

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

6 au 15 novembre 2023 – 2<sup>ème</sup> visite

Centre hospitalier de Dijon - La  
Chartreuse

*(Côte-d'Or)*



## SYNTHESE

La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), accompagnée de six contrôleurs, a effectué une visite inopinée du centre hospitalier de Dijon-la Chartreuse du 6 au 10 novembre puis du 13 au 15 novembre 2023. Cette mission constituait un deuxième contrôle de l'établissement après une première visite effectuée en 2015.

Implanté au cœur d'un grand parc, le centre hospitalier est un établissement public de santé mentale qui suit environ 12 000 patients et couvre cinq secteurs de psychiatrie de l'adulte et un inter secteur de psychiatrie de l'enfant, exerçant un rôle central au niveau du département. Son offre de soins est polyvalente permettant des prises en charge spécifiques : addictologie, crise et urgences, prévention du suicide, psychiatrie de la personne âgée, précarité, maison d'arrêt, réhabilitation psychosociale ; des activités de neuromodulation sont également proposées. L'établissement dispose d'une unité d'orientation, la plateforme d'orientation psychiatrique, sept unités de psychiatrie générale, une unité de gérontopsychiatrie, une unité pour adolescents et deux unités de réhabilitation au long cours, pour un total de 230 lits.

Le centre hospitalier dispose d'atouts indéniables et un certain nombre de constats feront l'objet de bonnes pratiques.

En effet, même si les effectifs sont à flux tendu, les postes sont globalement pourvus, les médecins, tous praticiens hospitaliers, sont présents dans les unités et les infirmiers bénéficient obligatoirement à leur arrivée d'une formation certifiante en psychiatrie.

L'accès aux soins somatiques est très bien assuré grâce à une unité spécifique qui dispose d'une offre de soins spécialisés très large : les somaticiens passent quotidiennement dans les services, les examens de patients sont effectués systématiquement et rapidement, une équipe mobile de soins somatiques permet la continuité des soins lors de la sortie.

Le centre hospitalier a créé une plateforme d'orientation psychiatrique particulièrement bien pensée par laquelle passent tous les patients. Comprenant cinq lits d'hospitalisation courte, huit lits tampons et une équipe de soins psychiatriques intensifs à domicile, cette plateforme vise à éviter les hospitalisations et contribue à diminuer le nombre d'hospitalisation sous contrainte.

Les procédures en matière d'hospitalisation sous contrainte, de saisine du juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention sont maîtrisées, le rôle du magistrat effectif.

Les restrictions dans la vie quotidienne sont réduites et toutes individualisées, le patient pouvant conserver téléphone portable, tabac et ordinateur.

La sortie est anticipée et un infirmier en pratique avancée va prochainement suivre spécifiquement celle des patients chroniques qui pâtit du manque de structures d'accueil spécialisé.

Enfin, la prise en charge des personnes âgées est satisfaisante et celle des mineurs de qualité et exemplaire sur plusieurs points (absence de chambre d'isolement, ouverture de l'unité, téléphones portables laissés sur des créneaux spécifiques) mais l'unité ne dispose d'aucun temps d'enseignant et quelques mineurs sont exceptionnellement hospitalisés chez les adultes.

Des améliorations sont néanmoins nécessaires sur plusieurs points.

Les patients en soins sans consentement sont hospitalisés dans des locaux vieillissants voire vétustes qui ne contribuent pas à de bonnes conditions de séjour et qui ne sont pas en conformité

avec le décret de septembre 2022 : chambres doubles, absence de verrous de confort, douches collectives notamment. Si des déménagements sont prévus, l'établissement, dont le budget est excédentaire, doit prioritairement améliorer les conditions d'accueil ainsi que celles de la pharmacie.

La liberté d'aller et venir n'est pas pleinement garantie car les patients en soins sans consentement sont majoritairement hospitalisés en unités fermées, des patients en soins libres voient leurs sorties restreintes et de façon plus générale les sorties autonomes ou accompagnées sont trop restrictives, en particulier pour les patients hospitalisés à la demande du représentant de l'Etat.

Les patients en soins sans consentement sont insuffisamment informés et la participation des représentants des usagers est limitée au sein des unités d'hospitalisation.

Les chambres d'isolement, comptabilisés dans le capacitaire de l'établissement, ne sont pas pourvues de tous les dispositifs requis (accès à l'air libre et indication de la date) et le patient, qui y est placé en pyjama, ne conserve pas sa chambre. Même si plusieurs projets sont en cours, le centre hospitalier ne dispose que d'un espace d'apaisement. Enfin, l'analyse des pratiques doit être renforcée pour permettre de réduire le recours à l'isolement et sa durée qui doit être limitée au strict nécessaire.

Les activités thérapeutiques profitent peu aux patients en soins sans consentement alors que l'établissement dispose d'un plateau technique d'activités diversifié.

Des prescriptions de traitement injectable en « si besoin » sont établies et les repas font l'objet d'insatisfactions.

Enfin, les détenus sont systématiquement placés en chambre d'isolement, en pyjama, et n'ont pas toujours la possibilité de sortir à l'air libre ou de fumer.

Un rapport provisoire a été adressé le 18 mars 2024 au directeur du centre hospitalier, à la présidente du tribunal judiciaire de Dijon ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal, au préfet de la région Bourgogne-Franche-Comté et à l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté. Le directeur du centre hospitalier a fait valoir ses observations dans un courrier du 18 avril 2024 qui sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

Les contrôleurs, qui ont échangé avec des équipes intéressées de leurs constats et préoccupés d'apporter des améliorations à la prise en charge, sont confiants quant à la prise en compte de leurs observations.

## SOMMAIRE

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

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

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>10</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>10</b>
<b>2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE</b> .....	<b>12</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>17</b>
3.1. L'établissement est un acteur majeur de la psychiatrie dans le département .....	17
3.2. Le budget est excédentaire mais les investissements nécessaires ne sont pas programmés.....	20
<b>Recommandation 1</b> .....	<b>21</b>
Un schéma directeur immobilier doit, en urgence, clarifier les perspectives de rénovation ou reconstruction des bâtiments indignes permettant la prise en compte des droits fondamentaux des patients.	
3.3. Les effectifs médicaux et paramédicaux sont à flux tendu .....	21
<b>Recommandation 2</b> .....	<b>24</b>
Les équipes, dont la pluridisciplinarité devrait être étendue, doivent bénéficier d'analyses de pratiques régulières.	
3.4. L'établissement développe une culture de prévention et de gestion des risques .....	24
3.5. Le comité d'éthique mène une action soutenue, mais peu identifiée par le personnel .	
.....	26
<b>Recommandation 3</b> .....	<b>26</b>
Le comité d'éthique doit aborder spécifiquement les sujets relatifs à l'isolement, la contention, l'intimité et la sexualité des patients et ses réflexions doivent être davantage relayées auprès des soignants.	
<b>4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>28</b>
4.1. La prise en charge des urgences psychiatriques est organisée .....	28
<b>Bonne pratique 1</b> .....	<b>29</b>
Tout patient des secteurs couverts par le centre hospitalier peut bénéficier d'un accueil physique et téléphonique 24h/24.	
4.2. L'établissement recourt aux lits dits « hôpital en tension » et aux chambres d'isolement en cas de situation de suroccupation .....	30

<b>Recommandation 4</b> .....	<b>33</b>
L'établissement doit ôter de sa capacité les chambres d'isolement qui ne sauraient être considérées comme des chambres d'hospitalisation. De plus, les lits « hôpital en tension » doivent correspondre à des conditions respectant la dignité des patients et permettant une prise en charge adaptée. A cet effet, celui de l'unité Camile Claudel doit être supprimé sans délai. Une solution améliorant les conditions d'accueil du patient doit être recherchée pour le lit de l'unité de la dépression ; à défaut, sa suppression est à envisager.	
<b>4.3. Les informations données aux patients en soins sans consentement sont lacunaires</b>	<b>33</b>
<b>Recommandation 5</b> .....	<b>35</b>
Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et consignées sur les certificats médicaux. Dans le cadre de soins sur demande d'un tiers, si l'identité du tiers demandeur n'apparaît pas immédiatement communicable au patient, les soignants doivent cependant la faire connaître à celui-ci dès que son état le permet. Les patients doivent disposer d'informations plus précises sur l'hospitalisation en soins sans consentement et les droits afférents dans les livrets d'accueil et par voie d'affichage.	
<b>5. LES CONDITIONS DE VIE</b> .....	<b>37</b>
<b>5.1. Les unités les plus vétustes présentent des conditions d'hébergement dégradées</b> ...	<b>37</b>
<b>Recommandation 6</b> .....	<b>40</b>
Les patients doivent disposer de chambres équipées de verrous de confort pour assurer leur intimité, dotées de fenêtres pouvant s'ouvrir et sans barreaudage ; les chambres doubles doivent disposer d'élément de séparation. Enfin, l'aménagement de douches intégrées dans les chambres doit être étudié. Les travaux de remise en état des blocs sanitaires de l'unité de la dépression et de l'unité de psychiatrie générale doivent désormais s'achever rapidement.	
<b>5.2. L'hygiène est globalement assurée sauf en matière de fourniture de vêtements en urgence et de lavage du linge</b> .....	<b>40</b>
<b>Bonne pratique 2</b> .....	<b>42</b>
L'organisation d'une activité thérapeutique impliquant les patients permet également d'assurer une prestation de mise à disposition quasi-gratuite de vêtements, tout en assurant des animations (défilés de mode, cadeaux festifs pour les patients démunis).	
<b>Recommandation 7</b> .....	<b>43</b>
L'établissement doit mettre à la disposition des patients, en particulier ceux des unités de psychiatrie fermées, des vêtements de première nécessité et des moyens faciles d'accès pour laver leur linge.	
<b>5.3. Malgré les réflexions et les améliorations en cours, la gestion et l'accès aux biens restent complexes pour le patient</b> .....	<b>44</b>
<b>Recommandation 8</b> .....	<b>44</b>
Les effets personnels des patients doivent faire l'objet d'un inventaire précis, contradictoire et réévalué au cours du séjour ; le protocole qui le mentionne doit être revu en ce sens et être plus précis sur les phases d'admission (articulation entre la POP et les unités).	
<b>Recommandation 9</b> .....	<b>46</b>
Les possibilités de déposer des liquidités et des moyens de paiement et de les récupérer pour en faire usage doivent être modernisées et facilitées pour le patient, et l'information sur ce sujet par les différents vecteurs de communication doit être améliorée.	
<b>5.4. Les repas et les ateliers de cuisine thérapeutiques sont source d'interrogations et d'insatisfactions</b> .....	<b>47</b>

<b>Recommandation 10</b> .....	<b>48</b>
Les locaux de la cuisine centrale doivent faire l'objet d'un plan de rénovation pour répondre aux recommandations des audits d'hygiène et faire cesser les dysfonctionnements relevés.	
<b>Recommandation 11</b> .....	<b>49</b>
Les soignants et les patients doivent être davantage associés à l'élaboration des menus afin de les améliorer tant sur la quantité que sur la qualité. La possibilité d'organiser des ateliers thérapeutiques de cuisine doit être maintenue et harmonisée.	
<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>51</b>
6.1. La liberté d'aller et venir des patients est restreinte de manière excessive.....	51
<b>Recommandation 12</b> .....	<b>52</b>
Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement à l'extérieur de l'unité ou de l'établissement. Du seul fait de leur statut, les patients en soins sans consentement ne peuvent voir leur liberté d'aller et venir restreinte de façon générale et absolue ; les limites imposées doivent être justifiées par leur état clinique, adaptées et régulièrement réévaluées.	
6.2. Les restrictions de la vie quotidienne sont réduites et individualisées.....	53
6.3. Les communications avec l'extérieur sont assurées mais les conditions de visites des mineurs trop restrictives .....	53
<b>Recommandation 13</b> .....	<b>55</b>
La visite de mineurs doit être rendue possible et ne pas faire l'objet d'interdiction de principe. Les règles les encadrant doivent être explicites et harmonisées.	
<b>Recommandation 14</b> .....	<b>56</b>
Un portail Wi-Fi doit être proposé afin d'accroître l'accès libre à l'information et aux services en ligne.	
6.4. le droit de vote est pris en compte a minima.....	56
<b>Recommandation 15</b> .....	<b>56</b>
L'information des patients sur leur droit de vote et les modalités de son exercice doit être revue, notamment dans le règlement intérieur et le livret d'accueil, et être renforcée en amont des échéances électorales. Des permissions de sortie, accompagnées ou non, doivent être encouragées pour permettre le vote direct.	
6.5. L'information sur les modalités d'exercice du culte est lacunaire .....	57
<b>Recommandation 16</b> .....	<b>57</b>
L'information relative au droit d'exercice du culte doit s'accompagner d'une mention dans le livret d'accueil. Dans les unités, les patients doivent disposer des coordonnées et modalités d'entrevue des représentants des différentes confessions.	
6.6. Le droit à l'intimité et l'accès à une sexualité consentie ne sont pas effectifs .....	57
<b>Recommandation 17</b> .....	<b>58</b>
La vie affective et sexuelle des patients (et dans ce cadre la notion de consentement dans le contexte de la maladie psychique) doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et des formations doivent être proposées aux soignants à ce propos.	
<b>7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION</b> .....	<b>59</b>
7.1. Les chambres d'isolement présentent un niveau d'équipement satisfaisant mais l'établissement manque d'espaces d'apaisement .....	59
<b>Recommandation 18</b> .....	<b>61</b>
L'établissement doit doter les chambres d'isolement d'un système d'alerte accessible en cas de contention, d'une horloge affichant la date et prévoir un système d'ouverture partiel des fenêtres	

pour permettre un accès à l'air libre. Les cours des chambres d'isolement doivent être aménagées pour en faire des espaces apaisants.

**Recommandation 19** .....61

L'établissement doit prévoir un espace d'apaisement dans chaque unité.

7.2. Les tensions capacitaires pèsent sur la prise en charge des patients isolés ..... 61

**Recommandation 20** .....62

Les patients ne peuvent être placés à l'isolement que dans une chambre dédiée et ils doivent conserver leur chambre hôtelière. Toute mesure d'isolement doit faire l'objet d'un signalement immédiat à l'équipe de sécurité et incendie.

**Recommandation 21** .....63

Les sorties séquentielles des patients placés à l'isolement ne doivent pas se prolonger au-delà de 24 heures.

**Bonne pratique 3** .....63

L'intervention d'un psychologue et de la médiation animale sont proposées aux patients placés à l'isolement.

7.3. La durée des mesures d'isolement est supérieure à la moyenne nationale..... 63

**Recommandation 22** .....64

Le registre de l'isolement et de la contention doit être pleinement exploitable et faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire régulier au sein de chaque service. Des retours d'expérience doivent être organisés dans les unités pour réduire la durée et le recours aux mesures d'isolement et de contention, qui doivent être limitées au strict nécessaire.

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS..... 65

8.1. La composition de la CDSP n'est pas conforme aux prescriptions légales et la participation des représentants des usagers est limitée au sein des unités d'hospitalisation ..... 65

**Recommandation 23** .....65

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

**Recommandation 24** .....68

Les patients doivent bénéficier d'une information renforcée sur le rôle et les modalités de saisine de la commission des usagers et bénéficier, en particulier ceux hébergés en unité fermée, d'un contact direct et régulier avec ses représentants.

8.2. Le registre de la loi, bien que renseigné avec soin, ne comporte pas l'ensemble des mentions prescrites par la loi ..... 68

**Recommandation 25** .....69

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner la date à laquelle la personne faisant l'objet de la mesure a reçu les informations sur la nature de cette mesure et sur les droits y afférents, les dates de notification des décisions, le recueil des observations prévues à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et les différents certificats médicaux. Le cas échéant, la nature de la protection juridique dont fait l'objet le patient

placé en soins sans consentement, et le nom du mandataire doivent y être portés, qu'ils soient connus à l'admission ou interviennent au cours de déroulement de la mesure.	
8.3. Le contrôle des droits des patients par le juge des libertés et de la détention est effectif .....	70
<b>9. LES SOINS.....</b>	<b>73</b>
9.1. Les soins psychiatriques sont assurés mais les activités thérapeutiques très peu intégrées aux projets de soins des patients en soins sans consentement.....	73
<b>Recommandation 26 .....</b>	<b>74</b>
Les patients en soins sans consentement doivent davantage bénéficier des activités thérapeutiques.	
<b>Recommandation 27 .....</b>	<b>75</b>
Les locaux de la pharmacie doivent respecter les normes d'hygiène et les conditions de travail des fonctionnaires.	
<b>Bonne pratique 4 .....</b>	<b>75</b>
La conciliation médicamenteuse est une pratique pérennisée lors de l'admission de nombreux patients.	
9.2. Les soins somatiques sont totalement assurés .....	75
<b>Bonne pratique 5 .....</b>	<b>76</b>
Une équipe mobile de soins somatiques permet la permanence des soins somatiques au profit des patients suivis par l'établissement.	
<b>Recommandation 28 .....</b>	<b>77</b>
Les patients hospitalisés doivent pouvoir bénéficier de l'accès aux soins d'addictologie.	
9.3. La sortie du patient est rapidement envisagée .....	77
<b>Recommandation 29 .....</b>	<b>78</b>
Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, se réunir, entendre le patient et recueillir son avis.	
9.4. Le consentement du patient n'est pas suffisamment recherché.....	79
<b>Recommandation 30 .....</b>	<b>79</b>
Le patient et la personne de confiance doivent être mieux intégrés dans la prise en charge médicale et la préparation du projet de sortie : recueil des observations du patient, contact pris avec la personne de confiance notamment.	
<b>Recommandation 31 .....</b>	<b>80</b>
La mise en œuvre de prescription de traitement en « <i>si besoin</i> » doit être prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas obtenu ou recherché par le praticien avant administration.	
<b>10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES .....</b>	<b>81</b>
10.1. La prise en charge des personnes âgées est correctement assurée mais les activités intra hospitalières sont essentiellement occupationnelles.....	81
<b>Recommandation 32 .....</b>	<b>83</b>
Les locaux communs doivent faire l'objet d'un plan de remise en état et de modernisation. L'unité doit être dotée d'une climatisation et d'aménagements paysagers permettant de gérer au mieux les épisodes de canicule.	
<b>Recommandation 33 .....</b>	<b>85</b>
Les activités thérapeutiques des patients accueillis en gérontopsychiatrie doivent être coordonnées et programmées pour couvrir l'ensemble des besoins correspondants à leur prise en charge et pour	



faciliter leur compréhension ; elles doivent faire faire appel à des professionnels dédiés (psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute).

10.2. La prise en charge des mineurs au sein de l'unité d'hospitalisation spécifique est assurée sans restrictions générales ni isolement ..... 86

**Recommandation 34** .....87

Le CGLPL rappelle que les mineurs ne doivent pas être hospitalisés dans des unités pour adultes. De plus, toute mesure d'isolement, *a fortiori* de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf dans l'hypothèse où le patient concerné est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE), elle est contraire à la loi. Considérant en outre qu'une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

**Bonne pratique 6** .....88

La porte de l'unité d'hospitalisation pour adolescents est ouverte en journée.

**Recommandation 35** .....90

L'établissement doit profiter du projet de déménagement pour que la future unité dispose de chambres toutes individuelles, équipées de verrous de confort, de sanitaires individuels, de fenêtres pouvant s'ouvrir au moins partiellement.

**Recommandation 36** .....91

Les enfants hospitalisés ont droit à l'éducation et l'unité « Adolits » doit bénéficier d'un temps spécifique d'enseignant. Le CGLPL rappelle son avis du 17 novembre 2023 relatif à l'accès des mineurs enfermés à l'enseignement.

**Bonne pratique 7** .....91

Tous les soignants de l'unité d'hospitalisation pour adolescents bénéficient d'une formation à l'emploi de pédopsychiatrie.

**Bonne pratique 8** .....92

Les adolescents hospitalisés peuvent utiliser leurs téléphones portables sur des créneaux spécifiques.

**Bonne pratique 9** .....93

L'unité d'hospitalisation pour adolescents ne dispose d'aucune chambre d'isolement et les jeunes ne sont jamais isolés.

10.3. Les personnes détenues sont systématiquement placées à l'isolement, sans possibilité dans certains cas d'accès à l'air libre ..... 94

**Recommandation 37** .....95

La contention systématique des personnes détenues au cours de leur transport à l'hôpital et leur placement à l'isolement sans indication clinique doivent cesser. Les patients détenus doivent bénéficier du principe d'équivalence des soins. Sous réserve du règlement pénitentiaire, il ne saurait leur être imposé, à l'instar des autres patients en soins sans consentement, que des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et la mise en œuvre du traitement requis. Le protocole de prise en charge des patients détenus doit être revu en ce sens.

Enfin, les patients détenus nécessitant des soins d'hospitalisation en psychiatrie, y compris en urgence, doivent être transférés au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.

**ANNEXES** ..... 98

---

# Rapport

## Contrôleurs :

- Dominique SIMONNOT, contrôleure générale ;
- Marion TESTUD, cheffe de mission ;
- Alexandre BAILLON ;
- Hélène BARON ;
- Jean-François CARRILLO ;
- Luc CHOUCHKAIEFF ;
- Marie CRETENOT ;
- Claire SIMON.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la contrôleure générale et sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) de Dijon-La Chartreuse (Côte-d'Or) du 6 au 10 novembre puis du 13 au 15 novembre 2023. Ils étaient accompagnés de Clara BENHAMOU, contrôleure en stage.

Cette mission constituait un deuxième contrôle, faisant suite à une première visite réalisée du 7 au 10 avril 2015<sup>1</sup>.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 novembre à 14h. Ils l'ont quitté le 15 novembre à 10h. La visite était inopinée. Le préfet de la région Bourgogne-Franche-Comté, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Dijon ainsi que le procureur de la République près ce tribunal, l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté, le maire de Dijon ainsi que le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Dijon ont été avisés de la visite.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Une réunion de présentation s'est tenue en sa présence et celle du président de la commission médicale d'établissement (CME), des chefs de pôle (intra-hospitalier, extra-hospitalier, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, activités médicales transversales), des cadres supérieurs de santé des pôles (intra-hospitalier, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, activités médicales transversales, intersectoriel des personnes âgées), du cadre de santé de l'unité sanitaire et du centre de soins, d'accompagnement et prévention en addictologie de la maison d'arrêt de Dijon, de la directrice coordinatrice générale des soins/qualité et gestion des risques, de son adjointe, du directeur des finances et du système d'information, de la directrice des affaires générales, de l'adjointe à la directrice des ressources humaines, du directeur des travaux, de la sécurité et du patrimoine, de la responsable des soins sans consentement et des tutelles, de la référente pour la direction des structures médico-sociales, de la responsable des affaires générales, juridiques

---

<sup>1</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Dijon, avril 2015.

et chargée des relations avec les usagers, de deux représentants de la CGT. Cette réunion a été suivie d'une visite de quelques unités de psychiatrie.

Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Les documents demandés par l'équipe ont été transmis rapidement et des affichettes signalant la visite des contrôleurs ont été apposées au sein de l'établissement.

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et les représentants de l'une d'entre elles ont été entendus à leur demande.

Une réunion de restitution s'est tenue en fin de visite, le 15 novembre 2023, avec la quasi-totalité des membres de la réunion de présentation auxquels se sont associés une vingtaine d'autres professionnels (soignants, médecins, etc.).

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

## 2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Le rapport de 2015 avait formulé 33 observations dont trois bonnes pratiques (en grisé).

Observations du rapport CGLPL de 2015	Prises en compte		
	oui	non	Sans objet
1. « Il conviendrait que soit renforcée la sécurité des patients comme celle des visiteurs avec une signalétique à l'entrée de l'établissement pour inviter les personnes qui viennent en bus à traverser par le passage piétonnier en contre-bas de l'arrêt de bus »			X
2 : « L'établissement connaît une demande croissante d'hospitalisation. Afin d'éviter que des patients soient ponctuellement hébergés dans une salle d'activité sans aucun confort ni équipement médical, de nouveaux lits d'hospitalisation devraient être créés » <i>Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « Suppression des lits non conformes sur l'ensemble de l'établissement.</i>		X	
3 : « Un certain nombre d'informations utiles aux patients ne sont pas mentionnées dans le livret d'accueil, parfois au motif qu'elles seraient bien connues du personnel soignant. Par simple respect de la personne, il convient de lui remettre dès son arrivée un document complet qui lui assure, indépendamment de toute information complémentaire – naturellement bienvenue – qui pourrait lui être apportée par ailleurs. De même, les coordonnées du JLD devraient être affichées dans chaque unité »		X	
4 : « Le directeur de l'établissement doit systématiquement solliciter l'examen du patient par un second psychiatre en cas de refus du représentant de l'Etat d'ordonner la mainlevée après réception du certificat médical du psychiatre participant à la prise en charge »			X
5 : « La présence du personnel soignant dans la salle d'audience du JLD est contraire aux dispositions du protocole qui prévoit que le " personnel soignant restera à proximité " »			X
6 : « L'usage systématique d'une escorte policière pour tout transfert d'un patient détenu entre son unité de soins et la salle d'audience du JLD est une mesure sécuritaire stigmatisante qui devrait être justifiée par des risques spécifiques liés à l'état de santé du patient »		X	
7 : « Le tableau de l'ordre des avocats doit être affiché dans l'ensemble des unités de soins »		X	
8 : « La présence, à l'audience du JLD, d'un avocat représentant l'hôpital n'a jamais été précédemment observée par le contrôle ; sa plaidoirie avant l'avocat du patient donne aux débats une connotation contentieuse peu compatible avec l'esprit de la loi du 5 juillet 2011 »	X		

<p>9 : « Le refus du bénéfice de l'aide juridictionnelle à des patients ayant bénéficié de l'assistance obligatoire d'un avocat commis d'office alors même qu'ils ne souhaitent pas être assistés à l'audience apparaît comme une aberration à laquelle le barreau de Dijon devra mettre fin »</p>			X
<p>10 : « La soumission des autorisations de sortie dans l'enceinte de l'établissement des patients en SPDRE à l'accompagnement par deux soignants, uniquement justifiée par un souci sécuritaire, est gravement préjudiciable à la prise en charge thérapeutique des patients »</p> <p><i>Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « Respect de la législation relative aux sorties accompagnées et non accompagnées- art L3211-11-1 du CSP. Rappel que l'enceinte du CHLC est aussi un lieu touristique ouvert au public. Accompagnement par un ou deux soignants selon l'état clinique ».</i></p>		X	
<p>11 : « La variation des durées moyennes d'hospitalisation, du simple au double selon les unités d'hospitalisation sectorielles fermées, devrait inviter les équipes médicales à s'interroger sur les pratiques professionnelles au regard de leur impact sur les droits fondamentaux des personnes soignées »</p>			X
<p>12 : « Si, globalement, le mobilier est en bon état, une partie est abîmée et une plus grande réactivité serait nécessaire pour y remédier. De même une attention plus soutenue devrait être apportée à l'entretien des locaux dans ou à l'abord de certaines unités »</p> <p><i>Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « Voir Plan de travaux depuis 2015 - plusieurs unités ont été rénovées ou vont l'être, ce qui inclus le matériel ».</i></p>		X	X
<p>13 : « L'établissement devrait développer un travail sur la gestion du tabac prenant en compte les différents aspects liés à cette problématique : la place du tabac pour les patients au moment de l'hospitalisation qui correspond souvent à une situation de crise peu propice au sevrage, le respect des droits des personnes, la possibilité d'accéder à l'extérieur qui doit être permis sans limitation d'horaire, l'approche globale des déterminants de la santé pour des personnes vulnérables et les conditions de prise en charge d'un sevrage tabagique qui ne peut se résumer à la substitution nicotinique »</p>	X		
<p>14 : « Les chambres de soins intensifs rénovées sont équipées d'un téléviseur. Cette installation, bénéfique pour les patients soumis à l'isolement, ne présente aucun risque car l'écran est protégé. Cependant, ces chambres ne sont pas équipées d'une horloge qui permettrait au patient de se repérer dans le temps. Ces deux équipements devraient être installés dans l'ensemble des établissements hospitaliers »</p>		X	

<p>15 : « Des patients hospitalisés en soins libres sont maintenus dans des unités fermées ; s'ils sont spécifiquement informés de cette situation, ils sont mis en situation de devoir « consentir » par écrit à cette situation alors même qu'aucune alternative ne leur est proposée s'ils veulent bénéficier de soins hospitaliers ; de plus, ils ne sont dès lors autorisés à sortir de l'unité que de façon restreinte et parfois sur des horaires limités à l'après-midi ce qui ne leur permet pas d'aller par exemple à la cafétéria le matin et n'est pas compatible avec le respect du droit »</p>		X	
<p>16 : « Les patients n'étant pas autorisés à sortir seuls n'ont pas la possibilité de pouvoir aller tous les jours dans le parc, le personnel soignant invoquant un manque de temps et d'effectifs. Il semble indispensable de revoir l'organisation de travail des équipes soignantes afin que tous les patients puissent bénéficier de sorties quotidiennes dans le parc »</p>		X	
<p>17 : « Un affichage indique, dans chaque unité du pôle A, pour chaque demi-journée, quels sont les médecins présents. Leurs noms, comme ceux du cadre de l'unité, des psychologues et des assistants sociaux, figurent dans le document "Règles de vie", cette bonne pratique pourrait être diffusée »</p>			
<p>18 : « Au regard des risques encourus tant pour les patients que pour les agents, des travaux devraient être entrepris dans la chambre de soins intensifs de l'UMAO pour poser un faux plafond non démontable, changer les fenêtres et créer un sas d'accès »</p>			X
<p>19 : « Les chambres des patients devraient être équipées d'un loquet pouvant être facilement ouvert par les agents et garantissant l'intimité et la sécurité de la personne hébergée »</p>		X	
<p>20 : « L'inventaire des biens confiés à l'équipe soignante par le patient à son arrivée, inscrit dans le dossier de soins infirmiers, devrait être systématiquement contradictoire »</p>		X	
<p>21 : « Les locaux de l'unité "Buffon" sont vétustes. Le linoléum, recouvrant le sol des couloirs et des parties communes, présente de nombreuses traces d'usure et de saleté indélébiles. Le papier peint mural est endommagé en de multiples endroits. Dans l'attente des travaux d'aménagement de 2016, il conviendrait de renouveler la tapisserie murale afin d'apporter un aspect plus chaleureux à cette unité »</p>		X	
<p>22 : « A l'unité "Buffon", la notification des droits au patient est très souvent réalisée par le cadre de santé de l'unité afin d'éviter, dans la mesure du possible, que cette responsabilité incombe au personnel soignant, dont l'alliance thérapeutique avec le patient pourrait être fragilisée. Cette bonne pratique mérite d'être soulignée et devrait s'appliquer à l'ensemble des unités »</p>			

23 : « Au cours de leur visite, les contrôleurs ont régulièrement entendu le terme de "surveillant" employé pour désigner le personnel soignant. Cette appellation doit être proscrite »	X		
24 : « Les unités fermées qui constituent l'USALP et le SEDEP reçoivent des patients en soins libres. Cette situation particulière mérite une réflexion sur l'opportunité et la faisabilité de la formalisation d'un accord par le patient, ou son tuteur, pour y être placé »			X
25 : « Au sein de l'unité "Oasis", les portes de la salle d'isolement, de la salle de musique et de la chambre relais devraient être munies d'un dispositif permettant d'éviter qu'un patient puisse voir l'intérieur de la pièce en passant devant, à l'instar de l'unité "Arc-en-Ciel". Par ailleurs, la salle d'isolement et la salle de musique de cette même unité, pièces qui sont parfois refermées pour isoler un patient, devraient disposer d'équipements adéquats permettant d'appeler et de commander l'éclairage depuis l'intérieur »			X
26 : « Il est urgent de mettre en place dans l'unité "Oasis" une salle de bain digne de ce nom et assurant un minimum de respect de l'intimité de la personne »			X
27 : « Les patients de l'unité "Arc-en-Ciel" sont voués à y rester de longues années. Ils devraient disposer de chambres individuelles et de l'élaboration d'un projet de soins et de vie »	X		
28 : « Pour la même raison, la décision de ne pas réaliser les travaux de réhabilitation de la balnéothérapie de l'unité "Arc-en-Ciel" est difficilement compréhensible »			X
29 : « Au regard de la fréquence des recours à l'isolement et dans le contexte de l'évolution législative récente, il conviendrait qu'au-delà de la traçabilité désormais réglementaire, l'établissement développe un travail systématique de revues de dossiers pour les patients faisant l'objet d'une décision d'isolement ou de contention. Par ailleurs une vigilance devra être apportée au fait que le matériel de contention ne doit pas être maintenu sur un lit quand il n'est pas utilisé. Enfin, un lit en chambre classique doit être systématiquement conservé pour tout patient placé en chambre d'isolement afin qu'il puisse être mis fin à la mesure d'isolement aussitôt passé l'état de crise la justifiant »		X	
30 : « La mise en place d'un groupe de réflexion sur la mise en chambre d'isolement et sur la pratique de la contention est une initiative d'autant plus remarquable qu'elle devrait aboutir à des avancées telles que la mise en place d'un registre mais également à des évolutions étendues, notamment sur la prise en charge des patients détenus. Ce groupe devrait étudier la réalisation d'une procédure sur la pratique de la contention ailleurs qu'en chambre d'isolement »			
31 : « Au sein des unités du SEDEP, des décisions de mise à l'isolement avec ou sans contention peuvent être prises par le personnel soignant, qui n'en informe le médecin qu'en fin de journée par message			X

<p><i>électronique ; les prescriptions, réalisées avec une durée de validité d'un mois, sont renouvelées à l'occasion des réunions de synthèse sans que le médecin voie nécessairement le patient concerné. En dépit des spécificités des patients pris en charge dans ces unités, il faut y mettre fin »</i></p>			
<p><i>32 : « Les mesures d'isolement et de contention prononcées à l'égard des patients détenus devraient être uniquement justifiées par des éléments cliniques et non appliquées systématiquement en raison de leur situation administrative. Le terme de "cellule" utilisé par les agents pour désigner une chambre de soins intensifs destinée à recevoir un patient détenu doit être proscrit »</i></p>		<b>X</b>	
<p><i>33. « La collaboration avec le SMPR et la direction de l'établissement pénitentiaire devrait être renforcée en vue d'une meilleure prise en charge des patients détenus »</i></p>	<b>X</b>		



### 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1. L'ETABLISSEMENT EST UN ACTEUR MAJEUR DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT

##### 3.1.1. Présentation du CH La Chartreuse

Le CH de Dijon la Chartreuse est un établissement public de santé mentale. Situé à quinze minutes de la gare de Dijon, ses bâtiments sont implantés au cœur d'un grand parc de 15 ha qui abrite des vestiges tel « le puits de Moïse ». Il suit environ 12 000 patients et couvre cinq secteurs de psychiatrie de l'adulte (2, 4, 5, 6, 7) soit environ 310 000 habitants dont 67 000 de moins de 18 ans, et un inter secteur de psychiatrie de l'enfant. Outre le CH de La Chartreuse, les soins psychiatriques sont pris en charge par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon (1<sup>er</sup> secteur) et le CH de Semur-en-Auxois (3<sup>ème</sup> secteur). Au regard de son offre de soins, le CH a un rôle central au niveau du département.

##### 3.1.2. L'offre de soins

L'offre de soins polyvalente du CH est organisée en cinq pôles, permettant des prises en charge spécifiques : addictologie, crise et urgences, prévention du suicide, psychiatrie de la personne âgée, précarité, maison d'arrêt, réhabilitation psychosociale. Des activités de neuromodulation sont également disponibles sur l'établissement. L'ouverture d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) est prévue pour 2025. Le pôle extrahospitalier représente 90 % de l'activité ; il est particulièrement bien développé et comprend un centre médico-psychologique (CMP) ouvert 24 heures sur 24. Le CH a développé plusieurs équipes mobiles afin d'éviter les hospitalisations. L'organisation par pôle, jugée plus souple, a été privilégiée en 2021 pour faciliter la connaissance du patient et son parcours, harmoniser le fonctionnement et unifier l'offre de soins ; le pôle intrahospitalier a été désectorisé mais pas l'extrahospitalier ; les états limites sont toutefois orientés vers le secteur d'où ils viennent.

Pôle intra	Pôle extra	Pole de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Pôle réhabilitation	Pôle des activités médicales transversales
<b>Unités d'hospitalisation</b>	<b>POP</b> plateforme d'orientation psychiatrique	<b>Dispositif intermédiaire</b>	<b>Réhabilitation psychosociale</b>	<b>Somatiques</b>
4 ouvertes dont une accueillant des SSC	Unités d'hospitalisation de courte durée (crise et lits tampons)	Mobilados	AFT (accueil familial thérapeutique), maison matisse	Unité de soins somatiques : consultations généralistes et spécialistes
3 fermées	ESPID (équipe de soins psychiatriques intensifs à domicile)	Adolits, unité d'hospitalisation	SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques)	Equipes opérationnelles hygiène hospitalière
<b>Soins pénitentiaires</b> <b>Maison d'arrêt de Dijon</b>	<b>Secteur 2, 4, 5, 6, 7</b>	Adosoins	C2RB (centre régional de réhabilitation Bourgogne) CIP (centre d'intervention récoce)	EM3SM (équipe mobile somatique et soins en santé mentale)
Unité sanitaire en milieu pénitentiaire de niveau 2	9 CMP, 9 CATT, 5 HDJ	<b>Unité père-mère-bébé</b>	Unité Saint Exupéry	<b>Pharmacie</b>
CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)	<b>Equipes mobiles</b>	7 CMP, 7 CATT, 6 HDJ	<b>Filière logement</b>	<b>Explorations fonctionnelles</b> <b>Unité du sommeil</b> <b>Electroconvulsivothérapie (ECT)</b>
<b>Services des médiations et des psychothérapies</b>	de gérontopsychiatrie	<b>Equipes mobiles</b>	Appartements TREMLIN	<b>Addictologie</b>
CIAMM (centre intersectoriel d'activités à médiations multiples)	Psychiatrie précarité	Equipe transition	Association de Champmol	Eole, unité d'addictologie de niveau 2
Unité thérapeutique	<b>CRIAVS</b> centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs d'violences sexuelles	EMPR: équipe mobile ressources	Résidence accompagnée de Longvic	Unité de tabacologie
Espace psychothérapeutique		<b>Maison des adolescents et des parents</b>	<b>Usagers Famille</b>	<b>Information</b>
<b>Intersecteur des personnes âgées</b>			Cafétéria	DIM: département d'information médicale
EHPAD Les Vergers			MDU (Maison des Usagers)	UCDM: unité centralisée des dossiers médicaux
Unité de gérontopsychiatrie			<b>Long cours</b>	
HDJ/CATT/ISPA/CMP			FAM JB Pussin (foyer d'accueil médicalisé)	
			Unités Arc En Ciel et USALPP (préfiguration MAS)	

### 3.1.3. Les unités d'hospitalisation

Le tableau ci-dessous recense les unités d'hospitalisation intéressant le contrôle. Plusieurs restructurations, fermetures, transformations ou créations d'unités sanitaires ont été réalisées depuis le précédent rapport de 2015 conduisant à réduire la capacité d'hospitalisation (baisse de 31 lits de psychiatrie de l'adulte) et à renforcer l'ambulatoire.

L'organisation polaire explique qu'elles ne soient pas toutes rattachées au pôle intrahospitalier. Les lits « hôpital en tension » sont à entendre comme des lits ajoutés à la capacité dont deux se situent dans des locaux inadaptés (cf. recommandation § 4.2). Le déménagement de l'unité Van Gogh (qui deviendra l'unité Mandela) pendant la visite conduira à la suppression de cette situation.

Pôle	Filière	Unités	Ouverture	Nombre de lits	Lit "hôpital en tension"	CI	SL/SSC
Extra	Plateforme d'orientation psychiatrique	POP	fermée	13	2	2	SL/SSC
Intra	Psychiatrie générale	Cassiopée	ouverte	23	2	0	SL
		Camille Claudel	ouverte	25	1	0	SL
		Unité de la dépression	ouverte	22	1	0	SL
		Van Gogh	ouverte	21	2	0	SL/SSC
		Altair	fermée	22	0	2	SL/SSC
		Buffon	fermée	20	0	1	SL/SSC
	Unité de psychiatrie générale	fermée	17	0	3	SL/SSC	
	Intersecteur des personnes âgées	Unité de gérontopsychiatrie	fermée	18	0	0	SL/SSC
Psychiatrie enfant et adolescent	Intersectoireil	Adolits	ouverte	5	0	0	SL/SSC
Réhabilitation	Long cours	Unité Arc-en-ciel	fermée	14	0	1	SL profil MAS
		USALP	fermée	30	0	1	SL profil MAS
				230	8	10	

Le contrôle a porté sur la plateforme d'orientation psychiatrique (POP), les unités fermées, l'unité Van Gogh, unité ouverte qui accueille des patients en soins sans consentement (SSC) depuis 2022, l'unité de gérontopsychiatrie, l'unité « Adolits ». Les contrôleurs ont visité les unités ouvertes et ont constaté qu'il n'y avait pas de restrictions abusives des droits ; ils se sont rendus dans les unités au long cours, Arc-en-ciel et l'unité de soins et d'accompagnement long personnalisé (USALP), uniquement pour constater les conditions d'isolement et de contention des patients qui relèvent d'une MAS dont l'ouverture est programmée en 2025.

Le contrôle a mis en évidence que le CH comptabilisait les chambres d'isolement (CI) dans sa capacité ; or ces CI, ainsi que les lits d'appoint placés dans des locaux inadaptés, ne sauraient être considérés comme des chambres d'hospitalisation (cf. recommandation § 4.2).

### 3.1.4. Le projet d'établissement

Le CH dispose d'un projet d'établissement 2021-2025 qui est une déclinaison opérationnelle du projet territorial de santé mentale 2019-2023, du projet régional de santé 2018-2028, et du projet médical partagé de la filière psychiatrique et santé mentale du groupement hospitalier de territoire (GHT). Il est tourné vers le développement des soins ambulatoires et des alternatives à

l'hospitalisation et a pour objectif de supprimer les lits non conformes. L'attractivité, la formation et le développement de la recherche en santé mentale constituent des priorités institutionnelles de ce nouveau projet médical.

Le CH appartient au GHT 21-52 (Côte-d'Or, Haute-Marne) qui regroupe neuf établissements de santé et qui est le seul en France à être sur deux régions.

Les pôles sont dotés de contrats de pôle, qui seront renouvelés en 2025, déclinant les objectifs définis ; celui de l'intra court de 2021 à 2024 et vise notamment à rééquilibrer les unités ouvertes et fermées et à les coordonner entre elles.

Le CH dispose de la certification B de la Haute autorité de santé (HAS) qui s'est déplacée pour une nouvelle certification en octobre 2023. Le contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARS couvre la période 2019-2024.

En 2021, l'établissement s'est porté volontaire pour participer au programme d'évaluation de la qualité et du respect des droits « Quality Right » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ainsi, neuf observateurs du centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille ont effectué une visite de deux jours des trois unités d'admission adulte fermées, tant auprès des professionnels que des patients.

### **3.2. LE BUDGET EST EXCEDENTAIRE MAIS LES INVESTISSEMENTS NECESSAIRES NE SONT PAS PROGRAMMES**

Les dépenses globales du CH étaient en 2022 de 70 435 010 euros. 85,8 % de ce budget sont consacrés à la masse salariale (60 439 726 euros).

Les recettes globales étaient, en 2022, de 75 689 349 euros dont 62 063 030 euros de dotation annuelle de fonctionnement (DAF). Les autres recettes sont constituées par le ticket modérateur et le remboursement des charges des budgets annexes (EHPAD, etc.). La DAF était de 54 183 090 euros en 2020 et de 50 706 390 en 2019, avant les mesures dites « Ségur ». Les recettes ne comprennent pas d'aide médicale d'Etat (montant indiqué de 2 100 euros) et l'addictologie est financée en tarification à l'activité à hauteur de 2 millions d'euros.

L'établissement a été soumis à un plan de retour à l'équilibre jusqu'en 2018 et a supprimé une quarantaine de poste de soignants. Il est à l'équilibre depuis 2019 avec un excédent, en 2022, de 5 254 339 euros (7 % des recettes), mais 1,7 millions (de ce budget 2022) n'ont été versés qu'en 2023. Les budgets annexes relatifs aux charges des établissements médico-sociaux présentent un déficit de 590 000, compensé par l'excédent sus-décrit.

La dette s'élève à 4,2 millions d'euros et est soutenable ; la CAF est positive et il n'y a pas d'emprunt toxique.

Le financement nécessaire à la construction de la MAS est évalué à une dizaine de millions d'euros. L'ARS aurait accordé une aide sur ce programme.

Aucun schéma directeur immobilier n'est élaboré qui permette de connaître les perspectives prioritaires et financées des travaux nécessaires. Le projet d'établissement, même s'il fournit des indications sur les investissements envisagés, ne permet pas cette vision. Par ailleurs, aucune indication n'a été donnée quant au budget programmé pour la mise aux normes des locaux de la pharmacie suite à l'abandon du projet initial, la rénovation de la cuisine centrale et la mise en conformité des locaux d'hébergement avec les exigences du décret du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

### Recommandation 1

Un schéma directeur immobilier doit, en urgence, clarifier les perspectives de rénovation ou reconstruction des bâtiments indignes permettant la prise en compte des droits fondamentaux des patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Le résultat consolidé des budgets de la Chartreuse est excédentaire depuis peu, et ce à l'issue d'un plan de retour à l'équilibre qui s'est achevé fin 2019 et qui a engendré 50 suppressions de postes. Les excédents de 2020 et 2021 ont tout juste permis d'apurer les reports déficitaires des années antérieures. En 2022, l'excédent dégagé a permis de réduire le déficit pour moitié et l'autre partie soit 2,5 M€ a été affecté aux investissements. Il convient de rappeler que le budget travaux de la MAS (14 M€ et non plus 10,5 M€), soit 3,5 M€ de surcoût sera en partie autofinancé. Les résultats 2023 étant excédentaires, permettront encore mieux de participer à la rénovation des bâtiments "indignes" comme évoqué dans la recommandation. Tous les ans et même en période de déficit, les travaux n'ont jamais été réduits pour autant (1 M€ tous les ans). Le schéma directeur immobilier (cf. document adressé au CGLPL) est en cours de déclinaison/réalisation et sera présenté au sein du CH à partir d'avril 2024. Il s'inscrit notamment dans la poursuite du projet d'établissement 2021-2025, avec un certain nombre de rénovation d'unités, et s'étend jusqu'à la période 2027-2028. Bien évidemment, il est sujet à l'évolution du budget de l'hôpital et sera remis à jour annuellement ».*

Enfin, chaque pôle dispose d'enveloppes destinées à financer le développement d'activités et de sorties mais les conditions d'accompagnement systématique par les soignants pour sortir de l'unité au sein du parc ne permettent que rarement aux patients en SSC de pouvoir bénéficier de ces sorties. Pour exemple, les soignants de l'unité Buffon ont utilisé en 2023, 850 euros pour les sorties thérapeutiques, 720 euros pour les denrées alimentaires et 1 307 euros pour les fournitures diverses. En 2024, un budget de 3 420 euros a été demandé pour cette même unité. Il n'est pas rapporté de refus d'activité par défaut de crédits dans l'ensemble des services.

## 3.3. LES EFFECTIFS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX SONT A FLUX TENDU

### 3.3.1. Les effectifs

Alors que depuis quatre ans, tous les postes étaient pourvus, le CH rencontre des difficultés en matière d'effectifs. Toutefois, il a l'atout de proposer des conditions de travail agréables (les unités sont situées dans un grand parc), il est situé au sein d'une ville universitaire et à 15 minutes de la gare et du centre-ville. Il ne pâtit pas de la concurrence avec des établissements privés de proximité.

#### a) Les effectifs médicaux

Ils sont ciblés pour les unités ouvertes entre 0,8 et 1,2 équivalent temps plein (ETP) de médecin et pour les unités fermées entre 1,3 ETP et 1,5 ETP. Les unités ouvertes sont toutes pourvus de 1,2 ETP de médecin sauf l'unité de la dépression (0,7 ETP) et l'unité Cassiopée (0,5 ETP) soit 1,2 ETP de poste vacant. Début octobre, des demi-gardes de praticiens hospitaliers (PH) ont été mises en place de 18h à minuit pour décharger l'interne et assurer une meilleure prise en charge des patients.

S'agissant des unités fermées, l'unité Altaïr dispose de 1,4 ETP de médecin, l'UPG 1,2 ETP et Buffon 1,3 ETP ; sur cette dernière unité, le praticien va partir mais un recrutement est en cours.

Au global, l'effectif moyen est de 1,3 ETP de médecin par unité, soit le minimum ciblé. Le besoin est évalué à deux à trois postes sur l'intrahospitalier et des perspectives de recrutement sont en cours (praticien associé et faisant fonction d'interne). La politique de ressources humaines de l'établissement vise à senioriser les internes et à fidéliser les agents via l'accueil des nouveaux, la qualité de vie au travail ou la formation.

Tous les médecins sont des PH ce qui est à souligner au regard des constats effectués ailleurs par le CGLPL. Le CH les privilégie alors qu'il y avait beaucoup de PH contractuels précédemment. L'ambiance est jugée satisfaisante et la communauté médicale fonctionne bien. Les contrôleurs ont noté que les médecins étaient présents dans les services mais l'accès aux soins est assuré au prix d'efforts et les unités ne sont pas informées des perspectives de remplacement.

### *b) Les effectifs paramédicaux*

Les recrutements sont jugés plus difficiles et une politique d'attractivité est menée (accueil, formation, proposition de contrats à durée indéterminée au bout d'un an, qualité de vie au travail, organisation du travail, etc.) pour fidéliser le personnel recruté.

Pour les unités ouvertes, l'effectif minimum est ciblé à deux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et un agent de service hospitalier (ASH) le matin, deux IDE et un ASH l'après-midi, un IDE et un ASH la nuit. 15 IDE (12 ETP en journée et 3 ETP la nuit), 2 ETP d'aide-soignant (AS) et 4 ETP d'ASH sont nécessaires par jour. Il n'y a actuellement pas d'AS en journée sur les unités ouvertes. Les postes sont organisés en 7h36 par jour par tranche matin (6h30-13h51), après-midi (13h15-20h51), nuit (20h30-6h30). Deux postes d'IDE sont vacants (un à Camille Claudel et un à Van Gogh/Mandela) et un poste d'AS est vacant à Van Gogh/Mandela.

Pour les unités fermées, l'effectif minimum est ciblé à quatre soignants (4 IDE ou 3 IDE et un AS) et un ASH le matin, quatre soignants (4 IDE ou 3 IDE et un AS) et un ASH l'après-midi, un IDE et un AS la nuit. Les postes sont organisés en 7h36 et en 12h. 18 IDE (14 ETP en journée et 4 ETP la nuit), 3 ETP d'AS (2 de jour et un de nuit) et 4 ETP d'ASH sont nécessaires par jour ; or les unités Buffon et UPG ne disposent que de 17 IDE et l'UPG que d'1 AS.

Trois postes d'IDE sont vacants (2 de nuit - 1 à Buffon, 1 à Altaïr - et 1 de jour à Altaïr). Le poste à Buffon est potentiellement pourvu mais par une personne du pool de surveillance de nuit qui sera donc vacant. Le poste d'IDE de jour à Altaïr va être vacant en janvier 2024, des candidatures existent. En revanche, il n'y a pas de perspectives pour le poste vacant d'IDE de nuit à Altaïr.

Pour la POP, l'effectif minimum est ciblé le matin à 1 IDE et un ASH, l'après-midi un IDE et un ASH, le soir, 3 IDE ; 2 IDE et une AS travaillent en 12h (8h-20h ; 6h30-18h30). Au réel, un ETP d'IDE est prévu en 12h en plus. Aucun poste vacant n'est à déplorer.

Les équipes sont plutôt stables que ce soit en unités ouvertes ou fermées. Les postes de nuit sont plus difficiles à pourvoir.

Les unités ont toutes un cadre de santé sauf à Camille Claudel où un IDE fait fonction de cadre.

Les unités fermées bénéficient chacune d'un psychologue et l'unité Buffon d'un assistant de service social.

### *c) La situation*

En raison du manque d'effectif médical, l'unité Cassiopée a dû fermer de façon précipitée en juillet et août 2023. L'absence d'anticipation et une annonce tardive ont été regrettées. L'année précédente, une autre unité avait fermé. Pour 2024, le recul de l'âge légal de départ en retraite

devrait diminuer le risque de tension sur les effectifs. La fermeture d'une unité ne devrait pas se reproduire sauf aléas.

Au-delà de l'effectif paramédical minimum, le personnel est en position de réserve et peut être appelé à effectuer des remplacements.

Globalement, les unités ne font pas remonter de difficultés majeures d'effectif ; toutefois, le manque de disponibilité des soignants a une incidence sur les accompagnements, en particulier, l'accès aux activités et aux sorties. A ce titre, l'établissement devrait conduire une réflexion sur l'évaluation de ses besoins en tenant compte de l'ensemble de l'absentéisme.

De plus, la pluridisciplinarité des équipes est limitée : absence d'infirmier en pratique avancée alors qu'il en existe en intrahospitalier, d'ergothérapeute, de médiateurs de santé-pair.

### 3.3.2. La gestion des absences

Le CH connaît peu d'absentéisme. Selon les données communiquées, de janvier à octobre 2023, il serait de 11 % pour les IDE en unités ouvertes et de 7 % en unités fermées, ces taux étant inférieurs pour les AS.

L'établissement a mis en place un système de remplacement des absents qui comprend quatre niveaux. Le premier niveau actionné est celui du pool de suppléance qui comprend un pool de jour de 18 personnes (6 ETP d'IDE, 9,6 ETP d'AS et 3 ETP d'ASH) et un pool de nuit de 15 personnes (6 ETP d'IDE et 9 ETP d'AS). Le personnel est géré par deux cadres de santé (un de nuit et un de jour) et affecté par la direction des soins. Le deuxième niveau est celui de la réserve : quand l'effectif est supérieur à l'effectif minimal, les soignants sont considérés en réserve : ils peuvent rester sur l'unité ou être mobilisés pour aller dans une autre ; la directrice des soins fait un point sur la réserve toutes les semaines. Le troisième niveau est celui de la plateforme « hublo » qui permet de solliciter des soignants volontaires du CH qui seront payés en heures supplémentaires. Le quatrième et dernier niveau actionné est celui de l'intérim (sauf pour les ASH) ; l'établissement le sollicite ponctuellement et en dernier recours. Le système est jugé efficace.

### 3.3.3. Le tutorat, la formation et l'analyse des pratiques

Les arrivants bénéficient d'un tutorat qui est en cours d'amélioration ; le cadre supérieur de santé bénéficie d'un temps spécifique pour ce faire. Les nouveaux soignants sont doublés pour leur service et doivent suivre une formation d'adaptation à l'emploi sur les droits des patients, le logiciel « hôpital manager », le dossier patient et l'infirmier en psychiatrie qui comprend un module sur l'isolement et la contention. Des cours en ligne comprenant des questionnaires à choix multiples et des quizz sont proposés. Les arrivants-infirmiers bénéficient obligatoirement d'une formation certifiante en psychiatrie, proposée aussi aux AS.

Une formation portant sur les droits des patients et une portant sur l'isolement et la contention est proposée chaque année et comprend plusieurs sessions. L'établissement a formé trois soignants à la formation « Omega<sup>2</sup> » afin de former l'ensemble de son personnel : en 2024, six sessions de 12 personnes sont organisées. Ainsi, depuis 2020, 126 agents ont été formés à la méthode « Omega » (formation de 4 jours) et 3 agents sont accrédités pour être formateur ce qui va permettre de former 72 agents supplémentaires en 2024.

---

<sup>2</sup> Gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité.

La formation « droit des patients » (une journée) dispensée par la juriste de l'établissement, a bénéficié à 95 agents depuis 2020. Cette formation est obligatoire pour tous les nouveaux soignants dans l'établissement.

Enfin, tous les médecins et les internes sont formés pour la partie administrative de la gestion des isolements et contentions par un agent du bureau des entrées.

En revanche, toutes les unités ne bénéficient pas d'une analyse de pratiques régulières par un intervenant extérieur ou un psychologue venant d'autres services. Même si, à chaque incident, un dispositif de retour d'expérience est mis en place.

### Recommandation 2

Les équipes, dont la pluridisciplinarité devrait être étendue, doivent bénéficier d'analyses de pratiques régulières.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *A ce jour, le collège des psychologues coordonne le projet d'analyse des pratiques professionnelles : au titre de 2023, sept demandes sur l'établissement ont été évaluées en binôme de psychologues. Cinq groupes d'analyse de pratiques professionnelles sont actuellement en cours, en lien avec le collège, la commission regroupant les psychologues de l'APP se réunissent six fois par an. L'établissement fait également appel à des psychologues extérieurs à l'établissement pour des analyses de pratiques spécifiques à la demande des services et ce en lien avec le service formation et la DRH* ».

### 3.4. L'ETABLISSEMENT DEVELOPPE UNE CULTURE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

L'établissement a développé une politique de prévention et de gestion des risques sous l'égide de la direction qualité et gestion des risques (DGQR). Elle s'appuie sur le signalement et l'analyse des événements indésirables<sup>3</sup>. Afin d'encourager les soignants dans cette démarche, une « charte d'incitation à la déclaration aux risques associés aux soins » a été signée conjointement par le président de la CME et le directeur d'établissement<sup>4</sup>. Elle comporte un engagement pour que ne soit pas entamée de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui, spontanément et sans délai, révèle un risque potentiel ou avéré dans lequel il est impliqué<sup>5</sup>. La remontée de l'information s'effectue au moyen du progiciel « Gala », ergonomique et facile d'emploi, que les unités et le personnel soignant se sont appropriés<sup>6</sup>. Une base documentaire est associée à cet outil. Elle comporte des fiches de procédure avec la conduite à tenir en cas d'incident ou de dommages. Dans la perspective de la certification de l'établissement, depuis novembre 2022, des fiches synthétiques, d'une page, baptisées « la minute qualité » ont été produites sur les principaux thèmes en matière de prévention et de gestion de risques associés à la prise en charge des patients.

<sup>3</sup> Événements indésirables associés aux soins et au Presqu'accident associé aux soins. Un « presqu'accident » est défini comme un EIAS qui n'a pas provoqué de dommage. Le « presqu'accident » est parfois également appelé « presqu'atteinte » car les actes réalisés auraient pu causer un événement indésirable si des mesures correctives n'avaient pas été prises à temps ».

<sup>4</sup> Datée du 22 décembre 2022, il s'agit d'une nouvelle version car elle préexistait.

<sup>5</sup> Il est précisé que ce principe ne s'applique pas en cas de manquement délibéré ou répété à une obligation de sécurité.

<sup>6</sup> Le logiciel était connu précédemment sous l'appellation de « Yes », du nom de l'éditeur, devenu « Apaxe ».



Les signalements d'événements indésirables sont suivis quotidiennement par la gestionnaire des risques, coordinatrice de la gestion des risques associées aux soins. La cellule d'analyse animée par cette dernière se réunit le vendredi pour décider des suites à donner, sans préjudice de l'information de la HAS et du parquet pour les événements qui le nécessitent. Ces signalements peuvent se traduire par un retour d'expérience (REX)<sup>7</sup> ou une analyse en équipe. Le cas échéant, des éléments d'information complémentaires ont été sollicités auprès de l'émetteur du signalement. Celui-ci est informé des actions consécutives par la réception d'un message par courriel<sup>8</sup>.

Dans le cas d'un REX, l'événement peut figurer, après sélection, à l'ordre du jour du comité de retour d'expérience institutionnel (CREX), désormais bimensuel, où sont présentés un bilan des événements indésirables, l'analyse de celui sélectionné ainsi que le suivi des actions en cours relatives aux événements précédents. L'analyse en équipe est une pratique encouragée dans les services avec l'appui de référents de la DGQR. Une telle analyse a eu lieu dans une unité pendant le temps de la visite, par suite d'un incident, heureusement sans conséquence grave. Elle a débouché sur deux préconisations : l'une relative au projet de soins sur les prises en charge spécifiques, en cas d'addiction, et l'autre, à une mesure de prévention situationnelle avec la mise en place d'un garde-corps sur le toit. Il a été indiqué que ce travail serait présenté au prochain CREX institutionnel. Depuis le début de l'année, quatre REX ont été réalisés pour des événements graves dont un consécutif à un suicide au sein d'une unité<sup>9</sup>.

La politique qualité et gestion des risques est examinée trimestriellement par le Comité de pilotage qualité risques vigilance (QRV). Il ressort que l'un des enjeux identifiés par l'établissement est de maintenir la dynamique des CREX, ce qui peut le conduire à adapter son dispositif et la fréquence des réunions. Une présentation trimestrielle est également faite devant la commission des usagers (CDU) ainsi qu'un bilan annuel devant la commission médicale d'établissement.

En 2022, 844 signalements ont été effectués dont 496 concernent le pôle intrahospitalier (59 %). 467 sont relatifs à la sécurité des personnes et des biens (55,3 %) dont 265 pour le pôle intrahospitalier (31 %). Sur ce thème, 211 portent sur des faits de violence (25 %), dont 95 pour le pôle intrahospitalier (11 %)<sup>10</sup>. Depuis le début de l'année, à la date du 9 novembre 2023, 989 signalements avaient été effectués dont 568 au titre de la sécurité des personnes et des biens (57 %), parmi lesquels 265 faits de violence (27 %).

En termes de typologie, en 2022, au sein du pôle intrahospitalier, les violences de toute nature constituent la part la plus importante (19 %), suivies de la détention de produits illicites et d'armes (11 %) puis des suicides ou tentatives de suicide (2,8 %)<sup>11</sup>. L'analyse des événements indésirables déclarés sur les six derniers mois montre que ce sont les unités fermées qui ont majoritairement à connaître des faits de violence, principalement des actes hétéro-agressifs et des violences verbales.

---

<sup>7</sup> Evénements indésirables graves (EIG) et événements porteurs de risques (EPR).

<sup>8</sup> Le message est généré automatiquement et l'invite à se reporter à la FEI et à son suivi.

<sup>9</sup> Niveau de gravité le plus élevé, coté 5.

<sup>10</sup> Source : Bilan des événements indésirables 2022.

<sup>11</sup> Les dysfonctionnements de la prise en charge médicamenteuse représentent 14 % de signalements du pôle intrahospitalier.

La tendance qui se dégage est, qu'après le pic de 2018<sup>12</sup> et la décroissance des faits de violence signalés jusqu'en 2021, ceux-ci sont à nouveau en hausse, constat qui se confirme en 2023. C'est dans ce contexte que l'établissement a décidé de généraliser la formation *Omega*, comme cela a été indiqué précédemment.

### 3.5. LE COMITE D'ETHIQUE MENE UNE ACTION SOUTENUE, MAIS PEU IDENTIFIEE PAR LE PERSONNEL

L'activité du comité d'éthique a été relancée au début de l'année 2022, avec la mise en place d'un nouveau bureau composé d'une vingtaine de membres représentatifs des différentes fonctions hospitalières. Il est présidé par un praticien hospitalier d'une des unités fermées du pôle intrahospitalier. Un règlement intérieur a été adopté. Les réunions du comité d'éthique sont programmées et régulières, au rythme de quatre ou cinq réunions par an. Il peut également statuer en relative urgence sur saisine.

Jusqu'à présent, les avis rendus concernent principalement des sujets de réflexion portés par les membres de cette instance : les programmes de soins, le droit des patients en soins libres dans les unités fermées, les restrictions supplétives liées au Covid ou l'accès au tabac en secteur de psychiatrie. Ces avis sont ensuite diffusés par la communication interne de l'établissement. En revanche, il n'a pas traité récemment et de façon régulière de l'isolement et de la contention, ou encore de la sexualité, bien que ces sujets relèvent de ses missions.

Le comité d'éthique est peu saisi par les personnels soignants des unités de psychiatrie, qui déclarent avoir connaissance du comité d'éthique, mais mal connaître les modalités de son fonctionnement et ne pas établir de lien avec leur pratique professionnelle. C'est ce qui ressort d'un questionnaire interne organisé en 2023<sup>13</sup>, ce constat étant corroboré par les entretiens menés par les contrôleurs. Il ne semble pas non plus exister de « passerelle » ou de demande d'avis sur l'éthique par d'autres instances, comme la commission des usagers (CDU), ou les représentants des familles.

Les actions de communication entreprises, telles que la diffusion d'une plaquette d'information, la présentation du comité d'éthique en CAF'DOC (information générale mensuelle en salle de documentation), devraient permettre d'améliorer cette situation et de replacer l'éthique au cœur des problématiques professionnelles.

Il n'est pas sûr toutefois que cela soit suffisant. Une implication de l'encadrement des pôles et des unités (PH, cadres de santé) pour sensibiliser les personnels, des cycles de formation et des rencontres au sein même des unités permettraient vraisemblablement de développer une culture commune sur cette thématique importante et de renforcer le lien avec le comité.

#### Recommandation 3

Le comité d'éthique doit aborder spécifiquement les sujets relatifs à l'isolement, la contention, l'intimité et la sexualité des patients et ses réflexions doivent être davantage relayées auprès des soignants.

<sup>12</sup> 282 faits de violence pour 907 événements indésirables signalés (31 %).

<sup>13</sup> Questionnaire diffusé le 06/02/2023 : « Perception des personnels sur l'éthique et le rôle du comité d'éthique ».

*Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « Le comité d'éthique dispose d'un espace dédié accessible à tous les professionnels sur le portail intranet du CHLC. On peut y trouver la plaquette du CE, le règlement intérieur, le formulaire de saisine, la liste des membres, les bilans. Par ailleurs, on y retrouve les "avis à caractère généraux et recommandations" et les "avis et communications externes". Le bilan 2022 fait état des sujets suivants abordés parmi lesquels : La prise en charge des patients isolés en unité SARI, l'application de la loi sur l'isolement et la contention et notamment de la question des droits des patients versus les soins du patient. A cette occasion, invitation du juge des libertés et de la détention afin d'échanger autour de ces questions ».*

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation : en particulier, en 2022, l'information sur la nouvelle loi s'agissant de l'isolement et de la contention a été descendante et aucune autre réflexion n'a été menée sur ce sujet depuis.

## 4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### 4.1. LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EST ORGANISEE

Une plateforme d'orientation psychiatrique (POP) regroupe un service d'accueil et d'orientation, un service d'hospitalisation courte de cinq lits comportant également un service de huit lits de gestion de la suroccupation et l'équipe de soins psychiatriques intensifs à domicile (ESPID).

Les missions de cette plateforme sont détaillées dans un projet de service établi en 2021, et reprises dans le projet de pôle extrahospitalier au sein duquel est positionnée la structure.

En 2022, la POP a reçu 3 462 passages ; les prises en charge ont amené 1 455 retours à domicile (42 %), 1 954 hospitalisations (court séjour et conventionnels), soit 56,5 % et 53 orientations vers d'autres établissements de santé (1,5 %). Parmi les 3 462 passages, 604 étaient ou ont été placés en SSC, avec la prise de 144 mesures d'isolement ou de contention pour ces patients. Aucun mineur n'est pris en charge, celui-ci étant systématiquement orienté vers le CHU de Dijon.

Les motifs de venues étaient, pour 7 %, des troubles délirants et schizophrénie, pour 33 %, des troubles dépressifs, pour 20 % des troubles anxieux sévères et pour 7 %, des troubles de la personnalité.

Un psychiatre y est toujours présent 24h/24 ; le psychiatre de garde assure la permanence de nuit. La POP dispose de quatre psychiatres pour 2,5 ETP. Les effectifs soignants tels qu'indiqués sur le planning d'octobre 2023 sont, sur 62 demi-journées, 4 fois à trois soignants, 46 fois à quatre, 9 fois à cinq et 3 fois à six, pour une moyenne de 4,17 agents présents auprès des patients.

La coordination des soins et l'adaptation de la prise en charge bénéficient de trois réunions cliniques ou transmissions par jour, de manière pluridisciplinaire.



*Accueil de crise (POP)*



*Salle d'entretien infirmier initial*

#### 4.1.1. L'accueil de crise

Les patients des secteurs de psychiatrie relevant du CH et présentant un épisode de crise peuvent être pris en charge par les urgences du CHU de Dijon, ou être amenés directement au service d'accueil de la POP.

Un accueil par consultation d'urgence est proposé avec les infirmiers et psychiatres de la POP, constituant un CMP d'urgence ouvert 24h/24. Par ailleurs, un infirmier régulateur apporte une réponse téléphonique, elle aussi 24h/24, aux patients ou professionnels, avec en 2022, 604 appels extérieurs réglés de patients. Cet IDE régulateur effectue le lien avec les cadres de santé

pour organiser les admissions. Une moyenne de 10 à 20 patients y sont examinés chaque jour. Tous sont également et systématiquement examinés par un somaticien ; l'interne de garde fait l'examen somatique la nuit.

#### Bonne pratique 1

Tout patient des secteurs couverts par le centre hospitalier peut bénéficier d'un accueil physique et téléphonique 24h/24.

#### 4.1.2. L'hospitalisation courte et l'unité de lits d'attente

Une partie du service comporte une aile avec cinq chambres individuelles récentes disposant d'une salle d'eau. En 2022, 296 patients y ont été pris en charge, orientés par la POP ou par entrée directe (26 dans le cadre d'hospitalisations séquentielles programmées en prévention de la crise). 387 patients y avaient été admis en 2021 et la baisse en 2022 est liée à la fermeture du service durant trois mois. La durée de séjour y est prévue pour un maximum de cinq jours et la durée réelle est en moyenne de 4,19 jours en 2022.

Sur les 296 patients pris en charge, 18 étaient en SSC et 2 ont été isolés ; il n'y a eu aucune contention.



*Lit de secours*



*Salle d'activité commune*

Les patients hospitalisés sont examinés par un psychiatre tous les deux jours et bénéficient d'entretiens infirmiers tous les jours. Aucune restriction de liberté n'est mise en œuvre et les patients peuvent demander à sortir à l'extérieur du service.

Outre ces cinq lits, une partie de la POP comporte une aile avec quatre chambres pour un total de huit lits. Ces lits sont utilisés pour placer en hospitalisation provisoire des patients pour lesquels aucune place n'est disponible dans les unités de secteurs. 1 635 patients seraient passés par la « POP accueil » ; 503 étaient en SSC et 156 ont été isolés (9,5 %) dont 54 avec contention (3,3 %).

Pour l'ensemble des lits de la POP, deux chambres d'isolement (CI) sont positionnées côte à côte à proximité de la salle de soins. Chaque CI dispose d'un bouton d'appel mural mais pas lors des contentions ; le patient n'a pas accès aux commandes de la lumière ; il a accès à une petite cour totalement fermée qui permet de fumer (cf. recommandation § 7.1).

#### 4.1.3. L'équipe de soins psychiatriques intensifs à domicile

Une équipe de soins psychiatriques intensifs à domicile (ESPID) a pour objectif de maintenir les patients dans leur milieu et habitude de vie, proposer une prise en charge rapide et intensive, en

alternative à l'hospitalisation ou en accompagnement d'une sortie d'hospitalisation et faciliter l'accompagnement vers les soins ambulatoires.

L'équipe soignante est composée de deux médecins, sept IDE (6,8 ETP), deux psychologues (1 ETP) et 0,4 ETP d'assistant social.

En 2022, 481 patients ont été pris en charge par cette équipe mobile ; 70 % des patients étaient orientés en alternative à l'hospitalisation depuis la POP, les urgences du CHU ou les CMP ; 30 % étaient orientés depuis l'hospitalisation courte en consolidation ; 5 % étaient orientés depuis les CMP ou l'hospitalisation complète en renforcement de la prise en charge à la sortie.

Un formulaire de prise en charge à l'ESPID est donné aux patients suivis qui le signent ; ce formulaire précise les conditions de la prise en charge et le numéro de téléphone sur lequel ils peuvent appeler 24h/24. 50 patients peuvent être suivis en même temps pour des durées de 5 à 6 semaines, chaque patient étant visité une à trois fois par semaine, avec des rappels téléphoniques pouvant s'y associer. Une réunion clinique rassemblant les soignants se tient chaque semaine et le service dispose de cinq véhicules, pouvant au-delà utiliser les voitures du CHS. Un projet de service mentionne l'idée de créer une équipe mobile d'intervention et de crise (EMIC) pour prévenir les SSC par une intervention plus précoce, d'aider les familles en difficulté face aux troubles psychiques graves de leurs proches.

#### 4.1.4. L'arrivée dans les services

85 % des admissions en hospitalisation complète s'effectuent depuis la POP, quelques entrées pouvant s'organiser directement après une consultation en CMP. Pour les SSC, l'identité du tiers n'est pas délivrée au patient, qui l'apprend ainsi à l'audience du JLD, ce qui nuit à la relation de confiance entre les soignants et le patient. Les observations du patient, à recueillir lors de chaque certificat médical, sont consignées dans le dossier médical sur HM mais pas sur le certificat médical ; seule y est mentionnée une phrase type selon laquelle « *il est attesté que les observations du patient ont été recueillies* » (cf. recommandation 4.3.2).

Les patients sont, dans les services, systématiquement examinés par un psychiatre et un médecin généraliste. Les éventuelles restrictions sont alors décidées par le médecin. Les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont établis par des médecins différents.

## 4.2. L'ETABLISSEMENT RECOURT AUX LITS DITS « HOPITAL EN TENSION » ET AUX CHAMBRES D'ISOLEMENT EN CAS DE SITUATION DE SUROCCUPATION

### 4.2.1. L'activité

La prise en charge des patients s'inscrit dans le nouveau projet d'établissement privilégiant le parcours de soins du patient. L'objectif affiché par l'établissement est de réduire le temps d'hospitalisation, d'éviter les ruptures de soins et le cycle de ré-hospitalisation. Les missions dévolues à la POP, la pertinence de l'orientation ainsi que les interventions à domicile, dispositif décrit précédemment, ont ainsi conduit à voir augmenter le taux de retour à domicile tout comme celui des hospitalisations courtes (cinq jours) et à diminuer corrélativement le taux d'hospitalisation<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Pour les patients accueillis à la POP, en 2019, le taux d'hospitalisation était de 63 %, le taux d'hospitalisation courte de 5 % et le taux de retour à domicile de 32 %. En 2021, le taux d'hospitalisation était de 52 %, le taux d'hospitalisation courte de 12 % et le taux de retour à domicile de 36 %.

En termes d'activité, pour les deux dernières années, la file active globale est en progression (+4,08), dans une moindre mesure pour les patients hospitalisés à temps pleins (1,9 %) tandis que le nombre de jours d'hospitalisation à temps plein est stable, la durée moyenne de séjour diminuant légèrement (*cf.* annexe). Les unités accueillant des patients en SSC ont une file active en progression sauf pour l'une d'entre elles, en diminution. De manière générale, malgré le déploiement de solutions alternatives à l'hospitalisation et les actions menées en amont, elles sont confrontées à une activité qui impacte leur taux d'occupation (*cf.* annexe).

#### 4.2.2. Les soins sans consentement

En 2022, sur 2820 patients hospitalisés, 720 l'ont été en SSC (699 sur décision du directeur de l'établissement de santé -SDDE- et 65 sur décision du représentant de l'Etat -SDRE-)<sup>15</sup>, soit 25,53 %, ce qui correspond à la moyenne nationale<sup>16</sup>. 26,3 % des patients hospitalisés en SDDE l'ont été en situation d'urgence (184/699) et 45 % pour péril imminent (315/699).

Cette tendance se confirme en 2023. Sur 682 patients hospitalisés en SCC, au 7 novembre 2023, 620 l'ont été en SDDE et 62 en SDRE. 27 % des patients hospitalisés en SDDE l'ont été en situation d'urgence (169/620) et 46 % pour péril imminent (289/620)<sup>17</sup>. Cette proportion est élevée<sup>18</sup>.

En l'absence d'études documentées pour expliquer le nombre de patients hospitalisés en péril imminent, plusieurs explications sont avancées :

- l'absence de tiers identifiés. A cet égard, le CHU signale au CH les diligences effectuées ;
- la difficulté à obtenir la demande du tiers, influencé par la crainte de représailles ou un sentiment de culpabilité (parent vis-à-vis de son enfant, enfant vis-à-vis de parents) ;
- la proportion de jeunes loin de leur famille faisant leurs études à Dijon ;
- l'absence de tiers pour les étrangers isolés.

Les chiffres observés sont cependant à tempérer par la levée, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 8 novembre 2023, de 18 % des SDTU et de 35 % des périls imminents dans les 72 heures<sup>19</sup>.

#### 4.2.3. La gestion de la suroccupation

S'agissant de l'occupation des unités, le rapport d'activité 2022 qui donne un état global du nombre de lits et places précise que les lits d'isolement ne sont pas intégrés dans le capacitaire de l'établissement<sup>20</sup>. Cependant, les contrôleurs ont relevé que ceux-ci, tout comme les « lits hôpital en tension », y participaient. En pratique, il est apparu que les chambres d'isolement sont utilisées en l'absence de chambre hôtelière (*cf.* § 7.2).

---

<sup>15</sup> Source : rapport d'activité et de gestion 2022.

<sup>16</sup> Source : *Questions d'économie de la santé*, n° 269, juin 2022. En 2021, 26 % des personnes hospitalisées en psychiatrie à temps plein ont été prises en charge en SSC au moins une fois dans l'année.

<sup>17</sup> 169 à la demande d'un tiers en urgence (27 %) et 162 à la demande d'un tiers – droit commun (26 %).

<sup>18</sup> Au niveau national, entre 2012 et 2021, la part de soins en cas de péril imminent est passé de 10 à 24,6 % dans le recours aux différents modes légaux de soins sans consentement, *Ibidem*.

<sup>19</sup> Source : extraction fournie par l'établissement sur demande.

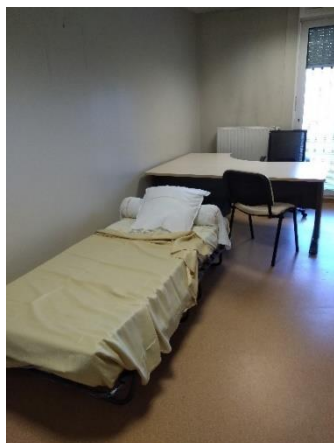
<sup>20</sup> Rapport d'activité et de gestion, p. 13. Les taux d'occupation n'y apparaissent pas, sauf pour l'EHPAD-USLD.

Le chiffre relatif au taux d'occupation figurait dans un des documents mis à disposition des contrôleurs mais il n'a pas été retenu en raison d'écart constatés avec d'autres données<sup>21</sup>. Une extraction a été demandée au département d'information médicale (DIM), sans inclure les chambres d'isolement.

Taux d'occupation	Altaïr	Buffon	UPG	Gérontopsychiatrie
2022	92,7 %	94,3 %	107,8 %	94,8 %
01/01 au 31/10/2023	79,1 %	95,5 %	108,3 %	96,7 %

Du point de vue du CGLPL, les lits d'isolement ne peuvent être considérés comme des lits hôteliers et participer du capacitaire. Lors des échanges sur ce sujet, il a été indiqué aux contrôleurs que ces lits ne seraient plus pris en compte à partir de 2024. Une recommandation provisoire est établie en ce sens (cf. infra), dans l'attente d'une confirmation.

L'établissement comporte des lits dits « hôpital en tension » qui sont à entendre comme des lits supplémentaires destinés à absorber l'hospitalisation de patients au-delà des capacités des unités. Au moment de la visite, sept étaient répertoriés et leur disponibilité suivie au même titre que les chambres hôtelières et les chambres d'isolement<sup>22</sup>. Un état est transmis, deux fois par jour par la POP à la direction de soins. L'activation des lits « hôpital en tension » est validée par celle-ci, ou l'administrateur d'astreinte le week-end. Si la majorité résulte de l'implantation d'un deuxième lit dans une chambre, à l'origine simple, deux d'entre eux étaient situés dans des lieux non prévus à cet effet, tel un bureau médical à l'unité Camille Claudel et une salle d'activité à l'unité Van Gogh<sup>23</sup>. Le transfert de cette dernière dans ses nouveaux locaux, désormais identifiés Mandela, a mis fin depuis le 14 novembre à la situation observée dans ce service<sup>24</sup>. Il convient désormais de supprimer, sans délai, le lit du bureau médical de l'unité Camille Claudel qui nuit à une prise en charge adaptée et porte atteinte à la dignité des conditions d'accueil des patients qui y séjournent.



*Lit « hôpital en tension » de l'unité ouverte Camille Claudel*

<sup>21</sup> Grille d'évaluation des contrats de pôle 2021-2024, mis à jour le 5 avril 2023. Il est possible que les données y figurant ne soient pas consolidées.

<sup>22</sup> Camille Claudel : 1 ; Cassiopée : 2 ; Unité de la dépression : 1 ; Van Gogh : 1 ; POP : 2.

<sup>23</sup> Van Gogh.

<sup>24</sup> Le rapport consécutif à la précédente visite du 7 au 10 avril 2015 avait déjà relevé cette situation à l'unité Van Gogh, cf. [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Dijon, avril 2015](#) (Observation n° 2).



Dans l'unité de la dépression, le lit « hôpital en tension » se situe dans un espace d'isolement reconverti, au caractère pour le moins austère<sup>25</sup>. Il a été indiqué que celui-ci était occupé pour des durées restreintes avant un transfert en chambre hôtelière dès que possible.



*Lit « hôpital en tension » de l'unité de la dépression (unité ouverte)*

#### Recommandation 4

L'établissement doit ôter de sa capacité les chambres d'isolement qui ne sauraient être considérées comme des chambres d'hospitalisation. De plus, les lits « hôpital en tension » doivent correspondre à des conditions respectant la dignité des patients et permettant une prise en charge adaptée. A cet effet, celui de l'unité Camile Claudel doit être supprimé sans délai. Une solution améliorant les conditions d'accueil du patient doit être recherchée pour le lit de l'unité de la dépression ; à défaut, sa suppression est à envisager.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *En pratique, il est apparu que les chambres d'isolement sont utilisées de manière très occasionnelle en l'absence de chambre hôtelière* ».

### 4.3. LES INFORMATIONS DONNEES AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT LACUNAIRES

#### 4.3.1. L'information générale des patients

Le règlement intérieur, relativement ancien (mis à jour en mars 2017) détaille les modes d'admission des patients en SSC et le rôle du JLD mais il ne peut être consulté que sur demande formulée auprès du personnel (cadre de santé ou soignant). Le livret d'accueil est remis à l'arrivée du patient au sein de son unité de prise en charge ou à défaut lorsque son état clinique le permet (sauf au sein de l'unité Buffon où il a été en rupture de stock pendant près de quatre mois). Un bordereau de remise de ce livret est renseigné par le patient. Le livret d'accueil fournit des informations sur les droits généraux des usagers (l'accès au dossier médical, la personne de confiance, les directives anticipées de fin de vie, les plaintes et réclamations, la CDU - une fiche mobile relative à sa composition est d'ailleurs remise avec le livret). En revanche, il contient peu d'informations sur l'hospitalisation en SSC et les droits afférents. S'il mentionne les différents modes d'admission, il n'évoque que trop succinctement la possibilité de saisir la commission

<sup>25</sup> Le sas comporte un bureau avec une chaise et une armoire de rangement.

départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le rôle du JLD. Aucune information ne figure sur la possibilité de s'adresser au CGLPL.

Des règles de vie sont affichées au sein des unités mais elles ne le sont pas dans les chambres et ne sont pas remises aux patients. Elles contiennent les spécificités applicables à chaque unité notamment concernant l'équipe médicale en charge de l'unité, la sécurité des biens, les horaires des repas et des visites, le téléphone, le courrier, la télévision ou encore les sorties.

Au sein des unités, les patients ne bénéficient par voie d'affichage que de peu d'informations sur leurs droits. Outre les règles de vie, sont affichés la charte de la personne hospitalisée, la charte de la laïcité des personnes dans le service public, la composition de la CDU et ses modalités de saisine, une information relative à la maison des usagers et le calendrier des cultes. Il n'y a toutefois aucun affichage concernant les droits spécifiques liés aux SSC, le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Dijon ou concernant les voies de recours ou les coordonnées des instances compétentes (JLD, CGLPL, CDSP, etc.) à l'exception de la CDU. Pour mémoire, cela avait déjà été signalé dans le précédent rapport, situation donc sans évolution.

#### 4.3.2. L'information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Le bureau des soins sans consentement transmet aux unités les documents à communiquer aux patients. A chaque étape de la mesure, les soignants, plus rarement le cadre de santé, notifient aux patients les décisions et convocations les concernant (décision d'admission, décisions de maintien, de levée de la mesure, convocation devant le JLD et ordonnances de ce magistrat, etc.). S'agissant de l'ordonnance du JLD, le patient signe un avis de réception de la notification de la décision. S'agissant des décisions du directeur d'établissement, le patient doit émarger un formulaire de notification qui contient la liste des droits mentionnés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique (CSP) et les informations relatives aux voies de recours. En cas de refus ou si son état clinique n'est pas stable, le formulaire est signé par deux soignants. Une copie de la décision et du certificat médical afférent est remise au patient (qui peut solliciter des explications auprès du médecin) tandis que les originaux sont conservés dans son dossier au niveau du bureau des entrées.

Les soignants bénéficient de la possibilité de suivre une journée de formation sur les droits des patients en SSC animée par la responsable des affaires juridiques de l'établissement. Toutefois, bon nombre d'entre eux n'ont pu en bénéficier et divers patients rencontrés par les contrôleurs ont pu déplorer le manque d'informations sur les droits dont ils disposent. En cas de demandes de complément d'informations de la part des patients, les soignants ont indiqué solliciter la responsable. L'exploitation des questionnaires de satisfaction pour l'année 2022 met en évidence que 75 % des patients estiment avoir reçu des informations sur leurs droits (73 % en 2021).

Lors des entretiens médicaux effectués par un médecin psychiatre en présence d'un infirmier, les observations du patient ne sont pas renseignées dans le certificat médical. Figure le plus souvent une phrase attestant que les observations du patient ont été recueillies sans en expliciter la teneur. C'est la raison pour laquelle, à l'examen des registres de la loi, les contrôleurs n'ont pas trouvé la transcription d'observations qui auraient permis de s'assurer de la bonne compréhension du patient de son statut. En outre, selon les informations communiquées, leur retranscription dans le dossier patient sur le logiciel *Hopital Manager* est inégalement réalisée selon les soignants.

Par ailleurs, s'agissant des procédures d'admission en soins à la demande d'un tiers, la décision d'admission du directeur d'établissement ne comporte pas l'identité du tiers à l'origine de la mesure. Cette identité du tiers demandeur n'est pas délivrée ultérieurement par l'équipe soignante. Dans ces conditions, le patient est informé de l'identité lors de l'audience devant le JLD. Or, les droits du patient nécessitent que cette information soit portée à sa connaissance dès que son état clinique le permet.

### Recommandation 5

Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et consignées sur les certificats médicaux. Dans le cadre de soins sur demande d'un tiers, si l'identité du tiers demandeur n'apparaît pas immédiatement communicable au patient, les soignants doivent cependant la faire connaître à celui-ci dès que son état le permet. Les patients doivent disposer d'informations plus précises sur l'hospitalisation en soins sans consentement et les droits afférents dans les livrets d'accueil et par voie d'affichage.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique :

*« Observations du patient recueillies en cas de soins sans consentement : Tous les certificats médicaux font apparaître la mention "Le patient a été informé de façon appropriée compte tenu de son état de santé et ses observations ont été recueillies dès lors qu'il a pu les exprimer". Les observations, s'il y en a, sont notées dans le dossier patient informatisé.*

*Identité du tiers: Concernant l'identité du tiers, conformément à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, l'établissement hospitalier ne peut pas fournir ces éléments: "Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers". Raison pour laquelle cette information est donnée par la justice lors de la convocation du patient.*

*Informations soins sans consentement : 2 pages sont consacrées dans le livret d'accueil aux soins sans consentement (pages 10 et 11) et ½ page sur les voies de recours (page 26). Par ailleurs, des flyers du Psycom sur les Soins Sans Consentement sont à disposition des patients dans les unités et au centre de documentation.*

*S'agissant du tableau de l'ordre des avocats du barreau et des coordonnées des instances compétentes (JLD, CGLPL, CDSP, etc.), il est à disposition des patients sur demande car beaucoup trop conséquent pour un affichage. Quant aux coordonnées de la JLD, cette dernière avait été interrogée à ce propos et n'a pas souhaité que ses coordonnées soient affichées. Les courriers adressés au JLD par les patients sont transmis sans délai au greffier du JLD via le BSSC. Quant à son rôle il est expliqué en page 26 du livret d'accueil. De la même façon, les missions de la CDSP et ses coordonnées sont en page 26 ».*

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation : en particulier les observations du patient doivent être reprises *in extenso* dans les certificats médicaux et les coordonnées du tribunal

affichées. En outre, ils précisent que le sens de leur recommandation répond au fait que le nom du tiers demandeur sera nécessairement porté à la connaissance du patient lors de l'audience du JLD : sans méconnaître l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, afin de prévenir tout incident lié à cette information au cours de l'audience, il est souhaitable qu'elle soit préalablement donnée au patient dans un contexte plus adapté.

#### 4.3.3. L'accès au dossier médical

Les informations relatives à la communication du dossier médical sont disponibles sur le site Internet du CH et dans le livret d'accueil. Le patient ou toute autre personne habilitée peut effectuer cette demande par courrier postal ou par le biais d'une adresse mail dédiée. Des formulaires de demande sont accessibles sur le site Internet. Une fois la demande réceptionnée par l'établissement, le bureau des soins sans consentement vérifie sur le logiciel *Cpage* le service qui a pris ou prend en charge le patient et en informe le médecin référent.

Si le patient est hospitalisé au moment de la demande, la consultation s'effectue systématiquement en présence du médecin chargé de la prise en charge, comme c'était déjà le cas en 2015. Dans le cas contraire, si le patient avait été admis en SSC, le médecin sera averti et pourra éventuellement accompagner le patient pour la consultation. Dans les autres cas, le dossier peut être remis en mains propres ou envoyé par courrier recommandé à la charge du patient à son domicile ou au médecin de son choix. Le délai de communication du dossier est compris entre huit jours et deux mois selon que la prise en charge est intervenue à moins ou plus de cinq ans.

Dans tous les cas, le médecin apprécie si des restrictions doivent être faites dans les pièces à communiquer.

Au cours de l'année 2022, 82 demandes de communication de dossiers ont été formulées. Du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 9 novembre 2023, 114 demandes ont été effectuées (dont 26 relatives à des patients pris en charge au sein des unités fermées). Les demandes ont été satisfaites dans les délais réglementaires.

## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1. LES UNITES LES PLUS VETUSTES PRESENTENT DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT DEGRADEES

Le CH est implanté sur un vaste espace comportant un parc arboré et des éléments de patrimoine. Le caractère ouvert du site, comme souhaite le maintenir l'établissement, contribue à l'accueil des patients et des visiteurs.

En matière immobilière, un fort contraste est perceptible entre des bâtiments modernes, pour certains rénovés, et d'autres vieillissant, voire vétustes. Ainsi, les unités ouvertes Camille Claudel, Cassiopée, Van Gogh et l'unité fermée Altaïr sont globalement en bon état général, bien distribuées et plutôt agréables. Les unités fermées Buffon et UPG, tout comme l'UD, unité ouverte, font partie des bâtiments aux conditions de vie spartiates. Ces unités ne disposent pas de douches intégrées aux chambres, sauf pour celles accueillant des personnes à mobilité réduite ; les patients ne disposent que d'un lavabo et d'un WC annexés à la chambre et de douches installées dans les parties communes, à savoir deux blocs de deux douches. En cas de chambre double, l'équipement sanitaire est partagé, mais la porte comporte un loquet de sécurité. Au sein des structures médico-sociales du pôle de réhabilitation, la même situation est observée pour l'unité Arc-en-ciel, tandis que l'USALP offre des locaux spacieux, clairs et bien équipés.



*Équipement sanitaire en chambre à Mandela*



*Espace sanitaire d'une chambre à l'unité Altaïr*

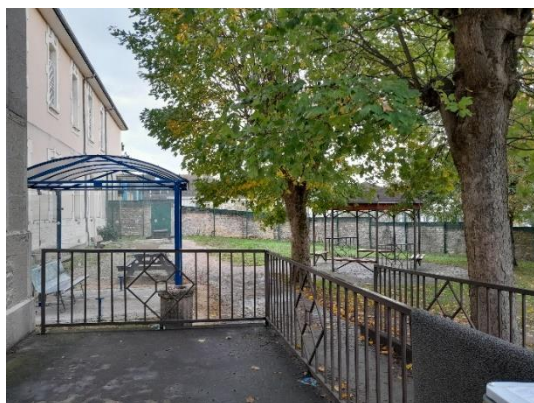
Au sein des unités visitées, il a été observé le nombre important de chambres doubles, certes variable mais dans certains cas équivalent à celui des chambres individuelles. Les fenêtres sont fermées et la circulation de l'air libre se fait au niveau d'un vasistas situé dans la partie supérieure, nécessitant l'intervention d'un soignant. Certaines chambres ont des barreaux, comme à l'unité Buffon, dès lors que celles-ci ne donnent pas sur la cour intérieure. Ces dispositifs, comme la configuration des clôtures des cours et la présence de bavolet contribuent à donner au site un aspect sécuritaire.



*Clôture de l'espace extérieur de l'unité Van Gogh*



*Balcon fumeur de l'unité Mandela*



*Espaces extérieurs de l'UPG et de l'unité Altair*



*Vue intérieure d'une chambre de l'unité Buffon et vue extérieure*

Il convient de préciser que l'unité Van Gogh, désormais baptisée Mandela, a intégré le 14 novembre les locaux rénovés de l'ancienne unité Rameau, fermée en 2016. Il s'agit d'une opération « en tiroir », apparemment réalisée sous le signe de l'urgence. Son objectif est de permettre l'évacuation de l'unité Buffon, particulièrement vétuste, dans les locaux de l'ancienne unité Van Gogh, une fois celle-ci rénovée. On peut cependant regretter que les travaux menés dans la nouvelle unité Mandela n'aient pas permis de créer des douches dans les sanitaires attenants aux chambres, les patients transférés bénéficiant de ce fait d'un confort moindre que celui dont ils disposaient. Des raisons techniques, entre autres, liées aux évacuations avec la présence de l'unité Buffon située au rez-de-chaussée et occupée s'y seraient opposées. Au titre des opérations récentes, l'établissement a également procédé à des travaux d'amélioration-rénovation au profit du centre régional de réhabilitation Bourgogne (C2RB) et de son centre d'intervention-précoce (CIP).

En matière de vétusté, les travaux de réfection des douches, conduits dans l'UD, située au premier étage, et l'UPG, au rez-de-chaussée du même bâtiment, consécutives à une infiltration partant de la première, sont toujours inachevés. La dégradation progressive et inexorable des lieux a fini par conduire à la fermeture du bloc de douches de l'UD en mai 2022 et de l'UPG. Dans l'attente, une situation transitoire a été mise en place par la conversion de toilettes en douches et l'utilisation des salles de bain collectives dans les deux unités<sup>26</sup>. Les travaux qui ont nécessité la destruction de l'existant, la reprise de la chappe, des travaux de carrelage et de plomberie sont

<sup>26</sup> Selon les informations communiquées, les travaux de destruction de l'existant ont débuté à la fin de l'année 2022, les travaux de reprise de la chappe, de cloisonnement et de plomberie à partir de mars 2023.

toujours en cours. Selon les informations recueillies, les retards seraient dus à un défaut de coordination entre les différents corps de métier. Cette situation est d'autant plus dommageable que les chambres des deux unités ne disposent pas de douche intégrée. Par ailleurs, les choix formulés en matière de carrelage, lors de l'association des soignants au projet n'ont pas été suivis.



#### *Travaux toujours en cours à l'UPG*

Comme cela a été signalé, l'établissement ne dispose pas de schéma directeur immobilier (cf. § 3.2). Il a été indiqué que le projet d'établissement 2021-2025 en tient lieu. A ce titre, certaines opérations immobilières figurent dans les projets de pôle et sont reprises dans le calendrier prévisionnel du projet d'établissement. Cependant, les contrôleurs observent que des opérations réalisées n'apparaissent pas où que certaines prévues sont décalées, voire peut-être abandonnées<sup>27</sup>. Dans le prolongement de la recommandation formulée, l'amélioration des conditions d'accueil et de séjour des patients de l'UPG et de l'UD doivent constituer des priorités. Pour sa part, la recommandation formulée en 2015 relative à l'installation de verrous de confort dans les chambres hôtelières des unités visitées n'est toujours pas mise en œuvre<sup>28</sup>.

Les services techniques de l'établissement procèdent progressivement et ponctuellement à des petites opérations comme des rénovations de chambres, sur la base des demandes exprimées par les services. Tel est le cas dans les unités Camille Claudel, Cassiopée et Altaïr (remise en peinture, reprise de sols). Il a cependant été constaté la persistance de la dégradation des linoléums dans des salles de bain de l'unité Camille Claudel, dues apparemment à des infiltrations. De même, la nature glissante du matériau du sol de la terrasse de l'USALP, conduit les soignants à la condamner, par temps humide, pour éviter les chutes. Une mise à niveau serait la bienvenue compte tenu de l'agrément de vie qu'elle procure. De même, s'il est prévu des travaux de rénovation de la cafétéria, ceux-ci n'interviendront pas avant 2025, sous réserve de l'effectivité de la prévision figurant au projet d'établissement.

<sup>27</sup> Il était prévu de transformer Buffon en USIP « dans le cadre d'une opération en tiroir à préciser avec Altaïr » avec un démarrage de travaux en 2022 et une ouverture en 2023 (page 185). La délocalisation de la pharmacie était prévue dans les locaux d'Eole en 2023.

<sup>28</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Dijon, avril 2015, observation n° 19, p. 5.

### Recommandation 6

Les patients doivent disposer de chambres équipées de verrous de confort pour assurer leur intimité, dotées de fenêtres pouvant s'ouvrir et sans barreaudage ; les chambres doubles doivent disposer d'élément de séparation. Enfin, l'aménagement de douches intégrées dans les chambres doit être étudié. Les travaux de remise en état des blocs sanitaires de l'unité de la dépression et de l'unité de psychiatrie générale doivent désormais s'achever rapidement.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Le CH a commencé à équiper les chambres des unités avec des verrous permettant au patient de s'isoler. En 2023, quatre unités ont été équipées, trois le seront en 2024 et le programme continuera jusqu'en 2025. Concernant l'aménagement de salle de bains (comprenant lavabo, douche et WC) dans les chambres, celles-ci sont systématiquement prévues dans les rénovations d'unités engagées par le CH depuis des années, sauf dans le cas particulier où le bâti souvent ancien ne permet pas de les installer dans les chambres. Dans ce seul cas et a minima les chambres sont équipées de salle d'eau (lavabo et WC). Les blocs douches sont en cours de rénovation sur l'ensemble du CH* ».

Le mobilier des chambres est en bon état général. Une bonne réactivité des services techniques, plus encore pour les interventions urgentes, est à souligner. L'établissement dispose à cet effet d'agents internalisés, ce qui le conduit à réaliser un certain nombre d'opérations en régie.

## 5.2. L'HYGIENE EST GLOBALEMENT ASSUREE SAUF EN MATIERE DE FOURNITURE DE VETEMENTS EN URGENCE ET DE LAVAGE DU LINGE

### 5.2.1. La propreté des locaux

Les locaux des unités de psychiatrie ont été trouvés en bon état de propreté, que les unités soient récentes ou dans un état de vétusté plus avancé. Le nettoyage des locaux est assuré chaque jour, y compris le week-end, par les ASH (au minimum quatre par unité). Sur le plan fonctionnel, ils sont supervisés par la cellule EOHH (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière). Cette cellule, qui est rattachée à l'unité des soins somatiques, comporte un PH dédié à cette fonction ainsi qu'une infirmière hygiéniste et est quasi-exclusivement axée sur la prévention et la prise en charge du risque infectieux et nosocomial. Le lien entre l'infirmière hygiéniste et les ASH est assez peu affirmé, à l'exception des formations qui peuvent leur être dispensées via le plan de formation du CHS et devrait être renforcé. Les espaces extérieurs (à savoir le parc et les patios des unités) sont entretenus par les agents du service technique. Des manquements ont été évoqués auprès des contrôleurs sur ce point, sans toutefois avoir été vérifiés durant la mission. Les contrôles sanitaires obligatoires sont faits régulièrement et il est fait recours à une entreprise pour les actions de dératisation et de désinsectisation, à titre préventif ou curatif.

### 5.2.2. L'hygiène personnelle des patients

Les patients ne bénéficient pas tous de douches attenantes à leur chambre (cf. recommandation § 5.1). En revanche, chaque unité dispose d'une salle de bain commune comportant une baignoire et une douche, ainsi qu'une chambre avec un sanitaire répondant aux normes PMR.

Les patients bénéficient de toute facilité pour obtenir des produits d'hygiène corporelle, des stocks étant à disposition dans les différentes unités. Ils sont fournis gratuitement aux patients lors de l'admission ou s'ils le demandent. Ils peuvent également être apportés par la famille. De



plus quelques produits d'hygiène sont en vente à prix bas au sein de la cafétéria. Selon les propos recueillis, ils sont très demandés.

De plus, le CH assure gratuitement pour les patients une prestation de coiffure. Une coiffeuse, rémunérée par l'établissement, reçoit les patients sur rendez-vous au sein d'un salon professionnel aménagé au rez-de-chaussée de l'EHPAD « les Vergers ». Elle peut également se déplacer dans les unités sur demande des soignants. Cette prestation est ouverte, sous certaines conditions, aux patients suivis en ambulatoire. La coiffeuse peut également étendre sa prestation à quelques soins esthétiques. En revanche, aucune prestation de socio-esthétique n'est assurée au sein du CIAMM ou du SMP.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Durant la visite de la mission de contrôle du CGLPL, une ASH était en formation de socio-esthétique. Cette formation s'est terminée en janvier 2024. La médiation est proposée depuis cette date* ».



Salon de coiffure à l'EPAHD les Vergers

### 5.2.3. Les effets personnels et l'entretien du linge

Les situations où les patients ne disposent pas d'effets personnels suffisants sont assez nombreuses, soit en raison de conditions d'admission associées à une crise, soit au motif d'une grande précarité sociale (hospitalisation, par exemple, de personnes sans domicile fixe). Actuellement, la fourniture de vêtements est assurée en grande partie par « La Vêtementerie », qui est une action organisée dans le cadre du CIAMM. Les vêtements récupérés sont réparés, lavés, voire customisés par des patients et vendus à un prix modique. Des échanges peuvent aussi avoir lieu. Une vente hebdomadaire a lieu tous les mercredis ou ponctuellement sur demande. Quelques animations sont organisées, comme des séances photos ou des défilés de mode.



Affichage dans les unités



Une des salles de la vêtementerie  
(les photos sont des patientes lors d'un défilé de mode organisé par la vêtementerie)

## Bonne pratique 2

L'organisation d'une activité thérapeutique impliquant les patients permet également d'assurer une prestation de mise à disposition quasi-gratuite de vêtements, tout en assurant des animations (défilés de mode, cadeaux festifs pour les patients démunis).

En complément de cette possibilité, les unités disposent en général d'un vestiaire avec des vêtements de secours, mais leur contenu et leur tenue sont très variables. Aussi, selon des témoignages recueillis, des manquements subsistent, concernant en particulier les sous-vêtements, chaussettes ou claquettes, certains patients évoluant « pieds nus » en plein hiver. Face à ces manquements, des distributions gratuites sont parfois organisées par La Vêtementerie, comme l'opération « chaussettes de Noël », financée avec les fonds provenant de la vente des vêtements, les unités n'étant pas autorisées à faire de telles acquisitions sur leur budget. Toutefois, le CH devrait s'assurer d'un stock de vêtements suffisants dans les unités en particulier pour les plus démunis.

Un autre manquement a été identifié par les contrôleurs, à savoir l'impossibilité pour les patients d'accéder à des machines à laver pour entretenir leur linge. Auparavant, des machines existaient dans les unités, mais elles n'ont pas été remplacées. Il n'existe pas non plus de laverie sur le site du CHS. La blanchisserie de l'hôpital entretient uniquement les effets personnels qui sont marqués au nom des patients, soit pour les résidents de l'EHPAD ou des unités au long cours telles que l'USALP ou Arc-en-Ciel. Cette situation est particulièrement problématique pour les patients isolés, hospitalisés en unités fermées. Dès lors, les solutions proposées sont « de fortune », avec la fourniture de lessive et du lavage à la main. On constate de nombreux lieux de séchage improvisés au sein de plusieurs unités. Il est toutefois proposé une prestation par un ESAT ou une association d'insertion, à des prix tout à fait corrects et qui donne satisfaction aux patients concernés.



Information dans les unités



Lavage à la main à l'unité Altair

### Recommandation 7

L'établissement doit mettre à la disposition des patients, en particulier ceux des unités de psychiatrie fermées, des vêtements de première nécessité et des moyens faciles d'accès pour laver leur linge.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Actuellement, le CHLC ne dispose pas de laverie automatique où les patients pourraient laver leur linge. Des pyjamas, des chaussons sont fournis et des vêtements sont à la disposition dans les services afin de dépanner les patients. Une collaboration avec la vêtementerie et les services de soins est réalisée. Pour rappel, les personnes qui sont hospitalisées dans notre établissement doivent se faire amener du linge régulièrement par de la famille, amis ou toutes autres personnes. En cas de manque, la vêtementerie fournit des vêtements. cf. : livret d'accueil page 15 : « Blanchisserie: L'établissement fournit en entretien le linge hôtelier. L'entretien de votre linge personnel devra être assuré par votre entourage ». Auparavant, des machines à laver étaient installées dans les unités de soins mais ces dernières étaient en panne régulièrement car elles n'étaient pas utilisées correctement (poche non vidée). Toutefois une machine à laver et un sèche-linge ont été mis à USALP pour une utilisation libre par les patients du CHLC. Une communication va être faite pour que les patients des autres services puissent y accéder ».*

Le linge de lit et les linges de toilette, intégralement fournis par l'établissement - sauf si le patient dispose de son linge de toilette - sont entretenus par le CHS, avec une prestation de blanchisserie sous-traitée au CHU. Les changes sont opérés dans les unités par les aides-soignants, au minimum une fois par semaine et aussi souvent que nécessaire en fonction de l'état du patient. Les unités disposent de stocks suffisants pour faire face à l'ensemble des besoins.

La mission de collecte de ces linges et de réapprovisionnement des stocks est effectuée par des intendantes rattachées au service logistique et qui interviennent directement dans les unités à cet effet. Cette organisation a été regardée positivement par le contrôle, dans la mesure où elle permet de libérer les soignants de cette mission (et donc de redéployer leur temps auprès des patients). Elle garantit aussi la bonne et juste répartition des stocks.

Les événements indésirables de 2023 mentionnent toutefois de nombreux manquements sur la livraison du linge, mais qui concernent les unités de long séjour et non les services de psychiatrie.

### 5.3. MALGRE LES REFLEXIONS ET LES AMELIORATIONS EN COURS, LA GESTION ET L'ACCES AUX BIENS RESTENT COMPLEXES POUR LE PATIENT

#### 5.3.1. La protection des effets personnels

Le CH a été confronté ces dernières années à plusieurs déclarations de vol ou de perte d'argent émanant de patients hospitalisés, la responsabilité de l'établissement ayant parfois été mise en cause<sup>29</sup>. Face à cette situation, des mesures ont été prises. Les chambres (individuelles ou doubles) sont toutes équipées de placards munis d'une clé qui est en possession du patient et au sein de la POP des casiers ont été installés. Ceci étant, les placards des chambres ont été constatés le plus souvent ouverts, avec de nombreux effets personnels (sacs à mains, porte monnaies) exposés. Dans plusieurs unités, les chambres sont fermées pendant les repas en raison des vols antérieurement constatés.

Par ailleurs, l'établissement a remis à l'étude et mis en application en 2023 un protocole relatif à l'inventaire et au dépôt des objets et valeurs<sup>30</sup>. Ce document, très diversement connu et appliqué par les équipes soignantes, est d'une assez grande complexité. Il prévoit de façon détaillée des procédures sécuritaires (telle que la fouille ou l'ouverture des placards) qui restent assez exceptionnelles. En revanche, la prise en charge des inventaires en phase d'admission, et notamment les missions respectives de la POP et de l'unité d'hospitalisation, sont décrites trop sommairement, la pratique professionnelle étant de ce fait disparate selon les unités. Les inventaires réalisés sont le plus souvent très succincts, non réévalués au cours du séjour, visant essentiellement à dégager la responsabilité de l'établissement sur les objets et valeurs que le patient souhaite garder, sans même en faire un inventaire détaillé, ce qui est contraire au protocole susvisé<sup>31</sup>.

#### Recommandation 8

Les effets personnels des patients doivent faire l'objet d'un inventaire précis, contradictoire et réévalué au cours du séjour ; le protocole qui le mentionne doit être revu en ce sens et être plus précis sur les phases d'admission (articulation entre la POP et les unités).

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Inventaire : la procédure a été mise à jour le 24/03/2023 et un nouveau formulaire de dépôt a été formalisé. Cette procédure indique les grandes étapes de la procédure avec notamment les inventaires prévus "au moment et au cours de l'hospitalisation", à savoir : Lors de l'installation en chambre ; Lors du retour du patient de sortie de courte durée et lorsqu'un proche dépose des biens. Il est donc bien prévu une réévaluation en cours de séjour. Cet inventaire est contradictoire. La procédure indique : "L'agent et le patient dressent ensemble un inventaire des biens du patient sur le formulaire" ».*

Les biens que le patient ne peut garder du fait de restrictions médicales (chargeur de téléphone, cigarettes) ou par sécurité (hors bijoux et valeurs) sont entreposés dans des casiers nominatifs

<sup>29</sup> Cf. bilan 2022 de la CDU.

<sup>30</sup> Protocole N°PEC OPC8PO 41 applicable le 25/04/2023.

<sup>31</sup> « Les biens de valeur gardés par le patient sont tracés dans l'inventaire avec la mention « gardé par le patient ».

qui se situent dans les bureaux de soins des unités. Ils n'appellent pas d'observation particulière, sauf la nécessité d'inventorier périodiquement et contradictoirement le contenu de ces casiers<sup>32</sup>.

### 5.3.2. L'accès aux moyens de paiement

Les sommes d'argent, les bijoux et différents moyens de paiement (cartes bancaires, chéquiers) en possession des patients lors de leur admission à la POP sont remis par mesure de sécurité et sauf exception – présence d'un proche – à la régie du CH, située dans les bureaux des mandataires judiciaires de l'établissement. En dehors des heures d'ouverture de la régie, le dépôt se fait temporairement dans un coffre situé au sein du standard. Les mouvements sont consignés sur un carnet à plusieurs feuillets, dont un pour le patient.

A l'issue de l'admission en unité de psychiatrie, la plupart des patients demandent rapidement à reprendre possession de leurs subsides, pour faire face à certaines dépenses en lien avec leur hospitalisation. Les retraits s'effectuent le plus souvent par le cadre de santé ou un soignant ayant reçu procuration du patient, en raison des difficiles conditions d'accès aux locaux de la régie : les locaux sont excentrés, la mention « service des tutelles » n'est pas représentative de la mission de la régie qui a en charge la gestion des biens de tous les patients, l'accessibilité n'est pas garantie car les bureaux se situent dans les étages avec une signalétique lacunaire, et les horaires affichés sont restrictifs, même s'il semblerait que l'obligation préalable de rendez-vous ne soit de fait pas appliquée.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *le service des tutelles va déménager en 2024 sur des locaux bien identifiés et au sein de la psychiatrie* ».

Durant l'hospitalisation, les dépôts d'argent et de valeurs sont rares car, au-delà des contraintes susvisées, les capacités de la régie à détenir des fonds sont limitées, que ce soit pour l'encours du coffre ou la durée de maintien des valeurs. Au-delà, les transferts sont faits à la trésorerie principale du CHU de Dijon, où le patient doit se rendre pour récupérer ses valeurs, les restitutions se faisant désormais exclusivement par virement bancaire. Certains dispositifs visant à faciliter l'accès à l'argent liquide comme la régie itinérante, ou des chèques de retrait émis par les unités, constatés lors de la précédente visite du contrôle, ont depuis lors été supprimés.

L'information des patients qui figure dans le livret d'accueil est insuffisante. Hormis la référence permanente au « service des tutelles » qui est impropre sauf pour les quelques patients qui en relèvent, les contraintes liées à l'accès à la régie du CH et à la trésorerie des hôpitaux et à leurs modes de fonctionnement ne sont pas mentionnées alors qu'elles peuvent être déterminantes, en particulier lors de la sortie<sup>33</sup>.

Enfin, au regard de la priorité nationale donnée au numérique, les consignations manuscrites des opérations sur des carnets dont les feuilles sont détachées sont jugées obsolètes et d'une faible garantie pour le patient.

Il a ainsi été défavorablement noté l'impossibilité de régler les achats de la cafétéria par carte bancaire, ou carte pouvant être approvisionnée à cet effet, comme cela peut désormais se voir dans certains établissements, évitant le maniement d'espèces qui expose les patients à des pertes, ou à des actes malveillants.

---

<sup>32</sup> « L'inventaire des objets retirés prend la forme d'un document écrit et cosigné par l'agent et le patient ».

<sup>33</sup> Mentionnées uniquement dans l'imprimé d'inventaire (PEP OPC ENR 19) mais elles sont erronées et non concordantes avec les affichages sur site.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *A noter que la nouvelle cafétéria (2025) sera équipée d'un terminal de paiement* ».

#### Recommandation 9

Les possibilités de déposer des liquidités et des moyens de paiement et de les récupérer pour en faire usage doivent être modernisées et facilitées pour le patient, et l'information sur ce sujet par les différents vecteurs de communication doit être améliorée.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *L'établissement n'a pas vocation à se substituer à un organisme bancaire. Les fonds déposés au coffre pour les patients majeurs, ne sont qu'un dispositif temporaire, et sont conservés sur site jusqu'à la sortie du patient. La « modernisation » des documents ne dépend pas de l'établissement mais du Trésor Public, car il s'agit d'une régie de dépôt. Le service des tutelles va déménager prochainement, et l'information pour sa localisation sera mise à jour dans le livret d'accueil. La cafétéria pourra profiter lors de son déménagement dans ses nouveaux locaux, de la possibilité du règlement par carte bancaire* ».

Le recours aux questionnaires de satisfaction n'apporte aucune information, l'avis des patients sur cet aspect important de leurs conditions d'hospitalisation n'étant pas requis.

#### 5.3.3. Les relations avec les mandataires judiciaires

Dans les unités de psychiatrie, les patients majeurs protégés représentent approximativement 40 % des patients, le plus souvent en soins contraints. Il peut s'agir de patients déjà sous mesure de protection, ou pour lesquels la mesure se met en place à l'occasion de l'hospitalisation, à la demande des soignants, des proches ou à l'occasion du bilan social. Ce sont alors les assistantes sociales de l'unité qui constituent le dossier, certaines évoquant des difficultés de suivi en aval du jugement rendu, dont elles ne sont pas toujours informées.

Les mesures de tutelle sont exercées soit par les mandataires judiciaires de l'établissement, soit par des associations institutionnelles – en particulier l'UDAF – ou par des mandataires libéraux. Les deux mandataires, secondés de deux agents administratifs, de l'établissement suivent à la date du contrôle 130 mesures, essentiellement pour les patients des unités USALP et Arc en Ciel. Une dizaine de mesures concernent des patients en SSC des unités de psychiatrie. Ce nombre est en très nette réduction, suite à la décision prise par l'établissement de ne plus prendre en charge de mesures concernant les patients suivis en ambulatoire.

Lors de l'admission, la POP tente de déterminer très rapidement si le patient bénéficie d'une mesure de tutelle et dans ce cas, de joindre le mandataire judiciaire et de porter les informations dans le logiciel de suivi du patient. Il arrive parfois que le patient soit connu des services et que le mandataire soit déjà identifié. Dans le cas contraire, il n'est pas toujours facile de contacter le mandataire, a fortiori lorsque l'admission se produit en dehors des jours ou heures ouvrables. Il est par ailleurs rapporté que les mandataires, dûment convoqués, ne sont jamais présents aux audiences du JLD.

Durant la prise en charge et l'hospitalisation, les relations avec les mandataires sont très variables et conditionnent l'effectivité de l'accès aux biens pour les patients concernés, en fonction du statut du mandataire désigné et de la nature des sollicitations exprimées pour les besoins du patient. La prise en charge des dépenses courantes : cigarettes, argent de poche, paiement des charges du logement à l'extérieur, se met le plus souvent rapidement en place sans difficulté

particulière. Le patient dispose d'une carte de retrait (avec ou sans code selon son niveau d'autonomie), avec un plafond hebdomadaire qui est fonction de ses besoins et de ses ressources. En revanche, les demandes plus spécifiques, comme les achats exceptionnels, les déplacements pendant les permissions ou les demandes de vêtements peuvent s'avérer plus complexes, et faire parfois l'objet de délais. Les raisons peuvent être la difficulté de contacter le mandataire, les ressources insuffisantes au moment de la demande, voire une appréciation défavorable – en cas de tutelle – sur l'opportunité de la demande exprimée. Il est également rapporté que peu de magasins acceptent désormais les bons d'achat (qui éviteraient que le patient ne se déplace avec trop d'espèces).

Selon les propos recueillis, il peut arriver que des secours exceptionnels soient temporairement mis à disposition de patients majeurs protégés par l'association Champmol, dans l'attente que le patient puisse accéder aux fonds dont il dispose. Le montant de ces avances n'a toutefois pas été confirmé par l'établissement.

L'association du mandataire aux synthèses qui concernent le patient est systématiquement proposée, dès lors notamment que l'on s'approche de la levée d'hospitalisation. Si les contacts avec les mandataires du CHS ne posent pas de difficulté, les relations avec les autres mandataires peuvent s'avérer plus complexes : réalisation de démarches préparatoires à la sortie, constitution des dossiers pour le versement des aides (AAH, retraites, aides au logement), visites au domicile du patient. Les missions respectives du mandataire et des assistantes sociales relèvent parfois d'une certaine confusion qui peut retarder l'effectivité des démarches à entreprendre.

L'établissement évoque en particulier des difficultés récurrentes avec les mandataires libéraux, en raison de griefs exprimés de part et d'autre sur l'absence de communication des informations. Les tuteurs revendiquent des informations d'ordre médical que l'hôpital hésite à communiquer, et l'hôpital accepte difficilement le refus des aides ou participations sollicitées pour les activités ou sorties jugées nécessaires et thérapeutiques dans le parcours du soin.

Eu égard à l'acuité de certaines situations et au nombre de patients concernés par des mesures de protection juridique, il est conseillé à l'établissement, le cas échéant en lien avec les autorités concernées, de mener une réflexion sur les modalités de mise en application et de déroulement de la mesure de protection juridique lors de période d'hospitalisation, en particulier si elle s'exerce sous contrainte.

#### **5.4. LES REPAS ET LES ATELIERS DE CUISINE THERAPEUTIQUES SONT SOURCE D'INTERROGATIONS ET D'INSATISFACTIONS**

La dernière inspection de la DPP (direction de la protection des populations) remonte au 13/08/2020 en émettant un avis favorable sur le fonctionnement et organisation de la restauration.

En complément, le laboratoire départemental de la côte d'or se déplace sur site tous les ans. Le dernier audit sur le respect de l'hygiène réalisé le 12/09/2023 a émis une trentaine d'observations, dont la moitié concerne la vétusté et l'absence de conformité des locaux, la plupart réitérées par rapport aux constats de 2022 : carrelages cassés, équipements rouillés.

Les contrôleurs ont toutefois noté un lavage quotidien de la zone de production, production intégralement organisée sur le site (à l'exception du pain, livré tous les jours).



Les locaux de la cuisine présentent des signes de vétusté



L'unité de production en cours de nettoyage

### Recommandation 10

Les locaux de la cuisine centrale doivent faire l'objet d'un plan de rénovation pour répondre aux recommandations des audits d'hygiène et faire cesser les dysfonctionnements relevés.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Des travaux sont faits régulièrement en cuisine centrale pour respecter les règles d'hygiène. Des analyses sont faites régulièrement par un laboratoire indépendant sur les produits transformés et/ou conditionnés en cuisine, la qualité microbiologique et le bilan pour l'année 2023 est de 98.67 % d'après les paramètres et critères ciblés. Effectivement le CLAN n'existe plus depuis plusieurs années car le médecin, président de cette commission, est parti et aucun médecin n'a été désigné. Ce problème va être remonté au président de la CME. Une nouvelle information va être faite auprès des services afin de rappeler que la cuisine dans les locaux du CIAMM pour l'activité cuisine existe et doit être utilisée en priorité* ».

Les menus de la semaine sont affichés dans les unités. Les repas sont servis aux horaires d'usage et les patients bénéficient d'une collation vers 16 heures et d'un service de tisanerie le soir ; les soignants ne mangent pas avec les patients. Deux diététiciennes sont présentes sur l'établissement et indiquent recevoir sur demande certains patients de façon individuelle. En revanche, la présence des diététiciennes au sein des unités de psychiatrie n'est pas ritualisée, ni protocolisée. Selon les propos recueillis « elles passent régulièrement dans les unités ». De plus, la prise en charge des menus et des besoins pour les publics spécifiques, tels que les adolescents ou les personnes âgées, mériterait une attention conjointe plus soutenue de la part des personnels des cuisines et des diététiciennes. En revanche, elles animent très régulièrement un atelier de « marche active » au sein du CIAMM.

La qualité gustative des repas, l'absence de diversité des menus et les quantités font l'objet de fréquentes insatisfactions émises par les patients et relayées par les soignants.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Les résultats de l'enquête de satisfaction 2023 relatifs aux repas sont les suivants :*

« 29 : êtes-vous satisfait de la qualité des repas ?



Réponse	Total	
	Nb	%
Très satisfait	275	35
Satisfait	312	39
Peu satisfait	132	17
Pas du tout satisfait	54	7
Sans avis	17	2
<b>Total</b>	<b>790</b>	<b>100</b>

Taux de satisfaction moyen : 76, 13 %

Taux de patient satisfait : 75,94 %

29 : êtes-vous satisfait de la quantité des repas ?

Réponse	Total	
	Nb	%
Très satisfait	314	40
Satisfait	327	42
Peu satisfait	87	11
Pas du tout satisfait	34	4
Sans avis	16	2
<b>Total</b>	<b>778</b>	<b>100</b>

Taux de satisfaction moyen : 80,22 %

Taux de patient satisfait : 84,12 % »

Les contrôleurs maintiennent leur constat basé en partie sur les nombreux entretiens menés avec les patients.

Il n'y a pas de commission « menus » permettant d'associer les patients aux menus proposés et le comité de liaison pour l'alimentation et la nutrition (CLAN), mentionné dans le livret d'accueil comme une instance référente et de concertation, ne se réunit plus depuis deux ans.

Des ateliers cuisine à vocation thérapeutique se tiennent dans certaines unités mais depuis juin 2023, le déroulement de ces ateliers connaît des restrictions et les repas doivent être consommés exclusivement par les personnes qui les préparent. Cette restriction fait obstacle à la notion de partage importante pour le déroulement de cette activité. De plus, elle est très diversement appliquée selon les unités, ce qui induit des inégalités de traitement entre les patients. Une harmonisation, dans la limite des pratiques pouvant être raisonnablement admises et d'un encadrement de ces ateliers par des personnels compétents, doit être recherchée. Une visite des locaux du CIAMM a permis de constater une sous-utilisation certaine d'une cuisine équipée qui permettrait d'y développer des ateliers thérapeutiques, éventuellement à thèmes, selon une organisation à mettre en place.

### Recommandation 11

Les soignants et les patients doivent être davantage associés à l'élaboration des menus afin de les améliorer tant sur la quantité que sur la qualité. La possibilité d'organiser des ateliers thérapeutiques de cuisine doit être maintenue et harmonisée.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique :

*« Les soignants et les patients doivent être davantage associés à l'élaboration des menus : Un travail est déjà existant avec les responsables de la cuisine, les souhaits des patients sont pris en compte dans la limite du possible car les règles de fabrication sont strictes et tout ne peut se faire.*

*Ateliers cuisine thérapeutiques : conformément aux dispositions relatives à la restauration collective (cf. Arrêté du 8 octobre 2013), à la note de service DGAL/SDSSA/N2012-8054 en date du 08 mars et au règlement (CE) n° 852/2004, si l'établissement n'est pas en mesure de respecter la réglementation relative à la restauration collective pour des repas préparés lors des ateliers de cuisine thérapeutiques, seuls les patients qui ont préparé le repas pourront le consommer. Les ateliers de cuisine thérapeutiques sont donc maintenus dans ces conditions.*

*Une note de service précisant les modalités de consommation des repas thérapeutiques sera effectuée pour harmoniser les pratiques ».*

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1. LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS EST RESTREINTE DE MANIERE EXCESSIVE

#### 6.1.1. La circulation des patients au sein de l'établissement

Une seule unité ouverte – Van Gogh – accueille parfois des patients en SCC (aucun lors de la visite). Dans les autres cas, le statut d'admission en SCC est corrélé à une affectation en unité fermée, et donc à une restriction de la liberté d'aller et venir, bien qu'une démarche d'ouverture partielle ait été intégrée au projet médical 2021-2025 et expérimentée à l'unité Altaïr. Dans l'optique de créer une alternative à la binarité « fermé/ouvert » et d'« améliorer l'orientation des personnes accueillies en fonction de leur état clinique »<sup>34</sup>, il a été pris le parti de faire évoluer Altaïr en unité semi-ouverte, avec déverrouillage des portes de l'unité de 14h30 à 16h. Selon les éléments recueillis, l'expérience s'est révélée vertueuse, il n'y a pas eu d'incident à déplorer de nature à remettre en cause l'initiative dans son principe ; néanmoins celle-ci a été interrompue faute d'avoir pu, a-t-il été indiqué, maintenir une homogénéité des publics. L'accueil, pour des contingences de places, de patients dont l'état clinique (voire le statut de SDRE) est jugé incompatible avec une ouverture des portes l'après-midi a mis un coup d'arrêt à l'expérience. L'absence de dispositifs de déverrouillage par badges programmables, auxquels ont recours d'autres structures, prive de manière préjudiciable de possibilités de modulations individualisées de la liberté d'aller et venir.

Sans badge, les patients en soins libres admis en unités fermées (auxquels on fait signer une attestation d'accord d'hospitalisation en unité fermée) sont contraints, pour toute sortie dans l'enceinte du CH, de solliciter les soignants afin de déverrouiller les portes d'unités fermées à clef. En outre, dans l'une des unités – Buffon –, les patients en HL font l'objet, de manière systémique, d'entraves infondées juridiquement à leur liberté d'aller et venir. Ils n'ont d'autorisations de sortie qu'une heure le matin, une heure l'après-midi, au risque s'ils ne s'y soumettent d'une rupture du contrat de soins.

Enfin, en dépit de la dynamique institutionnelle de réflexion en faveur d'une plus grande ouverture des unités, les procédures de SSC sont restées inchangées. Il n'a pas été tenu compte des observations du CGLPL lors de la visite de 2015 concernant les modalités de sortie dans l'enceinte de l'établissement des patients en SCC. Celles des patients en SDT et SPI demeurent, selon la procédure mise à jour le 24 novembre 2022, subordonnées à l'accord du directeur et l'accompagnement d'au moins un membre du personnel, de la personne de confiance ou d'un membre de la famille, autrement dit, hors aval préfectoral, aux conditions de sortie de courte durée à l'extérieur de l'établissement posées par l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique. Celles des SDRE sont encore plus drastiques : accompagnement obligatoire de deux soignants sauf « cas exceptionnel dûment circonstancié »<sup>35</sup> où la présence d'un seul soignant est admise. Dès lors, les conditions d'accès au parc, à la cafétéria ou au local du CIAMM regroupant l'essentiel des activités thérapeutiques sont plus restrictives pour les SDRE que les conditions fixées par le législateur pour une sortie hors de l'établissement de courte durée. Comme en 2015, il est, de surcroît, fait état d'une grande frilosité dans l'examen des demandes – celles sollicitant l'accompagnement par un seul soignant d'un patient en SDRE sont, a-t-il été mentionné,

<sup>34</sup> Projet de service 2021/2025 de l'unité Altaïr.

<sup>35</sup> Procédure de soins sur décision du représentant de l'Etat, mise à jour le 24 novembre 2022.

systématiquement refusées, aboutissant à un mécanisme d'auto-censure de la part des équipes. Faute de pouvoir dégager deux soignants (dans le meilleur des cas la moitié des effectifs en unités) les patients en SDRE ne sortent pas de celles-ci et ne peuvent bénéficier du panel de l'offre d'activités thérapeutiques.

Chaque unité est aménagée d'un patio, équipé d'un abri en cas d'intempérie. Cet espace constitue pour les SDRE le seul accès à l'air libre. Les patients peuvent s'y rendre sans restriction à compter de la prise de service de l'équipe du matin (soit vers 6h30) jusqu'à 23h, à l'exception des temps de repas et de transmission. Les patients peuvent accéder librement à leur chambre, sous réserve des mêmes temps de fermeture.

### Recommandation 12

Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement à l'extérieur de l'unité ou de l'établissement. Du seul fait de leur statut, les patients en soins sans consentement ne peuvent voir leur liberté d'aller et venir restreinte de façon générale et absolue ; les limites imposées doivent être justifiées par leur état clinique, adaptées et régulièrement réévaluées.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique qu'il y a lieu de « *préciser que seuls les patients en soins libres en unité fermées sont concernés par cette recommandation. La liberté d'aller et venir des patients en soins sans consentement relève d'une décision médicale. Un certificat médical est établi par le médecin. Les décisions concernant la liberté de mouvement des patients en soins sans consentement sont prises en fonction de l'évaluation clinique de la dangerosité du patient pour lui-même ou pour autrui. Ces évaluations sont régulières et basées sur des critères objectifs.*

*Concernant les modalités de sortie dans l'enceinte de l'établissement des patients en soins sans consentement : application de l'article L.3211-11-1 pour les autorisations de sorties puisque "l'enceinte de l'établissement" est un lieu touristique ouvert au public ».*

#### 6.1.2. La sécurisation du site et des patients

Le site abrite deux monuments historiques (une chapelle néogothique du XIX<sup>ème</sup> siècle et une structure du XV<sup>ème</sup> siècle dite « le Puits de Moïse ») ainsi qu'une antenne de l'office du tourisme, accessibles au public. En journée, l'accès est ouvert sans limitation, notamment pour les visites touristiques des monuments (qui se tiennent tous les jours de 9h30 à 17h30). La barrière régulant l'accès des véhicules, commandée depuis le poste de standard à l'entrée principale, est levée. Le soir, elle est baissée et le site fermé par des grilles. Des rondes nocturnes sont réalisées par des vigiles.

S'il y a ouverture sur la cité, en lien avec la valorisation du parc et du patrimoine historique, elle s'accompagne d'un repli sécuritaire, s'exprimant dans les atteintes à la liberté d'aller et venir des patients dans le parc décrites *supra* (les patients en SCC ne peuvent sortir seuls dans le parc quand bien même leur état de santé l'autoriserait selon l'avis du psychiatre assurant la prise en charge) et de multiples dispositifs de sécurité pesant sur les conditions d'hospitalisation des patients : occultation des vitres visibles depuis les chemins de circulation dans le parc pour éviter des regards indiscrets, barreaudage de toutes les fenêtres des unités donnant sur le parc, verrouillage de leurs systèmes d'ouverture, clôture de sécurité anti-escalade autour des patios, etc. en vue d'empêcher les sorties non autorisées et de réduire les possibilités d'introduction de stupéfiants. A cet égard, un déploiement de la vidéosurveillance, notamment aux abords des

patios des unités, a été déployé depuis 2015, sans dissuader tous les trafics. Un protocole de collaboration avec les services de l'Etat, daté du 3 décembre 2021, règle les modalités d'intervention des forces de l'ordre en cas de trafic de produits illicites ou d'atteinte à l'intégrité physique des patients. Des interventions de la brigade canine sont organisées trois ou quatre fois par an. Le standard centralise les reports d'alarme incendie et dispose d'une liaison directe avec les pompiers, situés à quelques minutes de l'établissement.

## 6.2. LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT REDUITES ET INDIVIDUALISEES

### 6.2.1. Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces de l'unité

La journée des patients s'organise autour principalement des temps dédiés au traitement, les repas et les activités organisées dans l'unité ; certaines affichent des plannings des activités, ce qui permet aux patients de se repérer. La journée débute vers 7h45 par le lever, la remise des traitements, puis le petit-déjeuner vers 8h30. Le collectif s'achève vers 23h, heure à laquelle les patients sont invités à regagner leur chambre. En journée, ils peuvent accéder librement au patio et salon TV (sous réserve des temps de repas et transmission). Dans l'enceinte de l'établissement, pour ceux autorisés à sortir de l'unité, la cafétéria est ouverte du lundi au vendredi de 9h30 à 17h, la bibliothèque de 13h30 à 17h.

### 6.2.2. L'accès au tabac

La libre disposition du tabac et des briquets est conservée, sauf aménagements liés à l'état clinique des patients ou leurs ressources financières. Dans ce cas, qui reste l'exception, la distribution suit un rythme prédéfini auprès des patients. Des substituts nicotiques (patches) peuvent être remis sur demande. Un accord avec un bureau de tabac à proximité permet l'organisation de livraisons hebdomadaires. Les mandataires peuvent passer commande auprès du partenaire et procéder au paiement par virements. En revanche, les patients détenus font l'objet de restrictions liées à leur statut et la politique de l'établissement de les isoler d'office (cf. § 10.3).

### 6.2.3. L'usage du pyjama

Le port de pyjama n'est pas imposé dans les unités, sauf placement en chambre d'isolement. Des pyjamas hospitaliers sont cependant à disposition pour les patients qui souhaitent en faire usage la nuit.

## 6.3. LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT ASSUREES MAIS LES CONDITIONS DE VISITES DES MINEURS TROP RESTRICTIVES

### 6.3.1. Le courrier et le téléphone

#### a) Le courrier

Le droit d'émettre ou de recevoir des courriers est indiqué dans le livret d'accueil, de même que celui de contacter les autorités administratives et judiciaires pertinentes (préfet, procureur de la République, maire, etc.) ou de saisir la CDSP et la CDU ; en revanche, celui de correspondre avec le CGLPL et le Défenseur des droits n'est pas mentionné. Les courriers et colis sont distribués dans les unités ; des levées et dépôts quotidiens sont réalisés en semaine par le vagemestre du CHS. Les patients peuvent demander, auprès des soignants, à disposer d'enveloppes, papier et

stylos ; cependant, l'achat des timbres (disponibles le cas échéant à la cafétéria) est à leurs frais. Le livret d'accueil n'évoque cependant pas ce point.

### b) Le téléphone

Les téléphones portables ne sont pas retirés par principe. Les patients les conservent, sauf contre-indication médicale ou constat de mésusage (appels intempestifs à des interlocuteurs qui s'en plaignent, prise de photos de patients, utilisation pour obtenir des substances illicites, écoute trop forte de la musique, etc.). Dans ce cas, l'accès peut être empêché ou limité (retrait durant la nuit par exemple). Peu font l'objet de restrictions. En revanche, les chargeurs sont plus régulièrement retirés et conservés au poste de soins au motif de la prévention des risques suicidaires. Pour ceux qui n'ont pas de portable ou en sont privés, le livret d'accueil indique qu'un téléphone filaire peut être mis à disposition dans les chambres – « *un minimum de 2 euros requis pour l'ouverture d'une ligne* ». En pratique, il n'a pas été constaté de téléphone dans les chambres. Le téléphone sans fil de l'unité (ou un téléphone dédié dans l'une d'elle) est prêté aux patients pour leurs appels. Les appels reçus sont transmis aux patients en dehors des temps de repas et transmissions, soit de 9h30 à 12h, 14h à 18h30, 19h30 à 21h45.

### 6.3.2. Les visites

Le livret d'accueil indique le droit de recevoir des visites, sauf contre-indication médicale ; les modalités sont précisées dans les règles de vie des unités. Lors du contrôle, peu de patients et essentiellement ceux placés en chambre d'isolement faisaient l'objet d'une contre-indication.

En principe, les visites impliquent réservation préalable du salon visiteurs et peuvent intervenir les après-midis de 14h à 18h30, pour des temps de rencontre d'une demi-heure à 1 heure. Il est fait preuve de souplesse en termes d'horaires ou de réservation. En raison de la taille des salons, le nombre de visiteurs est cantonné à deux dans certaines unités, trois dans d'autres. En cas d'autorisation de sortie, les visiteurs et leurs proches peuvent néanmoins se voir, sans restriction en nombre ou lié à la minorité légale dans le parc.

Les règles propres à la possibilité de compter un enfant mineur parmi les visiteurs dans les salons dédiés ne sont pas limpides, ni harmonisées. De manière générale, les règles de vie des unités déconseillent la visite de mineur, étant indiqué que des aménagements peuvent être trouvés « *au cas par cas* » en contactant le cadre. En pratique, il semble que ces aménagements soient opérés dans la plupart des unités avec des approches variables selon l'âge du mineur. En revanche, dans l'une – Buffon – qui ne dispose pas de sas séparant le salon visiteurs de l'entrée de l'unité, il est fait état dans les règles de vie d'un plancher impératif fixé à 16 ans et d'une interdiction plus large dans des propos recueillis. Par ailleurs, dans tous les cas de figure, les visiteurs qui le souhaiteraient n'ont pas la possibilité d'entrer dans les unités et de visualiser l'espace de vie de leur proche, ce qui pourrait être revu dans le respect de la confidentialité des autres patients. Ils ne peuvent se rendre au-delà des salons, dont la convivialité de certains pourrait au demeurant être améliorée.



Salon visiteurs de l'unité Altaïr



De l'unité Buffon



De l'UPG

### Recommandation 13

La visite de mineurs doit être rendue possible et ne pas faire l'objet d'interdiction de principe. Les règles les encadrant doivent être explicites et harmonisées.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : *« Information contenue dans le livret d'accueil : "Les visites de mineurs dans les services sont déconseillées : une salle pourra cependant être mise à disposition au cas par cas, en contactant le cadre de l'unité." Il n'y a donc pas d'interdiction de principe et les visites rendues possibles ».*

Le CGLPL souligne que s'il n'y a pas formellement d'interdiction mentionnée dans le livret d'accueil ou les règles de vie dans les unités, la visite de mineurs ne relève pas d'un principe acquis mais ne constitue qu'une possibilité, étudiée « au cas par cas » et soumise à accord du cadre de l'unité ; ce qui se traduit, en pratique, par des applications variables, dont à l'unité Buffon le refus de toute visite d'un mineur de moins de 16 ans.

#### 6.3.3. L'accès à l'information et aux réseaux sociaux

Le CH ne propose pas d'accès Wi-Fi. Partant, les patients ne peuvent accéder à Internet que par le biais de leur smartphone, s'ils en disposent et ont les ressources suffisantes pour acquérir une carte SIM autorisant une navigation. La question des ordinateurs ou tablettes n'est pas abordée dans les règles de vie. En majorité, il n'a pas été relevé d'opposition de principe ; néanmoins, dans l'une des unités – Altaïr – il a été fait mention d'une interdiction, sauf besoin étayé à titre professionnel ou de formation, quand les critères de restrictions ne devraient tenir qu'à des indications cliniques. En pratique, les patients n'en étaient pas équipés.

Les patients autorisés à sortir dans l'enceinte de l'établissement peuvent se rendre au centre de documentation et à la bibliothèque. A défaut, la bibliothécaire se rend a minima une fois par mois dans les unités pour proposer des ouvrages et échanger avec les patients.

L'accès à la télévision en collectif est libre en journée jusqu'à 23h. Les patients peuvent changer de chaîne sans l'intermédiaire des soignants. Les chambres comportent une prise télé ; toutefois, il n'a jamais été procédé à l'installation de téléviseurs.

#### Recommandation 14

Un portail Wi-Fi doit être proposé afin d'accroître l'accès libre à l'information et aux services en ligne.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Le déploiement du Wi-Fi est en cours dans l'ensemble des services intra et extrahospitalier. Les patients en intra pourront prochainement bénéficier du Wi-Fi et ce gratuitement* ».

#### 6.3.4. La confidentialité et l'anonymat

La possibilité pour les patients de tenir confidentielle leur présence à l'hôpital et leur état de santé (art. R112-45 CSP) est mentionnée dans le livret d'accueil qui indique page 22 : « Votre présence dans l'établissement est confidentielle. Les personnels sont soumis au secret professionnel pour toute information vous concernant ».

Une procédure tenant au « respect de la confidentialité de la présence du patient à l'hôpital » (mise à jour le 25 août 2023) est établie en direction du personnel et bien maîtrisée, notamment au standard et au bureau d'entrée. Des lignes directrices et phrases type à employer sont émises en vue d'éviter toute divulgation malencontreuse.

#### 6.4. LE DROIT DE VOTE EST PRIS EN COMPTE A MINIMA

Les modalités sont les mêmes qu'en 2015, si ce n'est que l'éventualité d'un déplacement d'un officier de police judiciaire (OPJ) pour l'établissement des procurations a été rétablie. En amont de chaque échéance électorale, des affiches sur le vote par procuration sont apposées parmi les autres éléments d'information en unités, à charge pour la direction des affaires générales de centraliser les demandes et d'assurer la liaison avec l'OPJ. En pratique, personne ne se déplace car aucune demande n'a été enregistrée ces cinq dernières années. Le nombre de permissions pour un vote autonome dans le cadre d'une sortie accompagnée ou non par un soignant n'est pas recensé. Aucune initiative spécifique n'a été rapportée pour favoriser effectivement la participation aux scrutins (réunion d'information collective en unités, mise à disposition des programmes des différents candidats, etc.).

Le livret d'accueil n'évoque pas ce droit. Tandis que le règlement intérieur n'est pas à jour des dispositions de la loi n°2019-222 du 23 mars 2019, levant les restrictions au droit de vote des personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle).

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

#### Recommandation 15

L'information des patients sur leur droit de vote et les modalités de son exercice doit être revue, notamment dans le règlement intérieur et le livret d'accueil, et être renforcée en amont des échéances électorales. Des permissions de sortie, accompagnées ou non, doivent être encouragées pour permettre le vote direct.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Un affichage et une information sur les élections sont effectués en amont des élections. Les permissions de sortie sont*



*organisées et encouragées à cette occasion (aux Vergers par exemple, un renfort est prévu pour accompagner les patients/résidents qui veulent aller voter) ».*

### 6.5. L'INFORMATION SUR LES MODALITES D'EXERCICE DU CULTES EST LACUNAIRE

Depuis la dernière visite, le livret d'accueil et le règlement intérieur ont été modifiés pour intégrer, après l'assertion « *vous pouvez demander la visite d'un représentant du culte de votre choix* », l'existence d'un service d'aumônerie catholique au sein de l'établissement. Néanmoins, aucune précision n'est fournie concernant les autres cultes. Il a été indiqué aux contrôleurs que le service d'aumônerie catholique assure, quand il est sollicité, la mise en relation avec des représentants d'autres confessions. Toutefois, les patients ne disposent d'aucune information écrite à ce sujet.

En sus des rencontres individuelles, seuls les représentants du culte catholique assurent des offices dans l'enceinte du complexe hospitalier, accessibles aux patients autorisés à sortir de leur unité. Ces messes ont lieu de manière hebdomadaire, le vendredi ou le dimanche, dans la Chapelle ou dans les locaux de l'EHPAD.

#### Recommandation 16

L'information relative au droit d'exercice du culte doit s'accompagner d'une mention dans le livret d'accueil. Dans les unités, les patients doivent disposer des coordonnées et modalités d'entrevue des représentants des différentes confessions.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Page 15 du livret d'accueil : « Culte : Le personnel hospitalier respecte vos opinions et vos croyances. Vous pouvez demander la visite d'un représentant du culte de votre choix. Un service d'aumônerie catholique, intégré à l'établissement, est à votre disposition. Pour toute précision, renseignez-vous auprès du personnel de votre unité ».*

### 6.6. LE DROIT A L'INTIMITE ET L'ACCES A UNE SEXUALITE CONSENTIE NE SONT PAS EFFECTIFS

La configuration des locaux et les règles de vie des unités ne garantissent pas le droit à l'intimité que tout patient est en droit d'attendre, que ce soit pour se préserver du regard des autres ou pour pouvoir disposer de temps privilégiés, amicaux ou plus intimes, avec ses proches : majorité de patients hébergés en chambre double, pas d'aménagement permettant de séparer les lits, absence de verrous de confort (cf. recommandation § 5.1), interdiction des proches et de la famille d'entrer dans les unités (cf. § 6.3.2).

Le règlement intérieur des unités rappelle que l'établissement est avant tout un lieu de soins mais réaffirme toutefois le droit à la sexualité sous réserve « *qu'il ne nuise pas au patient et à son partenaire et qu'il ne soit pas contraire aux bonnes mœurs*<sup>36</sup> » tout en rappelant le caractère privé des chambres.

Les pratiques professionnelles des médecins et des soignants sur ce sujet sont très disparates, selon notamment qu'il s'agit d'unités ouvertes ou fermées. Dans les unités ouvertes, accueillant des pathologies plus stabilisées, les rapprochements entre patients peuvent se gérer par des sorties à l'extérieur ou des permissions de sortie, assorties de conseils par les équipes de soins,

<sup>36</sup> Cette précision découle d'ailleurs d'une recommandation émise par le contrôle du CGLPL de 2015.

concernant notamment la contraception ou la prévention des MST. Dans les unités fermées, le sujet est plus complexe et doit être en permanence évalué ou réévalué au regard de la notion de consentement éclairé de certains patients et des situations d'emprise qui peuvent s'installer. Certaines équipes soignantes reconnaissent que des relations sexuelles peuvent se dérouler au sein de l'unité et qu'elles sont tolérées si le consentement semble être suffisamment acquis, sans toutefois préciser clairement les critères de cette appréciation. Dans d'autres unités, l'interdiction est posée - au regard de la pathologie des patients ou du comportement inadapté - et peut assez rapidement se traduire par une mutation d'un des partenaires dans une autre unité. La mise en place et/ou la poursuite d'une contraception sont évoquées avec le médecin somaticien. La plupart des unités disposent de préservatifs, mais ils ne sont pas vendus à la cafétéria.

Il conviendrait également d'uniformiser les réponses qui sont apportées aux affirmations ou allégations de patient(e)s indiquant avoir subi une agression sexuelle. Là encore, la prise en compte de ces situations reste assez largement soumise à l'appréciation des équipes soignantes, alors que le protocole signé récemment entre le CH, l'Etat et les autorités judiciaires, fixe des modalités très précises à mettre en œuvre, selon les faits relatés.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Une procédure est en place sur l'établissement et très largement connue et respectée : "prise en charge des patients hospitalisés au CHLC victimes de viol et/ou d'agression sexuelle ou de violences conjugales" ainsi qu'un protocole de collaboration services de l'Etat - Hôpital - Justice. En 2023, les signalements effectués suite à des EIG sont les suivants : 17 signalements à l'ARS et 4 signalements au procureur de la république en 2023* ».

Pour rappel, une enquête judiciaire est en cours s'agissant d'une patiente de l'unité Buffon qui a déclaré avoir été sexuellement abusée.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Pour précision la patiente s'est suicidée après sa sortie d'hospitalisation et aucun lien de causalité n'est établi entre ces deux évènements. Par ailleurs, un signalement (ARS + Procureur) avait été effectué suite aux dires de la patiente comme l'indique la procédure* ».

### Recommandation 17

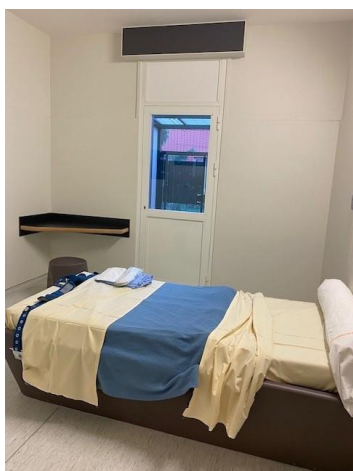
La vie affective et sexuelle des patients (et dans ce cadre la notion de consentement dans le contexte de la maladie psychique) doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et des formations doivent être proposées aux soignants à ce propos.

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1. LES CHAMBRES D'ISOLEMENT PRESENTENT UN NIVEAU D'EQUIPEMENT SATISFAISANT MAIS L'ETABLISSEMENT MANQUE D'ESPACES D'APAISEMENT

#### 7.1.1. Les chambres d'isolement

L'établissement comporte actuellement huit chambres d'isolement (CI) : deux dans l'unité Altair, trois dans l'unité UPG, une dans l'unité Buffon et deux à la POP. Deux nouvelles CI sont prévues dans la future unité Mandela (Van Gogh au moment du contrôle). Elles sont toutes lumineuses, propres et entretenues. La surveillance peut être réalisée à partir du sas desservant les CI via le hublot de la porte.



*Chambre d'isolement de l'unité Altair et sas d'entrée*



*Chambre d'isolement de la POP*

Les CI sont équipées d'un lit scellé au sol et d'une salle d'eau comprenant des toilettes et un lavabo laquelle est librement accessible depuis la chambre, sauf décision contraire du psychiatre. On peut aussi accéder à la salle d'eau depuis le sas d'entrée. Les salles d'eau sont bien équipées (miroir, bouton d'alerte) et propres. Il manque toutefois une lunette et un abattant aux WC.

Hormis à Buffon, les CI disposent d'une cour dans laquelle les patients peuvent se rendre accompagnés d'un soignant, notamment pour fumer une cigarette.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : *« si la CI de l'unité Buffon présente un niveau d'équipement inférieur aux autres, le déménagement dans de nouveaux locaux prévus fin 2024 permettra une mise à niveau ».*

Ces cours grillagées présentent un caractère carcéral et doivent être aménagées pour être plus accueillantes et apaisantes pour les patients.

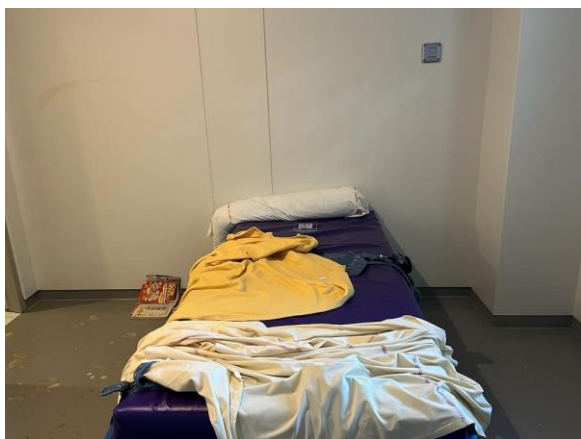


*Cours des chambres d'isolement des unités Altaïr et UPG*

*Salle d'eau de la POP*

Les fenêtres ne s'ouvrent pas dans les CI, même partiellement, si bien que le patient n'a pas accès à l'air libre. La télévision et un bureau ont été installés dans les CI des unités Altaïr et UPG. Des boutons d'appel sont présents dans les chambres sauf dans l'unité Buffon. Des horloges sont visibles depuis la CI mais elles ne donnent pas toutes la date.

Le matériel de contention peut se fixer au lit et est stocké dans le bureau des infirmiers ; il est installé sur le lit avant chaque admission en CI d'un nouveau patient. L'établissement n'a pas pourvu les CI de système amovible d'alerte pour les patients contentionnés ni de tenue anti-suicide. Les soignants disposent de fauteuils lestés ou en mousse à mettre à la disposition des patients.



*Chambres d'isolement des unités Buffon et UPG*



*Matériel à disposition*



*Horloge d'une chambre d'isolement de l'UPG*

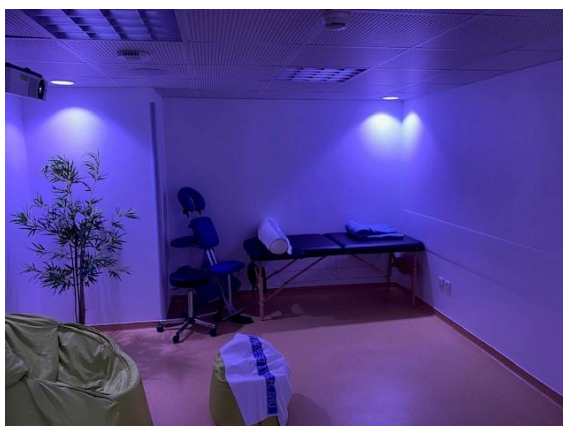
Si la CI de l'unité Buffon présente un niveau d'équipement inférieur aux autres, le déménagement dans de nouveaux locaux prévus en avril 2024 permettra une mise à niveau. L'établissement veille à équiper ses CI de manière satisfaisante pour respecter les droits fondamentaux des patients et rend compte du niveau d'équipement dans son rapport annuel sur l'isolement et la contention (*cf. infra* § 7.2).

### Recommandation 18

L'établissement doit doter les chambres d'isolement d'un système d'alerte accessible en cas de contention, d'une horloge affichant la date et prévoir un système d'ouverture partiel des fenêtres pour permettre un accès à l'air libre. Les cours des chambres d'isolement doivent être aménagées pour en faire des espaces apaisants.

#### 7.1.2. Les espaces d'apaisement

L'établissement ne dispose que d'un seul espace d'apaisement au jour du contrôle. Cet espace se trouve dans l'unité Altaïr qui a investi dans le dispositif « Wavecare ». Les patients y accèdent sur demande et choisissent le type de vidéo, de musique et d'ambiance lumineuse qu'ils souhaitent. Ils sont laissés seuls pour profiter de cet espace, sauf exception. L'unité Van Gogh (future unité Mandela) est appelée à être dotée elle aussi d'un espace d'apaisement, de même que l'unité Buffon lors de son prochain déménagement. Il n'y a que dans l'unité UPG que le projet d'un tel espace n'est pas encore formalisé.



Espace « Wavecare » de l'unité Altaïr

### Recommandation 19

L'établissement doit prévoir un espace d'apaisement dans chaque unité.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Un espace d'apaisement est prévu pour chaque unité à terme dans le plan de travaux* ».

## 7.2. LES TENSIONS CAPACITAIRES PESENT SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ISOLÉS

### 7.2.1. La politique de l'établissement

L'établissement a investi la réforme législative portant sur l'isolement et la contention en réunissant rapidement un groupe de travail chargé d'adapter les procédures et ce en lien avec la

JLD du TJ de Dijon. Un protocole a été diffusé dans l'établissement. Il détaille les conditions de placement en CI et décrit la procédure de renouvellement et de saisine du JLD<sup>37</sup>.

Un rapport annuel sur l'isolement et la contention est établi par l'établissement depuis 2020. Il s'attache à décrire les conditions matérielles de l'isolement et de la contention, à mettre en relief l'évolution des pratiques de l'établissement par type d'unité et à établir les moyens d'actions pour les prochaines années afin de réduire le recours à ces pratiques.

Le rapport annuel de 2022 est détaillé et décrit notamment les actions à entreprendre pour les années 2022-2025 dont la formation de deux formateurs « Omega », le développement d'espaces d'apaisement ou encore la mise en place d'analyses de situation par équipe après une mise à l'isolement.

### 7.2.2. Les pratiques

Les mesures d'isolement et contention sont tracées dans le logiciel de l'établissement et la surveillance médicale est assurée tant par les médecins que par les infirmiers conformément aux dispositions légales. La nuit, un système de garde a été établi avec les internes et un psychiatre senior valide systématiquement les prolongations de mesure d'isolement et de contention toutes les 6 heures ou 12 heures selon le type de mesure.

L'établissement compte les CI dans les lits d'hospitalisation notamment au moment de l'orientation effectuée à la POP (cf. recommandation § 4.2). Cette pratique entraîne inévitablement des répercussions négatives sur la prise en charge des patients lesquels ne conservent par leur chambre hospitalière lorsqu'ils sont placés à l'isolement, en contradiction avec les instructions du ministère de la santé. Il arrive ainsi que des patients restent en CI en portes ouvertes faute de place disponible dans l'unité alors même que la mesure a été levée.

Par ailleurs cette tension capacitaire peut amener à ce qu'un patient isolé termine sa mesure d'isolement en chambre non dédiée pour laisser la place à un nouveau patient devant être isolé en CI. Des placements en isolement dans des chambres non dédiées sont ainsi pratiquées à la marge dans l'établissement et ils ne font pas l'objet d'un signalement immédiat à l'équipe de sécurité/incendie.

#### Recommandation 20

Les patients ne peuvent être placés à l'isolement que dans une chambre dédiée et ils doivent conserver leur chambre hôtelière. Toute mesure d'isolement doit faire l'objet d'un signalement immédiat à l'équipe de sécurité et incendie.

Tous les patients placés à l'isolement revêtent le pyjama de l'hôpital sans individualisation de la mesure ce qui devra être corrigé d'autant que le pyjama déchirable ne constitue pas une prévention du risque suicidaire. Les repas sont pris sur un plateau en mousse ou sur le bureau lorsque la CI en est dotée. Les médecins proposent des sorties séquentielles au patient avant de lever la mesure. Si de telles pratiques sont envisageables sur 24 heures, elles doivent être limitées afin que la mesure d'isolement soit levée dès que l'état de santé de patient le permet, et au plus tôt.

---

<sup>37</sup> « Mesure d'isolement et de contention : organisation, mise en œuvre et contrôle en application de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique et suivants », document d'établissement établi le 4 mai 2021 et mis à jour le 27 avril 2022.

**Recommandation 21**

Les sorties séquentielles des patients placés à l'isolement ne doivent pas se prolonger au-delà de 24 heures.

Par ailleurs, il persiste des cas de patients placés à l'isolement pour des questions d'ordre sécuritaire et non médical ce qui n'est pas permis par la loi. Une pratique d'établissement consiste ainsi à placer systématiquement les patients détenus à l'isolement ce qui apparaît contraire à l'instruction du ministère de la santé du 29 mars 2022 sur l'isolement et la contention (cf. § 10.3). De même, dans les rares cas où des mineurs sont hospitalisés en unité adulte, ils font l'objet d'un isolement ce qui est prohibé, hors le cas d'une admission en SDRE (cf. § 10.2).

La prise en charge des patients isolés est attentive dans l'établissement. Les patients peuvent bénéficier du journal et même parfois de feutres spécifiques avec une feuille de papier pour dessiner. La psychologue de l'unité intervient auprès des patients isolés à leur demande et la médiation animale est proposée au patient. Les patients sont accompagnés pour aller fumer après les repas et un patch peut leur être proposé.

**Bonne pratique 3**

L'intervention d'un psychologue et de la médiation animale sont proposées aux patients placés à l'isolement.

**7.3. LA DUREE DES MESURES D'ISOLEMENT EST SUPERIEURE A LA MOYENNE NATIONALE**

SERVICE	FA	Nb Patients Isolés	% FA Isolée	Nb Mes. Iso	Durée Moye mesure (HHCC)	Nb Mes. + 72h	Nb Mes. Hors CI	Nb Patients avec Cont.	% Isolés Cont.	% FA Cont.	Durée Moye cont HHCC	Durée max cont
POP												
ACCUEIL	1635	156	9,54%	198	24,99	10	6	54	34,62%	3,30%	18,97	184
UNITE												
ALTAÏR	293	78	26,62%	121	95,59	49	8	15	19,23%	5,12%	20,45	45
UNITE												
BUFFON	222	42	18,92%	107	137,9	43	15	14	33,33%	6,31%	35,86	130
UPG	227	69	30,40%	107	161,8	44	4	21	30,43%	9,25%	37,68	216

Le registre de l'isolement et de la contention est complet. Il comprend toutes les mentions légales et le DIM veille à en faire une exploitation complète qu'il transmet au service qualité de l'établissement. L'exploitation du registre n'est cependant pas facilitée par le logiciel actuel qui ne permet pas de suivre l'évolution du statut du patient au cours de l'hospitalisation si bien que de nombreuses mesures apparaissent pour des patients en soins libres et que l'analyse des pratiques n'est pas pleinement aboutie, notamment par unité. Les contrôleurs ont obtenu du DIM un tableau permettant de suivre les pratiques d'isolement et contention par unité.

Les chiffres font apparaître une file active de patient isolés en 2022 plus importante que la moyenne nationale qui est de 20 %. Ainsi 26 % de la file active des patients a été isolé dans l'unité Altaïr, 30 % à l'UPG et 19 % à Buffon. Les durées moyennes d'isolement sont aussi anormalement longues : 161,8 heures à l'UPG, 137 heures à Buffon, 95 heures à Altaïr. Ces données sont à mettre en perspective avec le peu d'investissements effectués jusqu'à présent dans les espaces d'apaisement au sein de l'établissement.

Des durées de contention excessives (plus de 100 heures) apparaissent aussi dans certaines unités pour des patients aux pathologies psychiatriques classiques. Cette durée de contention est anormalement élevée et doit faire l'objet de retour d'expérience dans les unités pour prévenir le renouvellement de ces pratiques.

#### Recommandation 22

Le registre de l'isolement et de la contention doit être pleinement exploitable et faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire régulier au sein de chaque service. Des retours d'expérience doivent être organisés dans les unités pour réduire la durée et le recours aux mesures d'isolement et de contention, qui doivent être limitées au strict nécessaire.

Enfin, le CGLPL prend acte des démarches dynamiques entamées dans les unités USALP et Arc-en-ciel pour favoriser les alternatives à l'isolement et à la contention des patients en soins libres et veiller au respect de leurs droits fondamentaux. Au titre des actions entamées on peut citer l'achat de matériel, le développement des espaces d'apaisement, une réflexion sur l'enfermement des patients la nuit et une évaluation multidisciplinaire en cas de restrictions de liberté décidées par prescription médicale. Ces actions doivent se poursuivre pour atteindre l'objectif d'une prise en charge des patients en soins libres sans utilisation de mesures d'isolement ou de contention.



## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1. LA COMPOSITION DE LA CDSP N'EST PAS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES ET LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS EST LIMITEE AU SEIN DES UNITES D'HOSPITALISATION

#### 8.1.1. La commission départementale des soins psychiatrique (CDSP)

La CDSP est composée d'un médecin psychiatre de l'établissement (actuellement en charge de l'UPG) désigné par le procureur général près la cour d'appel qui fait également fonction de président, d'un médecin généraliste désigné par le préfet de la Côte d'Or et de deux représentants d'associations agréées (UNAFAM<sup>38</sup> et ANAPSY<sup>39</sup>). Le secrétariat est assuré par l'ARS Bourgogne Franche-Comté. La composition n'est donc pas conforme aux dispositions de l'article L.3223-2 du code de la santé publique puisqu'il manque un médecin psychiatre extérieur à l'établissement.

Le livret d'accueil mentionne très succinctement le rôle de la CDSP et la possibilité de la saisir afin de contester une mesure d'hospitalisation. Ses missions sont peu connues des soignants et des usagers, ces derniers étant malgré tout avertis de sa venue par voie d'affichage au sein des unités. La CDSP s'est déplacée sur l'établissement les 12 avril et 13 septembre 2023. Aucun rapport annuel d'activité n'a été formalisé pour les années 2022-2023. Les contrôleurs ont seulement été rendus destinataires des deux derniers procès-verbaux de séance dont il ressort qu'aucun patient n'a souhaité un entretien. Lors de la visite du 13 septembre 2023, les membres de la CDSP ont examiné 22 dossiers (5 dossiers de patients en SDRE et 17 de patients SDDE) mais n'ont émis aucune observation. Ils ont en outre consulté les registres de la loi mais n'ont pu étudier celui relatif à la contention et à l'isolement par manque de temps. Les membres de la CDSP ont également visité l'UPG et ont rencontré des patients qui ont déploré le caractère défectueux de certains matériels, la vétusté des locaux ainsi que le manque d'activité. Certains soignants ont quant à eux fait part du manque de personnels soignants et médecins et de formation concernant en particulier les procédures de SSC, surtout pour les médecins de garde les week-ends, ainsi que le manque de structures adaptées pour certains types de patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Une formation "droits des patients" qui inclut une partie sur soins sans consentement est ouverte à tous une fois tous les deux mois + une formation spécifique soins sans consentement obligatoire pour les internes* ».

#### Recommandation 23

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

<sup>38</sup> Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

<sup>39</sup> Association nationale des psychologues.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique :

*« Composition de la CDSP : Les membres de la commission départementale des soins psychiatriques sont désignés par le représentant de l'Etat dans le département et par le procureur général près la cour d'appel. L'ARS est chargée d'assurer le secrétariat de la commission ainsi que de la rédaction d'un rapport d'activité. A ce jour, aucun rapport d'activité n'a été transmis par l'ARS à l'établissement. A chaque visite de la CDSP, une note d'information indiquant la date de visite ainsi que le rôle de la CDSP est affichée dans tous les services. Celle-ci est consultable par les patients. Les coordonnées de la CDSP sont dans le livret d'accueil.*

*Information des patients concernant la CDSP : page 26 du livret d'accueil : encart en bleu indiquant l'adresse et les missions de la CDSP ».*

### 8.1.2. La place des usagers

#### a) La commission des usagers (CDU)

La CDU est composée, outre sa présidente (représentante de l'UNAFAM<sup>40</sup>), du directeur du CH (vice-président), d'un médecin psychiatre (médiateur médical), de la cadre supérieure de santé et d'un cadre de santé en qualité de médiateur non médical, de deux praticiens hospitaliers (titulaire et suppléant), de trois représentants des usagers (titulaire et suppléants), de l'ingénieure qualité et de deux représentants du personnel<sup>41</sup>. La CDU est active et se réunit trimestriellement (23 février, 11 mai, 21 septembre et 30 novembre 2023).

Le livret d'accueil mentionne le rôle de la CDU ainsi que les coordonnées pour la contacter, une fiche mobile détaillant sa composition est transmise avec celui-ci et des affiches apposées dans les unités permettent de renseigner les usagers sur cette instance. Toutefois, les patients interrogés n'avaient aucune connaissance de la CDU.

Chaque année, la CDU élabore un bilan annuel d'activité qui reprend diverses statistiques<sup>42</sup>, les plaintes et réclamations et les actions qu'elle a mises en œuvre. Ce bilan est transmis à l'ARS, à la commission médicale d'établissement (CME), au conseil de surveillance et au comité social d'établissement (CSE).

La CDU étudie les plaintes et les réclamations qui sont traitées par la responsable des affaires juridiques et des relations avec les usagers. Les réclamations sont adressées par courrier mais elles peuvent l'être également par le biais du questionnaire de satisfaction, oralement au cadre de l'unité ou aux soignants ou encore en téléphonant directement à la responsable des relations avec les usagers. Les réclamations sont toutes in fine transmises à la responsable des relations avec les usagers qui les enregistre dans un tableau de suivi, les communique au cadre supérieur de santé, au cadre de santé, au médecin psychiatre et le cas échéant à l'interlocuteur concerné. Elle sollicite des précisions et formule systématiquement une réponse écrite (dans un délai inférieur à dix jours dans la majorité des cas), signée de la direction. Cette réponse peut être doublée, si besoin, d'un entretien avec le patient ou la famille. En 2022, 86 réclamations et demandes d'information ont été émises dont 50 venaient de patients (six d'entre elles ont

<sup>40</sup> Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

<sup>41</sup> La coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, la responsable du bureau des admissions et la responsable des affaires juridiques et des relations avec les usagers en sont des membres consultatifs.

<sup>42</sup> Sur les admissions, les mesures de SSC, les mesures d'isolement et de contention, le suivi des audiences du JLD, les demandes d'accès aux dossiers médicaux, etc.

nécessité un entretien). De janvier à novembre 2023, 80 réclamations ont été transmises à l'établissement (une dizaine ont donné lieu à un entretien). Les motifs principaux des demandes des patients sont relatifs à leurs droits et à leur information et à la sécurité de leurs biens.

### *b) Les représentants des usagers*

Les représentants des usagers – UNAFAM, Dépendance 21, UDAF<sup>43</sup> – sont tous membres de la CDU et participent à la vie institutionnelle de l'établissement. Ils sont conviés à divers instances (conseil de surveillance, comité d'éthique, comité de pilotage et qualité des risques, évaluation des pratiques professionnelles, réunions issues du CCOMS sur les services fermés, sur le parcours patient, sur les événements indésirables, etc.). Ils sont en outre associés à divers groupes de travail (groupe de travail harmonisation des pratiques d'isolement avec ou sans contention en unités fermées, etc.).

Les représentants des usagers ont indiqué n'être destinataires que de peu de réclamations concernant les conditions d'hospitalisation mais ils n'assurent pas de permanence au sein des unités. En outre, jusqu'à la visite du CCOMS<sup>44</sup>, qui a constaté qu'ils étaient peu connus des patients, ils ne pouvaient être contactés que par courrier postal. A l'issue de cette visite, une adresse mail structurelle ([ru-cdu@chlcdijon.fr](mailto:ru-cdu@chlcdijon.fr)) a été créée en septembre 2023 afin qu'ils puissent être plus facilement joignables.

Les représentants des usagers participent à la maison des usagers (où sont représentés les associations UNAFAM, Dépendance 21 et les GEM<sup>45</sup>) qui assurait auparavant des permanences au niveau de la cafétéria puis du centre de documentation mais qui ne bénéficie désormais plus de local dédié au sein de l'établissement.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *A noter que l'UNAFAM bénéficie depuis mars 2024 de locaux pour sa délégation départementale et régionale au sein du CHLC* ».

Peu sollicitées par les patients et leurs familles, les associations de la maison des usagers ont cessé de tenir ces permanences. Néanmoins, à l'issue de la visite du CCOMS, il a été décidé que les associations de la maison des usagers interviendraient dans les unités fermées et ouvertes, tous les quinze jours, le mardi au moment du goûter, afin de se présenter et d'informer les patients sur l'existence des représentants des usagers. Ces visites se sont effectivement déroulées de janvier à juin 2023. Selon les informations recueillies, certains personnels soignants ont pu se montrer réticents à ces interventions et certains représentants d'association ont fait part de leur malaise à entrer au sein des unités fermées et de leur difficulté à s'entretenir avec les patients de ces unités. Ces visites, interrompues durant les vacances estivales, étaient toujours en suspens au moment du contrôle. Si les associations de la maison des usagers ont pour projet de poursuivre ces visites durant l'année 2024, elles se limiteraient aux unités ouvertes. Il est ainsi regrettable que ces temps d'échanges entre les patients et les représentants des usagers au sein des unités fermées ne soient pas maintenus, d'autant qu'aucune permanence n'est tenue.

---

<sup>43</sup> Union départementale des associations familiales.

<sup>44</sup> Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.

<sup>45</sup> Groupes d'entraide mutuelle.

### Recommandation 24

Les patients doivent bénéficier d'une information renforcée sur le rôle et les modalités de saisine de la commission des usagers et bénéficier, en particulier ceux hébergés en unité fermée, d'un contact direct et régulier avec ses représentants.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Les patients bénéficient d'une information détaillée sur le rôle et les modalités de saisine de la commission des usagers dans le livret d'accueil (+ fiches mobiles associées) et à l'aide d'un affichage dédié. Une adresse mail à l'attention des représentant des usagers (ru-dcdu@chlcdijon.fr) existe depuis octobre 2023. Les patients en sont informés par voie d'affichage dans toutes les unités. S'agissant d'un contact direct et régulier avec les représentants, il est donc possible par le biais de l'adresse mail générique* ».

#### c) Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction, mis à jour en juillet 2022, est inséré dans le livret d'accueil et remis lors de l'admission.

En 2022, 874 questionnaires de sortie ont été retournés au service qualité soit un taux de retour de 32 % (765 en 2021 avec un taux de retour de 33 %). Les quelques questionnaires retournés mettent en évidence que les sources d'insatisfaction concernent essentiellement les droits et les informations fournies aux patients et les conditions de « l'hôtellerie » (notamment les repas).

## 8.2. LE REGISTRE DE LA LOI, BIEN QUE RENSEIGNE AVEC SOIN, NE COMPORTE PAS L'ENSEMBLE DES MENTIONS PRESCRITES PAR LA LOI

L'établissement tient deux registres. L'un est dédié aux mesures décidées par le directeur d'établissement (SDDE) et l'autre à celles prises par le représentant de l'État (SDRE), femmes et hommes confondus. Ces registres sont tenus selon un modèle normalisé<sup>46</sup> et donc non dématérialisé. Un index des patients est tenu par ordre alphabétique, permettant de retrouver facilement la mesure leur correspondant. Pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par un renvoi au numéro du folio suivant, permettant ainsi le suivi aisé des patients au fil des mesures les concernant.

Chaque registre, complété dans les 24 heures comme le prévoit la loi, est documenté avec attention et soin mais ne permet toutefois pas de retracer l'intégralité du parcours des patients en raison d'un certain nombre d'omissions.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné les deux registres en cours (SDRE et SDDE) et y ont constaté la prévalence des mesures d'admission en SPDTU et en SPI<sup>47</sup>. Chaque folio concernant un patient comprend quatre pages et tous les documents relatifs au déroulement de la mesure des soins sans consentement sont reproduits en format réduit : sur la première page le registre comporte un encart dédié à l'identité du patient, son adresse, la date d'admission en SSC, le mode d'admission ainsi que le cas échéant la date de levée de la mesure. Y figurent les

<sup>46</sup> Livres cartonnés de format A2, numérotés, composés de 100 feuillets doubles correspondant pour chacun à un patient.

<sup>47</sup> En 2023, sur 682 admissions, 62 concernant des SDRE, 162 des SDT, 169 des SDTU et 289 des SPI. En 2022, sur 764 admissions, 65 concernent des SDRE, 200 des SDT, 184 des SDTU, 315 des SPI.

décisions du directeur, les différents arrêtés préfectoraux, les certificats d'admission, des vingt-quatre et quarante-huit heures, les demandes d'admission par le tiers et les programmes de soins psychiatriques (PSP). Concernant les mesures des SDRE, les arrêtés préfectoraux et les certificats médicaux et décisions d'admission sont dans la grande majorité horodatés.

En outre, il apparaît que les registres, bien qu'à jour sur les admissions, ne fassent pas mention de l'intégralité des exigences posées par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique. Font défaut : les dates de notifications des décisions et des droits des patients et les accusés de réception de ces notifications, les décisions de mise sous protection juridique des majeurs, les certificats mensuels (figurent seulement une mention correspondant à la date du certificat et le nom du médecin prescripteur). Les observations des patients prévues à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ne sont pas retranscrites sur les certificats médicaux. Seule une mention relative à leur recueil est apposée sans que le contenu n'en soit explicité. Pour les admissions en SPI, il ne figure pas de document retraçant les démarches entreprises pour rechercher un tiers. En outre, si la confirmation ou l'infirmité de la décision d'admission par le JLD est consignée, il est regrettable que ses ordonnances ne soient pas reproduites en intégralité.

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

#### Recommandation 25

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner la date à laquelle la personne faisant l'objet de la mesure a reçu les informations sur la nature de cette mesure et sur les droits y afférents, les dates de notification des décisions, le recueil des observations prévues à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et les différents certificats médicaux. Le cas échéant, la nature de la protection juridique dont fait l'objet le patient placé en soins sans consentement, et le nom du mandataire doivent y être portés, qu'ils soient connus à l'admission ou interviennent au cours de déroulement de la mesure.

Le registre a été visé – sans observation – par la CDSP lors de ses deux dernières visites, les 12 avril et 13 septembre 2023. Les autorités préfectorales n'avaient pas encore examiné le registre en cours, leur venue se déroulant généralement au mois de décembre. Le directeur de cabinet du préfet a en effet visé les registres le 1<sup>er</sup> décembre 2021, en indiquant que le registre devait être dématérialisé, et le 29 novembre 2022 sans observation. Le procureur de la République (adjoint) a visé les registres les 18 janvier 2022 et 10 janvier 2023. En revanche, il ne figure aucun visa du président du tribunal judiciaire ni du maire alors que ces autorités doivent contrôler le registre.

Les échanges au cours du contrôle avec les agents du bureau des soins sans consentement ont fait apparaître l'intérêt de faire figurer les informations manquantes sur le registre étant précisé que le retrait des certificats mensuels, antérieurement présents dans les registres, avait été validé lors d'une visite de la CDSP.

### 8.3. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EFFECTIF

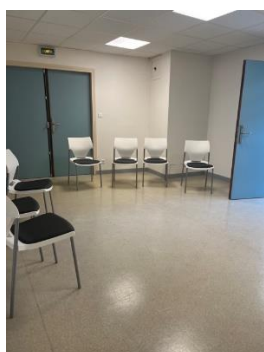
Le protocole « de coordination des procédures judiciaires et contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement », non daté mais signé par l'ensemble des acteurs<sup>48</sup>, applicable lors de la visite en 2015 est toujours celui en vigueur au moment du contrôle ; il énonce les principes d'organisation des audiences du JLD au CH la Chartreuse et au CH de Semur-en-Auxois.

#### 8.3.1. Les modalités d'organisation de l'audience et la délivrance des convocations

Les relations fluides entre le bureau des SSC et les services du greffe du JLD permettent une préparation rigoureuse des dossiers ainsi qu'une organisation efficace des audiences. La saisine du JLD est adressée au greffe du JLD par le bureau des SSC, accompagnée de tous les documents utiles. En retour, le greffe envoie au bureau des SSC les convocations qui sont notifiées par les soignants, signées par les patients puis retournées au tribunal. Lorsque le patient ne souhaite pas se rendre à l'audience, son refus est consigné sur le dossier transmis au juge. Le soignant qui procède à la notification informe le patient sur le rôle du JLD et sur sa possibilité de bénéficier de l'assistance d'un avocat commis d'office ou choisi. L'intervention de l'avocat est prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle, sans examen de ressources, excepté dans les rares cas où le patient choisit son conseil. Le rôle du JLD est évoqué succinctement dans le livret d'accueil de façon peu lisible. Le personnel rencontré a indiqué avoir pour mission essentielle, lors de la notification, de rassurer le patient qui pense bien souvent qu'il va être jugé. Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs sont convoqués mais peu d'entre eux se déplacent. Il a notamment été indiqué que l'UDAF se déplaçait très rarement.

#### 8.3.2. Le déroulement de l'audience et les décisions rendues

Une salle, signalisée depuis l'entrée du CH, est affectée à la tenue des audiences du JLD. Les patients, accompagnés de deux soignants, peuvent attendre dans une salle préalablement à l'audience. Une autre salle (communicante avec la salle d'attente et la salle d'audience) est destinée aux entretiens des patients avec leur avocat. Ce local garantit la confidentialité des échanges.



*Salle d'attente*



*Salle d'audience*



*Salle destinée aux entretiens avocats*

<sup>48</sup> Président du TGI de Dijon, procureur de la République, préfet de Côte-d'Or, directeur du CHS, directeur du CHU, directeur du CH de Semur-en-Auxois et directeur de l'ARS.

Deux audiences sont fixées chaque semaine les mardis et jeudis matin à partir de 9h30 et sont assurées par une JLD du TJ de Dijon depuis 2017 et par une seconde JLD depuis le mois de septembre. Les avocats du barreau de Dijon peuvent être commis d'office à la condition d'être inscrits sur les listes de permanence et d'avoir suivi une formation d'une journée. Le greffe prend connaissance de la liste des avocats de permanence via le logiciel CLIPA et leur communique – préalablement à l'audience – les dossiers. Il a été indiqué aux contrôleurs que les avocats du barreau de Dijon étaient investis et soulevaient régulièrement des nullités. Contrairement à ce qui était pratiqué au moment de la visite des contrôleurs en 2015, l'hôpital n'est plus représenté à l'audience par un avocat. S'agissant des patients détenus, une escorte<sup>49</sup> est systématiquement sollicitée en sus des soignants pour les accompagner de la chambre d'isolement à la salle d'audience et inversement. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'escorte pouvait compter jusqu'à cinq agents. Cette pratique, déjà observée en 2015, qui n'est pas individualisée, doit être revue (cf. recommandation § 10.3). Le 7 novembre 2023, les contrôleurs ont pu assister à une audience et s'entretenir avec la JLD. Trois dossiers étaient initialement audiencés mais une seule patiente, qui a pu s'entretenir avec l'avocate de permanence, a finalement comparu (un patient était sorti avant l'audience, un autre a refusé de venir). La magistrate lui a expliqué son rôle et lui a indiqué les motifs retenus par les médecins pour poursuivre la mesure de SSC. Elle s'est enquis auprès de la patiente de la façon dont elle vivait son hospitalisation et lui a demandé si elle avait des observations sur la poursuite ou non de la mesure. Les conditions matérielles de l'organisation de l'audience ont permis à la patiente de s'exprimer sereinement. La magistrate a précisé aux contrôleurs qu'elle indiquait toujours aux patients être juge des libertés en omettant volontairement de mentionner le terme « détention » afin de ne pas les inquiéter. Concernant le patient qui a refusé de comparaître, la magistrate a contacté son unité de prise en charge afin de vérifier la persistance de son refus puis elle a invité l'avocate de permanence à se déplacer au sein de cette unité afin de s'entretenir avec son client.

### 8.3.3. Les décisions rendues

Les décisions ne sont pas rendues sur le siège mais notifiées dans l'après-midi par les soignants au sein des unités. Une copie de l'ordonnance est remise au patient. La notification est signée par deux soignants lorsque l'état ou la volonté de celui-ci ne le permet pas. En revanche, la JLD informe les patients à l'issue de l'audience des délais et voie de recours. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il y avait peu de mainlevée pour insuffisance de motivation des certificats médicaux. En 2021, sur 706 mesures de SSC, la JLD a été saisie 393 fois et a rendu 16 ordonnances de mainlevée. 22 ordonnances ont fait l'objet d'un appel et toutes ont été confirmées par la cour d'appel de Dijon. En 2022, sur 764 mesures de SSC, la JLD a été saisie de 428 dossiers, a rendu 26 décisions de mainlevée. 13 décisions ont fait l'objet d'un appel et toutes ont été confirmées.

### 8.3.4. Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Les modalités de mise en œuvre du contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention, telles que défini par la loi 2022-46 du 22 janvier 2022, ont fait l'objet de réflexions entre la JLD et l'établissement. Le bureau des SSC s'est saisi de cette problématique. Le contrôle des mesures d'isolement et de contention est assuré par les deux JLD en charge du contentieux lié aux SSC la semaine et par les juges de permanence le week-end. Le bureau des SSC a accès à toutes les

---

<sup>49</sup> De l'autorité de régulation et de programmation des extractions judiciaires (ARPEJ) ou à défaut les forces de sécurité intérieure (FSI).

mesures d'isolement et de contention sur le logiciel *Hopital Manager*. A chaque prescription d'isolement ou de contention, les agents du bureau reportent sur un tableau Excel dédié à ces mesures, le nom du patient, la date et l'heure de début. Le bureau des SSC a opté pour ce report dans la mesure où le logiciel *Hopital Manager* calcule les délais simplement en jours et non en heures. Avant le délai prévu pour la saisine ou l'information du JLD, le bureau des SSC contacte le médecin prescripteur afin qu'il mette les documents à transmettre au magistrat dans le serveur commun. Le bureau des SSC reçoit une notification par mail une fois les documents déposés et les transmet par mail crypté (*ZED*) au greffe des JLD. S'agissant des week-ends, le bureau des SSC envoie au cadre et au médecin d'astreinte une check-list des documents à transmettre au magistrat. Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs qu'en accord avec les JLD, il avait été décidé la mise en place d'une « trêve nocturne » de 23h à 7h qui conduit à reporter au lendemain matin l'information du magistrat prescrite par les articles L.3222-5-2 et R.3211-31 du code de la santé publique alors même que ces dispositions prévoient une information « sans délai ». La JLD rencontrée par les contrôleurs a indiqué avoir visité les chambres d'isolement de l'établissement accompagnée de sa greffière. S'agissant des mineurs, il a été indiqué que les magistrats n'avaient pas eu à se prononcer sur une mesure d'isolement ou de contention les concernant (cf. recommandation § 10.2). Du 1<sup>er</sup> janvier à novembre 2023, les JLD ont été saisies 166 fois. Elles ont rendu 141 ordonnances dont 133 décisions de maintien, 18 mainlevées (généralement motivées par une prescription médicale de l'isolement supérieure à 12 heures).



## 9. LES SOINS

### 9.1. LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES TRES PEU INTEGREES AUX PROJETS DE SOINS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

#### 9.1.1. Les pratiques cliniques

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et dans les unités, un médecin est toujours présent et joignable. Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre et les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier dans la limite de leur disponibilité. La permanence des soins est assurée à 18h00 par une ligne de garde d'un médecin senior et d'un interne jusqu'à minuit puis d'une garde d'interne et d'un senior d'astreinte, sur l'ensemble des services intrahospitaliers. Un médecin généraliste réalise également un examen d'admission pour tous les patients.

Des réunions cliniques ont lieu régulièrement dans les unités ; elles associent l'ensemble des acteurs des projets de soins (psychiatres, assistantes sociales, aides-soignants, infirmiers, psychologues, secrétaires), à l'exception d'un pharmacien et d'un médecin généraliste (sauf en psychogériatrie). Les projets de soins individualisés sont ainsi discutés lors de réunions pluridisciplinaires. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps dédié suffisant.

Des réunions soignants-soignés se tiennent dans de nombreux services. Les familles et proches de la personne hospitalisée sont associés aux soins. Des réunions de pôle permettent d'évoquer les difficultés de prise en charge ou d'échanger autour de certaines pratiques. Sept infirmiers de pratique avancée (IPA) sont déjà en poste mais uniquement sur l'extrahospitalier.

#### 9.1.2. Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Des salons de télévision et quelques jeux de société sont proposés dans les unités pour les patients. Certaines unités comme l'unité Buffon, parviennent à mettre en place ponctuellement un atelier peinture, soins esthétiques, ludothèque, potager. Les possibilités d'animation de ces activités sont cependant dépendantes du nombre de soignants ou professionnels présents et en réalité faible. Aucune unité ne bénéficie de la présence d'ergothérapeute, de psychomotricien ou d'éducateur.

Par ailleurs, une cafétéria située dans le parc de l'établissement est investie par les patients (150 passages par jour au moment du contrôle et entre 400 et 900 par semaine). Il y manque des jeux de société, un baby-foot ou d'autres instruments d'activités occupationnelles. La cafétéria est animée par deux aides-soignantes et deux ASH et est ouverte du lundi au vendredi, le matin et l'après-midi. Ces effectifs ne permettent pas l'ouverture le week-end. En raison de congés pour maladie, la cafétéria ferme également parfois aussi en semaine car les soignants n'y bénéficient pas d'un renfort par le pool de remplacement voire par des intérimaires.

Des activités thérapeutiques sont proposées en semaine en dehors des unités par le service des médiations et des psychothérapies (SMP) qui englobe le centre intersectoriel d'activités à médications multiples (CIAMM), l'unité thérapeutique (psychologie, photolangage et hypnose) et l'espace psychothérapeutique (groupe parole pour dépression ; musicothérapie). Sont ainsi proposés des ateliers psychocorporels (yoga et méditation, relaxation, toucher massage), d'expression (art-thérapie, atelier poterie, écriture), d'ergothérapie (activités créatives adaptées, jeux réhabilitations psychosociale), sociothérapie (vêtementerie, atelier couture, fabrique

d'objet) et activités physiques adaptées (randonnées, jeux de raquettes, jeux aquatiques, sports collectifs, escalades, médiation physiques, voile).



*Salle d'art-thérapie*



*Gymnase*

Le programme de ces activités n'est pas affiché dans les unités. Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients. Toutefois, très peu de prise en charge (5,5 %) concernent des personnes en SSC.

Activité 2022	Prise en charge (PEC) totale	PEC patients des trois unités fermées (Altaïr, UPG et Buffon)	%
Art thérapie	926	15	
Toucher massage	497	26	
Ergothérapie	141	47 (25 Altaïr et 22 Buffon)	
Vêtementerie	266	0	
Fabrique d'objet	163	0	
Atelier terre	132	16	
Marche quotidienne	620	31	
Yoga méditation	156	9	
Atelier couture	40	4	
Atelier écriture	192	7	
Relaxation	458	13 (tous de Altaïr)	
Activité physique adaptée	484	57	
	4075	225	5,5 %

### Recommandation 26

Les patients en soins sans consentement doivent davantage bénéficier des activités thérapeutiques.

#### 9.1.3. Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Trois pharmaciens dont un temps d'assistant sur un poste non pérenne et 4,8 ETP de préparateurs en pharmacie avec un cadre de santé gèrent l'ensemble de

l'établissement et ses structures médico-sociales (environ 300 lits). L'équipe comporte également des agents administratifs et techniques, un interne et des externes (un à trois selon les périodes).

Les locaux actuels sont sous dimensionnés (pas de local poubelle, pas de quai de déchargement) et une partie ne remplit pas les conditions de salubrité requises pour une pharmacie (murs au revêtement endommagé, trous dans les parois avec introduction de rongeurs, etc.). Une inspection par les services de l'agence régionale de la santé pourrait utilement confirmer ou infirmer la « situation réglementaire » de ces locaux.

### Recommandation 27

Les locaux de la pharmacie doivent respecter les normes d'hygiène et les conditions de travail des fonctionnaires.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Un projet de réfection de la pharmacie est à l'étude (projet programmiste remis en mars 2024). Travaux prévus sur fin 2024 début 2025* ».

Les médicaments sont reglobalisés chaque semaine dans les services en fonction des consommations réalisées et les piluliers sont confectionnés la nuit par les IDE. La distribution des médicaments se fait dans le respect de la confidentialité. La pharmacie de l'unité POP permet de dépanner le week-end en médicaments habituels. L'astreinte est organisée conjointement avec le CHU de Dijon.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions. En 2022, 32 502 prescriptions (50 964 lignes) ont ainsi été validées, générant 2 230 (4,4 %) interventions avec réserve et seulement 706 prises en compte par les prescripteurs.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques ; en revanche, ils participent aux programmes d'éducation thérapeutique du patient sur le médicament, à travers 20 séances collectives par an rassemblant de 7 à 8 patients, ainsi qu'au programme pro-famille.

La conciliation médicamenteuse est mise en place depuis 2016 lors de l'admission des patients ; 121 patients en ont bénéficié en 2022 malgré l'absence d'un pharmacien durant huit mois (303 patients en 2020 et 613 en 2017).

### Bonne pratique 4

La conciliation médicamenteuse est une pratique pérennisée lors de l'admission de nombreux patients.

Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tiennent deux fois par an, mais la présence des médecins psychiatres y est faible.

## 9.2. LES SOINS SOMATIQUES SONT TOTALEMENT ASSURES

### 9.2.1. L'accès à la médecine générale

Une « unité de soins somatiques » rassemble l'offre de soins somatiques au profit des patients hospitalisés, avec les médecins généralistes du CHS, d'autres spécialistes extérieurs, des professionnels paramédicaux et un matériel de radiologie. Les locaux sont adaptés aux missions exercées et les spécialistes disposent du matériel spécifique nécessaire, que ce soit

l'ophtalmologie, le dentiste, le kinésithérapeute (2 fois 0,5 ETP) ou le podologue. Cette unité est rattachée au pôle des activités médicales transversales avec la pharmacie, l'addictologie, la sismothérapie et l'information médicale.

Ses missions sont détaillées dans un projet de service « unité de soins somatiques », avec un projet de service spécifique pour l'équipe mobile de soins somatiques en santé mentale (*cf. infra*).

L'équipe soignante comporte six médecins généralistes pour 3,6 ETP dont un 0,6 d'assistant partagé pendant deux ans avec le CHU de Dijon et trois internes. Les généralistes se répartissent les unités (une à trois chacun en fonction de leur temps de travail) dans lesquelles ils se rendent chaque jour. Un cahier de transmission leur indique les personnes à voir ; leurs observations sont renseignées sur le dossier patient informatisé d'Hôpital Manager (HM) et un système automatique permet d'insérer dans le courrier de sortie une synthèse somatique à destination du médecin traitant « événement somatique notable ». Un des médecins généralistes œuvre sur l'autre partie de son temps au sein du DIM.

Dans les services, les médecins examinent toutes les admissions ainsi que les patients signalés par les soignants et psychiatres. Ils se rendent tous les jours dans les unités fermées, deux à cinq fois par semaine dans les autres unités selon les besoins. Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception pour les patientes et prodigue aussi les soins somatiques pour les 11-18 ans en pédopsychiatrie. Les médecins généralistes sont mobilisés sur les urgences vitales au sein de l'établissement et forment les soignants aux gestes de premiers secours. Ils promeuvent le dépistage des cancers et le suivi des maladies chroniques, facilité par l'accès aux spécialistes présents sur site comme l'ophtalmologue.

Le généraliste vient examiner les patients admis en chambre d'isolement sur demande du psychiatre et il gère la prescription éventuelle de traitement anticoagulant.

Les électrocardiogrammes (ECG) sont lus par les généralistes et les IPA avec, si besoin, un accès au service de cardiologie de soins intensifs du CHU.

### 9.2.2. L'équipe mobile de soins somatiques

Un projet de service « *équipe mobile de soins somatiques en santé mentale* » précise les objectifs de cette démarche de soins novatrice : proposer des actions de prévention et de dépistage au sein des CMP avant d'accompagner les patients vers le réseau de soins libéral, permettre à toute personne concernée par un trouble psychique d'accéder aux soins, assurer le lien d'orientation des patients vers un médecin traitant proche de chez lui.

Cette équipe comprend 1 ETP de médecin, 1 ETP d'IPA, 1 ETP d'IDE, 0,5 ETP d'AMA et 0,1 ETP de cadre de santé.

#### Bonne pratique 5

Une équipe mobile de soins somatiques permet la permanence des soins somatiques au profit des patients suivis par l'établissement.

### 9.2.3. L'accès aux autres spécialistes

L'accès aux autres spécialistes est facilité par la présence régulière sur site de nombreux professionnels : un cardiologue, un ORL et un pneumologue une fois par semaine, un neurologue et un ophtalmologue deux fois par semaine, un dermatologue une fois par mois et un dentiste

cinq fois par semaine, un gynécologue deux fois par mois, un podologue deux fois par semaine, un radiologue quatre fois par mois. Deux diététiciennes à temps plein participent à l'élaboration des menus, aux séances d'éducation à la santé et assurent des consultations pour les patients hospitalisés et des formations pour les professionnels. Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés au sein du CHU de Dijon.

#### 9.2.4. L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose d'un service d'addictologie mais qui ne comprend que 0,7 ETP de médecin addictologue (0,7 étant vacant) et 0,8 ETP de psychologue, pour un service de sevrage de 18 lits. L'accès aux soins d'addictologie est de fait inexistant dans la mesure où aucune équipe de liaison ne se déplace dans les unités et où il est exigé par ailleurs que le patient fasse lui-même une demande. Seule la mobilisation d'un tabacologue a été dite possible dans une unité, de manière épisodique.

#### Recommandation 28

Les patients hospitalisés doivent pouvoir bénéficier de l'accès aux soins d'addictologie.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : *« Les psychiatres des unités intra proposent la mise en place d'une thérapeutique d'aide au sevrage, des projets spécifiques à l'addictologie en postcure, des consultations en post hospitalisation, la mise en place d'une surveillance clinique spécifique au sevrage. Par ailleurs, dans l'orientation des prises en charge, le psychiatre propose des prises de rendez-vous sur la structure addictologie du CHLC.*

*Information mentionnée dans les règles de vie des unités relatives au tabac : « Conformément à la législation, il est strictement interdit de fumer/vapoter dans les établissements accueillant du public. Un espace ouvert, accessible de 6h00 à 23h00, est prévu pour les fumeurs. Si vous le souhaitez, une consultation de tabacologie est possible sur l'établissement ».*

### 9.3. LA SORTIE DU PATIENT EST RAPIDEMENT ENVISAGÉE

#### 9.3.1. Les autorisations de sortie et la réunion du collège

L'établissement a fortement développé les soins extra hospitaliers ces dernières années ce qui bénéficie aux patients en SSC qui sont rapidement orientés sur des structures de prise en charge à l'extérieur. Le temps moyen de séjour apparaît ainsi limité puisqu'il était de 20,72 jours en 2022 pour les patients hospitalisés en SDDE et de 40,51 jours pour les patients hospitalisés en SDRE. Le taux de ré hospitalisation est assez faible puisque sur 223 patients en SSC sortis en 2022, 36 ont été réhospitalisés en SSC dans l'année soit un taux de 16,14 %.

Ces données statistiques sont confirmées par la dynamique des équipes qui placent le patient au cœur du projet de soins avec une volonté de penser la sortie dès les premiers jours de l'hospitalisation. Des autorisations de sortie de 24 heures puis 48 heures sont classiquement accordées avant une sortie définitive. Il n'y a pas d'opposition systématique du préfet pour accorder des autorisations de sortie.

Le collège des professionnels de santé est composé d'un cadre, d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient et d'un autre psychiatre extérieur au suivi du patient. Le patient ne participe pas à la discussion qui semble pouvoir résulter d'un échange informel et reçoit ensuite la notification de la décision.

### Recommandation 29

Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, se réunir, entendre le patient et recueillir son avis.

#### 9.3.2. Le projet de sortie

Les psychiatres mettent en œuvre des programmes de soins en ambulatoire lorsque le patient a besoin d'un cadre posé pour suivre les traitements. Un deuxième avis est presque systématiquement sollicité par le préfet avant la sortie d'un patient en SDRE ce qui nécessite une anticipation des équipes.

La synergie d'équipe est importante dans les services avec des réunions cliniques et de synthèse riches qui permettent un véritable échange entre les professionnels présents : médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologue et assistante sociale. Ces réunions de synthèse ont lieu une à deux fois par semaine selon les unités mais en cas de besoin la réunion de staff quotidienne est aussi l'occasion d'évoquer la situation d'un patient. Les équipes n'hésitent pas à faire des visites à domicile et sont dynamiques pour construire des projets de sortie et des dossiers d'admission. Le lien entre l'intra et l'extrahospitalier a récemment été renforcé avec le recrutement de plusieurs IPA (7). Leur intégration dans les réunions de service mériterait toutefois d'être améliorée pour assurer le lien entre les CMP et l'intrahospitalier, lien qui s'est étioilé avec la nouvelle organisation polaire selon plusieurs professionnels rencontrés.

Les équipes travaillent avec les tuteurs mais ceux-ci sont peu réactifs. L'assistante sociale travaille aussi avec les associations locales qui mettent en place des hébergements thérapeutiques ou facilitent les conditions d'obtention d'un bail locatif. Les familles sont enfin bien intégrées dans le projet de sortie.

Le temps d'attente dans les CMP n'est pas un frein à la sortie. Les psychiatres veillent à assurer la continuité des soins en organisant des consultations dans l'unité si besoin dans l'attente du rendez-vous en CMP. Les psychiatres s'appuient par ailleurs sur les équipes mobiles de l'ESPID ainsi que sur l'équipe mobile du pôle addictologie, lesquelles peuvent assurer un suivi intensif d'un patient sortant pendant quelques semaines.

Le manque de structure d'accueil spécialisé dans le département pèse sur les possibilités de sortie des patients chroniques. Le projet de réalisation de la MAS sur l'établissement ne pourra combler le manque patent de structures sur le département. Les patients au long cours font toutefois l'objet d'un suivi tous les trois mois avec des sollicitations de l'ARS si besoin pour tenter de trouver des solutions de sortie. Le recrutement envisagé d'un IPA pour suivre spécifiquement ces patients chroniques et travailler des projets de sortie doit être soutenu, de même que la possibilité d'être hébergé dans les appartements thérapeutiques gérés par une association. Le pôle réhabilitation qui abrite l'unité Saint-Exupéry permet de prendre des patients en SCC (6 patients au jour du contrôle) sur dossier d'admission. Le pôle est aussi sollicité pour effectuer des évaluations à la demande des médecins. Il permet aussi d'éviter certaines hospitalisations en prenant en charge des patients dits « précoces » lors de l'orientation effectuée par la POP.

## 9.4. LE CONSENTEMENT DU PATIENT N'EST PAS SUFFISAMMENT RECHERCHE

### 9.4.1. L'intégration du patient et de la personne de confiance dans le projet de soins

Les observations du patient ne sont pas recueillies au stade des différents certificats médicaux qui rythment la mesure de SSC et ce alors même qu'il s'agit là d'une obligation légale. (cf. recommandation § 4.3.2) Par ailleurs si des contrats de soins peuvent être mis en œuvre, ce qui se fait en lien avec le patient, les unités n'intègrent pas le patient dans les réunions de synthèse ou de staff ce qui pourrait renforcer son adhésion dans le projet de soins.

Le patient est informé dès son admission de la possibilité de désigner une personne de confiance. Il le fait dans la grande majorité des cas. Dans les faits, les médecins investissent peu le rôle de la personne de confiance tant dans la prise en charge que dans le projet de sortie. Cette dernière n'est d'ailleurs pas contactée pour confirmer qu'elle donne son accord à cette désignation.

#### Recommandation 30

Le patient et la personne de confiance doivent être mieux intégrés dans la prise en charge médicale et la préparation du projet de sortie : recueil des observations du patient, contact pris avec la personne de confiance notamment.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique :

*« - Recueil des observations du patient en cas de SSC - voir recommandation 5 : Tous les certificats médicaux font apparaître la mention : "le patient a été informé de façon appropriée compte tenu de son état de santé et ses observations ont été recueillies dès lors qu'il a pu les exprimer". Les observations, s'il y en a, sont indiquées dans le dossier patient informatisé. De même les contacts avec la personne de confiance sont tracés dans le DPI.*

*Le plan de prévention partagé (GPS Guide Prévention et Soins) est utilisé par les équipes à partir du moment où il est recueilli et intégré dans notre Dossier Patient Informatisé. Nous avons à ce jour 211 GPS intégrés dans Hôpital Manager soit une augmentation constante et particulièrement marquée de 31.9 % entre décembre 2023 et avril 2024.*

*Le pôle intrahospitalier en a recueilli 25,6 % et la POP Plateforme d'Orientation de Psychiatrie 13,3 %, les services extrahospitaliers 17 % et les services de réhabilitation 44.1 %.*

*Le développement et l'usage de l'outil est toujours en cours mais progresse dans une dynamique constante.*

*Le GPS est inscrit dans le projet de pôle et les perspectives du pôle intrahospitalier.*

*Nous prévoyons de réunir des professionnels formés afin de débattre sur les pratiques ».*

### 9.4.2. Le consentement aux traitements

Les prescriptions si besoin sont travaillées par les équipes dès l'admission et sont majoritairement à effectuer per os même si des injections « si besoin » sont encore réalisées dans l'établissement (une trentaine en cours au moment du contrôle). Elles peuvent être effectuées sans la présence du médecin en cas de crise du patient. Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient : seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si

l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

#### Recommandation 31

La mise en œuvre de prescription de traitement en « *si besoin* » doit être prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas obtenu ou recherché par le praticien avant administration.

Le directeur du CH formule à l'égard de cette recommandation les mêmes observations qu'à la recommandation 30.

#### 9.4.3. Les directives anticipées

L'établissement a mis en œuvre des directives anticipées via le système « mon GPS » issu du guide de prévention et soins en santé mentale. Il s'agit d'un document rempli par le patient lequel fait état de ce qui peut l'apaiser en cas de crise, désigne sa personne de confiance ou encore décrit ce qui peut déclencher les crises. Ce document est majoritairement utilisé en extrahospitalier, notamment dans les CMP. Il est ensuite intégré au dossier patient informatisé si bien que les soignants des unités l'utilisent en cas d'hospitalisation.

La formation des soignants se développe sur cet outil. Si certaines équipes y sont sensibilisées et sont déjà formées, il est encore peu utilisé en intrahospitalier. Il convient que la formation de soignants se poursuive pour que le dispositif de directive anticipée soit mis en place dans toutes les unités. Rien n'empêche de le faire remplir par les patients en unité fermée, une fois la crise passée.



## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EST CORRECTEMENT ASSUREE MAIS LES ACTIVITES INTRA HOSPITALIERES SONT ESSENTIELLEMENT OCCUPATIONNELLES

#### 10.1.1. Le fonctionnement de l'unité intrahospitalière de gérontopsychiatrie

Depuis le précédent contrôle de 2015, les locaux de cette unité ont été trouvés sans évolution majeure. En revanche, deux éléments contextuels ont attiré l'attention des contrôleurs.

Depuis l'adoption du projet d'établissement 2021/2025<sup>50</sup>, l'action de l'unité s'inscrit dans le cadre d'un schéma de prise en charge intersectorielle de la personne âgée, sur l'ensemble du territoire du CHS de la Chartreuse, en lien étroit avec les Vergers (EHPAD-USLD), qui accueille désormais un nombre important de patients/résidents atteints de problèmes psychiatriques.

Entièrement rattachée au pôle intrahospitalier, cette organisation comporte plusieurs structures, en amont et en aval de l'hospitalisation, qui facilite le repérage des patients et améliore l'offre de soins (cf. § 3). Par ailleurs, suite à une initiative lancée au début de l'année 2023, ce service est devenu une « unité ouverte sécurisée », concept nouveau et pour le moment unique sur le pôle intrahospitalier. Les patients admis à sortir de l'unité disposent d'une clé pour aller et venir librement selon des consignes médicales toutefois préétablies, permettant ainsi d'accueillir des patients avec des pathologies et des niveaux de contrainte de soins très différenciés.

En revanche, l'accès au service, bien que disposant d'un plan incliné, présente des aménagements potentiellement dangereux et risques de chute, protégés sommairement.



*Accès à l'unité de gérontopsychiatrie*



*Sas d'accès à l'unité sécurisée :*

L'unité comporte 18 lits, répartis entre 6 chambres individuelles et 6 chambres doubles. Tous les lits sont occupés à la date du contrôle. Aucune suroccupation n'est en revanche constatée ; alors que le précédent contrôle avait mis en évidence un lit d'appoint dans les locaux communs.

Les chambres disposent toutes d'un sanitaire comportant lavabo, douche et WC, dont la configuration est adaptée. En cas de chambre double, le sanitaire est partagé mais un verrou de sûreté permet de s'isoler. Les chambres et les sanitaires sont nettoyés chaque jour et ont été trouvés en bon état de propreté. Les patients qui le peuvent sont associés aux opérations les plus simples (refaire le lit), afin de préparer le retour au domicile. Chaque porte de chambre comporte un symbole pour faciliter son repérage en cas de trouble cognitif.

<sup>50</sup> Adopté en novembre 2020.



*Couloir des chambres*



*Chambre individuelle*

En conclusion, les locaux d'hébergement ne font pas apparaître d'atteinte majeure aux droits fondamentaux des patients mais des améliorations sont nécessaires (cf. § 5.1) : l'intimité des patients n'est pas garantie car les chambres ne disposent d'aucun moyen de fermeture (certains patients indiquent avoir peur la nuit en cas d'intrusion dans leur chambre) et les chambres doubles ne sont pas dotées de claustra de protection ; aucune chambre ne dispose d'un sanitaire aux normes PMR, pour l'accueil par exemple d'un patient en fauteuil roulant, il existe toutefois une salle de bains commune. Les fenêtres sont fermées à clef sans ouverture partielle ; un vasistas existe mais nécessite l'intervention d'un soignant. Les chambres individuelles avec une exposition Sud-Ouest sont décrites comme très chaudes en été. Un aménagement végétalisé extérieur est prévu.

Le couloir qui dessert les chambres aboutit aux espaces collectifs qui s'organisent autour du hall central de l'unité, d'une surface approximative de 100 m<sup>2</sup>. Il constitue le principal lieu de vie avec de nombreux fauteuils et l'unique télévision de l'unité. Les collations sont servies dans cette salle et non au réfectoire. Les locaux communs offrent l'avantage d'être situés intégralement en rez-de-chaussée, avec des circulations larges permettant une liberté d'aller et venir assez largement consentie, incluant l'accès à un patio extérieur dans lequel sont initiées quelques activités de jardinage.



*La collation dans la salle commune*



*L'accès au patio extérieur*

Toutefois, l'importance des surfaces vitrées (Sud-Ouest) leur confère une exposition très importante à la chaleur dans les canicules actuelles, de plus en plus fréquentes. Les dispositifs de ventilation constatés doivent être remplacés par des climatisations. On note aussi des espaces

dont la vocation est peu ou mal définie, ce qui conduit à leur sous-utilisation (*cf. infra* sur les activités), ou à une utilisation partagée entre les patients et les soignants qui ne disposent pas de salle de repos dans l'unité. Enfin, les lieux de restauration (office et réfectoire) sont vieillissants et peu conviviaux, ne permettant pas de développer la médiation thérapeutique autour du repas et de l'alimentation.

Dans ce contexte, les contrôleurs ont examiné avec intérêt le projet en cours de finalisation, visant à créer trois nouvelles salles dédiées respectivement à un espace d'apaisement, à un nouveau local des familles comportant une tisanerie et un espace lecture, ainsi qu'une nouvelle salle d'activités qui comportera une autre télévision permettant le choix des programmes. Pour rappel, les chambres ne sont pas équipées de la télévision.

### Recommandation 32

Les locaux communs doivent faire l'objet d'un plan de remise en état et de modernisation. L'unité doit être dotée d'une climatisation et d'aménagements paysagers permettant de gérer au mieux les épisodes de canicule.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Pour la climatisation, le salon d'hiver a été isolé de l'hôpital de jour et bénéficie d'un système de rafraîchissement afin d'accueillir les patients en cas de canicule. En ce qui concerne l'aménagement paysager en cas de forte canicule, le projet a été validé. Par ailleurs, un salon d'accueil des familles a été aménagé* ».

Actuellement, le service intrahospitalier dispose d'un effectif conforme à son organigramme de fonctionnement. Deux praticiens hospitaliers (dont le médecin coordonnateur de l'ISPA) se relaient dans l'unité pour assurer 90 % de temps de présence. Ils sont tous deux présents le mardi pour la réunion de synthèse hebdomadaire. Une cadre de santé issue de l'EHPAD « les Vergers » a pris récemment ses fonctions.

L'effectif des soignants, qui est très stable avec peu de mobilité, permet d'assurer la présence de quatre soignants le matin (deux IDE et deux aides-soignants) et de trois soignants l'après-midi (deux IDE et un aide-soignant). L'effectif en aides-soignants est beaucoup plus conséquent que dans les autres unités, compte tenu des actes d'assistance devant être dispensés auprès des personnes d'âgées (toilettes, aide à la mobilité). Par ailleurs, les quatre ASH sont complétées par des « ASH accompagnatrices », pour renforcer la présence ou les accompagnements des patients vers des activités ou des sorties. Il s'agit de personnels ayant nécessité un reclassement professionnel au regard de la pénibilité de certaines tâches. L'effectif de nuit est semblable à celui des autres unités.

Le poste d'assistante sociale, resté vacant plusieurs mois, est désormais pourvu à mi-temps (l'autre mi-temps s'exerçant dans l'association Champmol) et le poste de psychologue est pourvu à 0,30 ETP, ce qui paraît trop faible pour mener une action significative auprès des 18 patients, d'autant plus qu'il n'existe pas d'ergothérapeute ni de psychomotricien.

En cas de difficulté, il est fait appel au pool de remplacement, ou à une mutualisation possible avec l'HDJ le Cantou, dont les locaux communiquent avec l'unité de gérontopsychiatrie.

#### 10.1.2. La prise en charge des patients de l'unité intra hospitalière

La file active est en augmentation. En 2022, 137 patients ont été accueillis dans l'unité. Depuis l'année 2021, cette unité est devenue inter sectorielle pour l'ensemble du territoire du CH de la Chartreuse. Sa vocation est d'accueillir des patients de plus de 65 ans, atteints de troubles de

l'humeur ou d'une décompensation psychique ou psychiatrique mise en exergue par le vieillissement ou une situation sociale de solitude ou de choc émotionnel. La pathologie dominante concerne les états dépressifs avec un risque de passage à l'acte suicidaire.

L'unité accueille des patients en SSC. A la date du contrôle, 6 patients sur les 18 étaient en soins contraints, essentiellement à la demande de tiers issus de l'entourage. Une patiente SDRE irresponsable pénale est présente dans l'unité depuis le 18 juin 2020. En 2022, ce sont 50 patients en SSC qui ont été accueillis dans l'unité. Le but est de lever la mesure le plus rapidement possible, pour limiter les contraintes de sortie et amorcer le préparatif du retour à domicile. Il arrive très souvent que la mesure soit levée avant l'audience du JLD.

N'étant pas dotée d'une chambre d'isolement et ne pratiquant aucune contention (sauf la contention pelvienne pour situations somatiques), l'unité n'a pas vocation à recevoir des patients en situation de crise aiguë, mais cela peut se produire en cas notamment de place insuffisante en unité fermée.

Les patients admis en soins contraints sont essentiellement orientés par la POP, alors que les hospitalisations programmées s'organisent davantage à partir du suivi ambulatoire ou des signalements de la médecine libérale ou par mutation interne. Le service est toutefois à 97 ou 98 % de sa capacité d'occupation.

Durant le séjour, la liberté d'aller et venir est régie par les règles de l'unité sécurisée. Le patient en soins contraints sort accompagné. Les premières sorties sont des « sorties parc », aussi bien pour les soins libres que contraints. Toute sortie à l'extérieur de l'enceinte donne lieu *a minima* à l'établissement d'un certificat médical.

Dès l'arrivée du patient, la prise en charge somatique s'organise au quotidien par un médecin gériatre rattaché au pôle somatique du CHS, qui dispose au sein de l'unité d'un bureau et d'une salle de soins. Les examens nécessaires sont réalisés au sein du CH, ou au sein du CHU. Les états somatiques très dégradés constituent une contre-indication à l'admission. La prise en charge psychiatrique s'effectue sous la responsabilité du PH référent du patient, qui l'a reçu lors de son admission. Ce médecin effectue et explique l'ensemble des formalités relatives aux SSC, que les patients peinent souvent à comprendre. Il est fait essentiellement recours aux prescriptions médicamenteuses, mais également à des séances d'ECT (électro-convulsivothérapie), et à de la psychothérapie.

Les activités thérapeutiques sont prescrites par le psychiatre, mais leur contenu et leurs modalités posent question. Elles se déroulent dans de multiples lieux, soit au CIAMM (trois patients sur le dernier trimestre), soit au sein de l'HDJ qui jouxte l'unité ou encore au sein de l'unité. La médiation animale se déroule dans l'unité le vendredi matin. Deux salles d'activités existent dans le service, mais leur vocation, qui mêle des activités physiques ou de loisirs créatifs n'apparaît pas clairement. Elles sont d'ailleurs assez peu utilisées. Il est vraisemblable que des activités soient redondantes, comme le travail manuel, alors que d'autres font défaut : atelier de lecture, travail en groupe autour de l'actualité, repas thérapeutique. On peut enfin regretter l'absence de temps dûment organisés et ritualisés de professionnels dédiés, tels que psychomotricien, ergothérapeute, ou diététicienne, qui participent de par leur spécialité à l'accompagnement de la personne âgée en vue de retrouver une sociabilité ; de plus, les activités hebdomadaires ne sont pas planifiées.



La salle d'activité de l'unité

### Recommandation 33

Les activités thérapeutiques des patients accueillis en gérontopsychiatrie doivent être coordonnées et programmées pour couvrir l'ensemble des besoins correspondants à leur prise en charge et pour faciliter leur compréhension ; elles doivent faire appel à des professionnels dédiés (psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute).

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : « *Nous rappelons que les patients hospitalisés dans le service bénéficient de prise en charge auprès du service APNkiné sur prescription. Des activités sont mises en place par l'équipe sur le service, les différents professionnels essaient de maintenir ces activités dont l'organisation peut être impactée par d'autres accompagnements prévus auprès des patients tels qu'audience JLD, examens somatiques... Pour les HJ (Beauce et ISPA), nous ne bénéficions plus de poste de psychomotricien faute de recrutement possible il y a plusieurs années. Un projet pour bénéficier de temps APA est en cours d'écriture. A noter, que nous avons un ergothérapeute qui intervient sur les 2 hôpitaux de jour à temps plein pour pallier le manque de psychomotricien* ».

L'arrivée d'une cadre de santé qui travaille à la mise en place de plusieurs projets, et la création d'une nouvelle salle d'activités mentionnée ci-dessus, devraient participer à améliorer cette situation, qui nécessite un effort particulier de la part de l'équipe soignante.

Par ailleurs, il est préconisé de renforcer, en lien avec l'équipe des pharmaciens, la pharmacovigilance en vue de mieux observer et de mieux prévenir les effets secondaires des psychotropes, qui peuvent être spécifiques aux personnes âgées<sup>51</sup>.

L'arrivée d'une nouvelle assistante sociale et la mise en place finalisée de l'ISPA facilitent la sortie du patient et le retour à domicile, qui est l'objectif mais qui n'est pas toujours possible. Toutefois, la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) moyenne reste d'une cinquantaine de jours, bien supérieure à la moyenne des unités.

#### 10.1.3. Le schéma intersectoriel de gérontopsychiatrie

L'objectif de l'ISPA (intersecteur personnes âgées) est de disposer d'un maillage territorial complet permettant de repérer et ensuite de traiter toute problématique d'ordre psychique ou psychiatrique rencontrée par les personnes de plus de 65 ans, et de fluidifier leur parcours de

<sup>51</sup> Recommandation de l'HAS sur « l'amélioration de l'utilisation des psychotropes chez les personnes âgées ».

soins. Il s'appuie sur un réseau de structures ambulatoires qui sont sectorielles sur la ville de Dijon (unité de Beauce-en-Vergy) et intersectorielles sur le site du CHS, avec l'HDJ du Cantou.

L'EHPAD « les Vergers », mutualisé avec une unité de soins de longue durée (USLD), dispose d'une équipe médicale renforcée permettant l'accueil au long cours de patients atteints d'une pathologie psychiatrique stabilisée. Son taux d'occupation laisse toutefois peu de marges pour accueillir de nouveaux patients, qui viendraient par exemple de l'unité intra hospitalière.

Depuis un an, ce schéma a été renforcé par une équipe mobile basée sur le CMP d'Auxonne, qui prend en charge les patients âgés en milieu rural, qui rend souvent complexe le diagnostic et le traitement de la maladie psychique. Lorsque la réponse adaptée ne peut être trouvée au sein de l'ISPA, une politique de contractualisation avec le CHU (gériatrie) et d'autres structures publiques ou privées ayant vocation à accueillir des personnes âgées permet la recherche de solutions adaptées.

## 10.2. LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS AU SEIN DE L'UNITE D'HOSPITALISATION SPECIFIQUE EST ASSUREE SANS RESTRICTIONS GENERALES NI ISOLEMENT

### 10.2.1. L'organisation générale

Le CH dispose d'un pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui couvre trois secteurs soit un bassin de population d'environ 67 000 mineurs représentant les deux tiers de la population des mineurs du département. Il comprend trois filières de soins, précoce (de la périnatalité à l'âge de 6/7 ans), enfance (de 6/7 ans à 11/12 ans) et adolescence (de 11/12 ans à 18/19 ans). Il dispose de plusieurs structures dont certaines intersectorielles : CMP, CATTP, HJ, une maison des adolescents et de leurs parents, une unité pédagogique, une équipe mobile ressource créée en 2022 à destination des enfants confiés aux dispositifs de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ainsi qu'aux professionnels qui les accompagnent (dépistage, prévention, orientation, etc.). Le pôle comprend le dispositif départemental « *Intermède* », créé en 2019, qui est composé d'une équipe mobile (« *Mobilado* » à vocation départementale pour les jeunes de 11 à 18 ans en rupture de soins), d'un dispositif d'accueil de soins intensifs ambulatoires de crise (« *Adosoins* »), et d'une unité d'hospitalisation (« *Adolits* »).

Un livret d'accueil, clair et bien réalisé, présente les missions du pôle et vient d'être actualisé. Le dispositif ambulatoire est confronté à une augmentation continue de son activité, des situations plus complexes cumulant de multiples vulnérabilités et pâtit d'un poste vacant de pédopsychiatre. Une réflexion est en cours avec le CHU, les structures médico-sociales et l'Education nationale pour la création d'un dispositif internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents (ISEMA) de 11 à 21 ans afin d'éviter les hospitalisations faute d'autres solutions. Sur le département, les adolescents peuvent également être hospitalisés au sein du CHU (dix lits et quatre lits en pédiatrie) ou de la clinique de Tremblay (environ 10 lits). Les 11-13 ans peuvent être pris en charge par « *Adolits* » mais aucune solution n'existe pour les enfants de moins de 11 ans. Le dispositif « *Intermède* » dispose d'un projet de soins 2019-2020 qui va prochainement être actualisé.

### 10.2.2. L'activité

Le nombre de mineurs hospitalisés est stable depuis deux ans : ils étaient 63 en 2021, 64 en 2022 et 54 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023. La très grande majorité l'est en soins libres ; en 2023, on compte

un SDRE et une ordonnance de placement provisoire (OPP), aucune en 2022 et 2 SDRE et 1 OPP en 2021.

### 10.2.3. Les mineurs hospitalisés dans les unités pour adultes

Il est très exceptionnel que des mineurs soient accueillis en unité pour adultes. Ils sont admis par OPP ou SDRE car la position du CH est de refuser de les prendre en charge dans l'unité pour adolescents. Pour exemple, un mineur a été hospitalisé par OPP du 29 avril au 23 mai 2023 au sein de l'unité Altaïr. Il a été placé dans une chambre d'isolement notamment pour assurer sa protection ; l'ensemble de l'équipe a fait son possible pour le prendre en charge le mieux possible malgré le lieu inadapté.

#### Recommandation 34

Le CGLPL rappelle que les mineurs ne doivent pas être hospitalisés dans des unités pour adultes. De plus, toute mesure d'isolement, *a fortiori* de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf dans l'hypothèse où le patient concerné est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE), elle est contraire à la loi. Considérant en outre qu'une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

### 10.2.4. L'unité d'hospitalisation pour adolescents

L'unité « *Adolits* », créée en 2020, est rattachée au dispositif « *Intermède* » ; elle dispose de cinq lits destinés à des adolescents de 11 à 18 ans venant de l'ensemble du département de la Côte-d'Or et présentant des risques suicidaires élevés. Le séjour est de 15 jours, renouvelable.

#### a) L'activité

Depuis son ouverture, l'unité a procédé à 224 admissions. Les mineurs accueillis sont généralement des filles (82 % depuis l'ouverture), en provenance du CHU de Dijon (44 % des admissions depuis l'ouverture), ou du pôle enfant et adolescents du CH La Chartreuse (39,5 %) ; le reste des adolescents viennent du CH de Semur-en-Auxois (5,5 %), 3,5 % du CH de Beaune, 3,5 % des médecins libéraux (psychiatre ou médecin traitant), moins de 2 % en provenance d'« *Adolits* » (renouvellement d'hospitalisations) ; moins de 1 % viennent de la maison des adolescents, de l'éducation nationale, du service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ou d'un CH hors secteur. La durée moyenne de séjour est de 28 jours.

Tous les enfants sont hospitalisés en SL, il n'y a jamais eu d'OPP ni de SDRE. Au jour de la visite, un enfant était placé à l'ASE avec qui les liens sont jugés satisfaisants. Les admissions sont dans la grande majorité des cas programmées ; des admissions directes peuvent toutefois avoir lieu notamment de jeunes pris en charge par « *Adosoins* » ; aucune admission n'a lieu la nuit, le week-end et les jours fériés. Les incidents sont rares mais les actes auto-agressifs (scarifications notamment) peuvent entraîner des phénomènes de contagion. L'unité est régulièrement amenée à signaler des informations préoccupantes ; une grande majorité des jeunes a été agressée sexuellement.

#### b) Les locaux

L'unité « *Adolits* » est située dans des locaux qui hébergent également l'équipe mobile et le dispositif ambulatoire de soins intensifs constituant le dispositif « *Intermède* ». L'entrée

extérieure a été réaménagée récemment par les jeunes pour qu'elle soit plus conviviale car le passage était perçu comme angoissant ce qui pouvait constituer un frein à l'hospitalisation<sup>52</sup>. Au jour de la visite, l'entrée intérieure était particulièrement bien décorée de réalisations par les jeunes pour la fête d'Halloween. Une boîte à l'entrée permet de recueillir les questionnaires de satisfaction des parents.



*Entrée du service décorée par les jeunes*

Le service est ouvert et la porte d'entrée principale n'est fermée que le soir de 17h30 à 9h, ce que le CGLPL constate rarement. Le premier étage où se situent les chambres est fermé à partir de 19h jusqu'à 7h.

#### Bonne pratique 6

La porte de l'unité d'hospitalisation pour adolescents est ouverte en journée.

Au rez-de-chaussée, après l'entrée, se trouvent sur la gauche le bureau d'accueil et une salle de réunion et sur la droite la cuisine, une grande salle commune comprenant le réfectoire, bien équipée (piano, table de ping-pong, baby-foot, télévision, livres et puzzles, etc.) et décorée et une salle de détente pouvant accueillir les familles.



*Le réfectoire*



*La salle commune*

<sup>52</sup> Un projet artistique « la fresque collective » a été mené avec des artistes : les jeunes ont été invités à écrire leurs émotions et à imaginer une forme abstraite pour les représenter.



Un couloir dessert en enfilade un local technique, une salle d'activités, une salle de détente, le bureau médical/salle de soins/pharmacie, le bureau des infirmiers d'« Adosoins », le bureau du cadre de santé, une salle d'esthétique, une salle d'ergothérapie, un espace pédagogique comprenant une bibliothèque réalisée par les patients avec le bois du parc. Des placards contiennent de nombreux jeux de société.



*Salle de détente*



*Espace pédagogique*



*Salle d'esthétique*

Le couloir est attenant à une cour extérieure agréable.



*Cour extérieure*



*Salle d'ergothérapie*

Tous ces espaces sont utilisables pour les jeunes pris en charge par « Adosoins » et « Adolits ».

Le premier étage est accessible par un escalier et par un ascenseur. Il comprend cinq grandes chambres, dont une double, le bureau des infirmiers, deux sanitaires collectifs comprenant douches et lavabos, un réservé aux garçons et l'autre aux filles, une salle de détente équipée de canapés et d'une télévision et une chambre d'apaisement.

*Chambre**Espace de détente**Sanitaire collectif**Chambre d'apaisement*

Les chambres sont grandes et toutes équipées de la même manière d'un lit, d'une table de chevet, de placards mais ne disposent pas de verrous de confort ; les chambres ne sont jamais fermées à clé y compris la nuit. Leurs fenêtres sont fermées à clé car elles sont équipées d'un barreaudage extérieur présentant des points d'accroche. Les douches collectives sont toujours utilisées en individuel, le jeune s'y rendant seul ; la pratique est souple, le jeune peut se doucher quand il le souhaite et plusieurs fois par jour.

Tous les locaux sont entretenus, propres et investis car décorés par de nombreuses réalisations des jeunes. Toutefois, il manque des salles d'entretien, les chambres ne disposent pas de sanitaires individuels, l'accès à l'escalier est fermé la nuit par une porte à l'aspect carcéral (le service a souhaité la changer mais s'est heurté aux refus des pompiers en termes de sécurité incendie), les fenêtres sont équipées de barreaux alors que des dispositifs de sécurité plus discrets pourraient être installés. Toutefois, un réaménagement des locaux est prévu lorsque l'unité Arc-en-ciel attenante fermera pour la MAS. Les contrôleurs encouragent le pôle à investir le projet de relocalisation de la même manière qu'il l'a fait pour le pôle extrahospitalier de pédopsychiatrie.

### Recommandation 35

L'établissement doit profiter du projet de déménagement pour que la future unité dispose de chambres toutes individuelles, équipées de verrous de confort, de sanitaires individuels, de fenêtres pouvant s'ouvrir au moins partiellement.

### c) Les ressources humaines

L'unité dispose d'une équipe complète et pluridisciplinaire qui comprend 0,40 ETP de cadre de santé, 8 ETP d'IDE, 2 ETP d'éducateurs, 3 ETP d'AS, 0,5 ETP de psychologue dédié à l'accompagnement des parents, 0,4 ETP d'assistant de service social, 0,8 ETP de professeur d'activité physique adaptée, 0,4 ETP d'adjoint médico-administratif, 1 ETP d'ASH. La diététicienne du CH intervient auprès des jeunes. Les professionnels sont en majorité présents depuis l'ouverture et ont une expérience en pédopsychiatrie ; ils ont bénéficié d'une formation de 15 jours avant l'ouverture leur permettant de faire équipe ; aucun poste vacant n'est à déplorer, l'unité a bénéficié d'un renfort de personnel (un IDE) en janvier 2023 ; l'unité connaît peu d'absentéisme.

L'organisation prévoit en journée un IDE et un éducateur et la nuit, un IDE et un AS ; en pratique, deux voire trois IDE peuvent être présents en fonction du planning et des médiations proposées. Les soignants travaillent en 12 heures (ce qui peut poser difficultés en termes de continuité et d'organisation de la prise en charge) et en décalé (19h-7h et 19h30-7h30) pour assurer un temps de transmission de 30 minutes chaque jour ; deux ASH interviennent par jour, un le matin et un l'après-midi.

Les liens entre les différents corps de métier et l'ambiance de travail sont satisfaisants de l'avis de tous. Les soignants ont été décrits par les jeunes comme très à l'écoute et disponibles.

L'unité ne bénéficie d'aucun enseignant mais un projet est en réflexion pour en obtenir en 2024 ; au jour de la visite tous les adolescents étaient scolarisés dont deux en terminale ; certains jeunes ont regretté de ne pas pouvoir suivre de cours.

#### Recommandation 36

Les enfants hospitalisés ont droit à l'éducation et l'unité « Adolits » doit bénéficier d'un temps spécifique d'enseignant. Le CGLPL rappelle son avis du 17 novembre 2023 relatif à l'accès des mineurs enfermés à l'enseignement.

A leur arrivée, les soignants bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi, d'une dizaine de jours.

#### Bonne pratique 7

Tous les soignants de l'unité d'hospitalisation pour adolescents bénéficient d'une formation à l'emploi de pédopsychiatrie.

Le catalogue de formation de l'établissement comprend également une formation sur la pédopsychiatrie en lien avec le projet de pôle et sur les mineurs auteurs d'infractions sexuelles. Les formations extérieures sont possibles. Le président de la CME propose un temps de formation au travers d'une lecture d'articles chaque semaine mais les soignants rencontrés n'en avaient pas connaissance ; la pédopsychiatre de l'unité partage des articles, revues, informations.

Deux réunions de synthèse sont organisées par semaine dont l'une comprend un temps consacré aux admissions et aux questions d'organisation de service. Une réunion hebdomadaire réunissant le cadre supérieur de santé du pôle et les cadres des unités dont celui affecté à « Adolits » a lieu toutes les semaines. L'équipe d'« Adolits » bénéficie, depuis septembre 2023, d'une analyse des pratiques une fois par mois environ (10 séances sont organisées par an) dispensée par un intervenant extérieur. Les deux premières séances ont été rendues obligatoires.

#### d) *Prise en charge et restrictions des droits*

A l'arrivée, le jeune est reçu avec ses parents par le cadre de santé, la psychiatre et un soignant. L'avis du jeune sur son hospitalisation est systématiquement recueilli.

Les parents signent une autorisation de prise en charge médicale d'un mineur qui comprend un encadré pour le père et pour la mère ; il n'y a pas d'admission si l'accord des deux parents n'a pu être recueilli. Ils signent aussi toutes les autres autorisations<sup>53</sup>. Un cadre d'hospitalisation, évolutif et signé par les parents et le jeune, est également établi qui permet de recueillir le souhait des parents en matière de visite, de sorties, d'accès au parc, de téléphone, de consommation de tabac. Les liens avec les parents sont garantis : sauf prescription médicale et après un temps d'observation de trois jours environ (qui peut être allongé en cas de maltraitance par exemple) qui ne comprend ni visites ni permissions, l'enfant peut recevoir la visite de ses parents (deux fois par semaine entre 17h et 19h) voire de la fratrie, se rendre le week-end en famille, appeler ses parents sans limitation sur les heures d'autorisation du téléphone portable. Les parents sont associés tout au long de la prise en charge et reçus par le médecin une semaine après l'admission.

Lors de l'arrivée, un livret d'accueil qui présente les règles de vie serait remis mais beaucoup de jeunes n'en avaient pas le souvenir ; il est clair et complet mais pourrait être plus ludique compte tenu du public auquel il s'adresse.

Un inventaire est établi et les objets dangereux ou susceptibles de l'être enlevés.

L'association du jeune est recherchée tout au long de l'hospitalisation et les restrictions sont toutes individualisées ce que le CGLPL constate rarement. Ainsi, sous réserve de l'accord des parents, le jeune peut être autorisé à fumer quatre cigarettes maximum par jour ; une rencontre avec le médecin addictologue est systématiquement proposée. Les placards peuvent être fermés à clé par les jeunes. Le téléphone portable est laissé sur deux créneaux, le matin de 9h à 10h15 et l'après-midi de 17 à 21h et le week-end toute la journée sauf temps de repas, d'activités, de visites, etc. Comme chez les adultes, il n'y a pas de Wifi patient (cf. recommandation § 6.3.3).

#### Bonne pratique 8

Les adolescents hospitalisés peuvent utiliser leurs téléphones portables sur des créneaux spécifiques.

Les repas (petit-déjeuner, repas du midi, goûter, repas du soir) se déroulent avec les soignants. Ils ont lieu à des horaires d'usage mais l'horaire du repas du soir (19h30) a été déploré par tous les jeunes et une réflexion devrait être conduite sur ce point par l'unité. La quantité et la qualité des repas fait l'objet de grandes insatisfactions et doit être revu impérativement s'agissant d'adolescents aux besoins nutritionnels importants et qui plus est pouvant présenter des troubles de la conduite alimentaire (cf. recommandation § 5.4).

L'unité remet aux jeunes et à ses parents un questionnaire de satisfaction distinct qui était en cours d'actualisation au jour du contrôle.

L'unité propose de nombreuses activités diversifiées : escalade, roller, atelier cuisine, sport collectif ; des sorties extérieures (parc d'attraction par exemple) sont également organisées. Un

---

<sup>53</sup> Echange d'informations médicales, non médicales de participation à un séjour thérapeutique, de droit à l'image, de contacts téléphoniques post-hospitalisation.

outil développé par l'ergothérapeute, « *Dibado* » permet d'échanger avec le jeune sur ses émotions. L'unité est bien équipée et dispose de nombreux jeux de société, jeux de console, de matériel de dessin ou de peinture, d'instruments de musique. Le soir, des activités sont proposées. Plusieurs projets sont en cours pour 2024 : développement d'outils de psychoéducation, séances de voile, séjours thérapeutiques, projet de création d'un labo photo en lien avec la médiation photolangage, équithérapie, projet d'aménagement de l'actuelle cour en un « jardin de vie », création de fresques murales devant les unités de soins.

Au jour de la visite, il n'y a pas de médiation animale, activité généralement appréciée des adolescents et il n'existe pas de planning qui permettrait d'informer les jeunes du déroulement de leur semaine ; le service a tenté de le mettre en place mais le respect de la programmation s'avère compliqué car les soignants ont chacun des compétences propres (relaxation, musicothérapie, etc.) et souhaitent s'adapter à l'état du groupe et des jeunes. L'unité devrait toutefois réfléchir à le mettre en place pour institutionnaliser davantage les activités proposées pour leur pérennité.

La sortie est préparée ; l'équipe contacte téléphoniquement le jeune 3 mois et 6 mois après son hospitalisation sous réserve de son accord et de celui des parents ; le jeune dispose des coordonnées de l'unité et peut appeler le service si besoin, y compris après son hospitalisation.

#### e) *L'accès aux soins*

L'unité dispose de 0,9 ETP de pédopsychiatre qui rencontre les jeunes une à deux fois par semaine. Les entretiens ne sont pas programmés et certains jeunes ont indiqué le regretter. Les soignants peuvent être présents sauf si le jeune ne le souhaite pas car son avis est toujours demandé. Un médecin somatique de l'unité somatique du CH se déplace systématiquement dans l'unité pour examiner le jeune dans un délai de 24 heures après son arrivée et réaliser un bilan. S'agissant des soins spécifiques, ils sont assurés pour certaines disciplines (gynécologie, ophtalmologie au sein de l'unité somatique, pour le reste au CHU) ; les jeunes sont systématiquement accompagnés d'un soignant pour les consultations.

Chaque jeune bénéficie d'un projet de soin individualisé. Les réunions de synthèse sont bi-hebdomadaires et une réunion soignants/soignés-groupe de parole a lieu toutes les semaines ; lors de la visite le thème « liberté » avait été choisi au vu de la venue du CGLPL.

Les médicaments sont distribués de façon confidentielle.

#### f) *Les pratiques d'isolement et de contention*

L'unité ne dispose d'aucune chambre d'isolement. Les mineurs ne sont jamais isolés ni contentionnés. Cette situation est apparue comme une évidence tant pour les médecins que pour les soignants ce qui est particulièrement à souligner au regard des pratiques constatées ailleurs par le CGLPL.

#### Bonne pratique 9

L'unité d'hospitalisation pour adolescents ne dispose d'aucune chambre d'isolement et les jeunes ne sont jamais isolés.

L'unité est équipée d'une chambre d'apaisement qui va être réaménagée avant la fin de l'année sur le modèle « *wavecare* » (mise en place d'un environnement vidé et sonore), ce que les contrôleurs encouragent. La chambre, peu utilisée, est en accès libre ou sur indication médicale.

### 10.3. LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACEES A L'ISOLEMENT, SANS POSSIBILITE DANS CERTAINS CAS D'ACCES A L'AIR LIBRE

En réponse aux observations de 2015, la direction avait indiqué installer un groupe de travail en vue de réviser le protocole de prise en charge des patients détenus. Pour autant, aucune modification n'a été constatée. Le protocole de « sécurité en milieu hospitalier » – établi en juin 2014 et non révisé depuis – reste le socle de référence auquel renvoient plus largement le protocole de collaboration entre les services de l'Etat, l'hôpital et les autorités judiciaires signé en décembre 2021 et la procédure interne au CHS de prise en charge d'un patient détenu dont la dernière mise à jour date de juin 2020. Or, en marge des recommandations de la HAS<sup>54</sup> selon lesquelles isolement et contention ne sauraient, sans atteinte aux libertés individuelles et à la dignité des patients, être imposés en dehors d'une nécessité médicale, ces documents prescrivent l'isolement systématique, hors indications cliniques, de tous les patients détenus, avec retrait des vêtements personnels (le pyjama est imposé) et, en amont, le recours, sans prescription médicale (ni base légale), à la contention (mains de chaque côté du corps liées à une ceinture ventrale ; pieds, le cas échéant, entravés) durant le transport et jusqu'à l'évaluation médicale d'entrée. « Dans tous les cas » indique le protocole, le transport sera réalisé en véhicule sanitaire « transport allongé sur brancard avec contention ».

Le protocole et documents afférents doivent être revus de sorte à garantir le respect des recommandations de la HAS et ne pas organiser de manière implicite un transfert de la responsabilité de la gestion sécuritaire des autorités en charge de l'ordre public vers l'hôpital. Etant entendu, comme le souligne le Comité européen de prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants (CPT), qu'il « n'appartient ni aux autorités pénitentiaires ni aux autorités préfectorales de solliciter [auprès de l'hôpital] des mesures d'isolement et/ou de contention ou de décider d'imposer ces mesures vis-à-vis de patients détenus souffrant de troubles psychiatriques »<sup>55</sup>. A cet égard, le CGLPL renvoie à ses avis du 15 février 2011 et du 14 octobre 2019 relatifs à la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, dans lesquels il est rappelé notamment qu'il existe des établissements où le systématisme du placement des patients détenus en chambre d'isolement n'est pas de rigueur, permettant des soins adaptés sans pour autant que le nombre d'évasions soit plus élevé.

En l'état, les personnes provenant de la maison d'arrêt de Dijon ne bénéficient pas du principe d'équivalence des soins par rapport à la population générale<sup>56</sup>. A l'isolement, en raison de leur statut, pendant toute la durée du séjour, sans contrôle judiciaire, et ce en accord avec le JLD, elles sont privées d'accès aux activités thérapeutiques qui pourraient pourtant leur être bénéfiques. Elles se voient imposer un régime drastique, plus restrictif qu'à la maison d'arrêt en termes d'accès à l'air libre, possibilité de fumer, lien social. Dans les chambres d'isolement sécurisées (prioritairement utilisées), l'accès à la cour annexe grillagée est réduit et subordonné à l'accompagnement de soignants : trois à quatre fois par jour, après les repas, le temps d'une cigarette ou l'équivalent pour les non-fumeurs. Le renfort d'effectif censé être « la règle »<sup>57</sup> en

<sup>54</sup> Notamment HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandations pour la pratique clinique, février 2017.

<sup>55</sup> CPT, Rapport au Gouvernement relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, Strasbourg, avril 2012.

<sup>56</sup> Article L.322-1 du code pénitentiaire.

<sup>57</sup> Procédure de prise en charge d'un patient détenu au CH de la Chartreuse, mise à jour le 18 juin 2020.

cas d'accueil d'un patient détenu n'est pas respecté. Dans les chambres d'isolement de l'unité Buffon, sans cour annexe, la consommation de tabac est proscrite et les patients détenus ne sortent pas. Ils n'ont pas accès à la télévision, les chambres n'en étant pas dotées. En principe, l'affectation à Buffon est exceptionnelle et provisoire<sup>58</sup> ; néanmoins, lors de la visite, un patient détenu y était depuis trente jours, en attente d'un transfert « prochain » en UHSA. En général, d'après les éléments recueillis, ce type de transfert intervient plutôt entre quinze jours et trois semaines.

Les admissions en urgence sur le CHS sont en hausse, d'après le rapport d'activité de l'unité de soins psychiatriques de la maison d'arrêt de Dijon : + 29 % entre 2022 et 2021, 35 contre 27. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, 30 admissions ont été recensées. Hors transit avant transfert en UHSA, soit dans deux-tiers des situations, la durée moyenne de séjour est brève (6,5 jours en 2022) axée sur le traitement de la phase aiguë avant réintégration de la prison – que la plupart des patients détenus appellent de leurs vœux, les conditions d'hospitalisation au CHS leur paraissant plus difficiles à supporter que la détention. Il est noté des cas d'allers-retours rapprochés entre prison et hôpital, avec des ré-hospitalisations à une semaine d'intervalle.

### Recommandation 37

La contention systématique des personnes détenues au cours de leur transport à l'hôpital et leur placement à l'isolement sans indication clinique doivent cesser. Les patients détenus doivent bénéficier du principe d'équivalence des soins. Sous réserve du règlement pénitentiaire, il ne saurait leur être imposé, à l'instar des autres patients en soins sans consentement, que des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et la mise en œuvre du traitement requis. Le protocole de prise en charge des patients détenus doit être revu en ce sens.

Enfin, les patients détenus nécessitant des soins d'hospitalisation en psychiatrie, y compris en urgence, doivent être transférés au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH indique : *« L'établissement a élaboré un "protocole de collaboration services de l'état-hôpital- justice" signé en décembre 2021. Les parties concernées sont le CHLC, la préfecture de Côte d'Or, la région de gendarmerie de Bourgogne Franche-Comté, le tribunal judiciaire de Dijon, le parquet de Dijon, la direction départementale de la sécurité publique de la Côte d'Or et la maison d'arrêt de Dijon. Ce protocole tente, entre autres, d'apporter des réponses à la complexité, voire aux "injonctions paradoxales", entre d'une part, le respect des droits des patients détenus, population spécifique, et d'autre part, les obligations liées à leur statut. La prise en charge de ces patients dans des unités non dédiées au sein de notre établissement est très complexe. Bien que le personnel soignant soit formé à accueillir des patients en soins sans consentement, la prise en charge spécifique des patients détenus exige des locaux et des effectifs adaptés, ce qui est le cas dans les UHSA. Lors de l'admission d'un patient détenu, systématiquement placé en SDRE par le préfet que le patient soit consentant aux soins ou non, dans un service de psychiatrie générale, le juge ne prononce pas de suspension de peine, ce qui entraîne de fait l'obligation pour les équipes soignantes de faire respecter un certain nombre de dispositions tout en prenant en compte les recommandations*

<sup>58</sup> Op.cit.

*issues du livre 2 cahier 3 "Droit des personnes détenues" fiche 2 "Droit des personnes détenues hospitalisées en psychiatrie" du guide méthodologique "prise en charge sanitaire des PPSMJ".*

*Exemples :*

- *contrôle des courriers ;*
- *contrôle de l'accès au téléphone : "dans les établissements de santé, l'accès au téléphone est possible sur prescription médicale. Lors de l'admission de personnes détenues, l'établissement pénitentiaire transmettra, pour chacune d'entre elles, les coordonnées des personnes pouvant être contactées par celle-ci (fiche de liaison). L'identité de l'interlocuteur doit être vérifiée par un personnel de santé" ;*
- *contrôle des visites autorisées : "dans la mesure où ces visites se déroulent sans surveillance à l'hôpital (à la différence de celles pratiquées en prison), l'autorité préfectorale ou l'autorité judiciaire peut restreindre la liste des visiteurs pendant la durée de l'hospitalisation" ;*
- *possibilité de promenade : "dans la mesure où l'état de santé de la personne le permet, il est donc possible d'autoriser les personnes détenues hospitalisées qui le souhaitent à bénéficier de promenades, sous réserve que les conditions de sécurité soient remplies (présence soignante et lieux clos) " ;*

*Ces hospitalisations sont toujours source d'interrogations pour les équipes soignantes car des questions émergent inévitablement dans le cadre de ces prises en charge : comment gérer la mixité (hommes/femmes) dans les services alors qu'elle n'existe pas en détention ?*

- *comment gérer les visites alors que les personnels ne sont pas habilités à pratiquer des fouilles ?*
- *comment empêcher un patient détenu qui circulerait librement dans l'unité d'emprunter le téléphone d'un autre patient, de faire circuler de l'information, de recevoir des colis ?*
- *comment se prémunir efficacement des risques de fugue ?*
- *comment gérer la dangerosité criminologique alors que nous ne sommes pas systématiquement informés de cette dernière par les services pénitentiaires ? Or, nous devons assurer la sécurité de tous les patients (détenus ou non) et également des personnels hospitaliers.*

*Une autre question a été soulevée par les représentants des usagers, à savoir : comment serait vécu par les autres patients, vulnérables par définition, le fait d'être en contact avec des patients détenus et d'être témoins de situations à potentiel anxiogène ? :*

- *intervention systématique des services de police lors de l'accompagnement du patient détenu, qui est alors menotté dans l'unité, pour se rendre à l'audience du juge des libertés et de la détention ;*
- *risque de rencontres entre un profil d'agresseurs et de potentielles victimes.*

*Afin d'offrir une prise en charge respectueuse des droits des patients détenus et d'améliorer la prise en charge des patients en crise, l'établissement a déposé auprès de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté un projet d'USIP en mai 2023. Les constats de la HAS et du CGLPL auxquels s'ajoute un manque criant de places en UHSA (fermetures de lits au CH Le Vinatier, à Orléans durant des périodes plus ou moins longues) confortent le CHLC dans la nécessité de créer cette unité.*



	Hospitalisation en soins libres à l'UHSA	Hospitalisation à l'UHSA en SDRE	Transtit sur le CHLC avant transfert à l'UHSA en SDRE	Hospitalisation complète sur le CHLC en SDRE	Total CHLC	Total
2020	1	3	7	38	45	49
2021	3	8	8	19	27	38
2022	19	1	9	26	35	55

\*Chiffres issus du rapport du CGLPL mai 2023 de la maison d'arrêt de Dijon

*La communauté soignante, soutenue par la gouvernance de l'établissement, est dans une recherche constante de solutions pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention, quel que soit le statut du patient.*

*Lors du conseil de surveillance du 20 octobre 2023, la présidente a souhaité adresser un courrier au préfet concernant la prise en charge des patients détenus.*

*Ce courrier, signé par la présidente du conseil de surveillance, le président de la CME, un représentant du personnel, une représentante des usagers et le directeur du CHLC a été envoyé au préfet en décembre 2023 (copie à l'ARS Bourgogne Franche-Comté).*

*Il propose d'organiser une rencontre afin d'échanger sur l'accueil et la prise en charge des patients détenus.*

*Le préfet s'est déplacé au CHLC le 27 février 2024 pour échanger à ce sujet.*

*Un groupe de travail sur la prise en charge des patients détenus s'est réuni à plusieurs reprises : le 12 octobre 2023, le 5 décembre 2023 et le 24 janvier 2024.*

*Ce groupe de travail va proposer une nouvelle organisation permettant d'assurer à la fois le respect des droits fondamentaux des patients détenus et les obligations liées à leur statut. Il prendra contact avec d'autres EPSM rencontrant les mêmes problématiques et qui pour certains ont trouvé des solutions.*

*Le protocole de collaboration services de l'Etat-hôpital-justice doit être mis à jour. Les différentes parties prenantes doivent être réunies en ce sens ».*

## Annexes

Annexe 1 : Données relatives à l'occupation ..... Erreur ! Signet non défini.

### File active globale de l'établissement et données associées

	2021	2022
File active totale	11804	12286
File active hospitalisés temps plein	1947	1984
Nombre de séjours hospitalisation à temps plein	2795	2886
Nombre de journées hospitalisation à temps plein	83134	83103
DMS	29,74	28,80
DMH	42,7	41,89

Sources : Données établissement. Extraction DIM « file active » mise à disposition des contrôleurs.

### File active des unités accueillant des patients en soins sans consentement et données associées

	2021	2022
<b>Altaïr - 22 lits</b>		
File active totale	253	303
File active hospitalisés temps plein	243	293
Nombre de séjours hospitalisation à temps plein	285	285
Nombre de journées hospitalisation à temps plein	7731	7442
DMS	27,13	27,13
DMH	31,81	25,40
<b>Buffon - 20 lits</b>		
File active totale	224	231
File active hospitalisés temps plein	218	222

Nombre de séjours hospitalisation à temps plein	258	250
Nombre de journées hospitalisation à temps plein	6274	6883
DMS	24,32	27,53
DMH	28,78	31
<b>UPG - 17 lits</b>		
File active totale	247	237
File active hospitalisés temps plein	227	227
Nombre de séjours hospitalisation à temps plein	277	267
Nombre de journées hospitalisation à temps plein	6434	6686
DMS	23,23	25,04
DMH	28,34	29,45
<b>Gérontopsychiatrie - 18 lits</b>		
File active totale	125	136
File active hospitalisés temps plein	124	136
Nombre de séjours hospitalisation à temps plein	146	157
Nombre de journées hospitalisation à temps plein	6216	6282
DMS	42,58	39,38
DMH	50,13	45,46

Sources : Données établissement. Extraction DIM « file active » mise à disposition des contrôleurs.

Nota : le nombre de lits affichés s'entend hors chambre d'isolement.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)