

RAPPORT DE VISITE

**CENTRE HOSPITALIER
SAINTE MARIE
Clermont Ferrand
(Puy de Dôme)**

24 au 26 février 2009

Contrôleurs :

Vincent DELBOS, Chef de mission ;

Jacques GOMBERT ;

Bernard RAYNAL ;

José RAZAFINDRANALY ;

En application de la loi du 30 octobre 2007, instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du Centre Hospitalier Sainte Marie, sis à Clermont-Ferrand (Puy de Dôme), du 24 au 26 février 2009.

Le chef d'établissement avait été informé de la visite le jeudi 19 février 2009.

1. Les conditions de la visite

Les quatre contrôleurs sont arrivés le mardi 24 février à 9h30. Ils sont repartis le jeudi 26 février à 16h30.

L'ensemble des personnels a été particulièrement disponible à l'égard des demandes de la mission.

Une salle a été mise à disposition, durant tout le temps de la mission, et les documents demandés ont été fournis avec diligence.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients et des familles, qu'avec des personnels exerçant sur le site.

Une réunion de présentation de la mission a été effectuée, au début du contrôle avec le directeur de l'établissement, auquel s'est associé ensuite, une équipe réunissant des médecins chefs, des cadres supérieurs infirmiers et des membres de l'équipe de direction.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec :

- le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- le préfet de la région Auvergne, préfet du Puy de Dôme ;
- des chefs de service ;
- des responsables administratifs ;
- le bureau de la commission médicale de l'établissement (CME) ;
- les représentants des organisations syndicales suivantes : CFDT, CGT, CGC ;
- le bureau du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail ;
- le représentant de l'Union nationale des familles (UNAFAM) ;

Ils ont eu un entretien téléphonique avec des magistrats du tribunal de grande instance de Clermont Ferrand.

L'information concernant la visite du contrôle général des lieux de privation de liberté a été diffusée largement à l'ensemble des services, tant en direction des personnels que des patients.

Au cours de la mission, les contrôleurs se sont intéressés aux conditions de vie et au cadre de protection mis en place pour les personnes hospitalisées sans consentement. Une attention particulière a été portée sur l'isolement et la contention, mais aussi sur la répartition des unités ouvertes et fermées. L'examen des conditions de fonctionnement des contrôles locaux (autorité judiciaire et commission départementale de l'hospitalisation d'office) comme du registre de la loi est venu compléter l'analyse.

Vingt-cinq malades ont sollicité un entretien, et vingt-et-un ont été reçus individuellement, les quatre autres personnes étant en permission de sortie.

A l'issue de la visite, l'équipe des contrôleurs a fait part des différents constats au directeur et au président de la commission médicale d'établissement.

Le rapport de constat a été adressé le 29 mai 2009 au directeur. Celui-ci a, par un courrier du 19 juin 2009, fait valoir un certain nombre d'observations, qui ont été prise en compte dans le présent rapport de visite.

2. Présentation générale de l'établissement.

Le Centre Hospitalier Sainte Marie, implanté à Clermont Ferrand, préfecture du Puy-de-Dôme, est un établissement participant au service public hospitalier (PSPH).

Créé en 1836, il est l'un des cinq établissements de l'Association Hospitalière Sainte Marie, laquelle a son siège social à Chamalières (Puy de Dôme).

L'association est dirigée par un conseil d'administration qui fixe dans le cadre de la politique de santé mentale les grandes orientations politiques et stratégiques de l'association mises en œuvre par le directeur général et les directeurs des centres hospitaliers. Outre le centre de Clermont Ferrand, quatre autres centres hospitaliers font partie de l'association : ils sont implantés respectivement à Privas, Le Puy, Nice et Rodez.

2.1 Les bâtiments d'hospitalisation

Le centre hospitalier Sainte Marie de Clermont-Ferrand est situé en plein cœur de l'ancienne ville, sur une emprise de huit hectares, à moins de dix minutes à pied de la place de Jaude, place centrale de la ville. L'ensemble est divisé en trois îlots, séparés en surface par des voiries communales, mais tous accessibles entre eux par des passages souterrains :

- un îlot dit A, dans lequel se trouvent l'accueil, l'administration et des bâtiments d'hospitalisation. Cet îlot est entouré par l'avenue Franklin Roosevelt, la rue Sainte Geneviève, et la rue J.B. Torrilhon ;

- un îlot dit B, comprenant notamment la cuisine, le self-service, la chaufferie, un PC sécurité, une salle omnisport et des services d'hospitalisation. Cet îlot est entouré des rues J.B Torrillon, Gabriel Péri et Antoine Menat ;

- Un îlot dit C, qui comprend notamment les services techniques, le parking du personnel, un centre pour adolescents, un centre d'alcoologie et un important jardin d'agrément. Cet îlot est également entouré des rues Antoine-Menat et Amadéo.

Le bâtiminaire actuel est ancien, puisque la construction d'origine remonte à la première moitié du XIXème siècle. Il a fait l'objet de nombreuses reprises au fil des époques. Un programme de restructuration d'ensemble est prévu, qui devrait s'étaler sur dix ans. Le plan de financement est en cours de finalisation avec les tutelles. Le parti architectural envisagé prévoit d'implanter dans l'îlot C au nord, cinq bâtiments d'un étage réservés aux services de psychiatrie adulte (soit dix unités de vingt-cinq lits), et un bâtiment de cinq étages, destiné à l'accueil, aux services administratifs, aux services de consultation et à la formation.

Dans l'îlot B, situé au centre de l'emprise, il est prévu d'implanter la cuisine centrale rénovée, un pôle personnes âgées et un espace d'activité.

Dans l'îlot A, au sud, il est prévu d'implanter un service de pédopsychiatrie avec hospitalisation complète, structures extrahospitalières et centre de consultations.

Une première phase des travaux devrait être prochainement engagée, sur un financement acquis au titre du plan psychiatrie et santé mentale. Les constructions nouvelles doivent se situer dans l'îlot nord, sur l'espace jardin actuel.

2.2 L'organisation du service.

Le centre hospitalier Sainte Marie possède un comité d'établissement, un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), un comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT), un comité des médicaments, un comité des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, une commission médicale d'établissement (CME) et des commissions spécifiques (commission de formation, comité des cadres supérieurs infirmiers...).

L'établissement est le siège de cinq secteurs de psychiatrie adulte sur les neuf du département et un secteur de pédopsychiatrie sur les trois du département.

Les autres secteurs de psychiatrie adulte sont rattachés au CHU de Clermont Ferrand.

L'ensemble des hospitalisations sans consentement est réalisée au centre hospitalier Sainte Marie, pour les arrondissements de Clermont Ferrand, et Riom, le centre hospitalier de Thiers, doté d'une plus petite capacité, recevant celles de cet arrondissement.

Une coordination, décrite comme bonne, notamment avec le CHU, est mise en place pour l'admission des malades.

Le centre hospitalier Sainte Marie gère également une unité de longue durée de soixante-quinze lits. La capacité totale de l'établissement est, pour la psychiatrie adulte de 426 lits à temps plein et de 259 places alternatives en hospitalisation. Pour la pédopsychiatrie, vingt-huit lits à temps plein et vingt-quatre places alternatives à l'hospitalisation sont agréés

L'établissement est autorisé pour une capacité totale de 842 lits et places.

En outre, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie ont mis en place et disposent de cinquante structures externalisées (CMP, CATTP, hôpitaux de jour...).

Un projet d'établissement pour la période 2003-2008 est en cours de réalisation, et la réflexion est engagée pour la période suivante, par la mise en place de différents groupes de travail associant les différentes catégories de personnel.

La visite de certification de la Haute autorité de santé a eu lieu en 2007.

Le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) de la région Auvergne a été révisé en septembre 2008 et inclut, quant aux objectifs quantifiés de l'offre de soins, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie.

2.3 La population reçue au titre de l'hospitalisation sans consentement

Pour l'année 2008, la file active globale pour la psychiatrie adulte était de 8 676 patients dont 2 596 nouveaux patients. Pour la pédopsychiatrie, elle s'établissait à 1 258 patients dont 464 nouveaux patients.

La durée moyenne de séjour pour les adultes est de 55 jours et pour les enfants de 49 jours.

La psychiatrie adulte, concerne une proportion presque équivalente d'hommes et de femmes. La tranche d'âge la plus représentée - 25 à 64 ans - est de 73 %. Les plus de 65 ans représentent 16 % de la file active.

Pour 2008, en hospitalisation à temps complet, le mouvement de la population peut être ainsi retracé :

- Présents au 1^{er} janvier 2008 : 329 patients dont trente-cinq hospitalisations d'office (HO), cinquante-neuf hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) ;
- Admissions durant l'année 2008 : 2 146 patients dont 139 HO (femmes 35 - hommes 104) et 381 HDT (hommes 201 - femmes 180) ;
- au 31 décembre 2008 : 381 patients dont quarante HO et cinquante-huit HDT.

Le pourcentage d'admission des HO est de 6,48 %, chiffre élevé, qui résulte de l'admission au centre hospitalier Sainte Marie de la quasi totalité des HO du département, alors que ses cinq secteurs psychiatriques, sur les neuf que comporte le département du Puy de Dôme, ne couvrent pas la totalité de la population.

Quatorze HO dites « pénitentiaires », relevant de l'article D. 398 du code de procédure pénale (CPP), ont été effectuées en 2008 (treize hommes et une femme).

Pour soixante-deux (46,9 %) d'entre eux, les HO ont été demandées en urgence, par le maire de la commune de résidence. 123 sorties d'essai, pour des personnes placées d'office, ont été effectuées en 2008 (97 hommes – 26 femmes). Quatre ont été refusées à l'initiative du préfet.

Le pourcentage d'admissions des HDT est de 17,75 %. Vingt-trois de celles-ci ont été levées en application de l'article L 3212-9 du code de la santé publique (CSP), c'est-à-dire par un tiers. Les HDT de plus de 60 ans représentent 13,91 % de l'ensemble de cette catégorie de personnes hospitalisées.

Durant l'année 2008, trois patients de moins de 16 ans (deux garçons et une fille) et onze entre 16 et 18 ans (sept garçons – quatre filles) ont été hospitalisés en psychiatrie adulte, en l'absence de lits disponibles en pédopsychiatrie.

Du 1^{er} janvier 2009 au 23 février 2009, date du contrôle, quinze hospitalisations d'office (quatorze hommes et une femme), dont cinq au titre de l'article D.398 du CPP, et quarante hospitalisations à la demande d'un tiers (vingt-et-un hommes et dix-neuf femmes) ont été réalisées.

3. L'exercice des droits des malades en HO et HDT.

3.1 Les informations données aux malades arrivants.

3.1.1 Les informations générales données aux patients.

L'arrêté de placement en HO est réceptionné par le service des admissions, qui le transmet immédiatement à l'unité de soins où le patient a été hospitalisé.

La notification de l'arrêté est effectuée au patient de l'unité lors de l'entretien.

Le patient est invité à signer un accusé de réception. S'il est dans l'impossibilité de signer ou en cas de refus, deux personnels soignant en attestent. Si le patient n'est pas en état de signer en toute lucidité, il lui est remis dès qu'il peut recevoir et comprendre. Le document est ensuite retourné au service des admissions.

La procédure est identique pour les décisions d'HDT prises par le directeur.

Dans le dossier médical, figure une fiche intitulée « droit et information du patient » laquelle comprend un certain nombre de rubriques telle que l'autorisation du patient de signaler sa présence à des tiers, la remise du livret d'accueil, la remise du règlement, l'opposition à la communication d'information de santé à sa famille, l'accord de transmission médicale au médecin traitant. Toutes ces mentions sont datées.

L'établissement dispose d'un livret d'accueil. Il est complété par une fiche à l'usage des personnels intitulée « gestion du livret d'accueil », qui rappelle la procédure à suivre quant à la distribution du livret. Celui-ci comporte, outre une présentation générale du centre hospitalier, des documents annexes : la charte du patient, un document sur la préservation des droits du patient, les règles de conduite du patient, un document d'information sur le service, et un questionnaire de satisfaction. Ne figurent dans le livret qui a été présenté lors de la visite, ni les coordonnées des associations d'usagers, ni les références du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Dans sa note en réponse au rapport de constat qui lui a été transmis le 29 mai 2009, en date du 19 juin 2009, le directeur de l'établissement indique que ces mentions figurent sur le livret.

3.1.2 Le règlement intérieur.

Le règlement intérieur a été établi par l'association hospitalière Sainte Marie ; il est destiné aux cinq établissements de cette association.

Il reprend un certain nombre de dispositions du code de la santé publique notamment sur les HO et les HDT. Il comporte des dispositions particulières, notamment un article 44 qui stipule « *les relations sexuelles dans l'établissement sont interdites* ».

Un autre article stipule : « *Toute personne hospitalisée a le devoir de respecter le personnel et les autres patients. Elle ne doit ni tenir de propos dégradants, ni avoir de comportements dangereux.*

Toute dégradation volontaire entraîne la responsabilité personnelle sur le plan financier de celui qui la commise et modifie sa prise en charge ».

3.1.3 Le livret d'accueil.

Le livret d'accueil énumère les différents responsables de service dans lequel le patient est pris en charge.

3.2 Informations données aux familles et confidentialité de l'hospitalisation.

Le patient peut demander à ne pas communiquer d'information à sa famille. Il est prévu que les médecins puissent recevoir les familles et les proches des personnes hospitalisées soit sur rendez-vous, soit dans certaines plages horaires qui sont prévues dans chaque service.

Conformément au code de la santé publique, tout malade peut désigner une personne de confiance. Pour cela, une fiche « procédure de désignation d'une personne de confiance » est effectuée.

Dans les quarante-huit heures, le patient peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche, un médecin traitant et qui doit être consulté au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La désignation est faite par écrit et est révoquée à tout moment.

La personne de confiance accompagne le patient dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Dans la mesure où le patient est dans l'impossibilité de la désigner dans les 48 heures, cette incapacité est attestée par deux soignants. Il est, dès que possible, proposé à nouveau au patient de faire une telle désignation.

Les coordonnées de la personne de confiance sont notées dans le dossier du patient.

L'imprimé distribué dans l'établissement prévoit également le cas où le patient ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

3.3 L'accès au dossier médical.

Le patient peut avoir accès à son dossier médical, soit personnellement, soit par l'intermédiaire du médecin de son choix, à la demande écrite adressée à la direction de l'établissement.

La direction le répercute sur le service aux fins de communication avec soit consultation sur place, soit envoi de copies.

Pour les patients sous HO ou HDT, la communication du dossier médical se fait conformément aux modalités spécifiques concernant ces types d'hospitalisation¹ : il peut être recommandé au patient la présence d'un médecin désigné par la personne demanderesse, et en cas de refus la CDHP peut être saisie. Il ne résulte pas des documents fournis que cette instance ait eu à se prononcer au cours de la période récente sur une telle demande.

3.4 Les relations du patient avec l'extérieur.

Les visites sont autorisées tous les jours de 13 h à 20 H. Il peut y avoir toutefois des contre- indications médicales.

Des affichettes indiquent que les visiteurs sont tenus de respecter l'intimité des autres patients et ne doivent pas compromettre les soins. Ils ne doivent apporter ni boissons alcoolisées, ni médicaments, ni produits prohibés, ni objets dangereux. Les animaux ne sont pas admis.

Est également prévu le cas où le patient ne souhaite pas recevoir de visite. Dans certains cas, le personnel soignant prohibe les visites, notamment lorsque le patient est placé sous contention.

Des cabines téléphoniques existent dans les unités de soins ou dans les différents espaces de circulation. Certaines chambres sont équipées de récepteurs. L'utilisation des téléphones portables est interdite au sein des unités de soins.

Le courrier des malades est libre et non contrôlé à l'arrivée comme au départ.

Le départ et la réception du courrier s'effectuent dans l'unité de soins. La levée du courrier au départ a lieu chaque soir.

3.5 Les dispositions prises pour la protection des malades.

3.5.1 La protection juridique du malade.

L'établissement ne possède pas de service des majeurs protégés. Quand une mesure de protection est prise, elle est confiée à l'un des organismes suivants : association tutélaire, centre communal d'action sociale, Croix Marine, mutuelle générale de l'éducation nationale, UDAF. En 2007, il y a eu 487 mesures de curatelle et 542 mesures de tutelle.

¹ Selon les dispositions des articles L 1111-7 du Code de la Santé Publique, le médecin peut, à titre exceptionnel, subordonner la consultation des informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation d'office ou sur demande de tiers à la présence d'un médecin désigné par le malade demandeur. En cas de refus de ce dernier, la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au demandeur comme au médecin détenteur des informations

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ) est en place. Son règlement intérieur reprend les termes de la loi d'août 2004 et du décret du 2 mars 2005. Un questionnaire de satisfaction est délivré avec le livret d'accueil, comme il a été mentionné. Le personnel est invité à le faire remplir par le patient. Il est analysé notamment aux fins d'étudier toutes les remarques, surtout celles qui sont négatives. Durant l'année 2007, 410 questionnaires ont été retournés. En règle générale les conditions d'accueil étaient considérées comme bonnes, les soins étaient regardés comme satisfaisants ainsi que les informations données. L'appréciation globale de l'établissement était plutôt satisfaisante.

Un certain nombre de remarques individuelles était toutefois fait notamment sur l'attente à l'accueil, la rencontre avec le médecin et les conditions hôtelières.

3.5.2 Les dispositions prises pour la sûreté des malades et des personnels.

Une commission de gestion des risques est en fonction. Elle a établi une fiche qualité de gestion des risques est établie, qu'elle examine.

En 2008, 209 signalements ont été effectués au 1^{er} trimestre, 210 au 2^{ème} trimestre, 145 au 3^{ème} trimestre, 170 au 4^{ème} trimestre. Le nombre de fiches ne correspond pas au total des événements car certaines peuvent en signaler plusieurs. Au total il a été comptabilisé 593 événements, les plus fréquents concernant la violence (186) et le déclenchement d'alarme (173).

A. Signalement des incidents.

Les incidents, agressions physiques ou verbales, constituent des « événements sentinelles ». Lorsqu'ils se produisent, ils donnent lieu à une « déclaration », qui fait l'objet d'une « fiche QPR (Qualité et prévention des risques) » comprenant les rubriques et sous rubriques suivantes et qui est informatisée :

- Personne déclarante (Service – Nom et prénom – Liste des événements) ;
- Date, heure et lieu de l'évènement (Date – Heure – Lieu – Précision)
- Personne concernée (Nom et prénom – Type – Nom et prénom de la personne concernée – Type de la personne concernée – Nom et prénom de la personne concernée – Type de la personne concernée – Service)
- Description de l'évènement :
 - Description brève des faits,
 - Description des actions immédiates apportées,
 - Conséquences sur le patient,
 - Complications possibles pour le patient,
 - Conséquences sur le personnel,
 - Complication pour le personnel,
 - Gravité estimée,
 - Réclamation prévisible,
 - Autres informations utiles, suggestions.

Cette déclaration est adressée au cadre supérieur de santé, au responsable du service Qualité et au directeur. Elle ne figure pas dans le dossier individuel du patient qui est éventuellement à l'origine de l'incident.

B. La gestion des alertes.

Elle relève de la procédure de « Protection du Travailleur Isolé » (PTI) mise en place il y a un an environ et qui a conduit à doter chaque service d'un talkie-walkie portable qui permet d'envoyer un signal d'alerte et d'appel à un Poste de Commandement situé à la conciergerie. La procédure comporte trois niveaux :

- Appel à renfort ponctuel : l'alerte parvient au PC qui sollicite par téléphone les services les plus proches ;
- Appel à renfort « programmé » : c'est le cas par exemple pour assurer la toilette des patients sous HO qui présente un risque de crise.
- Appel d'urgence : il donne lieu à une diffusion générale, en cas de déclenchement d'une crise clastique par exemple.

La mise en place de cette procédure a fait l'objet d'une formation. Tout nouvel arrivant au CH suit cette formation.

C. La sécurité générale et la protection contre l'incendie.

La commission d'arrondissement de la sécurité, a procédé du 16 au 19 octobre 2007 à une visite périodique. La commission a émis un avis favorable au fonctionnement avec des prescriptions de sécurité.

L'établissement a créé un PC de sécurité, qui comprend un responsable et douze agents. Vingt-quatre heures sur vingt-quatre, deux agents par équipe sont présents, l'un étant dans un poste fixe devant un écran, l'autre étant mobile.

Ces personnels ont une qualification d'agents de sécurité.

Dans la mesure où il y aurait des absences inopinées, il est fait appel à une société extérieure pour les remplacer.

L'équipe affectée à la sécurité remplit plusieurs fonctions :

- Surveillance caméra notamment celle du parking et surveillance des écrans de la gestion technique centralisée (GTC) ;
- Formation de tous les personnels à la sécurité incendie ;
- Gestion des appels à renfort du fait de la mise en place des PTI dans toutes les unités et ceci de jour et de nuit.

3.5.3 Registre des plaintes des patients.

Un registre des plaintes est également en vigueur. Sur ce registre, il a été effectué trente-six mentions, qui concernent des motifs variés, tels qu'une demande de sortie, une dispute avec un autre patient, une demande de nourriture, ou une demande de permission. Un médecin conciliateur peut, dans certains cas, être désigné.

L'établissement a élaboré un projet, pour faire face aux situations de maltraitance sur un patient. Ce projet prévoit tous les cas, notamment le signalement au procureur de la République.

3.5.4 L'installation d'un dispositif de vidéosurveillance dans l'établissement.

L'établissement s'est doté d'un système de vidéosurveillance, sur un financement de l'agence régionale d'hospitalisation. Certaines caméras ont été placées à l'entrée de l'établissement : une demande d'agrément a été effectuée auprès de la Préfecture, qui n'a pas apporté de réponse.

Des caméras du dispositif ont été installées dans les chambres d'isolement, suscitant un débat qui n'était pas clos lors du contrôle.

Il a été indiqué tant par le corps médical que par le personnel non médical et les représentants syndicaux, que ces caméras avaient été installées sans réflexion préalable, ni réelle concertation quant à leur utilisation. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'un médecin, chef de service, avait été appelé chez lui par un cadre infirmier au moment de la pose des appareils dans son unité, pose dont il n'avait pas été informé.

A ce jour, si l'ensemble des caméras est installé et en état de marche dans les différentes unités, elles ne sont pas utilisées faute d'un consensus sur leur usage. Le directeur, dans la note de réponse qu'il a transmise le 19 juin 2009 indique que les caméras dans les différentes unités sont en fonction et utilisées par le personnel soignant.

Un groupe de travail a été constitué sous l'autorité d'un chef de service pour une éventuelle utilisation. Actuellement ce groupe a listé un certain nombre de questions telles que l'intimité et la vie privée du patient, son information, la présence d'un soignant derrière l'écran, ou les différents aspects de responsabilité.

4. Les conditions matérielles de l'hospitalisation.

4.1 L'organisation matérielle de l'hospitalisation.

Les hospitalisations sont assurées dans les différentes unités de soins des secteurs de psychiatrie.

Chaque secteur de psychiatrie a deux unités ouvertes et une unité fermée, à l'exception du secteur 7 qui ne dispose plus que de deux unités par anticipation du nouveau projet architectural, selon la note en réponse du directeur de l'établissement en date du 19 juin 2009.

Les hospitalisations sans consentement se font indifféremment dans les unités ouvertes ou fermées ; le lieu est un choix médical déterminé en fonction de la situation du patient.

Les chambres d'isolement se situent indifféremment dans les unités ouvertes ou dans les unités fermées.

En ce qui concerne les admissions, elles sont assurées dans l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (UAEO). Cette unité dispose de dix lits dont deux chambres d'isolement.

L'ensemble des structures de l'établissement est fait des bâtiments anciens et une restructuration est prévue, comme indiqué précédemment.

4.2 Les activités.

Il existe deux catégories d'activités au sein de l'établissement :

- celles qui peuvent être pratiquées dans l'unité du secteur. Cela peut aller de la télévision aux activités de cartes ou autre ;
- celles qui sont communes aux différents secteurs de l'établissement : activités culturelles, activités sportives (l'établissement possède une grande salle de sport avec un personnel spécialisé dans la pratique sportive).

Le centre hospitalier dispose également d'une chorale.

Un atelier d'art thérapie est en place avec une professionnelle disposant d'un diplôme d'art thérapie. De nombreuses peintures sont réalisées ; certaines sont exposées dans le hall d'entrée de l'établissement. Une convention avec l'école des Beaux-arts de Clermont Ferrand permet de faire intervenir des étudiants. Une patiente a été admise à cette école, dans le cadre de ce partenariat.

L'établissement dispose d'une bibliothèque, et, à côté du magasin central, d'une boutique ouverte les lundis, mercredis et vendredis de 12h30 à 14h30. Elle est tenue par du personnel hospitalier. La vente est effectuée au prix coûtant.

Le lundi 16 février 2009, il y avait eu 102 clients pour des achats de 340 € au total, le mardi 18 février, 67 clients pour des achats de 256 € au total, le vendredi 20 février, 74 clients pour des achats de 275 € au total. En moyenne, la boutique effectue quatre-vingt dix ouvertures de caisse.

5 L'organisation du dispositif de soins et la privation de liberté.

5.1 L'organisation générale du dispositif de soins.

Les différents secteurs de psychiatrie sont structurés à l'identique en ce qui concerne les unités d'hospitalisation, à savoir deux unités ouvertes et une unité fermée, à l'exception du secteur 7 qui dispose d'une unité ouverte et une fermée.

Les patients admis sans consentement sont hospitalisés en fonction de leur état de santé indifféremment dans les différentes unités.

En décembre 1999, il a été ouvert une unité d'accueil d'évaluation et d'orientation de dix lits. La permanence médicale est assurée à tour de rôle par chaque praticien hospitalier des différents secteurs. L'ensemble des admissions se fait dans cette unité. En ce qui concerne les admissions en HO, c'est cette unité qui est chargée de rechercher une chambre d'isolement.

L'hospitalisation se fait en fonction de la disponibilité de ladite chambre, elle n'est pas donc forcément dans le secteur de résidence du patient.

Toutefois, afin de maintenir la continuité des soins, c'est le secteur qui accueille qui fait l'évaluation et qui suit le patient. Cette modalité qui permet l'accueil a l'inconvénient, selon certains, de voir parfois des chambres d'isolement occupées par des patients au long cours pour éviter des hospitalisations d'office plus difficiles. Dans sa note en réponse du 19 juin 2009, le directeur indique pour sa part que c'est l'inadéquation à l'hospitalisation de certains patients qui induit des occupations de longue durée des chambres d'isolement.

Pour les patients hors secteur, l'hospitalisation est effectuée en fonction du jour et du mois de naissance du patient, les secteurs devant prendre en charge certains mois de l'année civile.

Les personnes faisant l'objet d'une mesure dite « D. 398 » (du code de procédure pénale) sont hospitalisées en fonction de leur date de naissance, sauf si elles sont déjà connues dans un secteur, qui doit les accueillir à nouveau.

Chacun des secteurs de psychiatrie est doté d'un temps partiel de médecin somaticien. De plus, interviennent à la vacation des médecins spécialistes.

Les analyses de laboratoire et les examens radiologiques sont effectués à l'extérieur.

La communauté médicale s'est saisie d'un certain nombre de points particuliers :

- Les sorties d'essai : l'objectif est d'assurer l'observance du traitement par le patient et de pouvoir éventuellement prévoir la réintégration, par le maintien du lien thérapeutique. La communauté médicale a mis en place un groupe de travail pour prévoir une méthode de rédaction des certificats médicaux pour ces sorties d'essai aux fins qu'ils soient le plus explicite possible.

- les HO d'urgence signées par les maires, dont le volume important résulterait du rôle traditionnel assigné aux maires en matière d'ordre public, essentiellement dans les communes petites et moyennes ;

- la vidéosurveillance : comme il a été indiqué plus haut, il s'agit d'une préoccupation actuelle. Un médecin anime le groupe de réflexion.

Une réflexion nouvelle a été entamée dans le cadre du projet médical dont les quelques thématiques suivantes semblent ressortir :

- les HO et les HDT seraient toujours hospitalisés dans les secteurs desquels ils relèvent ;
- Il n'y aurait pas d'unité centrale pour les HO ni les HDT mais une unité spécifique pour la gestion de crise qui pourrait s'appeler UPSI (unité psychiatrique de soins intensifs).
- Il n'est pas exclu que les HO « D. 398 » soient regroupés dans une unité adaptée.
-

Il a été instauré dans tout l'établissement, depuis quelques temps, un dossier patient informatisé.

5.2 Le recours à l'isolement et à la contention.

L'établissement dispose de vingt-trois chambres d'isolement. La mise en chambre d'isolement fait l'objet d'un protocole. Une fiche intitulée « procédure de mise en chambre d'isolement », comporte quatre annexes : la première concerne les indications et les contre-indications de mise en chambre d'isolement – la deuxième la prescription médicale de mise en chambre d'isolement – la troisième la prescription médicale de maintien ou de sortie d'isolement – la quatrième les conditions de chambre d'isolement strict et de contention avec surveillance psychique, physique et biologique.

Dans tous les cas, il est prévu des temps d'évaluation, d'abord dans la première heure puis dans les vingt quatre heures avec dans chaque cas une prescription médicale de maintien ou de sortie d'isolement.

Dans le cadre de la visite de l'établissement, un examen particulier de cette question a été effectué. Cinq des sept unités de soin équipées de chambres d'isolement ont fait l'objet d'une visite approfondie accompagnée d'entretiens avec le personnel soignant des services concernés.

5.2.1 Données générales sur l'isolement.

5.2.1.1 Les capacités.

Le Centre Hospitalier (CH) Sainte-Marie comprend dix-sept lits en chambres d'isolement sur un total de 356 lits installés (334 adultes et vingt-deux en pédopsychiatrie). Ces lits sont répartis dans sept unités de soins :

- Unité d'Accueil, d'Evaluation et d'Orientation : deux, sur un total de dix lits ;
- Unité de soins Ste Hélène : deux sur un total de vingt-trois lits ;
- Unité Sainte Dominique : trois sur un total de vingt-deux lits ;
- Unité Saint Paul : un sur un total de vingt-et-un lits ;
- Unité Jeanne d'Arc : quatre, dont deux au rez-de-chaussée, et deux au premier étage, sur un total de quarante-quatre lits ;
- Unité Saint Lazare : deux sur un total de vingt-et-un lits ;
- Unité Saint Damien : trois sur un total de vingt lits.

5.2.1.2. Les patients concernés par une mesure de mise en chambre d'isolement (MCI).

Il a été indiqué aux contrôleurs que les caractéristiques de la population soignée étaient variables mais qu'il y avait de plus en plus de psychotiques jeunes avec prise de substances toxiques et décompensation délirante. Cependant, il n'existe pas de système de recueil d'information permettant de connaître au niveau de l'établissement, le nombre et la durée des placements à l'isolement.

5.2.1 Les chambres d'isolement

5.2.2.1 Localisation des chambres d'isolement.

Les chambres d'isolement sont réparties au sein de chaque unité de soins.

Les portes d'accès aux différents services sont fermées à clef. Les visiteurs extérieurs actionnent une sonnette d'appel pour entrer. Pour sortir, les patients demandent au personnel soignant.

5.2.2.2 L'aménagement et l'équipement de la chambre d'isolement.

Compte tenu de la variété, de l'ancienneté et de l'étendu du bâti du centre hospitalier, il n'y a pas d'unité dans la disposition des chambres d'isolement réparties entre les sept unités de soins qui en sont dotées. Leur aménagement et leur équipement peut également varier d'une unité à l'autre.

Dans le cadre de sa démarche d'accréditation, la direction de l'établissement a entrepris en 2005 d'élaborer et de lancer un plan de rénovation et d'aménagement des chambres d'isolement. Ce plan a pris en compte les conclusions de plusieurs groupes de travail qui ont abouti en juin 2004 à la formalisation d'un cahier des charges type pour l'aménagement d'une chambre d'isolement. Une partie des chambres a ainsi été réaménagée : les fenêtres ont été sécurisées, les peintures ont été refaites, un double accès a parfois été créé pour faciliter l'intervention éventuelle en cas d'urgence d'une équipe de plusieurs soignants, le chauffage a été adapté, la climatisation ainsi que des dispositifs d'appel à distance ont été installés, des coins toilettes intégrés (douche, WC) ont été créés.

Avec l'imminence de la mise en œuvre du nouveau projet architectural, la poursuite de ce programme a été ralentie, voire interrompue.

On accède généralement aux chambres d'isolement en passant par un sas qui fait antichambre et dans lequel se trouvent parfois les équipements sanitaires (lavabo, et/ou douches et/ou WC). L'accès à cette antichambre se fait par le couloir du service. Sa porte comporte une imposte de 10cm x 40cm (hauteur) et elle est fermée à clé.

Une fois qu'on est dans cette antichambre, l'accès aux chambres d'isolement se fait par deux portes pleines comportant une imposte de 10cm de large par 40cm de haut par laquelle il est possible de voir ce qui se passe dans la chambre. Ces deux portes qui sont d'une largeur de 90 centimètres permettent l'intervention simultanée de plusieurs membres du personnel soignant en cas d'urgence. Elles sont fermées à clef.

La surface des chambres d'isolement varie de 8,95 m² à 14,25m². La surface moyenne est de 10,99 m². La plupart des chambres (quatorze sur dix-sept) comporte un coin toilette, comportant un lavabo et WC, et parfois une douche.

Elles sont équipées d'une fenêtre fixe condamnée par des barreaux à l'extérieur dont la vitre est opaque. Elles sont équipées d'un détecteur de fumée et d'une climatisation. L'éclairage de la chambre est commandé de l'extérieur. Cette commande comporte un variateur de lumière.

Les chambres comportent aussi un dispositif de surveillance par caméra vidéo dont les images peuvent être reçues dans le bureau des infirmiers. La décision d'installer ce dispositif a été prise dans le but d'améliorer les conditions de travail des personnels. Actuellement, ce dispositif, installé il y a quelques mois, ne fonctionne pas. Sa mise en route a été ajournée dans l'attente des conclusions d'une réflexion menée au sein d'un groupe de travail animé par le médecin chef du secteur 3, et constitué au début de l'année 2009 pour procéder à une étude d'impact globale du dispositif.

Les murs des chambres sont nus.

Il n'y a pas de télévision ni de téléphone, ni d'horloge dans les chambres.

Une partie des chambres dispose d'un bouton d'appel, dont le signal aboutit au bureau des infirmiers. Dans les chambres qui en sont privées, les patients tapent sur la porte pour être entendus des personnels soignants. La disposition des chambres (Il y a entre la chambre elle-même et le couloir de communication le sas d'accès qui est également fermé) et, pour certaines unités de soin leur éloignement du bureau des infirmiers ne garantissent pas que ceux-ci puissent entendre les coups frappés sur la porte, en dépit de la ronde de surveillance qui doit avoir lieu toutes les trente minutes.

Les chambres sont équipées d'un lit individuel (90cmx200cm) placé en position centrale et scellé au sol. La tête du lit est relevable de 45°. Selon les chambres sa hauteur peut différer. Lorsque le lit est trop bas, l'exécution de la mesure de contention en est rendue plus difficile, puisque la prise des infirmiers sur le patient est limitée.

Les chambres sont nettoyées deux fois par jour.

A la demande des contrôleurs, le centre hospitalier a fourni un jeu complet de plans à l'échelle 1/50^{ème} des dix-sept chambres d'isolement.

5.2.2.3 La procédure de mise en chambre d'isolement.

a) Le principe directeur qui détermine l'ensemble de la procédure.

Il repose sur un principe : l'isolement constitue une mesure thérapeutique, et sa mise en œuvre et ses modalités de déroulement sont soumises à des prescriptions médicales qui sont réévaluées de manière régulière.

b) L'existence d'un protocole écrit :

La « *procédure de mise en chambre d'isolement* » a donné lieu à un protocole écrit, référencé PROCOPC05001, dont la dernière version date du 5 mai 2008. Ce protocole a fait l'objet d'une validation en commission médicale d'établissement (CME) et d'une diffusion générale dans toutes les unités de soin équipées de chambre d'isolement. Ce protocole de huit pages définit les modalités de prise en charge d'un patient en chambre d'isolement et l'organisation des soins et de la surveillance dont il fera l'objet. La mise en œuvre de la procédure et son déroulement sont soumis à prescription médicale et sont représentés par un logigramme qui identifie les étapes de la procédure et les personnes qui en sont respectivement responsables. Le protocole est accompagné de quatre annexes :

- Indications et contre-indications de mise en chambre d'isolement ;
- « Prescription médicale initiale de mise en chambre d'isolement » où le médecin prescripteur précise notamment :
 - Les indications de la mise en chambre d'isolement,
 - Les conditions de l'isolement,
 - Le recours ou non à la contention,
 - La prescription de la surveillance somatique et le programme de surveillance et de prévention en cas de risques particuliers.

- « Prescription médicale de maintien ou de sortie d'isolement » où le médecin prescripteur précise notamment :
 - Les conditions de l'isolement,
 - Le recours ou non à la contention,
 - Les autorisations spécifiques (téléphone, visites, vêtements,...),
 - Les sorties ponctuelles autorisées dans un programme thérapeutique,
 - La vérification le 2^{ème} jour que l'examen somatique initial a bien été effectué par un médecin identifié.
- Conditions de chambre d'isolement strict et de contention. Surveillance psychique, physique et biologique.

Les mesures de placement en chambre d'isolement font l'objet au sein de chaque unité de soins d'une réévaluation quotidienne voire bi-quotidienne par le médecin en collaboration avec l'équipe soignante.

5.2.3 La mise en isolement d'un patient.

Tous les patients à leur arrivée passent d'abord par l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (UAEO), à l'exception de ceux qui arrivent directement dans l'unité de soins de leur secteur après avoir fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office (HO).

A titre d'illustration, en 2007 sur un total de 1714 patients pris en charge à temps complet, l'UAEO a pris en charge quatre-vingt un patients en HO et 294 en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

Des difficultés régulières et préoccupantes ont été soulignées en ce qui concerne la coordination des interventions avec les forces de police de Clermont Ferrand pour maîtriser à leur domicile, dans un lieu clos ou sur la voie publique, des patients qui viennent de faire l'objet d'une mesure d'HO en urgence. D'après les informations communiquées aux contrôleurs, la coordination des interventions reposait jusqu'à il y a peu de temps sur la qualité des relations qui existaient entre le cadre supérieur de santé chargé des relations avec la police, et un commissaire du commissariat central parti récemment à la retraite.

Depuis, cette coordination pose des difficultés. La répartition des rôles entre l'équipe d'infirmiers intervenant et les équipages de la police nationale n'a fait l'objet d'aucun protocole et elle donne lieu à des divergences de position qui ne contribuent pas à la clarté et à la sérénité des interventions sur le terrain.

Le directeur départemental de la sécurité publique considère dans une correspondance en date du 12 janvier 2009, que : « *la présence systématique de fonctionnaires de police en uniforme lors d'hospitalisations d'office s'avère plus de nature à faire dégénérer une situation qu'à la gérer de façon sereine [...].* ». Dans sa note en réponse au rapport de constat du contrôleur général des lieux de privation de liberté, datée du 19 juin 2009, le directeur de l'établissement indique que les textes réglementaires rendent les interventions au domicile des patients délicates tant pour la police que pour le personnel de l'établissement.

La direction du centre hospitalier, pour sa part, considère que l'intervention de l'équipe d'infirmiers repose sur deux principes : la sécurité des soignants et la santé du patient, et que l'interpellation de celui-ci constitue une mesure d'ordre public qui relève de la compétence des forces de sécurité.

Elle a rappelé cette position dans le bulletin d'information interne « *Démarche Qualité Info* », n° 24 de Novembre 2008, au sujet de « *L'introduction du personnel au domicile des patients* ». Celle-ci doit répondre aux règles suivantes :

- « *Le personnel soignant ne peut s'introduire au domicile d'un patient sans son autorisation.*
- *Lors d'une **visite à domicile**, si le patient refuse d'ouvrir sa porte ou refuse au soignant l'accès à son domicile, sa volonté doit être respectée. Il est possible d'essayer de le convaincre, de négocier, mais pas de « forcer sa porte ».*
- *Pour les **hospitalisations sous contrainte** (HO et HDT), cette règle est la même. Un arrêté d'hospitalisation d'office ne permet pas au soignant d'entrer chez un patient sans son autorisation.*
- *Rappel concernant l'hospitalisation et le transport des patients en hospitalisation d'office :*
 - *L'interpellation, dans le cas d'une HO, est une prérogative exclusive des forces de l'ordre. Figure en note de bas de page la mention suivante : La prise en charge « manu militari » par des intervenants non habilités expose ceux-ci au risque d'un recours pour blessures involontaires, invocable par le patient (art L.222 du nouveau code pénal) (sic)².*
 - *En aucun cas le personnel soignant n'a le droit de pénétrer au domicile du patient. Seules les forces de police ou de gendarmerie dument réquisitionnées dans l'arrêté préfectoral ont ce droit.*
 - *Le transport du patient entre son domicile et l'hôpital d'accueil est organisé par le personnel de l'établissement hospitalier. Un véhicule sanitaire privé est envoyé et un équipage spécialisé (infirmiers) est mis à disposition.*

*Après l'interpellation, la personne est **confiée par les forces de l'ordre** au personnel soignant qui en assure le transport. »³.*

L'équipe d'infirmiers qui intervient à l'extérieur pour prendre en charge des patients faisant l'objet d'une mesure d'HO est constituée de deux infirmiers équipés d'un sac à dos qui contient :

- Du matériel de contention destiné à maintenir le patient sur un brancard au cours de son transport par ambulance jusqu'à l'hôpital. Ce matériel de contention est en tissu renforcé.
- Un téléphone portable pour assurer le contact avec l'UAEO et le centre hospitalier,
- Un équipement de soin (Tensiomètre, gants) et des médicaments (Sédatifs et neuroleptiques en cas de prescription médicale).

² Il s'agit vraisemblablement de l'article 222-19 du code pénal.

➤ ³ les parties surlignées en gras le sont dans le document cité.

A son arrivée à l'UAEO, le patient est pris en charge par une équipe de deux infirmiers pour être placé en chambre d'isolement et y faire l'objet d'une mesure de contention.

Depuis la mi-février 2009, il peut, au préalable, être soumis, sur avis médical et après en avoir été informé, à un détecteur de métaux portatif (Détecteur *Garrett super scanner* portatif). L'utilisation de ce détecteur a fait l'objet d'une note de service interne à l'UAEO le 12 février 2009 signée par le médecin chef du service et la cadre supérieure de santé. Une évaluation de cet équipement doit avoir lieu en commission médicale d'établissement.

Lorsqu'il est mis à l'isolement à l'UAEO, le patient fait forcément l'objet d'une mesure de contention qui s'accompagne d'une mesure de sédation. Celle-ci est progressivement diminuée puis levée. Elle s'accompagne aussi d'une administration d'anticoagulant pour prévenir les troubles d'une immobilisation prolongée.

5.2.4 L'utilisation des moyens de contention.

La contention est utilisée, et maintenue, sur prescription médicale. Celle-ci fait l'objet d'une mention dans les différents documents de prise en charge du patient :

- La « prescription initiale de mise en chambre d'isolement »,
- La « feuille de surveillance contention-isolement » (Rubrique « Décision de traitement », partie « problèmes ») utilisée quotidiennement par l'équipe soignante,
- La « prescription médicale de maintien ou de sortie d'isolement ».

La contention du patient se fait sur le lit de la chambre d'isolement qui est scellé au sol.

Elle exige l'intervention d'au moins cinq infirmiers, et parfois plus pour agir aussi rapidement que possible. Chacun d'eux s'assure du patient en maintenant l'un de ses membres et la tête, pour permettre à un ou deux autres agents d'installer le matériel de contention. Celui-ci est réalisé en tissu et comprend :

- Des attaches destinées aux chevilles, complétées par une attache transversale ;
- Des attaches de poignet ;
- Une attache ventrale destinée à assurer le confort du patient.

Ce type d'attaches avait été sélectionné il y a environ deux ans par un cadre supérieur de santé et l'ex-infirmière générale. La formation a été assurée par leurs soins avec le concours du fabricant à l'ensemble du personnel soignant.

Des essais sont en cours depuis l'été 2008 pour évaluer d'autres modèles d'attaches en cuir destinés à la contention sur brancard (pour la phase du transport jusqu'à l'hôpital) ou sur lit (pour la phase du séjour en chambre d'isolement). Cette phase d'évaluation a été confiée à un groupe de travail qui comprend deux cadres supérieurs de santé et tous les surveillants des unités impliquées.

5.2.5 Le déroulement et la durée de l'isolement.

Il s'agit au départ d'une mesure d' « isolement stricte ». La mesure est aménagée et levée progressivement.

Elle peut donner lieu à l'application d'une mesure de contention accompagnée de sédation qui est levée après une durée variable de quelques jours et le patient peut se déplacer dans sa chambre. A l'issue de la période d'isolement le patient a un entretien avec le personnel infirmier.

Il peut, ensuite, se déplacer dans le service : il s'agit alors d'une mesure d' « isolement aménagé ». La porte d'accès au service étant fermée à clef, le patient pour sortir à l'extérieur - par exemple pour fumer - doit le demander au personnel soignant qui l'accompagne.

Lorsque la mesure d'isolement a été levée, le patient est installé dans une des chambres du service.

Pendant l'isolement, le patient fait l'objet d'une mesure de surveillance dont les modalités sont précisées dans une « *feuille de surveillance contention-isolement* ». Ce formulaire recto-verso de format A4 est complété chaque jour par le personnel soignant pour chaque patient et classé dans son dossier médical. Les rubriques de ce document sont complétées selon leur nature par les membres de l'équipe soignante en fonction de leurs responsabilités respectives. Ces rubriques ne sont pas informatisées. Elles sont au nombre de sept :

- Traitement/soins en chambre ;
- Décision de traitement : cette rubrique identifie les 4 membres de l'équipe de soins et la date et l'heure de leur décision, les « problèmes » posés par la prise en charge du patient (C'est dans cette partie « problèmes que figure la mesure de contention) et « l'objectif de soins ».
- Mise en route : cette rubrique comprend sept critères
- Plan de soins infirmiers : cette rubrique comprend onze critères et les fréquences qui leur sont associés
- Les « passages infirmiers » mentionnés dans un tableau récapitulatif allant de 7h00 à 7h00 et comprenant 48 séquences de 0h30 qui doivent faire l'objet d'un visa par l'infirmier à chacune d'elles.
- Une rubrique finale (« évaluation » et « reconduction »).

5.2.6 Les autres modalités de l'isolement.

5.2.6.1 Les vêtements.

Le patient mis en chambre d'isolement est mis en pyjama par le personnel soignant. Il retrouve ses effets personnels lorsqu'il peut à nouveau circuler dans le service.

5.2.6.2 L'information du patient sur son placement et la fourniture du livret d'accueil.

Elles sont assurées par le personnel soignant du service. En cas d'HO le livret est remis quelques temps après l'arrivée du patient (entre deux et trois jours) en même temps que la notification de placement et la photocopie du certificat médical et de l'arrêté. En cas d'HO et de HDT, les informations sont reprises avec le patient par un infirmier ou deux qui lui en expose et lui en explique les différents aspects (ainsi la désignation de la personne de confiance). Il y a parfois un refus de signer la notification. Dans ce cas, il en est fait mention.

Le livret d'accueil se présente sous la forme d'un document broché en quadrichromie de 17cm sur 26cm et d'une douzaine de pages illustré de nombreuses photos et de plans. Chaque page est consacré à un sujet présenté de manière claire, simple et complète. Le livret comprend quatre annexes :

- Un document intitulé « *La préservation de vos droits* » ;
- La charte de la personne hospitalisée ;
- Un extrait du règlement intérieur (Articles 1, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 43, 44, 45, 48, 49) complété par trois dispositions « hors article », qui est endossé par le directeur et le médecin-chef ;
- Un questionnaire de satisfaction. Il comprend des questions avec des réponses à choix fermé. Il n'y a aucune rubrique spécifique concernant la phase éventuelle d'isolement

Si le recours à un traducteur-interprète s'avère nécessaire, il est fait recours à un des deux organismes indiqués par le réseau Intranet de l'établissement.

5.2.6.3 Les besoins naturels et la toilette.

Ils font l'objet d'un concours du personnel soignant. Le recours au pistolet ou au bassin, celui-ci plus exceptionnellement, est possible en cas de contention, sinon il est fait appel à des renforts pour retirer les matériels de contention au patient. La toilette est assurée quotidiennement et toutes les fois que c'est nécessaire. Lorsque la chambre d'isolement ne comporte pas de douche, le patient est accompagné jusqu'à l'une des douches du service après avoir été, le cas échéant, « décontentionné ». Cette opération a alors fait l'objet d'un « appel à renfort programmé » préalable auprès du Poste de Commandement. Elle est prévue dans la rubrique « contention » des annexes 2 et 3 de la Procédure (« *Prescription médicale initiale de mise en chambre d'isolement* » et « *Prescription médicale de maintien ou de sortie en chambre d'isolement* »).

5.2.6.4 L'usage du tabac.

L'usage du tabac fait l'objet d'une interdiction stricte dans les locaux. Cette interdiction qui figure dans le règlement intérieur est appliquée de manière rigoureuse. Elle donne lieu à la mise en place d'un relais médical pour les personnes qui sont placées en isolement : elles sont « patchées » ou reçoivent des gommes.

Cette mesure fait l'objet d'une prescription médicale. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une réflexion était en cours sur les difficultés que pouvait susciter la mise en œuvre de l'interdiction de fumer (risque de crise en cas de frustration excessive) pour les patients en hospitalisation libre.

5.2.6.5 Les repas.

Ils sont pris dans la chambre lorsque le patient fait l'objet d'une mesure de contention. Dans ce cas, la tête du lit peut être relevée à 45°, et une des mains du patient est libérée de son attache. Il reçoit le concours éventuel d'un infirmier. Dès que l'état du patient le permet, ils sont pris dans la salle à manger collective de l'unité de soins. Les repas sont pris à 8h, 12h et 18h30. Les menus sont affichés toutes les semaines dans le service. Il est possible de demander un repas sans viande de porc. Dans ce cas, si le repas servi comporte de la viande, celle-ci n'a pas fait l'objet d'un rituel d'abattage particulier. Il n'y a pas de menus végétariens.

5.2.6.7 L'utilisation du téléphone.

Elle est aussi soumise à prescription médicale. Les patients peuvent accéder au téléphone soit par des cabines situées dans les unités de soin et fonctionnant avec des cartes achetées à l'extérieur ou à la boutique de l'hôpital, soit en s'adressant au personnel soignant qui demande alors la communication au standard et la passe au patient qui se rend à l'un des téléphones muraux du service. Ceux-ci sont équipés de coques qui assurent une relative confidentialité des entretiens. Les patients peuvent également utiliser leur téléphone portable en dehors de l'unité de soins.

5.2.6.8 Les visites de la famille.

Au départ, l'isolement est strict. Les visites de la famille ne sont autorisées que sur prescription médicale.

5.2.6.9 L'exercice d'un culte.

Les personnels de soins ont déclarées aux contrôleurs qu'il n'y avait pas de demande à ce sujet, mais que s'il y en avait, elles seraient prises en compte dans le cadre du protocole de soin en liaison avec le médecin. Un aumônier se trouve en permanence à l'hôpital. Bien qu'il ait été à l'origine confessionnel, l'établissement n'a plus depuis quelques années de personnel soignant religieux.

Selon le directeur, dans sa réponse précitée du 19 juin 2009 : « [la présence de l'aumônier] contribue à la liberté du culte ».

5.2.6.10 Le courrier destiné au patient.

Il ne fait pas l'objet de restriction sauf en ce qui concerne les détenus placés en hospitalisation d'office.

5.2.6.11 L'accès aux ouvrages de la bibliothèque de l'établissement.

Les patients qui n'ont pas l'autorisation de sortir du service expriment leurs demandes éventuelles au personnel soignant qui va chercher les ouvrages demandés.

5.6.3 Le suivi et le contrôle de l'isolement et de ses modalités.

Le protocole de 2008 et ses modalités d'application permettent d'assurer un suivi et un contrôle individuel de chaque mesure de mise en chambre d'isolement. Depuis l'entrée en vigueur du protocole en mai 2008, il est possible de connaître pour chaque patient la durée individuelle de mise en chambre d'isolement grâce à une application informatique (« Susie »). Cette information fait l'objet d'une saisie dans une rubrique intitulée « *Jours en isolement thérapeutique* ».

Cependant, le personnel soignant rencontré ne connaissait pas la durée moyenne des mesures d'isolement, ni la répartition des patients selon leur profil socio-démographique ou pathologique, ou encore selon le mode légal de leur séjour (HO, HDT, détenus relevant de l'article D 398 du CPP ou hospitalisation libre). Il ignorait aussi la durée de la mesure en fonction des pathologies ayant donné lieu à sa mise en œuvre. Le taux d'occupation des chambres d'isolement n'est pas connu. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces différentes données pouvaient être obtenues en exploitant le Résumé d'Information Médicalisé Psychiatrique (RIMP). Cette exploitation relève de la compétence du « département d'information médicale » (DIM).

5.6.4 Les doléances et les plaintes.

Elles peuvent se faire à toutes occasions et par tous moyens. L'adresse de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) est indiquée aux patients à leur arrivée. S'ils souhaitent la saisir par courrier l'enveloppe leur est donnée avec le timbre. Lorsque les patients expriment leurs doléances par écrit, elles sont adressées au médecin chef de service et au directeur de l'établissement.

5.6.5 Le nouveau projet architectural et l'élaboration d'un référentiel d'aménagement et d'équipement des chambres d'isolement.

Le nouveau projet architectural du centre hospitalier Sainte-Marie prévoit, comme indiqué précédemment, la création d'une unité de soins intensifs en psychiatrie (USIF), comprenant dix chambres d'isolement.

Ce projet a donné l'occasion de prendre en compte les résultats des différents groupes de travail mis en place depuis 1998 pour contribuer à la définition des critères fonctionnels d'aménagement et d'équipement des chambres d'isolement. Ce travail a débouché, dans le cadre de la démarche d'accréditation lancée en 2003, à la « *formalisation d'un cahier des charges type pour l'aménagement d'une chambre d'isolement* ».

Un groupe de projet a été constitué au début de l'année 2004 à cette fin. Il était composé d'un médecin, d'un surveillant chef, de la directrice des soins, d'un surveillant, du chef des services généraux, de la responsable de la cellule projet, et d'un représentant des services techniques. Des médecins, des surveillants et des soignants ont participé à ses travaux. Dans ce cadre, des recherches documentaires diverses et des visites de différents établissements (Etablissements de soins et établissements pénitentiaires) ont eu lieu.

Selon les informations apportées aux contrôleurs, ces recherches et ces visites se sont avérées presque vaines : elles ont mis en évidence l'absence d'informations significatives sur le sujet. Les travaux du groupe de projet ont été finalisés en juin 2004 par une proposition de projet de référentiel. Après avoir été validée par le comité de pilotage, cette proposition a été présentée au conseil d'établissement qui l'a adoptée. C'est ce référentiel qui sera utilisé pour la création de l'unité de soins intensifs en psychiatrie.

Un plan-type de préfiguration (« Aménagement type d'un quartier isolement ») a été fourni aux contrôleurs par la cellule projet du centre hospitalier.

5.3 L'hospitalisation des détenus sous le régime de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Pour l'accueil des détenus, une fiche « procédure d'organisation de l'accueil des détenus » a été établie.

Cette fiche prévoit les modalités de constitution d'un équipage infirmier pour se rendre à l'établissement pénitentiaire afin de chercher le détenu.

A cette occasion là, il est demandé une fiche de liaison médicale, un permis de visite, le nom de l'avocat conseil, une somme d'argent déposée au coffre, l'original du certificat médical.

Le médecin prescrit les conditions de l'isolement et la surveillance médicale, rédige les différents actes médicaux, informe le patient, prescrit, en fonction de l'état de santé du patient, les visites au bénéfice des personnes ayant un permis de visite, remis par l'administration pénitentiaire.

Les patients relevant de ce régime sont placés en chambre d'isolement 24h sur 24, sauf pour la toilette. Dans ce cas il est fait un appel à renfort, et le patient est escorté par quatre soignants.

Le condamné ou prévenu en HO n'a pas le droit de téléphoner.

En ce qui concerne le courrier, il est transmis préalablement à l'administration pénitentiaire, sauf s'il s'agit d'un courrier pour l'avocat.

Le détenu ne détient pas d'argent. Les achats sont faits soit sur demande écrite du patient à la cantine de l'établissement pénitentiaire qui en assure le transport, soit avec l'argent remis lors du transfert. Les familles ne sont pas autorisées à donner argent ou colis. L'argent ne peut être versé que par mandat à l'administration pénitentiaire.

S'il y a besoin d'effectuer un transfert pour hospitalisation ou consultation somatique, le préfet en est informé.

5.4 Les instances et les outils de contrôle de l'hospitalisation sans consentement.

5.4.1 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques était dûment constituée. Elle a visité l'établissement, la dernière fois le 14 juin 2007. Les membres de la CDHP ont entendu des patients qui la suivaient. La communication dans l'établissement sur la visite de la CDHP a été effectuée. Durant l'année 2008, la CDHP ne s'est pas rendue dans l'établissement et ne s'est pas réunie.

La composition de la commission étant arrivée à échéance, il convenait de la renouveler. Le jour du contrôle, l'arrêté sur la composition n'avait pas été pris car il manquait les propositions de certaines autorités.

Selon le directeur, dans sa note du 19 juin 2009 précitée, les activités de la CDHP ont été suspendues par la DDASS en raison du départ en retraite de la secrétaire, qui n'avait pas été remplacée par la préfecture. Il a été indiqué, autant par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales que par le préfet, que le nouvel arrêté allait être pris très prochainement. Il semblerait que la difficulté résulte d'une difficulté à désigner un psychiatre libéral⁴.

5.4.2 Les registres de la loi.

Les contrôleurs ont examiné les registres de la loi. Les constatations suivantes ont pu être effectuées :

- L'établissement possède deux registres de la loi, distincts, l'un pour les hommes et l'autre pour les femmes. Ces deux registres contiennent indistinctement les mentions relatives aux hospitalisations d'office et aux hospitalisations à la demande d'un tiers, contrairement aux dispositions de l'article L 3213-1 du Code de la santé publique.
- Les différents arrêtés et certificats sont photocopiés et collés ou scotchés sur le registre de la loi. Il a été constaté par les contrôleurs que certaines écritures avaient été recouvertes avec du « blanco ».

⁴ Aux termes de l'article L.3223-2 du code de la santé publique, la CDHP comprend deux psychiatres, désignés respectivement par le procureur général près la Cour d'appel et par le préfet du département.

- Sur la période considérée, comportant l'examen de 119 mentions entre le 1^{er} septembre 2008 et le 25 février 2009, un arrêté préfectoral confirmant un placement d'office a été pris tardivement. En effet, l'arrêté, "vu l'urgence" du maire de Clermont Ferrand, a été pris le 27 janvier 2009 et l'arrêté du préfet le 29 janvier 2009, soit plus de 24 heures après l'expiration du délai. Interrogé sur ce point, le directeur de cabinet du préfet a reconnu qu'il y avait eu une difficulté. Il a relevé que les procédures d'astreinte en place, tant du côté de la DDASS que du côté de la préfecture, avaient pu être, à cette occasion, défailtantes.

A l'examen du registre, les contrôleurs ont également constaté qu'un patient était hospitalisé, sur un arrêté d'un maire, pris "vu l'urgence", alors que ne figurait pas au registre l'arrêté confirmatif de placement du préfet. Ils ont demandé que cet arrêté soit, sans délai, fourni, ce qui a été fait, une omission s'étant produite dans les circuits de transmission, l'arrêté ayant été adressé au service d'hospitalisation, sans que copie en soit gardée au service chargé des admissions et de la tenue du registre de la loi.

A hauteur de 60 %, les arrêtés de placement sont pris par les maires, "vu l'urgence", sur la base de certificats établis par des médecins généralistes. Des mentions sont parfois manquantes : ainsi, sous le numéro 15531, le transfert d'un patient dans un autre centre hospitalier ne comporte pas l'arrêté préfectoral nécessaire. De même, les arrêtés de maintien en hospitalisation ne sont pas collés dans le registre.

Eu égard à la pratique importante des sorties d'essai dans l'établissement, il est mis en œuvre dans plusieurs cas l'article L 3213-4 du code de la santé publique (maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle période), la mainlevée de l'hospitalisation étant acquise, conformément au paragraphe deux de cet article, lorsque la décision du préfet n'est pas intervenue dans les délais requis.

La pratique des sorties d'essai d'HO (123 en 2008) nécessiterait que la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique propose des modalités de mise en œuvre et de suivi.

Pour les registres de la loi, la première et la dernière page sont visées par le maire de Clermont Ferrand. Il n'y avait pas, pour les années 2008 et 2009, de visa ni du Parquet ni de la CDHP.

5.5 Le contrôle de l'autorité judiciaire.

Les contrôleurs ont eu un entretien téléphonique, tant avec le président du tribunal de grande instance de Clermont Ferrand qu'avec un représentant du parquet de cette juridiction.

L'autorité judiciaire visite tous les semestres l'établissement. Il n'est pas fait état de difficultés particulières.

6 Les personnels.

Au 31 décembre 2007, il y avait 1000 agents, dont 761 en effectif permanent.

Il y avait 685 femmes pour 315 hommes. Les moins de 45 ans représentent 46 % de l'ensemble. 42 % des agents avaient moins de dix ans d'ancienneté.

L'établissement ne dispose plus de religieuses faisant fonction de personnel soignant.

Sur cet ensemble, il y a trente-et-un médecins à temps plein, vingt-six médecins avec d'autres statuts et sept internes.

En 2007, dernière année utilement renseignée, il y a eu 119 embauches pour 127 départs. Le nombre de jours d'absence divisé par le nombre de jours théoriquement travaillés est de 0,13.

Les candidatures sont relativement nombreuses pour l'établissement.

Les personnels sont soumis à la convention collective de 1951 auquel s'ajoute un accord d'entreprise propre à l'association qui date de 1973. Ils bénéficient de jours RTT, de jours fériés, de jours annuels, de jours d'ancienneté et de congés événements familiaux. Une mutuelle-groupe auquel l'employeur participe est en place, de même qu'une retraite dite « chapeau » avec participation également de l'employeur.

Un comité central d'entreprise est en place au niveau de l'association, et un comité d'établissement est institué au niveau de l'établissement Sainte Marie. De plus, existe, outre le CHSCT, une commission formation. Trois syndicats sont représentatifs dans l'établissement : la CFDT, la CGT et la CGC.

Des formations sont mises en place notamment sur la consolidation des savoirs, sur l'approche pathologie santé mentale, sur l'agressivité et violence, sur la contention et l'isolement. Une journée présentation de l'établissement pour les nouveaux embauchés se déroule tous les ans.

En matière d'organisation du travail, depuis 2000, est en place un système horaire avec des plages obligatoires et deux plages variables.

Sur tous les secteurs ayant trois unités, une seule unité par secteur a intégré des aides soignantes. Par contre, il y a des agents de service hospitalier dans toutes les unités.

Le statut du personnel médical relève soit de la convention collective de 1951, soit d'un détachement de l'établissement public. Chez les médecins, la parité hommes - femmes est respectée.

Il n'y a pas, selon la direction, de problème de recrutement, mais il y aura de nombreux départs à la retraite d'ici 2014.

CONCLUSIONS

A l'issue de la visite du centre hospitalier Sainte Marie le Contrôle général des lieux de privation de liberté formule les observations suivantes :

1° Le centre hospitalier développe une politique d'ouverture cohérente et assumée dans laquelle le patient occupe une place centrale dans le projet thérapeutique porté par l'équipe soignante avec le soutien de la direction.

2° le règlement intérieur comporte des dispositions dans son article 44 qui interdit les relations sexuelles aux malades dans l'établissement. S'il est compréhensible que ce sujet soit abordé avec prudence, l'interdiction énoncée n'en est pas moins contraire aux droits fondamentaux de la personne. Cette mention devrait être retirée du règlement intérieur et une démarche d'information devrait être entreprise concomitamment (point 3.1.1).

3° la prohibition des visites par les personnels soignants lorsque le malade est en contention nécessite un examen particulier et pluridisciplinaire pour établir un équilibre entre les impératifs thérapeutiques et le droit pour le malade à recevoir des visites (point 3.4).

4° la démarche de signalement des incidents mérite d'être soulignée par la qualité du processus mis en œuvre. Les déclarations d'incidents devraient figurer dans les dossiers individuels des patients, s'agissant de données personnelles (point 3.5.2.1) ;

5° l'installation d'un dispositif de vidéosurveillance dans l'établissement, bien qu'en fonctionnement n'a pas encore reçu l'agrément de la préfecture ; l'instruction de la demande devrait intervenir sans tarder (point 3.5.4) ;

6° les caméras du dispositif de vidéosurveillance installées dans les chambres d'isolement suscitent un débat au sein de l'établissement. Leur mise en service implique l'élaboration d'un consensus entre les différentes parties prenantes, en raison notamment des atteintes à l'intimité et à la vie privée que constitue l'usage de cette technologie intrusive (point 3.5.4) ;

7° l'offre d'activités est diversifiée et fondée sur des partenariats de qualité ; une valorisation de ces démarches devrait être mise en œuvre ;

8° la coordination des interventions avec la police n'est pas satisfaisante, en l'absence d'un protocole de travail. La mise en place, à bref délai, d'un cadre commun d'intervention est une nécessité (point 5.2.3) ;

9° Les patients peuvent, à leur arrivée à l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation être soumis sur avis médical et après avoir été informés, à un détecteur de métaux portatif. En l'absence d'accord de l'intéressé, le recours à cette détection ne paraît pas conforme aux droits de la personne ;

9° le condamné hospitalisé sous le régime de l'article D. 398 du code de procédure pénale n'a pas le droit de téléphoner. Les dispositions en vigueur dans le code de procédure pénale autorisant les condamnés définitifs à téléphoner doivent trouver leur application, alors même que le condamné est hospitalisé (point 5.3) ;

10° le courrier des détenus hospitalisés sous le régime de l'article D. 398 est transmis préalablement à l'administration pénitentiaire, sauf le courrier à l'avocat. L'ensemble des courriers des détenus devrait être remis à l'administration pénitentiaire qui a seule la charge de la tenue du registre des autorités résultant de l'article D. 262 du code de procédure pénale (point 5.3) ;

11° l'établissement possède deux registres de la loi, l'un pour les hommes l'autre pour les femmes, où sont mentionnés indifféremment les mesures d'HO ou d'HDT. Cette procédure n'est pas conforme aux exigences de l'article L.3213-1 du code de la santé publique qui exige la tenue de registres distincts selon le type d'hospitalisation (point 5.4.2) ;

12° la tenue des registres de la loi devrait faire l'objet d'une stricte vigilance par un cadre de l'établissement (point 5.4.2)

13° La pratique des sorties d'essai d'HO (123 en 2008) nécessiterait que la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique propose des modalités de mise en œuvre et de suivi.

-

Documents remis

- Rapport annuel 2007
- Projet d'établissement 2003-2008
- Rapport certification septembre 2007
- Organigramme janvier 2007
- Révision du SROS septembre 2008
- Révision objectifs quantifiés
- Plan de masse
- Livret d'accueil
- Bilan social 2007
- Avis commission d'arrondissement de la sécurité
- Règlement CRUQ
- Résultat des questionnaires de satisfaction
- CDHP
- Différents protocoles
- Règlement intérieur de l'établissement