



Rapport de visite :

2 au 9 octobre 2017 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier spécialisé de
LORQUIN

(Moselle)

SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Lorquin (Moselle) du lundi 2 octobre 2017 au vendredi 9 octobre 2017.

L'établissement a une compétence sur quatre pôles : Moselle Sud (avec le centre hospitalier de Lorquin et l'hôpital général de Sarrebourg), le pôle de Saint-Avold avec un seul hôpital, le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Metz-Queuleu et un pôle infanto-juvénile en extra hospitalier.

Il est composé d'unités d'hospitalisation et de structures médico-sociales à temps complet et à temps partiel et de structures extérieures au plus près des lieux d'habitations des patients. Outre les unités d'admission, l'établissement dispose d'une unité de soins post-aigus, d'une unité de soins prolongés, d'une unité de réhabilitation ainsi que de trois structures hospitalières de jour. En outre, sont présents sur le site une maison d'accueil spécialisée (MAS) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Par décision de l'ARS, une restructuration de l'offre psychiatrique en Moselle, qui a la particularité d'être dotée de trois hôpitaux psychiatriques au Nord, à l'Est et au Sud (Jury-les-Metz, Lorquin et Sarreguemines) est en cours. Il s'agit de déplacer les deux unités d'admission de Lorquin au CHS de Jury-les-Metz.

Quatre points majeurs de la visite des contrôleurs méritent d'être soulignés.

La restructuration du centre hospitalier est susceptible d'être préjudiciable aux patients.

Alors que la cohabitation fonctionne depuis près d'un siècle entre l'hôpital psychiatrique et le village, les deux unités d'admission du centre hospitalier spécialisé de Lorquin vont être déplacées au centre hospitalier de Jury-les-Metz, situé au Nord du département de la Moselle, à plus d'une heure par des routes départementales. Ce déménagement est susceptible d'être préjudiciable aux patients du fait de l'éloignement de leur lieu de vie – un grand nombre d'entre eux est originaire du village ou des alentours –, l'éloignement des familles et une nouvelle implantation dans une structure urbaine. Leur liberté de circulation s'en trouvera fortement restreinte et les locaux envisagés à Jury-les-Metz, malgré les travaux envisagés, sont de qualité moindre qu'à Lorquin. Par ailleurs, l'avenir des unités de soins post-aigus, de soins prolongés et de réhabilitation reste incertain.

Le statut des patients admis en soins sans consentement sous la forme du péril imminent interroge.

Les contrôleurs ont constaté que les patients admis en soins pour péril imminent, durant l'année 2016, représentaient 48 % de l'ensemble des patients admis en soins sans consentement. Il semble que les services d'urgence des deux hôpitaux généraux du ressort – où pourtant travaille une infirmière détachée et où intervient un psychiatre trois demi-journées par semaine – favorisent ce statut qui ne leur impose pas de recherche d'un tiers et ne nécessite que la délivrance d'un seul certificat d'admission. Au travers des registres de la loi, on constate que ces patients sortent pour la majorité d'entre eux dans les jours qui suivent leur admission – voire le lendemain – et que d'autres admissions de ce type sont rapidement transformées en soins libres.

La prise en charge médicale est mise en œuvre de manière hétérogène.

La prise en charge est globalement satisfaisante mais d'importantes variations sont observées d'une unité à l'autre. Elles peuvent s'expliquer notamment par le manque de médecins et les rythmes de passage dans les unités qui morcellent le travail mais également par un manque

d'investissement des soignants des services d'admission qui, inquiets pour leur avenir, doivent quitter le site prochainement. En revanche, ceux des unités de suite sont très impliqués dans la prise en charge qu'ils assurent pleinement.

Une seule chambre d'isolement est aménagée dans l'hôpital au sein de l'unité d'admission ; le registre relatif à l'isolement, prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, ne met en évidence qu'une utilisation restreinte dans une dynamique de réduction de l'isolement et la contention.

Les droits des patients, au quotidien, sont globalement respectés.

La dignité des patients et leurs libertés sont respectées, les restrictions étant fonction de leur état clinique, et le régime juridique d'admission ne pesant pas sur la prise en charge. En outre, les sorties sont favorisées par des réponses très rarement négatives de la préfecture et les levées de mesure sont travaillées en équipe. Les outils thérapeutiques visant à la réadaptation devraient, en revanche, être mutualisés afin d'offrir outre des prises en charge individualisées, une animation par des ateliers transversaux. Si les droits des patients sont globalement respectés, on note cependant un manque de formalisation dont témoigne le manque de rigueur dans l'application des dispositions de la loi du 5 juillet 2011. La première notification est effectivement réalisée par les soignants mais, ultérieurement, l'ensemble du déroulement de la procédure reste aléatoire et n'est pas tracé systématiquement sur le registre de la loi et dans les dossiers.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 15

Tous les agents nouvellement recrutés et qui n'ont pas d'expérience du milieu psychiatrique bénéficient d'un module de formation sur les particularités de la psychiatrie. En outre, la formation Omega relative à la prévention de la violence est rendue obligatoire pour tout le personnel soignant.

2. BONNE PRATIQUE 27

L'horodatage des certificats médicaux et des arrêtés préfectoraux permet d'assurer et de vérifier le respect des délais impartis par la loi. Il gagnerait à être étendu aux décisions du directeur et aux arrêtés municipaux.

3. BONNE PRATIQUE 42

L'élaboration des projets de sortie et les moyens mis en œuvre pour en assurer le succès méritent d'être soulignés et ce malgré la pénurie de structures relais adaptées.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 15

Les formations sur les dispositifs législatifs et réglementaires des soins sous contrainte doivent être organisées au profit du personnel médical et non médical nouvellement recruté

2. RECOMMANDATION 18

Face à une recrudescence de patients admis en soins sans consentement dans le cadre des soins pour péril imminent (SPPI), qui pour une majorité d'entre eux sortent rapidement de l'hôpital, il est nécessaire de rappeler aux services des urgences que les admissions sous cette forme nécessitent d'être sérieusement argumentées, tant sur l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers que sur le péril pour la santé du patient.

3. RECOMMANDATION 20

L'organisation de l'établissement doit pouvoir permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient. L'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient dans le respect des dispositions de l'article L.3211 du code de la santé publique.

4. RECOMMANDATION 21

Le livret d'accueil doit être réécrit afin, d'une part que l'intégralité des droits des patients en soins sans consentement y soit mentionnée, d'autre part que le nom et les coordonnées du JLD et de la CDSP figurent dans la rubrique sur les recours.

5. RECOMMANDATION 23

La diffusion des informations culturelles doit s'accompagner d'un affichage au sein de l'ensemble des unités et les coordonnées des aumôniers des différents cultes doivent être mentionnées dans le livret d'accueil.

6. RECOMMANDATION 27

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d'admissions du directeur ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

7. RECOMMANDATION 29

Il convient de doter la salle d'audience du JLD de matériel informatique afin que la décision puisse être rendue sur le siège et notifiée immédiatement par le juge au patient.

8. RECOMMANDATION 29

Conformément au protocole ADMI.USA.2401, le standard doit être associé au respect des règles de confidentialité et avoir connaissance des demandes faites par les patients.

9. RECOMMANDATION 36

Si les unités de soins post-aigus, de soins prolongés et de réadaptation doivent être maintenues sur le site de Lorquin, il convient d'élaborer un plan d'investissement permettant d'améliorer sensiblement la qualité de leurs locaux.

10. RECOMMANDATION 36

Il serait judicieux d'organiser le dépôt des objets précieux en possession des patients à leur arrivée en mettant un coffre à leur disposition.

11. RECOMMANDATION 39

Il conviendrait de concevoir une politique d'ensemble des activités thérapeutiques et occupationnelles, fondée sur une articulation rationnelle de celles d'ores et déjà organisées au niveau du centre hospitalier et de celles décidées et pilotées dans chacune des unités.

12. RECOMMANDATION 41

Le temps de présence des médecins psychiatres dans les unités doit être augmenté afin de leur permettre de s'investir dans le projet de l'unité et de maintenir une cohésion d'équipe.

13. RECOMMANDATION 43

La présence permanente d'un soignant du CH de Lorquin lors d'une admission d'un patient en soins sans consentement à Sarrebourg réduit inutilement le nombre des soignants disponibles pour des soins. Il conviendrait de réserver ce dispositif à des cas exceptionnels.

14. RECOMMANDATION 46

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un système d'appel y compris sur le lit en cas de contention, d'une horloge, d'interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière et d'un miroir adapté dans la partie sanitaire.

15. RECOMMANDATION 46

Les chambres dites d'apaisement doivent, compte tenu de leur usage, être considérées comme des chambres d'isolement et répondre aux mêmes exigences de conformité et dispositifs.

16. RECOMMANDATION 47

Le registre d'isolement et de contention doit devenir le support d'une analyse dynamique des pratiques.

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
OBSERVATIONS.....	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT.....	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	9
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	10
2.1 l'organisation de l'établissement est impactée par des restructurations profondes de l'offre de soins psychiatriques sur le département	10
2.2 Les investissements nécessaires sur le site, et dont l'établissement a les moyens, sont abandonnés au profit de la restructuration	12
2.3 Dans le contexte de restructuration de l'offre psychiatrique, les ressources humaines sont en diminution	13
3. LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET LES MODALITES D'EXERCICE DE LEURS DROITS	17
3.1 Les patients en soins sans consentement sont majoritairement admis dans le cadre du péril imminent (ASPPI)	17
3.2 L'accueil des patients admis en soins sans consentement est bien organisé et personnalisé	18
3.3 L'information donnée aux patients sur leur statut et leurs droits tout au long de l'hospitalisation est de qualité mais insuffisamment relayée par les supports écrits	19
3.4 Le dispositif des plaintes et réclamations est correctement mis en œuvre	21
3.5 La procédure de désignation de la personne de confiance est bien organisée	22
3.6 L'accès au culte est limité au culte catholique	23
3.7 Le droit de vote est effectif	23
3.8 Les patients nécessitant une protection judiciaire sont bien identifiés et bien accompagnés.....	23
3.9 L'accès au dossier médical est réalisé aisément.....	24
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	25
4.1 Le contrôle institutionnel est effectif.....	25
4.2 Les registres de la loi, tenus en temps réel, sont insuffisamment renseignés	26
4.3 Le contrôle du JLD est rigoureux et effectué dans le cadre d'une procédure respectueuse de tous	27
4.4 le protocole sur la confidentialité de l'hospitalisation est suivi dans les unités sans toutefois que le standard soit impliqué.....	29

4.5	La levée de la mesure, préparée très en amont du parcours de soins par des sorties de courte durée, associe famille, tuteur et assistante sociale et ne fait que rarement l'objet d'une opposition du préfet.....	30
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	32
5.1	les restrictions aux libertés individuelles sont aussi limitées que possible	32
5.2	Le maintien des liens familiaux est correctement assuré.....	33
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	35
6.1	Les locaux sont de qualité hétérogène	35
6.2	L'argent des patients est protégé et accessible, mais leurs biens de valeur ne sont pas mis en sécurité.....	36
6.3	La restauration, bien organisée, est assez appréciée	36
6.4	L'organisation d'activités au sein de chaque unité compense l'absence de politique générale de l'établissement.....	37
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES	40
7.1	La majorité des patients sont satisfaits de leur prise en charge, les projets de sortie sont élaborés en amont	40
7.2	La prise en charge somatique répond aux besoins des patients.....	42
8.	LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	45
8.1	Le registre récemment mis en place fait apparaître des recours à l'isolement et la contention limités et pour des durées courtes.....	45
8.2	La contention n'est pas systématiquement associée à la phase d'isolement.....	48
9.	CONCLUSION GENERALE.....	49

Rapport

Contrôleurs :

- Chantal Baysse ; cheffe de mission,
- Agathe Logeart ; contrôleure,
- Bénédicte Piana ; contrôleure,
- Bonnie Tickridge ; contrôleure,
- Dominique Bigot ; contrôleur,
- Bruno Rémond ; contrôleur.

accompagnés d'Anne-Claire STONA, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Lorquin (Moselle) du 2 au 9 octobre 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 2 octobre à 15h. Ils l'ont quitté le vendredi 9 octobre à 11h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont des membres de la direction, le chef de pôle, les médecins responsables des unités de psychiatrie, les cadres de santé ainsi que des membres du personnel administratif.

Le cabinet du préfet de la Moselle a été avisé de la visite par téléphone et par courriel. Les contrôleurs ont rencontré les chefs de juridiction du tribunal de grande instance (TGI) de Metz et ont eu un contact téléphonique avec le juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas formulé le souhait de s'entretenir avec eux.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés sous forme électronique.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi en présence du directeur, ses adjoints ainsi que du chef de pôle.

Le rapport de constat a été adressé en date du 8 mars 2018 au directeur de l'établissement, au délégué territorial de l'agence régionale de santé, aux chefs de juridiction et au préfet de la Moselle. Seul ce dernier a répondu en date du 30 avril 2018, précisant qu'il n'avait pas de remarques à formuler.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT EST IMPACTEE PAR DES RESTRUCTURATIONS PROFONDES DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES SUR LE DEPARTEMENT

2.1.1 L'hôpital dans son environnement

Lorquin est un village de 1 200 habitants, situé au Sud de la Moselle. Il est membre de la Communauté de communes de Sarrebourg située à 14 kilomètres.

Le Centre Hospitalier de Lorquin (EPSM¹) est présent dans le village depuis plus d'un siècle et il est intégré dans la sociologie du territoire. Les déambulations des patients sont acceptées dans la commune et ses commerces.

L'établissement a une compétence sur quatre pôles : Moselle Sud (avec le CH de Lorquin et le CH de Sarrebourg), le pôle de Saint-Avold avec un seul CH, le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Metz-Queuleu et un pôle infanto-juvénile en extra hospitalier.

Il gère par ailleurs sur le site de Lorquin deux structures médico-sociales : un EHPAD² et une MAS. Le nombre de lits en hospitalisation complète susceptibles d'accueillir des patients admis en soins sans consentement est de 102, mais deux structures annexes qui accueillent exclusivement des personnes en soins libres sont implantées à Phalsbourg et Saint-Avold.

2.1.2 Les restructurations de la carte sanitaire

Par décision de l'agence régionale de santé (ARS), une restructuration de l'offre psychiatrique en Moselle, qui a la particularité d'être dotée de trois hôpitaux psychiatriques au Nord, à l'Est et au Sud (Jury-les-Metz, Lorquin et Sarreguemines) est en cours. Il s'agit de déplacer les deux unités d'admission de Lorquin au CHS de Jury-les-Metz, situé au Nord, à 1 heure 15 par des routes départementales.

Cette restructuration pourrait être préjudiciable aux patients par l'éloignement de leur lieu de vie (un grand nombre est originaire du village et ses alentours) et l'éloignement des familles.

Outre cette option forte déjà prise par l'autorité de tutelle, l'avenir des unités de soins post-aigus, de soins prolongés et de réhabilitation reste incertain. A terme, faute d'attractivité pour le corps médical, certaines activités ne pourraient être maintenues à Lorquin. Seuls l'EHPAD et la MAS ainsi que des structures médico-sociales qui viendraient s'y agréger trouveraient sur le site de Lorquin les moyens de se développer.

Le directeur de Lorquin est déjà également directeur du CHS de Jury-les-Metz. Parallèlement se composent les groupements hospitaliers de territoire et au regard de sa position géographique, le CH de Lorquin est d'ores et déjà « tirillé » entre le groupement hospitalier de territoire (GHT) auquel appartient le CH de Sarrebourg, le GHT auquel appartient Saint-Avold et le GHT de Nancy (Meurthe-et-Moselle) auquel est rattaché l'établissement de Jury-lès-Metz. Bien que les emplois actuels puissent être maintenus dans le cadre de ces restructurations sous réserve de changements de poste et de travail, ces projets sont au centre des préoccupations de la communauté hospitalière de Lorquin et imprègnent les choix du quotidien.

¹ EPSM : établissement public de santé mentale

² EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; MAS : maison d'accueil spécialisée

Tout ou presque est vécu, organisé, ralenti, voire stoppé dans cette perspective à laquelle n'adhèrent ni les soignants (dont le nombre de postes a déjà subi une diminution sensible) ni le personnel administratif.



Le CH de Lorquin : un établissement ouvert sur son environnement

2.1.3 La répartition des unités et la politique intra et extra hospitalière

L'établissement est composé d'unités d'hospitalisation et de structures médico-sociales à temps complet et à temps partiel sur le site de Lorquin, et de structures extérieures au plus près des lieux d'habitations des patients.

Alors que le site de Lorquin est des plus agréables et offre une image accueillante et humanisée des lieux, les dénominations retenues pour identifier et signaler les différents pavillons, qu'il s'agisse des nombreux panneaux indicateurs implantés le long des voies ou des cartouches fixés sur les façades, sont peu respectueuses de la dignité humaine : unité de soins sous contrainte, unité de soins prolongés, unité de soins post-aigus, unité de réhabilitation, hôpital de jour pour jeunes autistes. Ces différentes appellations devraient être abandonnées et remplacées.

a) Les structures intra-hospitalières sur Lorquin

Sur l'hôpital de Lorquin sont installés :

- un bâtiment ouvert en 2008 qui accueille au rez-de-chaussée les lits d'admission des patients admis en soins libres et au premier étage les lits d'hospitalisation pour les patients en soins sans consentement ;
- une unité de soins post-aigus (USPA) ;
- une unité de soins prolongés (USP) ;
- un hôpital de jour géronto-psychiatrique ;
- une unité de réhabilitation ;
- un hôpital de jour autisme.

En outre, sont présents sur le site, une maison d'accueil spécialisée (MAS) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'appellation « d'unité d'admission » est dans la réalité erronée compte tenu du mode de prise en charge, de la nature des patients et de la durée de leur hospitalisation. Le « bâtiment d'admission » est de fait la structure d'accueil de la « psychiatrie générale ». La durée moyenne de séjour est de plus de trente jours et les orientations, à la sortie du patient, se font vers les structures d'aval de l'établissement (USPA, USP, réhabilitation, EHPAD, ou retour à domicile avec soins ambulatoires).

L'ensemble complété par les structures ambulatoires et le réseau des établissements médico-sociaux du territoire, les formules d'accueil familial, d'appartements thérapeutiques, constitue une filière de soins particulièrement intéressante.

b) Les structures extra hospitalières

Le CH de Lorquin dispose d'un panel de structures à même de mailler son territoire et de constituer des filières de soins cohérentes.

Outre le service de psychiatrie Lemire de vingt lits (soins libres) installé à l'Hôpital de Saint-Avold, le CH de Lorquin dispose d'une dizaine de centres médico-psychologiques (CMP), de centres d'accueil et de soins des dépendances (CASD), d'hôpitaux de jour, d'appartements thérapeutiques et d'un service d'accueil familial thérapeutique, cette forme d'hospitalisation particulière qui associe l'accueil dans une famille employée par le CH à la prise en charge par une équipe soignante. Cette formule est destinée aux personnes dont la maladie est stabilisée et pour qui un entourage de type familial est nécessaire.

2.2 LES INVESTISSEMENTS NECESSAIRES SUR LE SITE, ET DONT L'ETABLISSEMENT A LES MOYENS, SONT ABANDONNES AU PROFIT DE LA RESTRUCTURATION

La situation financière du centre hospitalier *stricto sensu* est loin d'être aussi inquiétante que ne pourraient le laisser penser les données budgétaires brutes.

En effet, les diminutions importantes qui affectent certaines catégories de dépenses (personnel non médical, dépenses médicales et de pharmacie, hôtellerie-restauration) et certaines recettes (d'affaires, forfait hospitalier) ne sont que la conséquence du départ de la maison d'accueil spécialisée (MAS) et de la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Quant au léger déficit de fonctionnement, ramené de 616 958 euros en 2013 à 267 060 euros en 2016, par rapport à un budget de fonctionnement de plus de 37,5 millions d'euros, il a pour objectif, en accord avec l'ARS, de limer les conséquences des débasages et rebasages successifs de la dotation annuelle de fonctionnement.

Cependant, analysée en prenant en considération principalement l'intérêt des patients, l'évolution, depuis 2012, de quatre lignes budgétaires suscite des inquiétudes :

- si la diminution (-15 % depuis 2012) des dépenses de rémunérations et charges sociales du personnel médical est essentiellement due au départ en retraite de médecins à forte rémunération, remplacés par de jeunes médecins aux salaires moins élevés, elle traduit aussi les difficultés de recrutement auxquelles le centre hospitalier doit faire face et qui l'ont conduit, dans un processus de coopération internationale, à recourir à l'aide de jeunes médecins sénégalais (cf. *infra* § 2.2.1) ;
- alors que les dépenses relatives au remboursement de la dette sont très faibles (de 595 654 € en 2012 à 551 662 € en 2016, sommes à rapporter au montant du budget de fonctionnement de 37 778 658 € en 2016), le centre hospitalier n'a rien emprunté au cours de ces cinq exercices et il en est de même pour 2017 ;

- le montant annuel des investissements, très faible, décroît (826 633 € en 2012 et 757 189 € en 2016) alors que certains bâtiments accueillant des patients mériteraient d'être rénovés ou modernisés ;
- la capacité d'autofinancement non utilisée jusqu'à maintenant est extrêmement importante : 1 573 312 € en 2012, 2 447 329 € en 2013, 1 312 455 € en 2014, 2 734 833 € en 2015 et 4 142 465 € en 2016.

Ces importantes ressources doivent permettre de financer l'ample projet de restructuration dont la réalisation est programmée à partir de 2018. Evalué à 74 millions d'euros, le projet de restructuration de la psychiatrie Metz-Lorraine Nord comprend, pour 20 millions d'euros, la reconstruction de quatre-vingt-dix lits de psychiatrie à Jury-les-Metz (soixante pour remplacer ceux déjà présents sur ce site et trente provenant de la désaffectation des deux unités d'admission de Lorquin) et affecte à la transformation en MAS de ces deux unités, une somme de 6 millions d'euros. Or, comme cela a déjà été indiqué, il est loin d'être certain que cette restructuration améliore la situation des patients actuellement accueillis à Lorquin puisqu'elle se traduira par la disparition des unités de psychiatrie générale de cet hôpital, entraînant parallèlement une profonde mutation de son actuelle structure et lui interdisant à l'avenir d'accueillir les patients résidant sur son territoire.

2.3 DANS LE CONTEXTE DE RESTRUCTURATION DE L'OFFRE PSYCHIATRIQUE, LES RESSOURCES HUMAINES SONT EN DIMINUTION

2.3.1 Les ressources humaines

L'établissement a adapté ses effectifs aux moyens financiers attribués, aux restructurations déjà réalisées (fermeture de services) et aux mutualisations à venir avec le CH de Jury-les-Metz.

Le bilan social de l'établissement fait apparaître une baisse du nombre de soignants qui passe de 455 équivalents temps plein (ETP) en 2013 à 399 ETP en 2016.

A cela se conjuguent des tensions importantes sur le personnel médical liées aux difficultés de recrutement.

a) Le personnel médical

Le personnel médical est composé théoriquement de 25 ETP. L'année 2015 a été marquée par de nombreux départs. Le recrutement de nouveaux psychiatres a été rendu difficile du fait de la démographie médicale dans cette spécialité et par le manque d'attractivité de l'établissement qui a vécu une crise majeure compte tenu des restructurations.

Depuis 2015, une convention de coopération a été signée avec un hôpital de Dakar (Sénégal) qui instaure un véritable partenariat avec le CH de Lorquin. Des internes de Dakar en lien avec leur faculté viennent effectuer leurs stages d'internat en qualité de faisant fonction d'interne (FFI). De ce fait, ils occupent les postes laissés vacants.

Leur engagement au service de l'hôpital et des patients est réel. Cependant, l'écart culturel et le déficit de formation notamment juridique en matière de soins sans consentement est une difficulté réelle.

Par ailleurs, nombre de fonctions médicales sont occupées par des temps partiels. Dans les faits, il est observé un morcellement de la prise en charge médicale qui, faute de temps pour échanger et harmoniser les approches, peuvent impacter la cohérence de l'ensemble de la prise en charge et désorienter le personnel soignant qui est continuellement dans les unités.

Des *staffs* avec le chef de service ont lieu chaque semaine. Les « seniors » sont très disponibles auprès des internes pour accompagner leur travail. Cependant, les barrières de la langue et du contexte culturel demeurent.

b) Le personnel soignant non médical

Les restructurations de l'établissement ont, jusqu'à présent, peu impacté l'effectif soignant par unité de soins malgré une diminution globale des effectifs dans l'ensemble de l'établissement. Le personnel qui travaille dans les unités qui ont été fermées a été redéployé en partie dans les services demeurant en activité.

De ce fait, l'effectif cible affecté aux unités est à ce jour atteint, et l'encadrement par deux infirmiers, un aide-soignant et deux agents des services hospitaliers (ASH) est globalement la règle dans les unités ce qui apparaît convenable.

Le tableau ci-dessous présente les effectifs des seules unités de soins psychiatriques. Ce tableau ne prend pas en compte les structures médico-sociales de l'établissement : MAS, EHPAD.

Or, ces structures médico-sociales souffrent d'un absentéisme important surtout en périodes estivales. Le personnel soignant des services de psychiatrie est amené à faire des remplacements pour remédier à ces absences ce qui génèrent des tensions importantes et des conditions de travail qui ne sont pas optimums.

Effectifs soignants par unité d'hospitalisation

Pôle n°1 - Psychiatrie générale adulte "Saint-Avold et pays de la Nied"							
U.F. Lemire	Grade	Matin	Après-midi	Journée		Nuit	Effectif théorique
	Infirmier	2	2			1	13,1
	Aide-soignant					1	2,5
	A.S.H.	1	1				4
Pôle n°2 - Psychiatrie générale adulte "Moselle Sud"							
U.F. Admission sous contrainte	Grade	Matin	Après-midi	Journée		Nuit	Effectif théorique
	dont au moins 1 homme par poste						
	Infirmier	2	3	1	5jr/7	2	16,3
	Aide-soignant	1	1				4
	A.S.H.	2	1				6
U.F. Admission Libre	Grade	Matin	Après-midi	Journée		Nuit	Effectif théorique
	Infirmier	3	3	1	5jr/7	1	17
	Aide-soignant	1	1			1	6,5
	A.S.H.	2	1				6
U.F. U.S.P.	Grade	Matin	Après-midi	Journée		Nuit	Effectif théorique
	Infirmier	2	1	1	5jr/7	1	9,8
	Aide-soignant	1	2	1	5jr/7	1	9,8
	A.S.H.	2	1				6

U.F. U.S.P.A.	Grade	Matin	Après-midi	Journée		Nuit	Effectif théorique
	Dont au moins 1 homme par poste						
	Infirmier	2	2	1	5jr/7	1	11,8
	Aide-soignant	1	1			1	6,5
	A.S.H.	1	1				4
U.F. Réhabilitation	Grade	Matin	Après-Midi	Journée		Nuit	Effectif théorique
	Infirmier	1	1	1	5jr/7*	1	7,8
	Aide-soignant	1	1			1	6,5
	A.S.H.	1	1				4

Les équipes de nuit ne sont pas dédiées à la nuit, mais constituées par l'ensemble des soignants qui par roulement effectuent quatre nuits à cinq nuits par mois. L'avantage de cette organisation est une meilleure continuité des soins entre la journée et la nuit au profit des patients.

c) La formation continue

Le plan de formation continue prévoit notamment un module de treize jours de formation sur la psychiatrie générale pour tout le personnel infirmier arrivant et n'ayant pas l'expérience de la psychiatrie. Un module de même type mais de plus courte durée est proposé aux aides-soignants. La formation « OMEGA » relative à la prévention des situations de violence est généralisée dans l'établissement tant pour le personnel médical que non médical.

Bonne pratique

Tous les agents nouvellement recrutés et qui n'ont pas d'expérience du milieu psychiatrique bénéficient d'un module de formation sur les particularités de la psychiatrie. En outre, la formation Omega relative à la prévention de la violence est rendue obligatoire pour tout le personnel soignant.

En revanche, malgré un effort de formation sur les droits des patients dans les années précédentes, les formations sur les dispositifs législatifs et réglementaires des soins sous contrainte n'ont pas été généralisées et les connaissances restent lacunaires chez certains médecins.

Pour des raisons financières, selon la direction des ressources humaines, la supervision n'est pas organisée de manière institutionnelle. Cependant des séances de « reprise des pratiques professionnelles » existent. Elles sont animées par des agents de l'établissement issus d'autres services.

Recommandation

Les formations sur les dispositifs législatifs et réglementaires des soins sous contrainte doivent être organisées au profit du personnel médical et non médical nouvellement recruté.

2.3.2 Comité local d'éthique

En 2011, la mise en place d'un Comité local d'éthique (CLE) avait permis d'ouvrir de nombreux chantiers, d'autant que ses membres – vingt personnes issues de toutes les catégories de personnel – reflétaient parfaitement les différents regards portés sur la vie de l'établissement. Des rencontres avaient lieu tous les deux mois.

Le CLE s'était donné pour mission de favoriser la réflexion éthique sur le sens du soin, de produire des avis et des orientations générales à partir de contributions ou d'observations émanant autant de professionnels, de patients, de leurs familles ou de toute personne concernée par l'hospitalisation.

Plusieurs avis ont été rendus : sur le consentement aux soins, l'espace privé qu'est la chambre d'un patient ou l'utilisation du téléphone portable à l'hôpital. Une réflexion approfondie sur les interdits a permis de réfléchir aux règles de vie dans les unités et de réécrire les règlements intérieurs. Des colloques, des formations de sensibilisation à l'éthique ont été organisés.

Il semble, selon les témoignages recueillis, que l'annonce de la restructuration de l'établissement et les inquiétudes qui s'en sont suivies pour le personnel aient gelé cette démarche prometteuse. Depuis 2015, le CLE est, selon les personnes rencontrées qui y tenaient une part active, « *en jachère* ». Des départs et des démissions conduisent à la nécessité d'organiser de nouvelles élections pour tenter de relancer la démarche.

3. LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET LES MODALITES D'EXERCICE DE LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT MAJORITAIREMENT ADMIS DANS LE CADRE DU PERIL IMMINENT (ASPPI)

Les statistiques relatives à l'activité de l'établissement, fournies aux contrôleurs par le département d'information médicale (DIM) et le bureau des entrées, mettent en évidence une évolution sensible des mesures de soins sans consentement dans les unités de psychiatrie entre 2015 et 2016. Il s'agit d'une augmentation globale du nombre de patients passant de 257 à 330 qui, à l'analyse, fait apparaître une distorsion entre les types de mesures.

Se référant aux seuls patients hospitalisés à temps plein, les statistiques répertorient les mesures ouvertes des deux dernières années avant la visite des contrôleurs -2015 et 2016- font apparaître une très faible diminution du nombre de patients admis sur décision du représentant de l'Etat et des mesures de soins sans consentement à la demande d'un tiers, **tandis que les mesures d'urgence et de péril imminent progressent de manière très sensible :**

- les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), étaient de vingt-six en 2015, pour vingt-deux en 2016 ;
- le nombre de patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) qui était de soixante-six en 2015 a diminué pour atteindre quarante-quatre ;
- en revanche, se sont intensifiées les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) variant de 71 à 108 patients ;
- et surtout les admissions dans le cadre du péril imminent (SPPI) passant de 94 admissions en 2015 à 156 en 2016.

Les éléments ainsi recueillis mettent en évidence une forte proportion d'admissions sur décision du directeur de l'établissement dans le cadre du péril imminent (SPPI) à savoir 156 mesures **soit 48 % de l'ensemble des patients admis en soins sans consentement.**

Les orientations sous ce statut particulier sont réalisées par les services d'urgence des deux hôpitaux généraux du ressort, épaulés par une infirmière détachée de Lorquin et bénéficiant par ailleurs de trois demi-journées d'intervention d'un psychiatre. Ce taux élevé pourrait être compris comme étant une recherche de tiers ou de consentement aux soins non aboutis pour des patients en crise aiguë mais l'examen des statistiques, tout autant que celui du registre de la loi, démontre que majoritairement ces patients sortent de l'hôpital dans les jours qui suivent leur admission (voire le lendemain), et que d'autres admissions en péril imminent sont rapidement transformées en soins libres. Il semble que le juge des libertés et de la détention rappelle régulièrement qu'à défaut de tiers, le péril imminent doit être argumenté mais la majorité des patients admis à ce titre sortent avant d'être présentés au juge (cf. *infra* § 4.3).

La durée moyenne de séjour pour cette catégorie de patients est la plus courte : 8 jours pour 123 d'entre eux, 17 jours pour 26 patients et enfin 119 jours pour 7 personnes en unités de chroniques. Les patients en SPDRE sont hospitalisés, quant à eux, de 53 à 278 jours selon leur état clinique.

Recommandation

Face à une recrudescence de patients admis en soins sans consentement dans le cadre des soins pour péril imminent (SPPI), qui pour une majorité d'entre eux sortent rapidement de l'hôpital, il est nécessaire de rappeler aux services des urgences que les admissions sous cette forme nécessitent d'être sérieusement argumentées, tant sur l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers que sur le péril pour la santé du patient.

Au jour de la visite des contrôleurs, les vingt-neuf patients admis en soins sans consentement étaient répartis dans les cinq unités : pour dix d'entre eux en unité d'admission sous contrainte, huit en unité de soins post-aigus, six au sein de l'unité de soins prolongés, trois dans l'unité d'admission de soins libres et deux au sein de l'unité de réadaptation.

3.2 L'ACCUEIL DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST BIEN ORGANISE ET PERSONNALISE

L'arrivée des personnes en soins sans consentement se fait majoritairement (entre 60 et 70 %) par les urgences des centres hospitaliers avoisinant Lorquin, en ambulance. Ponctuellement, cette arrivée peut se faire directement à partir de leurs lieux de vie. Elle peut être accompagnée des proches, des forces de l'ordre ou des pompiers ou venir d'un transfert d'un autre établissement ou d'un autre service du CH de Lorquin.

Les décisions d'orientation en SSC sont donc réalisées la plupart du temps par les urgentistes. La décision administrative est finalisée au CH de Lorquin. Il semble que les services d'urgence des deux hôpitaux généraux du ressort – où pourtant travaille une infirmière détachée et où intervient un psychiatre trois demi-journées par semaine – favorisent le statut de soins pour péril imminent alors qu'au travers des registres de la loi, on constate que ces patients sortent pour la majorité d'entre eux dans les jours qui suivent leur admission (voire le lendemain) et que d'autres admissions de ce type sont rapidement transformées en soins libres (cf. *supra* § 3.1).

L'admission des patients en SSC se fait directement dans le bâtiment d'admission du CH de Lorquin qui comprend deux unités (admission 1 et admission 2), l'une au rez-de-chaussée pour les admissions des patients en soins libres, l'autre au premier étage pour les patients en soins sans consentement.

Avant l'arrivée des patients aux admissions, les équipes médicales et soignantes sont prévenues par le service d'urgence de l'hôpital général qui présente téléphoniquement le tableau clinique. Elles peuvent ainsi préparer l'accueil des personnes en SSC (préparation de la chambre, préparation d'une collation, etc.)

Les personnes en SSC sont accueillies par les infirmiers au rez-de-chaussée du bâtiment du centre hospitalier de Lorquin puis entrent dans l'unité des admissions 2 accompagnées par les infirmiers dans un souci de réassurance et d'attention à la personne.



Une entrée dédiée aux admissions

Une *check-list* d'admission à usage de l'équipe soignante a été établie. Elle comprend des items sur les procédures administratives, les droits des patients, la visite du service à l'arrivée pour prendre connaissance des lieux, l'information sur les droits du patient et les règles de vie, la notification du statut, etc.

Il n'existe aucune règle systématique sur le port du pyjama ou l'usage de la contention à l'admission. Cette dernière pratique est de moins en moins observée par les équipes.

Un bilan somatique est réalisé par les urgences pour tous les patients arrivant de ces services ; pour les autres, le bilan est réalisé à l'admission par l'équipe soignante.

Par ailleurs, chaque patient accueilli aux admissions est vu par un psychiatre du service ou un interne de garde.

La gestion des sur occupations implique soit l'occupation de la chambre d'apaisement aux admissions 2 soit le transfert de patients des admissions 2 aux admissions 1 ou encore l'admission direct à l'unité 1 pour les patients pouvant être hospitalisés dans un service ouvert.

En outre, compte-tenu de l'organisation des unités 1 et 2 des admissions et de la durée moyenne de séjour (environ trois semaines), ce service s'apparente davantage à un service de psychiatrie générale qu'à un service d'admission.

3.3 L'INFORMATION DONNEE AUX PATIENTS SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS TOUT AU LONG DE L'HOSPITALISATION EST DE QUALITE MAIS INSUFFISAMMENT RELAYEE PAR LES SUPPORTS ECRITS

Dès le début de leur hospitalisation les patients sont informés de leur statut et de leurs droits par le cadre de santé lorsqu'il est présent, à défaut par les infirmiers. La notification de ce statut et de ces droits s'effectue dès que l'unité est en possession des décisions d'admission, transmission qui peut intervenir avec un certain décalage de temps par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité. En effet, s'agissant des patients admis en SPDT en début de soirée ou durant la nuit, il a été précisé qu'en l'absence de cadre d'astreinte la décision d'admission n'était prise que le lendemain. Pour les patients admis en SPDRE sur arrêté provisoire du maire, seul l'arrêté préfectoral, pris en général dans les 24 heures de l'arrêté municipal, est notifié au patient.

Recommandation

L'organisation de l'établissement doit pouvoir permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient. L'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient dans le respect des dispositions de l'article L.3211 du code de la santé publique.

Le cadre ou les infirmiers de l'unité d'admission font signer au patient arrivant un bordereau de notification tant de la décision d'admission (du directeur ou du préfet) que du certificat médical, document portant également accusé de réception de la « *fiche d'information relative aux droits de la personne en soins psychiatriques* ». Lorsque l'état du patient n'est pas compatible avec la remise de ces documents ou qu'il refuse de signer, cette situation est attestée par deux professionnels avec mention de leur nom, grade et signature.

La « *fiche d'information relative aux droits de la personne en soins psychiatriques* » reprend *in extenso* les droits édictés par la loi du 5 juillet 2011, en mentionnant toutes les adresses utiles (autorités administratives et judiciaires, CDSP, CGLPL, JLD) et en reprenant les différentes étapes possibles de la prise en charge (période d'observation, certificat médical des 24 et 72 heures, intervention du JLD et assistance d'un avocat lors de cette audience, certificats mensuels).

Ainsi qu'ont pu le vérifier les contrôleurs, les copies de la décision d'admission, du certificat médical et de la fiche d'information sont bien remises au patient, certains conservant ces documents dans leur chambre, d'autres préférant les laisser dans leurs casiers.

Tout au long de l'hospitalisation, les certificats médicaux sont expliqués au patient par le médecin et donnent souvent lieu à précision par l'infirmier référent avec à nouveau remise de la « *fiche d'information relative aux droits de la personne en soins psychiatriques* », signée par le patient. Le recueil des observations du patient n'est pas mentionné sur les certificats médicaux mais, lorsqu'elles existent, les observations du patient sont consignées informatiquement dans son dossier individuel.

Il est apparu aux contrôleurs que la procédure était bien maîtrisée et les droits bien appréhendés. Avant l'été 2017, des groupes de réflexion ont été mis en place au sein de l'établissement sur la question de « l'information différée », lorsque l'état du patient n'est pas compatible lors de son arrivée avec la notification et la remise de ces documents, celle-ci n'étant jusqu'à maintenant que peu voire pas pratiquée.

Le livret d'accueil remis à l'admission évoque en page 8 les droits garantis aux patients hospitalisés sans consentement sans toutefois les énoncer, précisant seulement qu'une information spécifique sera donnée personnellement et qu'il est possible de s'adresser au cadre de santé pour tout renseignement supplémentaire. De même si le droit à réclamation et recours est mentionné en page 14 avec précision des adresses du directeur, de membres de la CDU, du comité d'éthique, du CGLPL et du Défenseur des droits, le nom et les coordonnées du JLD et de la CDSP font en revanche défaut. Par ailleurs les affichages dans les unités ne comportent ni la liste des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, ni les adresses du JLD ou de la CDSP, ni liste des avocats du barreau local malgré les demandes réitérées du JLD.

Recommandation

Le livret d'accueil doit être réécrit afin, d'une part que l'intégralité des droits des patients en soins sans consentement y soit mentionnée, d'autre part que le nom et les coordonnées du JLD et de la CDSP figurent dans la rubrique sur les recours.

3.4 LE DISPOSITIF DES PLAINTES ET RECLAMATIONS EST CORRECTEMENT MIS EN ŒUVRE

3.4.1 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) se réunit quatre fois par an. Au jour de la visite, la dernière réunion datait du 26 septembre 2017. Sa composition, ainsi que la procédure pour la saisir, figurent en page 14 du livret d'accueil.

Y participent : le directeur de l'établissement, l'une des directrices adjointes, l'adjointe administrative qui, outre d'en assurer la gestion, est également médiateur non médecin, un médiateur médecin, deux représentants des usagers : le représentant de l'UNAFAM³ et un représentant de l'APEI⁴. Sont également présents avec voix consultative, la technicienne du service de la qualité ainsi que le coordonnateur général des soins.

La CDU examine les réclamations exprimées par les usagers de l'hôpital et dresse un bilan des questionnaires de sortie renseignés par les patients.

Onze réclamations ont été adressées à la CDU durant l'année 2016 dont une qui a donné lieu à une médiation médicale. En 2015, vingt-deux réclamations avaient été recensées.

S'agissant des réclamations relatives à la prise en charge les plus importantes sont celles relatives aux aspects médicaux de la prise en charge (sept). Il s'agissait de plaintes relatives à l'information du patient et de sa famille, au non-consentement des soins, à la prise en charge médicale et celle de la douleur, aux relations avec les médecins. L'unique réclamation portant sur les aspects paramédicaux traitait de l'insuffisance de sorties autorisées. Dans la rubrique réservée à la vie quotidienne, deux plaintes faisaient état du manque d'ordinateurs mis à disposition des patients. Enfin, une réclamation est relative à l'accueil administratif lors de l'arrivée à l'établissement.

Un accusé de réception est adressé aux patients hormis dans le cas où une réponse très rapide peut être apportée. Le délai moyen de réponse aux patients est de seize jours. Les résultats annuels sont présentés et débattus en CDU puis présentés à la commission médicale d'établissement (CME).

3.4.2 La place des représentants des familles et des usagers

Deux associations représentatives des familles et des usagers interviennent au centre hospitalier : l'UNAFAM ainsi que des représentants des usagers affiliés à l'APEI. Ils sont représentés dans la plupart des instances de l'établissement.

L'UNAFAM assure par ailleurs des permanences d'accueil des familles à Jury-les-Metz et met à leur disposition un numéro de téléphone qui peut être joint à tout moment.

³ UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

⁴ APEI : association d'amis et parents d'enfants inadaptés

3.4.3 Les questionnaires de satisfaction

Les informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers sont recueillies par le biais de questionnaires de sortie qui sont remis par les soignants juste avant la sortie. Les patients les remplissent seuls ou aidés par leur famille. Dans de rares cas, ils souhaitent être aidés par un soignant. Le questionnaire est mis sous enveloppe fermée et transmis à la direction.

Les questionnaires de sortie sont renseignés à 45,7 %. S'agissant de l'appréciation globale sur leur séjour, 34 % des patients se disent très satisfaits, 58 % satisfaits, 7,1 % peu satisfaits et 0,9 % pas du tout satisfaits ; la prise en charge médicale recueille 42 % d'avis de patients très satisfaits, 48,7 de satisfaits, 7,5 % se disent peu satisfaits et 1,8 % pas du tout satisfaits.

3.4.4 Les événements indésirables

Il s'agit pour le service de la qualité et de la gestion des risques d'organiser le signalement et l'analyse des événements indésirables pour mettre en place des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des personnes.

Les événements indésirables sont ceux qui révèlent un dysfonctionnement dans l'organisation et dont les conséquences ont été dommageables ou auraient pu l'être (tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé et tout événement grave). Un événement indésirable grave est soumis à un dispositif obligatoire de déclaration à l'agence régionale de santé. L'ensemble des agents est invité à remplir les fiches d'événements indésirables (FEI) sur le logiciel spécifique à destination de la cellule opérationnelle de gestion des risques. Cette dernière, mise en place en 2016 de manière à impulser une dynamique qui faisait défaut, se réunit une fois par mois, enregistre et suit l'évolution des actions mises en œuvre pour faire cesser l'événement.

La réorganisation du service en 2016 n'a pas permis de réaliser de statistiques avant le dernier quadrimestre. Durant cette période quarante-six fiches ont été adressées au service qualité. Parmi elles, si onze étaient des événements graves en ce qu'elles correspondaient à un décès, une tentative de suicide et neuf agressions (tous gérés conformément à leur gravité avec l'intervention de l'ARS s'agissant des cas les plus sérieux), les autres revêtaient des préoccupations de moindre gravité (usage du tabac, insultes, blanchisserie, restauration). Neuf experts ont été désignés et trente-neuf fiches ont été clôturées dans la période.

Durant le premier semestre 2017, le nombre de FEI a sensiblement augmenté, les soignants s'étant saisis de la possibilité de faire valoir les événements indésirables. On comptait quatre-vingt-huit fiches : restauration, blanchisserie et logistique qui prévalaient avant la rubrique des insultes. Cinquante-cinq de ces fiches étaient clôturées.

3.5 LA PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST BIEN ORGANISEE

La possibilité de désigner une personne de confiance et le rôle de celle-ci (aide dans les démarches et dans certaines décisions) figure en page 10 du livret d'accueil. Cette possibilité est bien comprise des soignants, même si certains s'interrogent sur son utilité.

Lors de l'entretien infirmier arrivant un formulaire est remis au patient dans lequel celui-ci précise s'il souhaite ou non désigner une personne de confiance et dans l'affirmative ses coordonnées (adresse et téléphone) ainsi que son lien de parenté. Ce document, qui vise l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles et non l'article L.1111-6 du code de la santé publique, rappelle le rôle de la personne de confiance et précise qu'il revient au patient « d'informer la personne choisie de cette désignation et de s'assurer de son accord par la co-

signature du document », précision immédiatement suivie de la mention pré-imprimée « *aussi, je demande au bureau des entrées de bien vouloir se charger de cette formalité* ».

La majorité des patients use de cette faculté. Ainsi, dans les unités d'admission, seuls trois patients n'ont pas désigné de personne de confiance (un patient sous tutelle à l'unité Admi 1 et deux à l'unité Admi 2 qui ont refusé de signer le formulaire) ; à l'USPA dix-sept patients sur les vingt présents ont désigné une personne de confiance ; à l'UPS dix-sept des vingt-trois patients ont également fait ce choix.

Une fois le formulaire rempli, celui-ci est transmis au bureau des entrées qui se charge d'aviser la personne choisie par le patient. La lettre adressée à la personne désignée rappelle le rôle de la personne de confiance, précise qu'elle a la possibilité de refuser par courrier adressé au directeur de l'établissement et indique que « *en l'absence de réponse de votre part dans les 15 jours suivant la réception du présent courrier, votre accord tacite sera enregistré* ». La reproduction en fin de courrier des termes de l'article L.1111-6 du code de la santé publique sur la personne de confiance vient parfaire l'information de la personne désignée.

Selon les indications fournies par le bureau des entrées, les réponses retournées avec signature du formulaire de désignation n'excèdent guère un courrier sur dix, la majorité des accords étant donc tacites ; les refus qui sont exceptionnels émanent en général de personnes dépourvues de lien de parenté avec le patient [par exemple un(e) ami(e)].

Un formulaire de la désignation de la personne de confiance est ensuite classé dans le dossier informatisé du patient.

3.6 L'ACCES AU CULTES EST LIMITE AU CULTES CATHOLIQUE

Le site internet de l'établissement précise qu'à la demande des patients, le ministre du culte de leur choix peut leur rendre visite. Si le prêtre est très présent à l'établissement tant par des visites dans les unités que par les messes qu'il dit à la chapelle ou au sein des services, il semble qu'aucun autre ministre du culte ne se rende à l'établissement.

Recommandation

La diffusion des informations culturelles doit s'accompagner d'un affichage au sein de l'ensemble des unités et les coordonnées des aumôniers des différents cultes doivent être mentionnées dans le livret d'accueil.

3.7 LE DROIT DE VOTE EST EFFECTIF

L'information relative aux modalités de vote est transmise aux unités *via* le bureau des entrées. Lors de l'élection présidentielle, des patients se sont rendus, accompagnés ou non à la gendarmerie de Lorquin afin d'établir une procuration. D'autres, ont été conduits par les soignants directement au bureau de vote.

Pour parfaire leur information, certains soignants avaient apporté les professions de foi reçues à leur domicile.

3.8 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JUDICIAIRE SONT BIEN IDENTIFIES ET BIEN ACCOMPAGNES

Au moment du contrôle quatorze personnes en soins sans consentement étaient soit sous tutelle (onze) soit sous curatelle (trois) ; ces mesures étaient suivies pour trois d'entre elles par le service

de gérance des tutelles de l'hôpital (un à l'USP, deux à l'USPA) et pour les autres par l'union départementale des associations familiales (UDAF) de Strasbourg (Bas-Rhin) ou de Metz (Moselle).

Les alertes sur la situation des patients nécessitant une protection judiciaire se font lors des réunions pluridisciplinaires et sont transmises au procureur de la République ou directement au juge d'instance. Un médecin de l'établissement est habilité pour procéder aux expertises exigées dans le cadre d'une demande de mise sous protection judiciaire, les frais étant à la charge du patient (le montant de ceux-ci figure dans le livret d'accueil).

Les contacts entre le patient, son soignant référent et le mandataire de l'hôpital sont décrites comme étant de qualité ; les patients se rendent souvent spontanément dans le service, parfois pour un simple bonjour mais aussi pour obtenir de l'argent de poche ou des bons d'achat ; le mandataire est toujours informé des sorties de courtes durées ; il est associé aux réunions d'équipe et aux projets de soins des patients ; il est convoqué à l'audience du JLD. Sur l'ensemble de l'établissement ce service gère quarante-neuf dossiers de majeurs protégés (trente hommes et dix-neuf femmes ; quarante-trois tutelles et dix-huit curatelles), dont onze en hospitalisation complète.

Les contacts avec les tuteurs ou curateurs extérieurs à l'hôpital, également de qualité bien que plus distants, se font avec le cadre de l'unité.

3.9 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST REALISE AISEMENT

La procédure d'accès au dossier médical est mentionnée dans le livret d'accueil, en page 10. Le demandeur saisit par courrier la direction – ou la personne chargée des relations avec les usagers – qui vérifie son identité et ses droits (patient ou ayant droit ou autre) et, si la demande est recevable, la transmet à l'unité d'accueil du patient. S'agissant des dossiers de moins de cinq ans, durant l'année 2016, vingt-neuf demandes d'accès au dossier médical ont été formulées dont deux par des tiers habilités et trois pour des dossiers de plus de cinq ans. Toutes les demandes ont reçu une réponse favorable. La transmission des dossiers de moins de cinq ans a été en moyenne de huit jours. Pour les trois dossiers de plus de cinq ans, le délai moyen d'accès était de cinquante et un jours.

Les médecins se tiennent à disposition des patients qui le souhaiteraient pour les accompagner lors de la lecture du dossier.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL EST EFFECTIF

4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques -CDSP-

La commission départementale des soins psychiatriques de la Moselle est présidée par un médecin psychiatre libéral. Il n'est pas signalé de difficulté quant à la désignation de ses membres.

Deux compte rendus ont été remis aux contrôleurs concernant les visites par la CDSP du CH de Lorquin les 16 juin 2016 et 22 juin 2017, lesquels attestent d'un travail de qualité réalisé par les membres de cette commission.

Lors de chacune de ces visites, la CDSP a rencontré différents patients (en juin 2016, un d'Admission 1, deux d'Admission 2, un de l'USP et cinq de l'USPA ; en juin 2017, trois de l'USPA, deux de l'USP, trois d'Admission 2, aucun patient d'Admission 1 n'ayant demandé à être entendu), recueilli leurs doléances, examiné leur situation notamment quant à la nécessité du maintien de l'hospitalisation complète ou des soins sous contrainte, parfois préconisé des soins somatiques, enfin dans un cas alerté l'établissement du délire érotomaniaque d'un patient vis-à-vis d'une infirmière afin que des mesures soient prises pour protéger cette dernière.

La commission a en outre examiné les dossiers des patients placés en SPDT péril imminent, ceux de patients admis en SPDT depuis plus d'un an et ceux des patients admis en SPDRE, relevant pour certains des mentions absentes dans les certificats médicaux, pour d'autres des certificats médicaux absents pendant une période donnée, ou encore des « copiés-collés » dans la rédaction de certificats médicaux mensuels.

En dernier lieu la CDSP a consulté les registres de la loi. Si en 2017 la CDSP a conclu que « *les registres de la loi étaient bien tenus* », elle s'est en revanche interrogé, tant en 2016 qu'en 2017, sur le devenir de certaines mesures du fait de l'absence de certificats médicaux mensuels ou de décisions de levée et a relevé de nombreux « copiés-collés » ; en 2016 la CDSP avait par ailleurs critiqué le libellé de quelques certificats médicaux qualifiant certains d'incohérents, d'autres d'insuffisamment détaillés ou motivés.

En 2016, la CDSP avait déploré la mauvaise information des patients sur le rôle de la CDSP, remarque non reprise en 2017.

4.1.2 Le conseil local de santé mentale

Présent sur l'établissement de Jury-les-Metz, ce conseil est en revanche inexistant à Lorquin.

4.1.3 La visite des autorités

La CDSP visite l'établissement chaque année. A chaque fois, soit le 16 juin 2016 et le 27 juin 2017 pour les deux dernières visites, ses membres signent le registre de la loi sans y apporter de remarque quant à la tenue. Des remarques, portant surtout sur les certificats, sont toutefois faites dans le compte-rendu de visite (cf. § 4.3.1).

Le JLD a également visé, sans observation, le registre de la loi le 25 juin 2017 et la présidente du tribunal de grande instance de Metz a visité l'établissement au cours de cette même année sans viser le registre de la loi.

Les contrôleurs n'ont en revanche pas trouvé trace de visite du procureur ni du maire.

4.2 LES REGISTRES DE LA LOI, TENUS EN TEMPS REEL, SONT INSUFFISAMMENT RENSEIGNES

Les registres de la loi, deux pour les SPDT distinguant les hommes et les femmes et un pour les SPDRE, sont tenus par le bureau des entrées du CH de Lorquin sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission et reprenant les informations concernant des patients admis antérieurement et dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins avec renvoi au numéro de registre précédent.

Les contrôleurs ont examiné les trois derniers registres en cours concernant pour l'un cinquante-quatre admissions en SPDT de patients intervenues entre le 12 juin et le 26 septembre 2017, pour le second trente-trois admissions en SPDT de patientes entre le 1^{er} juin et le 30 septembre 2017, pour le troisième, dix admissions en SPDRE (femmes et hommes confondus, dont neuf faisant suite à un arrêté provisoire du maire) sur la période du 6 janvier au 3 août 2017.

Ces registres sont tenus au jour le jour, sans retard. Toutefois, les documents reproduits pour les SPDT sont insuffisants et les mentions figurant sur l'ensemble des registres sont incomplètes.

En effet, si les arrêtés du maire et du préfet sont toujours reproduits, les décisions d'admission prises par le directeur ne figurent en revanche plus sur les registres depuis janvier 2017, date à laquelle la gestion de la partie « médico-légale » a été transférée sur le bureau des entrées du CH de Jury. De même les mentions de notification des arrêtés ou décisions d'admission comme celle des certificats médicaux ultérieurs ou des décisions du JLD et des voies de recours ne sont pas reproduites contrairement aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP [situation identique au CH de Jury selon les informations données par le bureau des entrées de cet établissement]. La mention de l'intervention du JLD, avec précision d'un contrôle de plein droit ou d'un recours facultatif, est renseignée quand une mainlevée est ordonnée mais très souvent omise dans les autres cas ; il a été précisé aux contrôleurs que le bureau des entrées du CH de Lorquin ne disposait que du récépissé de la convocation pour l'audience signé du patient mais n'était pas destinataire de la décision elle-même (envoyée au seul bureau des entrées du CH de Jury) de sorte que les agents étaient obligés d'appeler l'unité concernée pour connaître la décision rendue par le juge, contrainte pouvant expliquer les omissions susvisées.

Pour les SPDT, les renseignements concernant les tiers sont en revanche notés avec précision. L'existence d'une mesure de sauvegarde de justice est également précisée avec mention de la date du jugement.

Les certificats initiaux sont dans l'ensemble peu détaillés, qu'ils émanent des urgences ou de psychiatres libéraux, mais les certificats médicaux ultérieurs sont circonstanciés et actualisés, exception faite de quelques certificats mensuels rédigés en « copiés-collés » comme relevé par la CDSP. Tous les certificats médicaux et les avis motivés sont horodatés comme le sont les arrêtés préfectoraux.

L'examen de ces registres a permis également de constater que :

- pour les admissions sur arrêté du maire, l'arrêté préfectoral maintenant la mesure de soins sans consentement intervient dans la très grande majorité des cas dans un délai de 24 heures ;
- les admissions se font majoritairement selon la procédure de soins en urgence ou péril imminent (sur les quatre-vingt-dix-sept admissions examinées, trente SPDTU, trente-deux SPPI, vingt-cinq SPDT, dix SPDRE) ;

- les mesures prises sous les statuts de péril imminent ou d'urgence sont souvent levées à très brève échéance (trente-sept mesures sur soixante-deux levées entre le deuxième et le sixième six jours) ;
- rares sont les mainlevées ordonnées par le JLD (trois pour l'ensemble de la période examinée).

Les registres examinés portent visa de la CDSP et du JLD respectivement les 22 et 26 juin 2017.

Bonne pratique

L'horodatage des certificats médicaux et des arrêtés préfectoraux permet d'assurer et de vérifier le respect des délais impartis par la loi. Il gagnerait à être étendu aux décisions du directeur et aux arrêtés municipaux.

Recommandation

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d'admissions du directeur ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

4.3 LE CONTROLE DU JLD EST RIGOREUX ET EFFECTUE DANS LE CADRE D'UNE PROCEDURE RESPECTUEUSE DE TOUS

Une convention a été signée le 1^{er} septembre 2014 entre le tribunal de grande instance de Metz (représenté par le président et le procureur de la République), l'agence régionale de santé de Lorraine et les centres hospitaliers de Jury et de Lorquin, portant sur la mise en place d'une salle d'audience au centre hospitalier de Jury et concernant les audiences relatives aux patients de ces deux établissements.

Selon les termes de cette convention et les précisions données aux contrôleurs par le JLD, les locaux, situés au rez-de-chaussée du pavillon PC 1 du CH de Jury, comprennent une grande salle d'audience (35 m²) avec salle de délibéré attenante, un local pour les entretiens avocats/patients, une salle d'attente, des sanitaires ; la salle d'audience, facile d'accès et bien signalisée, est lumineuse et meublée simplement d'un bureau et de chaises permettant à tous les participants d'être au même niveau. Dans la salle d'audience sont affichées la liste des avocats et les délégations de signature du directeur.

4.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Le bureau des entrées du CH de Jury surveille les délais et réclame à l'unité d'une part l'avis motivé du médecin – notifié au patient avec rappel de ses droits– et les informations sur les éventuels tuteurs. La possibilité ou non du patient d'être entendu par le juge est précisé, selon les praticiens, soit dans l'avis motivé soit dans un certificat médical spécifique. Lorsque le patient refuse de se rendre à l'audience, son refus est matérialisé par un écrit émanant du patient lui-même ou de deux soignants.

Tous les documents utiles (certificats, médicaux, décisions d'admission, notifications, etc.) sont ensuite adressés par mail au greffe du JLD avec la requête.

En retour, le bureau des entrées de Jury reçoit la convocation pour l'audience qu'il transmet à l'unité concernée ; celle-ci est notifiée au patient par le cadre ou un infirmier et émargée contre remise d'une copie avant retour au greffe du JLD. Le bureau des entrées de Lorquin, destinataire du récépissé de la convocation communique au garage la liste des personnes convoquées afin de retenir le véhicule nécessaire au transport vers Jury-les-Metz ; l'équipe d'accompagnement comprend au minimum l'ambulancier, un personnel de sécurité et un infirmier de l'unité.

Le greffe du JLD avise tant les tiers demandeurs à la mesure que les tuteurs et curateurs. Du fait de la brièveté des délais entre convocation et audience, l'avis se fait par téléphone, les numéros de téléphone du tiers étant systématiquement notés par les centres hospitaliers ; la communication est actée par un procès-verbal rempli par le greffier et joint en procédure, le tiers étant invité à présenter des pièces s'il le souhaite. Selon le JLD contacté par les contrôleurs, depuis que la convocation des tiers se fait par téléphone, ceux-ci manifestent d'avantage d'intérêt pour l'audience, l'échange téléphonique avec le greffe étant pour eux l'occasion d'avoir des explications ou informations qu'ils ne parviennent pas toujours à obtenir de l'équipe de soins. Il a également été précisé que les tuteurs ou les curateurs, autre que l'administrateur de l'hôpital, ne se déplaçaient jamais à l'audience mais adressaient souvent une petite note sur la situation du patient et son éventuelle évolution.

4.3.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Les contrôleurs n'ont pu assister à l'une des audiences tenues deux fois par semaine le mardi et le vendredi matin dans la mesure où l'audition du patient convoqué pour le mardi 3 octobre a été médicalement déclarée incompatible avec son état et où la mesure d'hospitalisation du patient convoqué pour le vendredi 6 octobre a été levée la veille de l'audience.

Selon les informations recueillies auprès d'un des deux JLD assurant ce service, magistrat, greffier et avocats portent la robe lors de l'audience ; des avocats interviennent dans le cadre d'une permanence assurée par un petit groupe formé à ce contentieux ; ces avocats, dont l'identité est connue du greffe pour chacune des audiences, reçoivent les dossiers des patients par voie dématérialisée dès qu'ils parviennent au service du JLD et peuvent ainsi les consulter dès avant l'audience et l'entretien avec le patient ; sauf dans les rares cas où le patient choisit son conseil, l'intervention de l'avocat est entièrement prise en charge par l'aide juridictionnelle, sans examen des ressources. La salle d'audience n'étant pas dotée d'outil informatique, la décision ne peut être immédiatement rédigée ni remise au patient ; toutefois, lorsqu'il entend rendre une ordonnance de maintien de la mesure, le juge procède à une notification orale de sa décision et des voies de recours ; cette notification immédiate n'a toutefois pas lieu lorsque le juge entend lever la mesure et ce « *afin que le patient ne rentre pas à l'unité avant que l'administration ne soit avisée, celle-ci n'étant pas représentée à l'audience* ». La décision une fois dactylographiée est adressée dans l'après-midi suivant l'audience au bureau des entrées de Jury qui la transmet aux unités pour notification par le cadre ou les infirmiers. Le JLD contacté a indiqué déplorer un décalage important, parfois de plusieurs jours pour le CH de Jury, entre l'envoi de sa décision et la notification au patient.

Il a enfin été précisé aux contrôleurs par les équipes de soignants que beaucoup de patients refusaient de se rendre à l'audience, rebutés par la longueur (1h15 aller) et la fatigue du transport. Le nombre de patients non comparants à l'audience sur une période donnée n'a cependant pu être obtenu ni du service du JLD ni de l'examen des registres de la loi.

Recommandation

Il convient de doter la salle d'audience du JLD de matériel informatique afin que la décision puisse être rendue sur le siège et notifiée immédiatement par le juge au patient.

4.3.3 Les décisions rendues

Les statistiques transmises par le service du JLD du TGI de Metz concernent les deux établissements dépendant de sa compétence, sans distinction entre le CH de Lorquin et celui de Jury.

Entre janvier et septembre 2017 inclus, les JLD ont été saisis de 573 requêtes dont 28 d'initiative des patients (demandes de mainlevée), 543 dans le cadre du contrôle obligatoire et 2 suite au désaccord entre le préfet et le CH. Les décisions rendues se répartissent comme suit : 481 refus de mainlevée ou de maintien de la mesure, 58 levées de la mesure, 29 autres (désistement ou non lieu à statuer). S'agissant des mainlevées, ces statistiques ne permettent pas de distinguer le nombre de mainlevées avec effet différé à 24 heures.

4.4 LE PROTOCOLE SUR LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST SUIVI DANS LES UNITES SANS TOUTEFOIS QUE LE STANDARD SOIT IMPLIQUE

Un protocole validé le 8 mars 2006 différencie les différents degrés de confidentialité (dossiers sous X, la mise sous alias, la non-divulgence de la présence et patient non identifié) et attribue une gestion spécifique à chaque cas.

La non-divulgence de la présence dans l'établissement d'un patient est régie par un protocole spécifique – ADMI.USA.2401 – ainsi rédigé : « *lorsque le patient veut garder sa présence anonyme, un membre du personnel ayant participé à son accueil prévient le service des admissions en précisant la nature de la non-divulgence (appels téléphoniques, visites ou les deux). Le service des admissions en informe le standard. Une trace écrite doit être établie. En dehors des heures d'ouverture du service des admissions, c'est le standard qui doit être informé. A l'infirmerie du service où est accueilli le patient, l'élément de réponse doit être clairement identifié. En l'absence de réponse de l'usager, il n'y a pas divulgation* ».

La question de l'éventuelle confidentialité de l'hospitalisation est posée lors du premier entretien infirmier et la réponse est consignée dans le dossier du patient. L'information est transmise au secrétariat ainsi qu'aux équipes des unités qui peuvent ainsi gérer les appels téléphoniques. En revanche cette information n'est pas remontée au standard de l'hôpital qui reçoit et dirige les appels venant de l'extérieur en indiquant, selon les propos recueillis par les contrôleurs : « *je vous passe le service* » ou « *je vous passe le service qui seul peut vous répondre* ». Or cette formule peut laisser entendre que la personne demandée est effectivement hospitalisée et porter ainsi atteinte au droit à la confidentialité expressément demandée par le patient.

En pratique les demandes de confidentialité sont rares (un patient dans chacune des unités d'admission) et ne perdurent pas lors d'hospitalisation de longue durée (aucune demande en USP et USPA).

Recommandation

Conformément au protocole ADMI.USA.2401, le standard doit être associé au respect des règles de confidentialité et avoir connaissance des demandes faites par les patients.

4.5 LA LEVEE DE LA MESURE, PREPAREE TRES EN AMONT DU PARCOURS DE SOINS PAR DES SORTIES DE COURTE DUREE, ASSOCIE FAMILLE, TUTEUR ET ASSISTANTE SOCIALE ET NE FAIT QUE RAREMENT L'OBJET D'UNE OPPOSITION DU PREFET

Depuis janvier 2017, le suivi administratif et « médico-légal » des dossiers des patients (contrôle des certificats médicaux et des arrêtés ; relation avec l'ARS pour les SPDRE ; gestion des permissions de sortie, des programmes de soins, de levées d'hospitalisation ; saisine du JLD, suivi de l'audience et des décisions) est assuré par le bureau des entrées (BE) du CH de Jury ; tous les envois de documents scannés entre les unités de Lorquin et le BE de Jury se font par mail sécurisé.

4.5.1 Les sorties de courte durée

Les autorisations de sortie, accordées de façon progressive pour favoriser la réadaptation des personnes hospitalisées avec la vie à l'extérieur, ne sont répertoriées ni sous forme papier ni informatiquement ce qui a empêché les contrôleurs d'en connaître le nombre sur une période donnée.

Les certificats médicaux sont transmis par les unités au bureau des admissions et sont suivis d'une décision du directeur. Pour les SDRE les certificats médicaux et la décision du directeur sont envoyés à l'ARS qui ne se manifeste qu'en cas de désaccord.

a) Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Ces sorties, autorisées dès que l'état du patient le permet et qu'il est assez stabilisé, sont accordées, par exemple, pour faire des courses, honorer un rendez-vous à l'extérieur, faire une promenade, participer aux sorties organisées par les équipes de soins ou retourner quelques heures au domicile. Lors de ces sorties le patient est obligatoirement accompagné soit par un soignant soit par un membre de sa famille.

Au 28 septembre 2017, quinze des vingt-sept patients en soins sans consentement bénéficiaient de sorties d'une durée inférieure à 12 heures : deux à Admission 1, quatre à Admission 2, trois à l'USP et six à l'USPA dont les trois personnes en SPDRE.

b) Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures

Ces sorties font en général suite à celles de moins de 12 heures et sont destinées à préparer la sortie d'hospitalisation complète, assortie ou non d'un programme de soins. Le patient est ainsi autorisé à retourner à son domicile d'abord pour une nuit puis pour deux jours.

Au 28 septembre 2017, quatre des vingt-sept patients en soins sans consentement bénéficiaient de sorties d'une durée maximum de 48 heures : deux à l'USP et deux à l'USPA, tous quatre admis en SPDT.

c) Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat

Selon les informations recueillies tant auprès des bureaux des entrées de Lorquin et de Jury que des médecins et soignants, les oppositions du préfet face aux sorties de courtes durées sont très rares dès lors que le certificat médical est bien motivé et circonstancié : de mémoire du bureau des entrées de Jury, deux refus en 2017 dans les deux établissements de Jury et Lorquin.

4.5.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) L'avis conjoint

La préconisation médicale de la mainlevée d'une mesure de SDRE ne se heurte que très rarement à l'opposition du représentant de l'Etat, si bien que la procédure du recours à un second avis et de l'éventuelle saisine ultérieure du JLD n'a jamais été mise en œuvre au CH de Lorquin (un cas signalé par le bureau des entrées en début 2017 au CH de Jury-les-Metz ; deux cas – un en janvier et un en septembre – selon les chiffres communiqués par le greffe du JLD).

b) Le collège des professionnels de santé

Le bureau des admissions travaille avec un échancier doté d'alertes indiquant les échéances et dates à respecter, notamment quand la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire.

L'organisation du collège – choix du deuxième médecin, convocation de ses membres et du patient – est faite par le secrétariat des unités. L'équipe pluridisciplinaire de soins est généralement représentée par les cadres de santé, beaucoup plus rarement par les infirmiers.

Au 2 octobre 2017, la situation de quarante personnes était susceptible de justifier la réunion du collège, parmi lesquelles seize patients en programme de soins et vingt-quatre en hospitalisation complète.

4.5.3 Le passage en programme de soins

Les registres ne font pas apparaître de façon rapidement lisible les levées de la mesure assorties d'un programme de soins, la rubrique spécifique – « *autres formes de prise en charge* » – n'étant que peu renseignée.

Au 3 octobre 2017, seize patients, tous en SPDT, étaient en programme de soins.

L'examen de quelques programmes de soins au travers des registres, montrent que ceux-ci ne sont quasiment jamais ordonnés avant le douzième jour d'hospitalisation et donc le passage devant le JLD, qu'ils prévoient très majoritairement, outre des traitements et rendez-vous infirmiers réguliers, des suivis en CMP avec quelques très rares hospitalisations séquentielles.

4.5.4 La levée de la mesure

La famille, le cas échéant les tuteurs ou curateurs mais également les assistantes sociales sont informés de sorties de courte durée et associés à la préparation de la levée de la mesure.

Le JLD contacté par les contrôleurs s'est dit préoccupé par les situations de patients maintenus à l'hôpital en soins sans consentement au-delà du temps « *strictement médical* » nécessaire au seul motif de l'absence d'hébergement. Une réflexion sur cette problématique, plus spécifique à l'établissement de Lorquin selon ce JLD, est inscrite à l'ordre du jour du conseil de juridiction du TGI de Metz qui doit se tenir le 13 décembre 2017.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES SONT AUSSI LIMITEES QUE POSSIBLE

5.1.1 Le règlement intérieur

Il existe un règlement intérieur (aussi appelé « *règles de vie* ») spécifique à chaque unité mais qui ne fait pas l'objet d'un affichage dans chacune d'elles. Ce document décrit les spécificités de chaque unité : les modalités d'accueil, de dépôt des valeurs, bijoux et effets personnels, les horaires des repas et des soins, les procédures pour obtenir une permission de sortie, les règles de vie en commun, l'accès au téléphone et l'organisation des visites, etc.

Ces documents sont présentés et rédigés avec clarté. Ils font mention du nom du cadre de santé référent et recensent les numéros de téléphone et les e-mails des responsables de l'établissement auxquels les patients peuvent s'adresser directement en cas de besoin.

Bonne pratique

Les coordonnées – noms, numéros de téléphone et adresses de courriels – des responsables de l'établissement sont précisés dans le règlement intérieur afin que les patients ou leurs familles puissent s'adresser directement à eux.

5.1.2 La liberté de circulation et l'accès aux chambres

L'établissement est situé dans un parc magnifique et très bien entretenu, ce qui incite les patients qui en ont l'autorisation à s'y promener dès qu'ils sont disponibles. La présence de bancs et de gloriettes, la vaste terrasse accueillante de la cafétéria facilitent les haltes, soit seuls, soit entre patients ou avec de visiteurs. Ouvert aux personnes extérieures à l'établissement, cet espace vert est un lieu de convivialité perçu comme une chance et un atout pour l'établissement. Il est aussi utilisé par les personnes hospitalisées sous contrainte, selon les prescriptions médicales.

Le principe est que tous les patients ont le droit de sortir : seules les restrictions sont spécifiées. Cela vaut pour les personnes hospitalisées sous contrainte, mais aussi pour celles qui sont en soins libres. Les soignants ont expliqué que certains patients en soins libres peuvent être désorientés, se perdre dans le parc ou à l'extérieur, qu'il arrive qu'ils ne retrouvent pas leur chemin, surtout s'ils se sont alcoolisés. Si des mesures de surveillance ou d'interdiction particulières sont prises à leur égard, c'est, ont expliqué les soignants, dans un souci de protection. Plusieurs patients se trouvant dans cette situation, interrogés par les contrôleurs, l'ont confirmé, et ont déclaré se sentir rassurés par cette surveillance, vécue comme douce et contenante.

Les patients hospitalisés sous contrainte peuvent bénéficier de sorties de courte durée, auxquelles la préfecture, dès lors que l'avis médical est favorable, n'a pas coutume de s'opposer.

Dans les unités où des patients sont hospitalisés sous contrainte, ceux-ci disposent de la clef de leur chambre. Les portes peuvent être fermées de l'intérieur, et les patients disposent d'un passe magnétique. Ceux qui craignent de l'égarer peuvent le confier à l'équipe soignante. L'accès aux chambres n'est interdit qu'au moment où le ménage y est effectué. Sinon, l'accès y est libre.

La majorité des unités sont fermées à clef, sauf l'unité de réhabilitation (cf. *infra* § 6.1).

Le fait qu'un panneau indiquant « Unité de soins sous contrainte » soit fixé sur la porte de l'unité A2 a paru particulièrement stigmatisant, d'autant que des enfants peuvent s'y rendre et que certains patients sont en soins libres.

Bonne pratique

La fluidité de circulation des patients, y compris ceux qui sont hospitalisés sous contrainte, le fait qu'ils disposent d'une clef de leur chambre et puissent, avec l'accord des médecins, se promener dans le parc voire dans le village, sont entrés dans les mœurs de l'établissement et ne paraissent pas provoquer de problèmes particuliers. Au contraire, ils sont un facteur d'autonomisation des patients.

5.1.3 L'accès au tabac

L'usage du tabac est interdit dans les chambres et les parties communes intérieures. Il est en revanche autorisé dans les espaces collectifs extérieurs et dans le parc. Certains patients, qui parviennent à gérer leur consommation de façon autonome, peuvent conserver leurs cigarettes, et parfois leur briquet. Dans le cas contraire— qu'il s'agisse de consommation compulsive ou d'une vulnérabilité qui met certains patients à la merci de pressions— les soignants procèdent à des distributions à des heures connues à l'avance et conservent les réserves de tabac des patients dans des casiers placés sous leur surveillance. Les soignants font preuve de souplesse en cas d'impatience ou d'agitation des patients et précèdent les horaires prévus de distribution de tabac. Des infirmiers référents achètent le tabac des patients qui ne peuvent se rendre en ville ou ne peuvent être alimentés par leurs visiteurs. Des substituts nicotiques (patches) peuvent être fournis aux patients qui souhaitent arrêter de fumer.

5.1.4 Le port du pyjama

Au cours de leur visite, les contrôleurs n'ont pas vu de patients en pyjama, sauf le matin, ou au moment du coucher. **Le port du pyjama, imposé au cours de la journée dans de nombreux établissements, n'a pas cours à Lorquin.** Seuls les placements en chambre d'isolement – notamment au moment de l'arrivée – s'accompagnent parfois d'une mise en pyjama, alors justifiée par des raisons de sécurité.

5.2 LE MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX EST CORRECTEMENT ASSURE

5.2.1 Le courrier

Dans chaque unité, une boîte aux lettres est à la disposition des patients. Le vaguemestre relève le courrier et le distribue tous les jours. Les enveloppes ne sont pas ouvertes, sauf si la présence de stupéfiants est soupçonnée. Du papier à lettres et des timbres sont en vente à la cafétéria. Les patients indigents peuvent faire affranchir leur courrier par la machine de l'établissement. Une boîte aux lettres est fixée à l'extérieur de la grille de l'établissement, à la hauteur du portail, ce qui permet aux patients – y compris sous contrainte – de gérer eux-mêmes l'expédition de leur courrier. Lorsque des patients veulent envoyer des lettres recommandées, ils s'adressent au vaguemestre ou, s'ils ont le droit de sortir, s'en chargent eux-mêmes au bureau de *La Poste* du village.

5.2.2 Le téléphone et Internet

Les patients ont le droit de conserver leur téléphone portable, sauf avis médical contraire. Dans ce cas, l'appareil est conservé dans le casier individuel du patient, et peut être remis selon les prescriptions pour une durée déterminée ou un appel précis. Des communications de l'extérieur peuvent être transférées dans une cabine qui se trouve dans la salle commune ou sur le poste des soignants. Les patients rencontrés paraissent satisfaits de ce dispositif. Des consignes sont données pour mettre en garde les patients contre un usage inapproprié des fonctions photo et vidéo de leur appareil.

Les patients ont le droit de détenir un ordinateur ; c'est l'interdiction qui fait l'objet d'une prescription. Pour le moment, il n'existe pas de connexion wifi. L'installation d'une connexion est envisagée dans certaines unités.

5.2.3 Les visites

Par principe, les visites sont autorisées, sauf lorsque les patients ne les souhaitent pas. Les visiteurs peuvent apporter des denrées, dès lors qu'elles sont consommées au cours de la visite et ne sont pas emportées dans les chambres.

Au bâtiment Admission 1, les visiteurs peuvent circuler librement, y compris lorsqu'ils viennent voir des patients sous contrainte, et peuvent accéder aux chambres, ou se voir dans un petit salon.

Au bâtiment Admission 2, il n'existe qu'un petit salon pour les visiteurs, et quelques sièges sont disponibles dans la salle commune. Ceux qui souhaitent sortir avec leurs visiteurs dans le parc ou dans le village, y sont autorisés avec l'accord de l'équipe soignante. Il a été signalé aux contrôleurs, que lorsque plusieurs patients reçoivent des visites au même moment, les visiteurs doivent patienter debout, dans un couloir étouffant l'été car dépourvu de climatisation.

A l'USP, un salon particulièrement bien aménagé (espace toilettes) est installé à l'entrée de l'unité, mais pas à l'intérieur, ce qui donne une plus grande intimité, les visites ne se passant pas sous le regard des autres patients. Au moment du contrôle, tous les patients étaient autorisés à recevoir des visites, mais seulement onze sur vingt-trois en recevaient effectivement. Les patients sont autorisés à recevoir leurs visiteurs dans leur chambre. A l'USPA, les visites ne sont pas autorisées dans les chambres.

5.2.4 La sexualité

La sexualité ne fait pas l'objet d'interdits. Les équipes soignantes sont cependant vigilantes lorsqu'elles craignent qu'une personne vulnérable agisse contre son gré ou sans un véritable consentement. Des moyens de contraception sont proposés aux patients et discutés avec eux. Des préservatifs peuvent être demandés à l'infirmierie.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX SONT DE QUALITE HETEROGENE

Les deux bâtiments dénommés "Admission 1" (A1) et "Admission 2" (A2), construits en 2007 et ouverts en 2008, sont modernes. Ceux-ci sont en réalité des pavillons de psychiatrie générale, le second accueillant plus particulièrement, mais non exclusivement, des patients en soins sans consentement (qualifiés de "soins sous contrainte").

Les dégagements y sont larges, les espaces lumineux, notamment grâce à une verrière couvrant la salle commune de chaque bâtiment. Au sein de l'unité 1, les vingt-quatre chambres dont trois à deux lits, tout comme les dix-neuf lits du bâtiment 2, sont grandes et bien aménagées, comportant, outre le lit, une table, une chaise, un cabinet de toilette avec douche bien équipé ainsi que deux très grands placards. Le bâtiment 2 comprend, de surcroît, la seule chambre d'isolement de l'établissement ainsi qu'une chambre d'apaisement.

Sauf prescription médicale contraire, les patients en soins libres dans l'unité 1 ou en soins sans consentement dans l'unité 2, peuvent accéder comme ils veulent à leur chambre et disposent tout à la fois d'une carte magnétique pour la fermer et d'une clé pour ouvrir et fermer leurs placards. On trouve dans chaque salle commune une table de ping-pong, un baby-foot, des fauteuils et des tables basses. Chacune de ces deux unités comporte une salle de télévision ainsi qu'un petit salon où peuvent se dérouler les visites. On y trouve aussi une salle équipée d'appareils de culture physique et un patio ouvert, notamment aux fumeurs, de 6h30 à 22h30.

En revanche, l'une comme l'autre de ces deux unités modernes ne comporte pas de salle à manger, ce qui impose, au moment des repas, de dresser le couvert sur des tables disposées dans la salle commune.

De plus, les salles d'activités sont peu équipées et l'armoire « bibliothèque » qui s'y trouve comporte peu d'ouvrages et peu de revues.

Malgré ces quelques insuffisances, ces deux bâtiments sont bien adaptés à leur fonction et paraissent agréables grâce à leur architecture et à leurs aménagements.

Les trois autres bâtiments qui accueillent également des patients en soins sans consentement, plus anciens, ne présentent pas les mêmes caractéristiques et, par voie de conséquence, les mêmes avantages en matière d'hébergement comme pour l'exercice des activités de la vie quotidienne. L'hygiène y est assurée tous les matins et au besoin dans la journée par les agents des services hospitaliers qui s'efforcent malgré la vétusté de les maintenir en état de propreté.

L'unité de soins post-aigus (USPA) est vétuste. Elle comprend neuf chambres à deux lits et seulement deux chambres individuelles. Suivant les cas, les douches sont soit individuelles, soit communes. Très petite, avec des revêtements « fanés », la salle commune est mal équipée : quatre fauteuils, un baby-foot, un poste de télévision. Par ailleurs, cette unité possède une chambre d'apaisement. Les patients ont accès au balcon et au jardin où se développe un potager.

A l'étage, se trouve l'unité de réadaptation qui n'accueille des personnes en soins sans consentement que de manière ponctuelle et dont les locaux sont plus spacieux que ceux du rez-de-chaussée et plus agréablement aménagés, notamment grâce à un grand espace de vie lumineux et bien équipé. Il n'existe pas de chambre d'isolement.

Il s'agit d'une unité ouverte de dix-huit lits (quatre personnes hospitalisées sous contrainte au maximum peuvent y être hébergées). Au moment du contrôle, elles étaient deux. Dix-sept lits étaient occupés (onze hommes et six femmes). Les personnes hospitalisées sous contrainte

proviennent en général d'autres unités, et peuvent circuler librement, avec l'accord des médecins.

Il se dégage une impression plus agréable du bâtiment qui abrite l'unité de soins prolongés (USP), lui aussi ancien, au moins dans ses parties communes : une grande et confortable salle commune équipée de canapés dans lesquels les patients sont autorisés à s'allonger, deux téléviseurs, un jardin doté d'un espace permettant aux patients de pratiquer des activités de plantations potagères. Cependant, si les chambres sont bien agencées, il n'en reste pas moins que sur dix-sept chambres, six d'entre elles sont doubles et que certaines ne disposent ni de lavabo ni de WC.

Recommandation

Si les unités de soins post-aigus, de soins prolongés et de réadaptation doivent être maintenues sur le site de Lorquin, il convient d'élaborer un plan d'investissement permettant d'améliorer sensiblement la qualité de leurs locaux.

6.2 L'ARGENT DES PATIENTS EST PROTEGE ET ACCESSIBLE, MAIS LEURS BIENS DE VALEUR NE SONT PAS MIS EN SECURITE

Lors de leur arrivée, il est dressé un inventaire contradictoire des biens des patients et il leur est conseillé de déposer à la régie de l'hôpital, l'argent en espèces qu'ils détiennent car aucune des unités ne possède de coffre permettant de les détenir. Les sommes déposées à la régie sont correctement enregistrées et les dépôts comme les retraits font l'objet d'un enregistrement manuscrit contradictoire. La gestion des avoirs monétaires des patients sous tutelle ou curatelle s'effectue en liaison étroite avec les tuteurs ou les curateurs par l'intermédiaire de la trésorerie principale qui transfère à la régie, à la suite des versements effectués par les tuteurs ou les curateurs, les moyens financiers nécessaires. Le versement aux patients de l'argent dont ils ont besoin donne lieu à un entretien avec la personne chargée de la régie, très attentive à ce qu'ils ne dilapident pas trop rapidement les sommes qu'ils retirent de leur compte.

Par contre, contrairement à l'indication mentionnée sur la fiche intitulée "*inventaire*", il n'est pas possible de déposer à la régie les titres et les objets précieux ce qui présente un risque lié aux possibles vols. Quant aux autres biens en possession des patients à leur arrivée (documents d'identité, carte bancaire, téléphone portable, ordinateur, etc.), ils ne leur sont retirés que sur prescription médicale individualisée. Si tel n'est pas le cas, ils peuvent les conserver dans leur chambre ou, s'ils le souhaitent, les déposer dans un casier à leur nom situé dans le bureau des infirmiers.

Recommandation

Il serait judicieux d'organiser le dépôt des objets précieux en possession des patients à leur arrivée en mettant un coffre à leur disposition.

6.3 LA RESTAURATION, BIEN ORGANISEE, EST ASSEZ APPRECIEE

Un rapide aperçu des principales étapes du processus de restauration collective de l'acquisition des matières premières à l'appréciation par les patients des mets qui leur sont servis, permet de valider cette appréciation. L'actuelle cuisine, moderne, a reçu un agrément européen ; l'achat des matières premières est directement effectué par le groupement de coopération sanitaire

(GCS) ; des menus types sont composés par le responsable et une diététicienne comportant pour chacun des cinq plats d'un repas, plusieurs possibilités ; chaque patient, à son arrivée, remplit une fiche qui recense les aliments qu'il ne souhaite pas consommer, quelle qu'en soit la raison (médicale, philosophique, religieuse ou simplement gustative). A partir de ces fiches, le rapprochement avec le menu type permet de déterminer par unité et par patient les plats à préparer.

Les plats élaborés sont placés dans des barquettes mentionnant les noms des patients et pouvant contenir d'une à dix portions et livrés en liaison froide le matin dans chacune des unités où ils sont réchauffés. La dernière enquête de « *satisfaction restauration* », effectuée à l'automne 2015, fait apparaître, sur 187 questionnaires exploités, des taux de satisfaction qui, pour chacune des questions posées, varient de 60 % à plus de 90 % : 78 % pour la variété des menus, 83 % pour la quantité servie, 90 % pour le respect des aversions, 95 % pour l'aide lors des repas, etc. (lors de la dernière enquête effectuée, en septembre 2017, seulement 120 questionnaires ont été remplis et ils n'ont pas encore été analysés). Le placement à table est libre et, sauf en cas de prescription médicale ou de placement en chambre d'isolement, les patients se restaurent dans la salle à manger ou dans la salle commune dans les unités A1 et A 2 qui n'en disposent pas. Les couverts utilisés sont classiques sauf, en cas de nécessité, dans la chambre d'isolement de l'unité A2. Parallèlement, la livraison du pain est assurée dans le cadre d'un contrat passé avec une boulangerie locale et chaque unité fait son affaire de la préparation du petit déjeuner, du goûter et de la tisane nocturne.

6.4 L'ORGANISATION D'ACTIVITES AU SEIN DE CHAQUE UNITE COMPENSE L'ABSENCE DE POLITIQUE GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

En l'absence de politique générale de l'établissement, la conception, l'organisation et la réalisation des activités thérapeutiques ou occupationnelles proposées aux patients du centre hospitalier de Lorquin revient à chaque unité. Il n'existe pas de politique d'ensemble ni de coordination même si se trouvent des lieux ou des structures à la disposition de l'ensemble des unités :

- un bâtiment dédié à la balnéothérapie, agréable et bien équipé, est fréquemment utilisé. Les patients y sont accompagnés, pour leurs activités dans le bassin, par un membre du personnel soignant de leur unité ;
- une salle de gymnastique, peu équipée, et des locaux dédiés à l'art-thérapie ou à la poterie peu fréquentés : en particulier, la salle d'activités physiques n'est ouverte, en présence de son responsable, à l'ensemble des unités du centre qu'un après-midi par semaine, et son utilisation de façon « autonome » par chacune des unités est difficilement évaluable ;
- une salle des fêtes dont le taux de fréquentation est faible : mise à part l'organisation de certaines festivités annuelles, elle est modérément utilisée— y sont organisées des activités de bricolage réunissant un petit nombre de patients — et il ressort des informations recueillies qu'on n'y projette presque jamais de films, alors même qu'elle est équipée pour ce faire ;
- dans le bâtiment Charcot, deux salles de cinéma très modernes, respectivement de soixante et de trente places. Si elles font partie des locaux prêtés par le centre hospitalier au centre national audiovisuel de la santé mentale (CNASM), il n'en reste pas moins que

leurs aménagements ont été financés par le centre hospitalier et qu'elles pourraient être utilisées pour projeter des films au profit des patients ;

- la cafétéria, lieu de rencontre où il est possible de consommer des boissons et des douceurs et d'y acheter quelques produits (lessive, shampoing, timbres, chocolat etc.).

La politique d'ensemble de l'établissement se limite à l'enregistrement par le coordonnateur des soins des différentes demandes de sorties émanant des unités afin de les valider et de les financer. Au demeurant, le budget alloué aux activités est des plus faibles : pour les cinq unités visitées (A1, A2, USP, USPA et réhabilitation), il s'établit en 2017 à 13 050 euros. Par ailleurs, il n'existe pas de brochure ou de document recensant les différentes activités qui pourraient permettre aux patients de connaître et d'appréhender les possibilités qui leurs sont ouvertes. De même — alors qu'il existait il y a quelques années — il n'y a plus de journal élaboré à l'hôpital.

Aussi est-on renvoyé à une vision fragmentée des activités proposées dans chaque unité, ce qui permet de constater que les pratiques sont bien différentes d'une unité à l'autre.

Dans l'unité d'admission 1, qui accueille pour l'essentiel des personnes en soins libres (à l'exception de trois patients lors de la visite des contrôleurs), peu d'activités sont réellement organisées. Elles se résument en réalité à des « *sorties promenade* » ou des « *sorties achats* » proposées le matin par, à tour de rôle, un membre du personnel soignant affecté à ladite unité.

L'unité d'admission 2 qui, à l'inverse accueille, des patients en soins sans consentement, mais au sein de laquelle sont aussi hébergés des patients en soins libres, n'organise aucune activité si l'on en croit le tableau dressé par la direction des soins. Il s'avère que ce n'est pas tout à fait exact : sur prescription médicale, des patients peuvent participer à des activités, peu nombreuses et peu diversifiées cependant (balnéothérapie, esthétique, relaxation, sorties au marché de Sarrebourg).

A l'USP, le jour du contrôle, les vingt-trois patients présents avaient tous accès aux activités : outre celles qui regroupent des patients en provenance des différentes unités, des activités occupationnelles ou thérapeutiques se déroulent quotidiennement au sein même de cette unité : des ateliers créatifs : peinture, dessin, bricolage; un atelier de cuisine avec barbecue si le temps le permet ; des séances de détente et de relaxation ; des soins esthétiques ; des jeux de société et jeux collectifs à l'extérieur ; un atelier de jardinage ou des projections de films.

Pour les patients présentant des troubles du comportement avec une déficience mentale ne leur permettant pas de participer pleinement à ces activités, les soignants organisent aussi des promenades dans le parc du centre hospitalier.

Enfin, des sorties (restaurant, shopping, cinéma) sont organisées environ deux fois par mois, auxquelles les patients en soins sans consentement sont autorisés à participer.

La situation est très différente à l'USPA, du fait de la configuration des locaux, trop exigus, qui ne permettent guère d'organiser au sein même de l'unité des activités thérapeutiques ou occupationnelles, sauf en recourant aux jeux de société et à une activité d'esthétique. En conséquence, les activités ont essentiellement lieu à l'extérieur : jardin avec des plantations, activités sportives, séances d'équithérapie, pots en commun avec d'autres institutions hospitalières et réunissant environ soixante personnes, sorties conjuguant des achats au marché, un déjeuner au restaurant et la promenade de chiens dans un centre de la SPA.

Le recensement des participants aux différentes activités effectuées par le service de la coordination des soins fait état d'une très faible participation, évaluée sur la base d'une comptabilisation du nombre de séances d'une activité auxquelles des patients d'une unité ont

participé. A titre d'exemple, au cours des neuf premiers mois de l'année 2017, on compte 151 participations à des activités des patients de l'USPA, ce qui, compte-tenu de leur nombre (vingt patients), donne une moyenne arithmétique d'un peu plus de sept séances par patient durant neuf mois. Sur la même période, il semblerait que seulement six patients en soins sans consentement aient participé aux activités dans l'unité USP.

Recommandation

Il conviendrait de concevoir une politique d'ensemble des activités thérapeutiques et occupationnelles, fondée sur une articulation rationnelle de celles d'ores et déjà organisées au niveau du centre hospitalier et de celles décidées et pilotées dans chacune des unités.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LA MAJORITE DES PATIENTS SONT SATISFAITS DE LEUR PRISE EN CHARGE, LES PROJETS DE SORTIE SONT ELABORES EN AMONT

Les équipes soignantes proposent aux patients une approche médicale intégrée (approche systémique, thérapies cognitivo-comportementales et psychanalytiques). La prise en charge s'inscrit dans un dispositif complet, intra et extrahospitalier, bien réparti sur l'ensemble du territoire. L'établissement a mis en place des équipes mobiles qui font le lien avec les structures extra hospitalières. Par ailleurs au sein des unités, les projets de sortie sont élaborés bien en amont du départ du patient et ce malgré le manque de structures d'accueil à l'extérieur.

7.1.1 Les modalités de la prise en charge clinique

A l'exception de l'USP, les effectifs en médecins psychiatres permettent d'assurer une présence médicale quotidienne au sein des unités. Les unités d'admission 1 et 2 comptent respectivement trois et quatre médecins, l'USPA comprend trois médecins pour 0,9 ETP. Cependant ces temps de présence limités (une demi-journée par semaine) ne permettent pas à certains médecins de s'investir pleinement dans le projet du service.

Il n'en demeure pas moins que les patients hospitalisés bénéficient d'un suivi médical régulier. Dans les unités d'admission, environ une à deux consultations hebdomadaires avec le médecin psychiatre sont prévues pour chaque patient. A l'USPA, les patients sont vus au minimum une fois par semaine et plus si leur état clinique le requiert. Les médecins prennent également le temps de recevoir les proches.

A l'USP, le médecin responsable est le seul praticien hospitalier (PH) intervenant dans l'unité. Il est présent chaque mardi matin. Les consultations sont alors réalisées en présence de l'interne qui intervient les autres jours de la semaine à la demande des soignants. La fréquence des consultations — hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle — varie en fonction de la pathologie et de l'état clinique du patient. Les soignants ont indiqué que les patients « *bénéficiaient d'un bon suivi* ».

Quant aux patients rencontrés, la majorité a fait part aux contrôleurs de leur satisfaction concernant la prise en charge médicale.

Dans les unités d'admission et à l'USPA, les patients sont vus par le médecin psychiatre le jour même de leur arrivée. De même l'admission donne lieu, dans les 24 heures, à un examen somatique réalisé par le médecin généraliste ou par l'interne de garde. (cf. § soins somatiques). Le consentement aux soins est systématiquement recherché afin d'établir une relation thérapeutique qui puisse s'inscrire dans la durée. A l'USP les nouveaux patients — en provenance généralement d'autres unités — ne sont vus que le mardi suivant, jour de présence du médecin responsable. En cas d'urgence, ils bénéficient d'une consultation avec l'interne.

Dans chaque unité à l'exception de l'USP, où un seul PH est présent, il a été mis en place un système de médecin référent. Les PH se répartissent les patients en fonction de leur temps de présence et de leur charge de travail. Ils essaient dans la mesure du possible de suivre ceux qu'ils ont reçus à l'admission. Cependant lors de la visite, il est apparu que certains patients n'étaient pas en mesure de désigner leur médecin référent.

Les patients ont la possibilité de demander à être suivis par un autre médecin. A l'exception de ceux dont l'état clinique n'est pas stabilisé, la demande est examinée et elle est accordée lorsque la relation thérapeutique est rompue.

Dans la majorité des cas, les médecins élaborent un projet de soins mais il n'est pas formalisé par écrit. Il n'est pas établi de contrat de soins précisant les restrictions prescrites par le psychiatre, elles apparaissent dans le dossier patient.

Un système d'infirmier référent a également été mis en place dans chaque unité. A l'USP, l'infirmière est en charge de réactualiser la fiche de synthèse du patient concernant son projet de soins et son projet de sortie. Elle fait le lien avec l'assistante sociale, le mandataire judiciaire et la famille.

Dans la majorité des unités, des réunions de synthèse pluridisciplinaire se déroulent environ une fois par semaine au cours desquelles le cas de chaque patient est examiné. A l'USP, les réunions de synthèse sont mensuelles et elles ont pour objectif d'aborder le projet de sortie. Le cas de chaque patient, notamment lorsqu'il existe des difficultés dans la prise en charge, est abordé chaque mardi matin en présence du médecin responsable du service.

Les unités n'organisent pas de réunion soignants-soignés. A l'USP, une réunion mensuelle regroupant les patients et une infirmière était animée par une psychologue. Depuis son départ, cette réunion n'a plus lieu et le poste était toujours vacant lors de la visite des contrôleurs.

Les contrôleurs ont constaté que dans la majorité des unités, les équipes soignantes étaient très présentes, ayant à cœur d'offrir une prise en charge souple et individualisée. Les choix du patient sont pris en compte. De même, les soignants font preuve de tolérance et de compréhension à l'égard des patients adoptant des comportements hétéro-agressifs. Ils sont en mesure de faire la distinction entre ce qui relève de la pathologie psychiatrique et de l'agression volontaire. Cependant dans l'unité d'admission 2, les soignants ont tendance à rester en retrait des patients. Lors de la visite, un certain nombre déambulait dans le couloir faute d'activités proposées (cf. chapitre sur les activités 6.4). La présence médicale morcelée et l'inquiétude générée par la restructuration de l'établissement ont, semble-t-il, fragilisé la dynamique d'équipe.

Recommandation

Le temps de présence des médecins psychiatres dans les unités doit être augmenté afin de leur permettre de s'investir dans le projet de l'unité et de maintenir une cohésion d'équipe.

7.1.2 La réhabilitation psycho-sociale et la préparation à la sortie

Dans les unités de soins au long cours, lorsqu'un programme de soins ne peut être envisagé pour les patients — en raison de troubles importants du comportement ou d'un manque d'autonomie — ces derniers bénéficient de sorties d'une durée de 12 ou de 48 heures. Ainsi à l'USP, deux patients admis en SDDE, sortent une fois par semaine. A l'USPA, trois patients admis en SDRE bénéficient de sorties d'une durée de 12 heures et trois patients en SDDE ont des sorties de 48 heures. Ce dispositif s'inscrit généralement dans un projet de sortie soigneusement élaboré. Les équipes mettent tout en œuvre pour en assurer le succès. Des visites dans la structure d'accueil sont organisées en amont afin que le patient se familiarise avec les lieux et le personnel. De même lorsque le transfert du patient s'est opéré, les soignants organisent des visites dans la structure d'accueil afin de ne pas rompre le lien de façon brutale.

Certains patients ont également la possibilité de continuer à participer à des activités organisées au sein de l'établissement. A titre d'exemple une patiente hébergée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) participe à l'atelier créatif, organisé à l'USP, à raison d'une fois par semaine. Un autre patient hébergé en MAS est, quant à lui, inscrit à l'atelier de musicothérapie. Pour un autre patient, dont le projet futur est de vivre en appartement, il est prévu qu'il séjourne dans un premier temps dans l'unité durant les week-ends, puis les soignants mettront en place des visites à domicile.

Lors de la visite, sept patients de l'USP étaient en attente d'une place dans une des structures suivantes : maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil spécialisée (FAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), EHPAD. L'assistante sociale déplorait le manque de structures précisant que ces délais d'attente étaient contre thérapeutiques pour certains patients pour lesquels une prise en charge en FAM par exemple, où l'offre en matière d'activités est plus importante, serait plus adaptée. Faute de places dans les départements limitrophes, des demandes ont été également effectuées au niveau national. Par ailleurs, des patients ont été admis dans des structures situées en Belgique. Ce fut un succès pour deux patients tandis que pour trois autres, cette tentative s'est soldée par un échec. Il convient cependant de préciser qu'au cours des dernières années, le CH de Lorquin a su établir un réseau partenarial conséquent avec les EHPAD qui, à l'origine, étaient réticents à accueillir de nouveaux résidents ayant séjourné en psychiatrie.

Bonne pratique

L'élaboration des projets de sortie et les moyens mis en œuvre pour en assurer le succès méritent d'être soulignés et ce malgré la pénurie de structures relais adaptées.

7.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE REpond AUX BESOINS DES PATIENTS

7.2.1 L'accès au médecin généraliste

Le service de médecine transversale compte un PH, responsable du service et intervenant à mi-temps, ainsi que deux médecins contractuels ayant cessé leur activité libérale depuis peu et qui exercent également à mi-temps.

A son arrivée, le patient bénéficie d'un examen somatique d'entrée dans les 24 heures qui suivent son admission. Si son arrivée se déroule en dehors des heures de présence des médecins généralistes, l'examen clinique est réalisé par l'interne de garde. Ce dernier a la possibilité de joindre le PH pour demander un second avis, il peut également adresser son patient au service des urgences du CH de Sarrebourg.

Lorsque le patient n'a pas transité par le service des urgences avant son admission, le médecin applique le protocole d'admission qui comprend un bilan biologique et une évaluation de la douleur dont le protocole a été élaboré par le comité de lutte contre la douleur (CLUD). Ce comité se réunit plusieurs fois par an.

Les femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi régulier à l'extérieur se voient proposer, lors de la première consultation, un bilan gynécologique. Pour celles étant en âge de procréer, il leur est

prescrit un contraceptif afin d'éviter les risques de malformation foetale liées à la prise de traitements spécifiques⁵.

Concernant les fumeurs, il leur est systématiquement proposé un bilan dans le cadre d'un sevrage. Rares sont les patients qui l'acceptent.

Toutes les consultations de médecine générale se déroulent dans les unités d'hospitalisation. Les médecins examinent leur patient dans les postes de soins infirmiers qui sont tous équipés d'une table d'examen. Les praticiens se répartissent les unités à visiter et les consultations sont assurées du lundi au vendredi. Il n'existe aucun délai d'attente. Selon les témoignages recueillis dans les unités, les patients bénéficient d'un bon suivi. De même, il a été indiqué que les généralistes et les psychiatres travaillaient en bonne intelligence.

Des programmes d'éducation thérapeutique ont été instaurés afin de permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge concernant son traitement et son régime alimentaire. Ils sont animés par une pharmacienne et une diététicienne. Il est prévu de mettre en place des actions d'éducation thérapeutique pour les personnes souffrant d'addictions.

Les médecins généralistes sont également sollicités pour examiner les patients placés en chambre d'isolement et ceux soumis à une contention. L'un des praticiens interrogés par les contrôleurs a indiqué que le recours à la contention était exceptionnel y compris pour les patients très agités. De même, la contention chimique n'est pas utilisée. Ses propos ont été corroborés par ceux de la pharmacienne (cf. *infra* § 7.2.3).

Pour les patients nécessitant un suivi à l'extérieur à l'issue de leur hospitalisation, le médecin généraliste se met en relation avec le médecin traitant et rédige un courrier de sortie.

7.2.2 Les consultations de spécialité

Toutes les consultations de spécialité se déroulent au CH de Sarrebourg. A l'exception des consultations de dermatologie, les délais d'attente sont raisonnables et il n'existe pas d'obstacle majeur pour obtenir un rendez-vous ou un examen radiologique en urgence. En outre, le CH de Sarrebourg dispose d'un plateau technique complet.

La collaboration entre les spécialistes et les généralistes est bonne, ces derniers n'hésitent pas à contacter leur confrère pour obtenir un second avis.

Concernant les soins dentaires, le chirurgien-dentiste consulte *in situ* chaque jeudi. Un kinésithérapeute intervient dans les unités d'hospitalisation.

L'unique difficulté réside dans le cadre d'une hospitalisation d'un patient admis en soins sans consentement au CH de Sarrebourg. Il est exigé qu'un soignant du CH de Lorquin demeure auprès de ce dernier en permanence.

Recommandation

La présence permanente d'un soignant du CH de Lorquin lors d'une admission d'un patient en soins sans consentement à Sarrebourg réduit inutilement le nombre des soignants disponibles pour des soins. Il conviendrait de réserver ce dispositif à des cas exceptionnels.

⁵ Antidépresseurs et certains régulateurs de l'humeur comme le Depakote®

7.2.3 La pharmacie et la distribution des traitements

La pharmacie du CH compte 1,5 ETP de pharmacien, trois préparateurs en pharmacie exerçant à temps plein, un cadre de santé et une secrétaire.

Toutes les prescriptions médicales sont informatisées et sont examinées par les pharmaciennes avant d'être validées. Ces dernières vérifient qu'il n'existe pas d'interactions médicamenteuses, ni de surdosage. En cas de doute, elles prennent connaissance du dossier patient (également informatisé) avant de se mettre en relation avec le médecin prescripteur. La pharmacienne et le médecin généraliste estiment que les patients ne font pas l'objet de contention chimique.

Chaque unité est livrée par la pharmacie une fois par semaine. Les IDE ont la possibilité de réajuster leur commande entre deux livraisons. Les piluliers individuels sont préparés par les IDE, il n'existe pas de système de double vérification.

Les unités disposent également d'une dotation d'urgence. En effet, la pharmacie n'a pas instauré un système de garde ou d'astreinte. Lorsqu'un traitement n'est pas disponible, les IDE peuvent faire appel à l'EHPAD de l'établissement qui dispose d'une réserve plus conséquente. Elles ont également la possibilité de s'approvisionner à la pharmacie de garde. Selon les informations recueillies, le personnel soignant n'a jamais rencontré de difficultés particulières.

Des préservatifs sont mis à la disposition des unités. Selon les témoignages, les unités d'admission n'en commandent jamais en raison de la DMS relativement courte des patients.

Concernant la distribution des traitements, les contrôleurs ont constaté que la confidentialité n'était pas systématiquement respectée. Dans les unités d'admission, la distribution s'effectue au réfectoire alors que rien ne le justifie puisque la majorité des patients ne présente pas de handicap physique majeur. En revanche, la situation est différente dans les unités de long séjour — patients peu autonomes — et par ailleurs, certains patients refusent de se rendre dans le poste de soins. Cependant lorsque la dispensation est réalisée dans le poste de soins, elle se déroule porte ouverte ce qui ne garantit pas la confidentialité des échanges.

Recommandation

Sauf exception, la distribution des traitements doit garantir la confidentialité des échanges.

7.2.4 Le laboratoire

L'établissement adresse tous les bilans biologiques au laboratoire du CH de Sarrebourg qui sont acheminés par un logisticien du CH de Lorquin. Il n'existe aucune difficulté particulière dans le cadre des bilans réalisés en urgence. Les résultats parviennent par voie informatique, ils sont également transmis par facsimilé au service de médecine transversale.

8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LE REGISTRE RECEMMENT MIS EN PLACE FAIT APPARAÎTRE DES RECOURS A L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION LIMITEES ET POUR DES DUREES COURTES

8.1.1 La mise en place d'une politique de réduction du recours à l'isolement et la contention

L'établissement a souhaité qu'un groupe de travail pluridisciplinaire élabore un document relatif à une « *politique globale de réduction du recours à l'isolement et la contention* ». Ce document constitue une véritable « profession de foi » de l'établissement en ce qui concerne les pratiques de contention et d'isolement. Il doit être présenté à la CME d'octobre 2017.

Ce document affirme des axes de progrès qui sont : le développement des compétences professionnelles, le développement des mesures alternatives, le développement la réflexion autour de l'autonomisation du patient et de la bienveillance, la mise en place d'espaces thérapeutiques sécurisés intégrant des réponses graduées de prise en charge favorisant la désescalade....

Par ailleurs, ce document prévoit l'analyse *a posteriori* des pratiques : « *À partir du recueil de données (cf. § registre), les unités de soins, les services, les pôles et la commission médicale d'établissement (CME) développent une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures d'isolement. La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est associée à ces travaux* ».

Enfin ce document prévoit des indicateurs permettant d'évaluer la politique affirmée :

- *nombre de soignants formés à la désescalade ;*
- *nombre d'analyses post événement mises en œuvre (formation Oméga) ;*
- *nombre d'EPP [évaluation des pratiques professionnelles] en lien avec l'isolement et la contention mises en œuvre ;*
- *révision ou nouveaux modes opératoires et protocoles spécifiques.*

8.1.2 L'aménagement de l'unique chambre d'isolement respecte la dignité du patient

Il n'existe dans l'établissement qu'une seule chambre d'isolement située au premier étage de pavillon d'admission (chambre 19, pavillon A2).

Cette chambre d'isolement, jouxtant, la salle de soins infirmiers est dotée d'un hublot donnant sur cette salle de soins ce qui permet la surveillance visuelle du patient. Ce hublot est muni d'un store permettant d'occulter, au besoin, la vision et de préserver l'intimité du patient.

La chambre elle-même est d'une surface d'environ 14 m². Elle est dotée de deux entrées et sorties permettant des interventions sécurisées, d'une fenêtre donnant sur l'extérieur (côté parc) dont les vitres sont recouvertes sur leurs parties basses d'un film opacifiant préservant l'intimité.

Le lit est fixé au sol. Ce lit dispose d'une tête de lit stratifiée imitation bois donnant un caractère plus hôtelier à l'ensemble. Le sommier est articulé et la tête relevable pour permettre la position demi-assise et un certain confort pour le patient.

Lors de la visite de contrôle, une table mobile pour la prise de repas était installée dans la chambre. La prise de repas se fait soit dans la chambre, soit en salle à manger au regard des

prescriptions médicales spécifiques liées à la période d'isolement. Il n'y a pas de règles systématiques et chaque prescription est adaptée à la situation du patient.

La partie sanitaire de la pièce est installée dans un recoin de la chambre et est protégée des regards par deux portes battantes. Les sanitaires comprennent un lavabo et un WC.

Le haut du lavabo est recouvert d'un carrelage bicolore. Une douche est installée à proximité immédiate de la chambre d'isolement, dans un sas protégé des regards. Cette douche est utilisable sur demande et avec l'accompagnement d'un soignant.

Cependant, quelques dispositifs utiles font défaut : absence de miroir (incassable) au-dessus du lavabo, absence d'appel malade, absence d'horloge réellement visible par le patient (simple réveil placé à proximité du hublot), absence d'interrupteur pour l'éclairage de la chambre.

Recommandation

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un système d'appel y compris sur le lit en cas de contention, d'une horloge, d'interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière et d'un miroir adapté dans la partie sanitaire.

Il existe par ailleurs, dans l'établissement, deux chambres apaisement et une chambre dite de « retrait ». Les chambres d'apaisement sont des chambres banalisées avec fenestron à la porte. L'une est située aux Admissions 2 et l'autre à l'unité de soins post-aigus. La décision de séjour dans les chambres d'apaisement est prise par le médecin. La décision de séjour est assortie de prescriptions particulières : possibilité de sorties, repas dans la chambre ou en salle à manger, téléphone possible, visite des proches, etc. ...

La chambre de « retrait » est située à l'USP. La porte de cette chambre est ouvrable de l'intérieur et ne peut être considérée de ce fait comme chambre d'isolement.

Il n'en est pas de même pour les chambres d'apaisement qui sont théoriquement mobilisées comme des dispositifs d'apaisement dans des situations spécifiques liées à l'état provisoire du patient. Cependant dans les faits, elles peuvent être assimilées, compte tenu de leur usage (cf. § Registre) et leur impact, à des chambres d'isolement.

Recommandation

Les chambres dites d'apaisement doivent, compte tenu de leur usage, être considérées comme des chambres d'isolement et répondre aux mêmes exigences de conformité et dispositifs.

8.1.3 Les registres de d'isolement et de contention ont été mis en place récemment mais n'ont pas encore fait l'objet d'une analyse partagée

Les registres d'isolement et de contention ont été mis en place récemment mais n'ont pas encore fait l'objet d'une exploitation. Un registre informatisé a été mis en place le 1^{er} juillet 2017 au sein de l'établissement.

Le registre d'isolement est informatisé sous la forme d'un fichier *EXCEL* commun à l'ensemble de l'établissement tenu par le département de l'information médicale (DIM). Un cadre de santé est rattaché pour un temps partiel à cette mission aux côtés du DIM.

Le registre s'inspire de la circulaire n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017.

De fait, le registre recense de manière distincte cinq types d'isolement et de contention placés dans différents « volets » du fichier :

A - L'isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonnes pratiques ;

- B - L'isolement en dehors d'un espace dédié ;
- C - La contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement ;
- D - La contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exception prévus par les recommandations de bonnes pratiques ;
- E - La contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations.

Le registre est alimenté par les décisions d'isolement et de contention transmis par les secrétariats médicaux *via* la messagerie. La liste des professionnels ayant assuré la surveillance est consignée.

L'exploitation de ce registre sur la période du 1^{er} juillet 2017 au 30 septembre 2017, très lisible et semble-t-il, exhaustif, fait ressortir les éléments suivants :

- le registre dans son volet « *isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonnes pratiques* » fait apparaître huit mesures pour huit patients avec une durée moyenne d'isolement de 13 heures. Le minimum étant d'une heure et le maximum de 24 heures. Il convient de préciser que les patients peuvent éventuellement sortir dans le service pendant ces périodes d'isolement ;
- le registre dans son volet « *isolement en dehors d'un espace dédié* » — ce qui correspond aux chambres d'apaisement — fait apparaître vingt-quatre mesures pour vingt patients avec une durée moyenne de séjour de cinq jours. De ce fait l'usage de ces chambres d'apaisement conduit à les assimiler à des chambres d'isolement ;
- le registre dans son « *volet contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement (contention dans la chambre d'isolement)* » fait apparaître quatre mesures pour quatre patients et une durée moyenne de 12 heures ;
- le registre ne stipule aucun recours à la contention en dehors de l'espace d'isolement.

Le registre ainsi mis en place correspond globalement aux exigences des dispositions législatives et règlementaires. Cependant, il ne trace pas les séjours en isolement ou contention des personnes en soins libres. Pour autant le DIM recueille l'ensemble des décisions médicales d'isolement et de contention y compris dans le cadre des soins libres. S'agissant de ces dernières, il est relevé trois périodes inférieures à 24 heures d'isolement de patients en soins libres depuis le 1^{er} juillet 2017.

L'exploitation des éléments du registre particulièrement clair et bien tenu sera présentée pour débat et échange sur les pratiques en commission médicale d'établissement y compris les situations spécifiques des soins libres. Il restera donc une dernière phase à construire pour rendre le registre opérationnel dans sa vocation d'analyse des pratiques de manière globale et par unité.

Recommandation

Le registre d'isolement et de contention doit devenir le support d'une analyse dynamique des pratiques.

Lors d'une décision d'isolement, le service de sécurité est systématiquement informé afin de connaître en cas d'incendie les personnes enfermées en temps réel. Chambre d'isolement et chambres d'apaisement sont dotées d'un système de détection d'incendie.

8.2 LA CONTENTION N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT ASSOCIEE A LA PHASE D'ISOLEMENT

L'article L 3211-3 du code de la santé publique dispose que « *les restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis et qu'en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée.* ». Les constats dressés par le contrôle lors de sa visite permettent de relever que la contention est exceptionnellement mobilisée dans l'établissement et pour des périodes très courtes. Elle est associée à un accompagnement personnalisé et est suivie, avec le psychiatre, d'une « reprise » adaptée avec le patient.

9. CONCLUSION GENERALE

Les contrôleurs ont fait part de leurs inquiétudes au directeur quant aux conséquences de la restructuration en cours. Il leur semble en effet que ce déménagement est susceptible d'être préjudiciable aux patients du fait de l'éloignement de leur lieu de vie (un grand nombre est originaire du village et ses alentours), l'éloignement des familles, une structure résidentielle qui ne permettra pas une liberté de circulation identique à celle dont ils bénéficient actuellement et des locaux qui, à Jury, malgré les travaux envisagés, sont de moins bonne qualité que ceux de Lorquin.

Au jour de la visite, si les patients demeurent satisfaits de leur prise en charge, le manque de médecins conduit à un morcellement de ce qui pourrait être un travail d'équipe. Par ailleurs, certains soignants, préoccupés par leur devenir, ne démontrent plus la motivation indispensable à la prise en charge des patients, même si la majorité d'entre eux conservent à leur égard une attention permanente. Dans cet établissement, l'autorisation est la règle et l'interdiction l'exception, principe partagé par tous.

Les pratiques relatives à l'isolement et la contention sont en cours de réflexion et dans une dynamique d'utilisation en dernier recours.

Au quotidien, si les sorties sont facilitées par l'accord quasi systématique de la préfecture, on note, en revanche, une absence de politique globale de l'établissement s'agissant des activités, laissant aux unités le soin de les organiser par elles-mêmes ce que certaines réalisent avec succès vers l'extérieur de l'établissement. Il est regrettable que cela ne puisse être partagé par l'ensemble.