe de parole des patients se déroule une fois par semaine, animé par un infirmier du fait de l'absence d'un psychologue.

L'UPO ne dispose pas d'un projet médico-soignant. Les transmissions inter-équipes et la réunion hebdomadaire de synthèse se déroulent dans les mêmes conditions qu'à l'UPPR. Des patients ont exprimé le sentiment de ne pas suffisamment voir le psychiatre, et les patients au long cours ne sont vus par le psychiatre qu'en cas de changement de traitement.

Il n'y a pas de réunion soignants/soignés, ce que des patients rencontrés ont regretté.

Sur prescription médicale, la chambre de certains patients est fermée pendant des plages horaires de deux heures pouvant se renouveler deux fois par jour, pour les inciter à développer les interactions sociales, pratique dont une patiente relève le paradoxe : « *On me dit de sortir de ma chambre pour socialiser, mais il n'y a rien à faire, on fume par ennui, ça me rend dingue !* ».

Cette unité semble souffrir de ne pas avoir repensé son projet depuis son installation à Hayange, ce qui conduit à un accès limité des patients aux soins psychiatriques.

La permanence des soins psychiatriques est assurée dans les trois unités en soirée et le week-end par les deux chefs de service PH et les deux médecins attachés.

Concernant la dispensation des traitements psychotropes, un pharmacien est référent de la psychiatrie à l'hôpital Bel-Air, mais il n'y a pas de préparateur en pharmacie à Hayange. Le temps et le lieu de délivrance des traitements sont différemment gérés selon les unités :

- à l'UPO, la confidentialité et le temps pour parler de son traitement sont assurés par l'accueil de chaque patient à tour de rôle par les IDE dans l'office, porte fermée, cependant tout le monde fait la queue dans la salle à manger, au milieu de ceux qui sont déjà en train de se restaurer. Comme le dit une patiente : « *On se sent malade* ». Cependant, il arrive que le traitement soit apporté dans la chambre.
- à l'UPP, la confidentialité de la remise des traitements n'est pas assurée, distribué à la vue et à l'oreille de tous dans la salle à manger par un IDE positionné derrière le chariot mobile des médicaments. Les patients se présentent d'eux-mêmes à lui en entrant dans la pièce, ou sont rappelés quand ils ne l'ont pas fait ou que l'agitation qui teinte les esprits et l'ambiance générale ne leur a pas permis de prendre le traitement en totalité. Devant

d'autres patients en train de manger, des discussions s'engagent sur les traitements, la sortie d'hospitalisation, les angoisses ressenties, et même sur un éventuel état de constipation, rendant ainsi illusoire les échanges confidentiels avec les soignants sur le traitement.

Recommandation 15

Il convient de revoir le mode de délivrance des traitements qui ne respecte pas la confidentialité des soins.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR annonce qu'« une révision de l'organisation relative au mode de délivrance des traitements est en cours sur la base des pratiques assurées en UPO » en précisant qu'elle nécessite « une adaptation architecturale et une réorganisation du circuit patient en salle à manger ».

L'espace de médiation thérapeutique (EMT), desservant l'UPPR et l'UPO, est animée en principe par une équipe de 1,8 ETP. Lors de la visite, l'ergothérapeute était seule du fait du départ récent de sa collègue infirmière. La reconfiguration de ce deuxième poste en un psychomotricien ou un éducateur spécialisé, pour une orientation de réhabilitation psychosociale, est à l'étude.

Les patients ont accès aux activités de l'EMT sur prescription médicale y compris les patients en SSC. L'équipe de l'EMT alimente de ses observations le DPI.

Cinq ateliers collectifs hebdomadaires sur trois jours sont proposés, accueillant une moyenne de quatre patients chacun, dont un atelier de musicothérapie très apprécié, ainsi que des prises en charge individuelles sur une demi-journée par semaine. Les activités de l'EMT permettent des temps d'évaluation de l'autonomie des personnes et de repérer les patients à stimuler.

Un chariot *Snoezelen*TM est installé une journée par semaine dans une salle de consultation pour des séances individuelles concernant quatre patients. Sur demande de l'équipe soignante, la séance peut se dérouler dans la chambre du patient dans un objectif d'apaisement.

Des activités à l'extérieur (sortie au marché par exemple) sont également proposées, nécessitant la présence de deux soignants.

La file active 2022 de l'EMT a été de 154 patients, soit 47,5 % des patients hospitalisés, avec une nette prédominance des patients de l'UPPR : 98 patients de l'UPPR, 56 de l'UPO.

A l'UPP, où les soignants se disent conscients que les patients ont besoin d'activités, une activité jardinage est développée avec les moyens du bord (pneus réformés par exemple, cf. photographie au § 4.1.1) mais il n'y a pas de robinet pour arroser. Des sorties thérapeutiques, telles que pique-nique, activité cuisine ou repas à thème sont animés, par les infirmiers et aides-soignants.

A l'UPO, l'activité jardinage est plus réduite (cf. photographie de couverture et § 4.1.1). Il arrive qu'un gâteau soit réalisé. Les patients expriment leur ennui.

6.2. LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST REELLE

Au moment de leur hospitalisation, les patients font l'objet d'un double bilan somatique, l'un pendant leur passage au SAU et l'autre dans les 24 heures suivant leur admission au CH d'Hayange.

Un médecin généraliste, exerçant en libéral à Hayange, assure les consultations somatiques trois demi-journées par semaine au CH, les lundi, jeudi et samedi. Il peut également se déplacer de

manière ponctuelle en cas de nécessité pour un patient. En semaine après 18h00, ainsi que le samedi après-midi et le dimanche, c'est l'interne de garde au CH qui prend le relais pour les consultations somatiques. Lorsque le degré d'urgence est trop important, le patient est conduit au SAU de Bel-Air à Thionville.

Les patients placés à l'isolement sont vus par le somaticien dans les 24 heures.

Les bilans de biologie et la radiologie sont réalisés dans les services du CHR, de même que les consultations et soins de spécialité, sauf à ce qu'ils soient proposés au CH d'Hayange (cf. § 2.1). Un professionnel a résumé la question de l'accès aux soins somatiques ainsi : « *C'est confortable d'être dans un centre hospitalier !* ». Les patients en SSC devant y accéder se voient délivrer une autorisation de sortie de courte durée et sont accompagnés par un soignant. Il est également possible que le patient choisisse de consulter un spécialiste de son choix exerçant en libéral, pour l'ophtalmologie par exemple. Les délais d'accès aux consultations et soins de spécialité pour les patients hospitalisés en psychiatrie n'appellent pas d'observation.

Si un patient est hospitalisé dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) du CHR, l'équipe du SPUL (cf. § 2.2.1) fait l'interface avec les équipes soignantes de MCO pour faciliter la prise en charge. Lors des opérations chirurgicales, un IDE du SPUL est présent pendant toute la durée de l'anesthésie et accompagne le patient jusqu'à son réveil et la remontée en chambre.

L'addictologie est prise en charge par le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Metz, qui assure la continuité de la prise en charge au moment de l'admission si le patient était déjà suivi en addictologie ou peut en initier une en cours d'hospitalisation, prolongée après la sortie en cas de besoin.

6.3. LES MODALITES DE RECHERCHE DU CONSENTEMENT AUX SOINS SONT TRES PEU DEVELOPPEES ET DES INJECTIONS « SI BESOIN » SONT PRESCRITES

Si l'adhésion des patients à leur projet de sortie est recherchée, notamment par les ASS (cf. § 6.4), la recherche du consentement aux soins pendant le temps de l'hospitalisation est peu activée.

On note ainsi l'absence d'élaboration avec le patient d'un plan de crise ou directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP), l'absence de participation du patient à la réunion de synthèse le concernant, l'absence d'actions d'éducation thérapeutique du patient consacrées aux pathologies mentales et à leur traitement, l'absence de médiateurs de santé pair au sein des équipes soignantes.

Si la désignation d'une personne de confiance est proposée à l'entrée, le formulaire de désignation, ne prenant pas en compte les spécificités des patients en psychiatrie, précise qu'il appartient au patient d'informer la personne qu'il désigne et de s'assurer de son accord. Si bien que le service n'intervient pas pour informer celle-ci ni s'assurer de son accord. S'il s'agit d'un membre de la famille, la personne sera informée de sa désignation lors du premier entretien.

Des prescriptions de traitement injectable sont prévues dans le dossier de certains patients, avec les indications suivantes : « si agitation », « si agressivité », « si refus du traitement *per os* », « si insomnie ». Les soignants indiquent rechercher d'abord l'accord du patient pour prendre le traitement *per os* avant d'envisager l'injection. En cas de refus, l'accord médical sur l'administration non consentie du traitement par injection est donné par téléphone à l'infirmier, sans que le médecin ne soit systématiquement présent auprès du patient.

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* ».

Recommandation 16

Les injections de traitements psychotropes non consenties par le patient ne peuvent être exécutées qu'en présence d'un médecin qui aura préalablement recherché le consentement et décidé, en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie est toujours nécessaire et de dernier recours.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR rappelle que « *l'effectif médical actuel ne permet pas la présence physiquement continue d'un psychiatre senior au sein du service* » (« *postes vacants* », « *temps pendant lesquels le praticien senior se trouve sur un site de CMP distant géographiquement* »), mais permet un « *avis/réponse téléphonique pour les praticiens juniors ou les équipes paramédicales* ». Elle indique toutefois qu'« *un rappel sur la vigilance autour du recueil du consentement, et la traçabilité de la prise en compte des situations des refus, sera conduit* ».

6.4. LES PERMISSIONS DE SORTIE SONT FACILITEES

Les programmes de soins (PDS) de patients en SSC ne concernent que des patients pris en charge en ambulatoire. Cependant, un patient en PDS nécessitant un temps de soins intensifs peut être hospitalisé en SL de façon programmée, sur une durée limitée.

Les permissions de sortie seuls ou accompagnés des patients en SSC sont facilitées. Dans la semaine de la visite, dix patients sur dix-huit en SSC disposaient d'une permission de sortie de 12 heures (six patients) et 48 heures (six patients), deux patients ayant successivement bénéficié d'une sortie de 12 heures et d'une sortie de 48 heures.

Deux assistantes de service social (ASS), une par secteur, interviennent tout au long de la prise en charge ambulatoire et en hospitalisation. Pour les patients hospitalisés, elles interviennent à la demande des soignants, lors des réunions hebdomadaires auxquelles elles assistent. Leurs interventions portent alors sur l'accès aux droits sociaux, l'interaction avec les mandataires judiciaires des patients majeurs protégés, la recherche et la mise en place de solutions d'hébergement. En lien avec les soignants, elles organisent des accompagnements de patients pour préparer leur sortie, visiter les éventuels lieux d'hébergement, ou accoutumer un patient à un logement en intermédiation locative en l'aidant à se repérer dans son futur quartier. Elles recherchent l'adhésion du patient et de sa famille aux projets de sortie et travaillent également avec les mandataires judiciaires (cf. § 4.2).

Plusieurs patients au long cours, que certains désignent ici par le terme de « *bed blockers* »¹⁵ sont présents dans les deux unités, dont un depuis neuf ans à l'UPO. Les freins à la sortie des patients âgés tiennent à l'absence de convention avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du territoire et de places fléchées en EHPAD pour des personnes en situation de handicap psychique. Pour les patients plus jeunes, des solutions d'hébergement

¹⁵ Ce terme issu du management hospitalier en MCO, signifiant littéralement « bloqueurs de lit », n'apparaît pas plus heureux que celui d'« inadéquats » encore trop souvent utilisé en psychiatrie.

peuvent être mobilisées : familles gouvernantes (UDAF), pensions de famille et appartements en intermédiation locative (association Est accompagnement), CHRS (association Athènes). L'accès aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap est ralenti par le délai d'instruction des demandes par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) : six mois en moyenne. Des séjours temporaires sont organisés dans certaines structures pour des patients en préparation à la sortie. L'accès aux établissements belges, voisins, est pour l'instant à l'arrêt¹⁶.

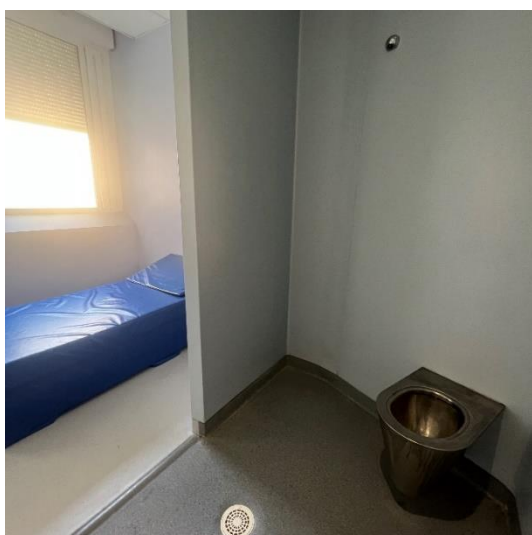
¹⁶ Depuis 2016, la France déploie « un plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique », autrement nommé « moratoire des places en Belgique », notamment dans la région Grand-Est.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1. LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, INSUFFISAMMENT EQUIPEES, NE RESPECTENT PAS LA DIGNITE ET L'INTIMITE DU PATIENT

Quatre chambres d'isolement (CI) au total sont installées dans les unités de psychiatrie générale de l'hôpital d'Hayange :

- l'UPP est dotée de deux CI contiguës, auxquelles on accède par un sas commun situé au milieu du couloir des chambres ;
- l'UPO est dotée de deux « chambres d'apaisement » se faisant face au milieu du couloir des chambres, précédées chacune par un sas, avec une porte à fenestron vitré entre les deux. L'équipement et l'usage de ces chambres ne constituent en rien ceux d'un espace propice à l'apaisement. Il s'agit de chambres d'isolement en bonne et due forme, fermables et fermées. Leur usage est d'ailleurs tracé en tant qu'« espace dédié » dans l'enregistrement des mesures d'isolement. Certains soignants y relèvent à juste titre le caractère dangereux d'un faux-plafond en cas de mésusage par un patient ; pour autant, ces aménagements mal pensés ne modifient en rien la nature de ces chambres.



CI vide de l'UPO (vue du lit et des sanitaires depuis la salle d'eau)



CI occupée de l'UPP (vue du lit depuis le sas)

Trois des quatre CI sont en fonction, propres et en bon état, équipées d'une climatisation réversible. La quatrième est en attente de réparations. La seule aération naturelle peut venir d'une imposte d'environ 10 cm de largeur, latérale à la fenêtre. Les chambres n'ont pas de dispositif d'appel aux soignants¹⁷. Les sas sont dotés d'une horloge numérique avec heure et date.

¹⁷ Alors même que les chambres hôtelières en sont dotées.

Dans chaque CI, une salle d'eau est librement accessible.

Une des CI de l'UPO est dépourvue de lavabo. Le jet de douche est situé au-dessus de la cuvette du WC, l'arrosant copieusement.

Les commandes de l'éclairage, des volets, de la douche, du lavabo et de la chasse d'eau sont situées dans le sas, inaccessibles au patient enfermé, ce qui est particulièrement indigne, notamment concernant la chasse d'eau.

Le fenestron du sas vers la salle de bains donne une vue directe sur le WC.



CI de l'UPO (vue sur les toilettes depuis le sas)

Les lits sont en mousse dense du type Cumbria™, équipés d'un coussin triangulaire de même matière, sans siège pour que le soignant puisse s'asseoir à côté du patient, ni table ni siège pour que ce dernier y prenne ses repas. Les lits n'offrent pas de draps mais une couverture surpiquée dont les dimensions ne permettent pas de s'y enrouler pour, à la fois, ne pas être en contact avec le matelas et être couvert.

Les quatre chambres sont placées sous vidéosurveillance (cf. photographie au § 5.1.2, où une recommandation est aussi faite).

Recommandation 17

La dénomination des « chambres d'apaisement » de l'UPO pour désigner des espaces dédiés à l'isolement doit cesser. Les quatre chambres d'isolement doivent être dotées d'un dispositif d'appel aux soignants, d'un accès à l'eau potable, de draps, d'assises pour le patient et les soignants. Les commandes de l'eau, de la chasse d'eau, de la lumière, doivent être accessibles au patient.

La vidéosurveillance des chambres d'isolement et la vue sur les toilettes à partir du fenestron du sas sont attentatoires à la dignité et à l'intimité du patient. Il doit y être mis fin.

7.2. DES AGENTS DE SECURITE INTERVIENNENT FREQUEMMENT EN PREMIERE LIGNE AUPRES DES PATIENTS PLACES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Les procédures organisant l'isolement et la contention, bien que récentes et à jour des textes réglementaires, ainsi que le projet médico-soignant de l'UPP traitent de la « prescription » des mesures d'isolement ou de contention, et non de leur décision médicale comme prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de santé publique (CSP), qui ouvre ainsi la possibilité d'un recours, contrairement à la prescription médicale. Ce même projet médico-soignant définit l'isolement comme « thérapeutique », *a contrario* de l'absence au niveau international d'études probantes sur son caractère thérapeutique.

Si le principe d'une formation systématique des soignants aux techniques de désescalade dans le cadre de la formation OMEGA est affirmé, en 2022 deux AS et deux IDE ont bénéficié de cette formation ; certains soignants l'ont suivi il y a plusieurs années, sans réactualisation récente des

connaissances (cf. § 2.2.3). Si la cadre de santé anime une action volontariste d'analyse régulière en équipe des mesures d'isolement, le registre de l'isolement est mal ou pas connu des soignants.

Les décisions d'isolement ou de contention (ces dernières sont rares, cf. *infra*) sont tracées dans le dossier informatisé du patient (DPI), ainsi que la surveillance et les décisions de renouvellement. Le registre de l'isolement, informatisé, résulte de l'extraction de ces données.

Les décisions sont prises et renouvelées par un psychiatre de plein exercice, présent, ou à partir de l'échange par téléphone avec le praticien non-thésé de garde. Une seule exception à cette règle a été trouvée dans le registre de l'isolement : un interne, identifié en tant que tel dans le registre, ayant pris seul une décision d'isolement.

Le somaticien voit le patient en isolement uniquement sur sollicitation des soignants.

Les patients conservent leurs chambres hôtelières. Au début de leur isolement, ils revêtent un pyjama jetable. Sur prescription médicale, les patients peuvent sortir s'aérer et fumer dans le jardin ; ils revêtent des vêtements le temps de la sortie.

La surveillance infirmière est assurée par vidéosurveillance, ce qui peut contribuer à réduire le nombre de surveillances directes. Les repas sont pris dans la chambre, en présence d'un soignant, une demi-heure avant le repas des autres patients dans la salle à manger, soit des heures de repas extrêmement précoces : 11h00 et 17h45. Une bouteille d'eau est remise au patient, pour compenser l'impossibilité de disposer librement de l'eau au lavabo.

Des décisions d'isolement séquentiel sont pratiquées mais non tracées en tant que telles dans le registre de l'isolement, les contrôleurs n'ont pu en vérifier l'ampleur. Une patiente était dans cette situation à l'UPP lors de la visite.

Des isollements et des contentions ont été pratiqués pendant plusieurs mois en 2022 dans des chambres hôtelières, du fait de l'indisponibilité de certaines CI nécessitant des travaux (cf. *infra*).

Les agents de sécurité de la société JIDEM interviennent en renfort à la demande des soignants pour accompagner ceux-ci dans les chambres, voire pour placer le patient en isolement, ou pour le maintenir, y compris pendant une injection. Les fiches d'intervention de ces agents indiquent, qu'au cours de l'année 2023, leurs interventions ont été quotidiennement programmées lors des repas des patients en CI. Les contrôleurs ont pu observer le 12 septembre 2023 un placement en CI opéré par deux agents de sécurité. Ce renfort n'est pas « soignant », d'autant que les agents de sécurité ne sont pas formés à la gestion d'états d'agitation de patients psychiatriques.

Recommandation 18

Dans une situation d'isolement d'un patient, le personnel de sécurité ne doit pas intervenir en auxiliaire dans la gestion des soins. Ils ne doivent en aucun cas intervenir physiquement auprès d'un patient, ni au sein de la chambre d'isolement.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR indique que « l'intégralité de soins aux patients est assurée par les soignants » mais que « l'équipe qui est majoritairement féminine, jeune et peu expérimentée en santé mentale [et] exprime un sentiment d'insécurité majeur face à certains profils de patient agité et violent » sans qu'existe un « agent de sécurité CHR sur le site d'Hayange ». Cela explique la sollicitation du service de sécurité « dans le cadre du marché JIDEM pour être aux côtés des soignants lors de l'abord de ces patients violents », sans « aucune demande de pratique de soins ou de prestation hôtelière » avec pour « seul intérêt [...] de pouvoir intervenir immédiatement si la sécurité des soignants est mise en

danger ». Elle précise « *qu'en cas d'impossibilité de maintien du patient pour une injection, une aide physique des agents de sécurité est indispensable ; dans ce cadre, une demande d'aide est exprimée* » et conclut :

- « *le rôle des soignants et des agents de sécurité, tel que décrit ci-dessus, sera rappelé aux équipes* » ;
- « *le plan de formation 2024 prévoit [la formation OMEGA] qui permettra de développer des compétences en gestion des états d'agitation* ».

Un document intitulé « *Information à remettre au patient faisant l'objet d'un renouvellement exceptionnel d'une mesure de contention ou d'isolement* »¹⁸ détaille le recours possible du patient auprès du juge des libertés et de la détention (JLD). Les contrôleurs s'interrogent sur la remise effective de ce document, notamment en raison d'une affiche dans le bureau des soignants précisant qu'en CI le patient ne doit conserver qu'une bouteille d'eau, un rouleau de papier toilette et une couverture. Un développement est fait au § 8.3 sur son usage.

Les alternatives à l'isolement sont très peu développées. Outre l'utilisation en mode ouvert des chambres dites d'apaisement de l'UPO (*cf. supra*), un sac de frappe est disposé dans un bureau de consultation. Le jardin est utilisé pour tenter de faire descendre la tension lors d'un état d'agitation d'un patient, mais la lecture des FEI fait apparaître le désarroi de soignants peu aguerris dans la gestion d'une désescalade. Lors de l'incident survenu en présence des contrôleurs, des soignants ont exprimé leur peur et leur impuissance face à l'agitation d'un patient (*cf. § 2.3*).

7.3. SI LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST TENU, AUCUNE POLITIQUE DE REDUCTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT N'EST PORTEE PAR L'ETABLISSEMENT

L'examen des registres de l'isolement et de la contention de 2021, 2022 et des huit premiers mois de 2023 permet d'observer, sur les deux unités, une pratique de l'isolement en baisse jusqu'en 2022, avec 48 mesures concernant 30 patients en 2022, pour 86 mesures concernant 80 patients en 2021 et 88 mesures concernant 54 patients en 2020. Rapporté à la file active de patients en SSC, ces isolements ont ainsi concerné 18,40 % des patients en SSC en 2022. Cette tendance à la baisse ne semble pas se confirmer en 2023, où pour huit mois on observe 54 mesures concernant 32 patients.

La contention est rare : 4 mesures ont concerné 3 patients en 2022, aucune mesure en 2023.

A l'UPO, où les mesures d'isolement se déroulent dans les « chambres d'apaisement », 9 mesures ont concerné 9 patients en SSC en 2022, mais 13 mesures en ont concerné 9 dans les huit premiers mois de 2023. En 2023, les durées des isolements sont pour 5 d'entre elles inférieures ou égales à 12 heures, 3 vont de 29 à 42 heures, 4 de 51 à 67 heures, 1 mesure a duré 139 heures.

A l'UPP, 38 mesures d'isolement concernant 38 patients en SSC ont été mises en œuvre en 2022, mais 32 mesures d'isolement ont concerné 20 patients au cours des huit premiers mois de 2023. Les durées des mesures d'isolement sont pour la moitié d'entre elles longues, voire très longues :

Durée d'isolement UPP (en heures)	12 à 24	36 à 48	69 à 92	111 à 168	193 à 281	659 à 768
Nombre de mesures	9	3	6	7	5	2

¹⁸ Référence DI/00358 et daté du 20 septembre 2022.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients isolés pendant plus de 7 jours, voire plus de 21 jours et jusqu'à 32 jours l'étaient sous forme séquentielle, avec des heures de sortie de la CI, ce que le registre de l'isolement et de la contention ne fait pas apparaître.

En 2022, 11 mesures d'isolement concernant 11 patients et 3 mesures de contention se sont par ailleurs déroulées dans la chambre du patient. Il a été indiqué que des chambres d'isolement hors d'usage dans les deux unités ont contraint à recourir à ces solutions non acceptables.

Aucune politique de réduction du recours à l'isolement n'a été élaborée par l'établissement. Le sujet de l'isolement et de la contention et de son usage en dernier recours n'est pas abordé dans les instances, pas plus en CME qu'au comité d'éthique.

Recommandation 19

L'établissement doit élaborer une politique de réduction du recours à l'isolement et soutenir les professionnels des unités de psychiatrie vers des pratiques alternatives.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du CHR indique que « *la filière psychiatrie a identifié le besoin de reformaliser certains axes de son projet médico-soignant, en intégrant les recommandations de bonne pratique ainsi que les retours de la certification HAS* » et « *la politique de réduction du recours à l'isolement* » basée sur « *les actions qui ont été déclinées opérationnellement [...] pour promouvoir cet axe. Ainsi plusieurs pratiques alternatives à l'isolement sont déjà en vigueur [...]* » :

- *utilisation de couvertures lestées pour provoquer un sentiment d'apaisement ;*
- *mise à disposition d'un chariot mobile de Snoezelen™. Un ergothérapeute a été spécifiquement formé à la pratique de cette activité au sein du service avec pour objectif premier de parvenir à contenir la phase d'agitation et de procurer un apaisement ».*

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1. LE REGISTRE DE LA LOI N'EST PAS A JOUR ET EST INCOMPLET

Le registre de la loi contient le nom, prénom et domicile des personnes faisant l'objet d'une mesure de SSC. Les certificats médicaux des 24 heures, 48 heures et 72 heures sont, dans la plupart des procédures présents.

La décision du directeur du CHR et, pour une hospitalisation à la demande d'un tiers, l'identité de ce dernier et le document attestant de sa demande, sont versés au registre. Y figure également un formulaire intitulé « *Récépissé décision et notice d'information SSC* », attestant de la remise au patient de la décision du directeur ainsi que de la notice d'information des droits du patient en SSC ; ce document est signé par le soignant et le patient lorsque son état clinique lui permet. Les certificats pour les sorties de courte durée sont présents, de même que la date et les documents relatifs à la levée de la mesure.

Cependant, l'analyse du registre de la loi fait apparaître que :

- le livre de la loi présente un retard légèrement inférieur à un mois dans l'introduction des décisions initiales, la dernière admission en SSC étant rapportée à la date du 26 août 2023 ;
- des certificats médicaux sont manquants dans plusieurs procédures.

Les pièces en attente s'empilent sur un bureau en raison d'un manque de personnel disponible. Au moment de la visite, une seule personne, travaillant à 80 %, doit à la fois tenir le guichet des admissions, la régie des valeurs et le livre de la loi.

Recommandation 20

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit être à jour et comporter tous les documents concernant la mesure.

Par le biais de ses observations au rapport provisoire en janvier 2024, l'établissement souhaite réfuter ces constats en indiquant que « *le registre de la loi [...] existe et est à jour* » et en précisant qu'« *il est adressé au bureau des admissions de l'hôpital d'Hayange et de l'hôpital Bel-Air pour qu'il soit accessible* ».

Le CGLPL maintient les constats faits lors de la visite et la recommandation qui s'en suit.

Les décisions du directeur ne précisent pas le statut d'admission en SDDE (SPDT, SPDTU, SPPI) et visent les certificats médicaux sans en rapporter le contenu, alors que ces certificats ne sont pas non plus portés à la connaissance du patient, comme l'identité du tiers ne l'est pas (cf. § 3.3, où une recommandation est faite).

Les décisions sont antidatées en début de semaine lorsque l'admission du patient a lieu le vendredi après-midi ou le week-end : elles portent systématiquement la date du certificat initial alors que la signature de la décision n'est pas faite en temps réel.

Recommandation 21

Les décisions d'admission en soins sans consentement prises par le directeur doivent l'être en temps réel et ne peuvent être antidatées.

La direction générale du CHR, dans ses observations en réponse au rapport provisoire, indique : « un audit sera conduit sur le 1^{er} semestre 2024 afin d'identifier les situations dans lesquelles une décision serait amenée à être antidatée. Sur la base de l'analyse, un plan d'action sera proposé si nécessaire ».

Les autorités en charge du contrôle du registre n'ont pas porté les mentions permettant aux contrôleurs d'en constater l'effectivité.

8.2. LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE SON CONTROLE UNE FOIS PAR AN ET LE REGARD DES REPRESENTANTS DES USAGERS NE SE PORTE PAS VERS LA PSYCHIATRIE

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a effectué une visite en juin 2023. Son compte-rendu n'avait pas encore été communiqué.

Le compte-rendu de sa visite précédente en mars 2022 informe de sa composition par deux psychiatres (l'un désigné par le premier président de la cour d'appel, l'autre par le préfet), d'un médecin généraliste et de deux représentants des usagers. Elle a examiné 21 dossiers d'hospitalisation en SDDE, le registre d'isolement et de contention (sans émettre de critiques), le registre de la loi (en émettant des critiques semblables à celles du CGLPL, cf. § 7.2) et a rencontré deux patientes en SDTU, dans leur chambre. Elle s'est intéressée aux droits des patients dans les unités, observant que le règlement du service n'autorise pas les téléphones portables et qu'il n'y a qu'une horloge et aucun calendrier.

Les patients sont informés de la possibilité de s'exprimer sur la qualité de la prise en charge par un double affichage dans les couloirs¹⁹. S'agissant du rare affichage apposé sur les murs, il est très visible. Ils peuvent adresser des plaintes et réclamations au service des relations avec les usagers du CHR, qui les traite avec la commission des usagers (CDU) et qui peuvent déboucher, le cas échéant, sur une médiation. S'en suivent les coordonnées de quatre associations représentant des usagers. Les contrôleurs ont contacté l'une d'elles, qui a confirmé l'absence de correspondant spécialisé pour le public du CH d'Hayange. La CDU n'aurait pas l'habitude de traiter des réclamations en provenance d'Hayange et ne serait pas particulièrement alertée par rapport à la gravité ou à la fréquence des événements indésirables s'y déroulant. La CDU est réunie régulièrement : en mai, septembre et – annoncé – novembre 2023.

8.3. LE CONTROLE DU JUGE INVESTIT TANT LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT QUE LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Deux vice-présidents exercent les fonctions de juge des libertés et de la détention (JLD) au TJ de Thionville, dont l'un sur le contentieux lié à l'hospitalisation en SSC, qui comprend également l'activité de la clinique Clinéa. A chaque évolution législative, des réunions avec le personnel hospitalier permettent de mettre en œuvre la réforme. Ces rencontres perdurent dans des objectifs très opérationnels d'amélioration du contrôle des conditions d'hospitalisation : le JLD s'est par exemple rendu à Hayange en mai 2023 en vue de se faire mieux connaître, de vérifier

¹⁹ Le premier expose le principe de la CDU et renvoie au second ; le second, surmonté de la phrase « Nous sommes à votre écoute ».

les délégations de signature du directeur de l'établissement²⁰, de voir le livre de la loi et enfin de voir les chambres d'isolement.

8.3.1. Le contrôle des mesures de soins sans consentement

Le JLD tient ses audiences au CH d'Hayange, dans une salle qui lui est dédiée au niveau 0 de l'établissement, à proximité de la cafétéria. Elle est signalée « TGI ». Une pièce en face permet aux avocats de rencontrer leurs clients. Les locaux n'appellent pas d'observation.

Les conditions de comparution devant le juge n'entraînent pas non plus de remarque : il ressort de différents témoignages que les patients, accompagnés par un soignant jusque dans la salle, sont vêtus dignement, et qu'ils peuvent aisément s'exprimer grâce à l'approche humaine du magistrat qui les interroge sur le vécu de leur hospitalisation après s'être présenté comme « juge des libertés » et avoir précisé qu'il n'est pas médecin. Le juge consacre une quinzaine de minutes à chacun. La porte de la salle reste ouverte mais un patient peut, sur demande, la faire fermer.

Il arrive que le tiers demandeur, convoqué, se présente à l'audience. Afin d'en augmenter la probabilité, le greffe du TJ demande au secrétariat médical une adresse électronique, la voie de l'information postale étant postérieure à l'audience et les personnes ne répondant pas au numéro masqué qui les appelle depuis le tribunal.

Bonne pratique 2

Afin d'augmenter la fréquence de la présence des tiers à l'audience, le greffe du juge des libertés et de la détention cherche à les joindre par messagerie électronique.

La fréquence des situations dans lesquelles les patients ne peuvent pas être présentés au juge ne retient pas l'attention des contrôleurs.

En l'absence de patients appelés à comparaître dans la semaine de la visite, les contrôleurs n'ont pas assisté à l'audience. Ils ont, entre autres, rencontré le JLD et consulté des dossiers.

Les procédures établies au CH pour la mise en œuvre des mesures de SDDE et d'isolement et de contention, dont les documents sont centralisés par le secrétariat médical qui est en relation avec le greffe judiciaire, alimentent l'exercice du contrôle juridictionnel. Aucune difficulté ne concerne les délais des saisines.

Selon les données recueillies au CH²¹, le JLD a été saisi :

- en 2022, de 96 dossiers dont 3 ont donné lieu à une décision de mainlevée ;
- en 2023 (huit mois), de 78 dossiers dont 2 ont donné lieu à une décision de mainlevée.

Les motifs des mainlevées sont variés : délai de rédaction d'un certificat médical, horodaté ; notification tardive de la décision d'admission en soins sans consentement ; absence de qualité à agir du tiers ; et deux fois, en 2023, l'insuffisance de la motivation de l'avis médical produit en vue de l'audience. Elles ont été assorties d'un effet différé à 24 heures dans trois cas sur cinq.

Un avocat soulève fréquemment des moyens d'irrégularité, parmi lesquels l'absence d'affichage des délégations de signature. Le magistrat lui-même se dit volontiers prêt à soulever des

²⁰ Il a établi un procès-verbal de façon à motiver davantage son éventuel rejet de l'irrégularité tenant aux signataires des décisions (cf. *infra*, ce moyen étant parfois soulevé).

²¹ Les données du JLD ne distinguent pas le CH et la clinique, ce qui rend peu pertinent leur exploitation dans le présent rapport.

irrégularités d'office, concernant par exemple l'identité du tiers, ou le contenu de l'avis motivé, qui ne démontre pas toujours suffisamment en quoi le consentement est encore altéré.

Les décisions ne sont pas rendues sur le siège mais dans l'après-midi, de façon à les motiver avec soin. Il s'agit effectivement de décisions individualisées. Le magistrat annonce toutefois la teneur de sa décision quand le patient y place une attente de nature à créer de l'angoisse.

8.3.2. Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Pendant environ une année, le JLD n'a été saisi d'aucune demande. Il a fini par l'être, en 2022, de demandes tendant à la prolongation de la mesure d'isolement en cours, assorties de nombreux certificats médicaux, mais parfois encore trop tardivement au cours de week-ends. Le JLD a prononcé la mainlevée d'une mesure d'isolement pour laquelle il avait été saisi avec sept minutes de retard. Une réunion s'en est suivie, fin 2022, associant la direction des affaires juridiques du CHR, afin de faire évoluer les pratiques dans le sens de la loi. Ce contentieux a donné lieu au cours des huit premiers mois de l'année 2023 à 38 saisines, ayant donné lieu à 11 ordonnances de mainlevée. Le JLD n'a jamais été saisi pour des mesures de contention.

Les contrôleurs observent que l'ensemble des documents afférents au contrôle juridictionnel, que les soignants sont censés porter à la connaissance des patients isolés ou attachés, sont mal utilisés. Cela peut concerner :

- la notification de la décision du JLD, qui se solde souvent par l'attestation d'une impossibilité de faire, justifiée par la mention « *état incompatible* » voire la mention « *isolement* » ; dans un autre cas, la décision n'a pas été portée à la connaissance du patient au motif que l'isolement était levé ;
- le document par lequel le patient sollicite son audition par le juge, l'absence de souhait du patient étant attesté par « *impossibilité du fait de l'état clinique du patient* » ;
- le document par lequel le patient consent à ce que le médecin informe un de ses proches, portant les mentions « *n'est pas en mesure de donner son consentement* » ou « *refus de signer le document (patient délirant)* ».

Si une procédure complète est bien prévue, sa mise en œuvre auprès des patients souffre de défauts majeurs qui doivent être corrigés par le biais d'une meilleure formation des soignants, un souci partagé d'informer les patients et l'expression et l'investissement d'une politique de moindre recours à l'isolement (*cf.* § 2.2.3, § 3.3 et § 7.3, où des recommandations sont faites).

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