



Rapport de visite :

6 au 17 novembre 2023 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier spécialisé
Saint-Ylie Jura

(Jura)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite, annoncée la semaine précédente, du centre hospitalier spécialisé (CHS) Saint-Yllie Jura, département du Jura (39) du 6 au 17 novembre 2023.

Construit à partir de 1877 sur un site de plus de 110 hectares, il représentait jusqu'en 2021 la seule offre de soins psychiatriques du département, une clinique privée ayant ouvert depuis à Lons-le-Saunier. Hôpital départemental, il s'adresse à l'ensemble de la population jurassienne, soit environ 260 000 habitants, répartie géographiquement sur quatre secteurs de psychiatrie.

Appartenant au groupement hospitalier de territoire (GHT) Centre Franche-Comté et ayant pour établissement support le CHU de Besançon, le CHS est organisé en cinq pôles adulte – dont un pôle intersectoriel de gérontopsychiatrie de 52 lits répartis sur deux unités – totalisant 244 lits répartis sur neuf unités d'hospitalisation complète (HC), et un pôle infanto-juvénile couvrant deux inter-secteurs totalisant 11 lits en HC. Le projet d'établissement 2023-2027 prévoit la réorganisation complète des pôles : un pôle ambulatoire, un pôle hospitalisation complète, un pôle de réhabilitation psycho-sociale. Cette réorganisation des pôles n'était pas encore effective au moment du contrôle.

*

Le parc immobilier du CHS n'est pas homogène, des bâtiments du 19^{ème} siècle côtoient d'autres érigés au début des années 2000. Sur les 55 164 m² de bâti total, plus de 6 000 m² sont inutilisés dont 4 611 m² doivent être démolis. Si la maintenance est encore assurée malgré des moyens humains et financiers de plus en plus limités, les chambres des patients dans les bâtiments historiques n'offrent pas des conditions hôtelières d'hospitalisation satisfaisantes, avec entre autres l'absence de sanitaires individuels. L'unité de psychiatrie infanto-juvénile est la plus dégradée, qu'il s'agisse du bâtiment ou de ses équipements. Enfin, il n'y a ni bouton d'appel ni verrou de confort dans aucune des chambres des unités, même dans les bâtiments récents.

L'établissement connaît, depuis 2018, des difficultés financières importantes pour lesquelles une politique de réduction des dépenses et de maîtrise des coûts est mise en œuvre. Pour autant, les effets de l'inflation sur les coûts d'hébergement et les revalorisations salariales résultant du Ségur de la Santé ont réduit l'impact des mesures engagées pour réduire le déficit. L'ARS accompagne l'établissement depuis 2019 pour le redressement de sa situation financière, notamment via un plan de sécurisation de la trajectoire financière que le CHS a élaboré depuis 2022. Il convient également de préciser que les difficultés financières se concentrent sur les cinq établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupement psychiatrique et médico-social (GPMS) tandis que la situation du CHS commence très légèrement à s'améliorer.

La fermeture, le 6 avril 2023, de l'unité d'admission des Acacias (25 lits), annoncée comme provisoire mais qui perdurait au moment du contrôle, faute du personnel médical suffisant pour son fonctionnement, a réduit d'autant la capacité d'accueil du CHS. Cette fermeture témoigne, d'une part, des difficultés de recrutement de personnel médical et, d'autre part, explique en partie la suroccupation constatée par les contrôleurs tant au sein des unités d'admission qu'au sein des unités d'hospitalisation complète. Les effets de la pénurie médicale se font sentir dans la plupart des unités avec un temps de psychiatre qui reste insuffisant eu égard aux besoins, surtout dans les unités d'hospitalisation au long cours. La tension capacitaire sur les unités d'admission oblige régulièrement à utiliser les chambres d'isolement (CI) comme chambre

hôtelière pour héberger des patients et ne permet pas de conserver la chambre du patient lorsque celui-ci est placé à l'isolement.

Si la prise en charge des patients est assurée et globalement de qualité, avec parfois une prise en charge innovante notamment dans les unités d'hospitalisation au long cours, le cadre juridique encadrant les soins sans consentement n'est pas compris, voire méconnu, et rarement respecté.

Les mesures d'isolement et de contention hors espaces dédiés sont plus nombreuses que celles réalisées en CI. Plus préoccupant encore, les isolements en chambre, hors de tout cadre légal, ont concerné 149 patients depuis le début de l'année 2023, chiffre certainement en dessous de la réalité sans traçabilité fiable de ces pratiques. En effet, une partie des isolements en chambre sont réalisés « *à la demande du patient* », pratique locale mise en place en dehors de tout cadre légal, ne faisant l'objet d'aucune traçabilité ni d'aucune voie de recours.

Une faille informatique¹ autorise la modification de l'horodatage des décisions de placement et de renouvellement de l'isolement et de la contention. Cette possibilité est largement utilisée avec pour objectif de ne pas déranger les médecins la nuit ou alors pour régulariser des situations d'isolement ou de contention antérieures. Les internes et faisant fonction d'interne sont majoritairement laissés seuls pour la décision et la gestion de ces procédures, surtout en service de nuit.

Par ailleurs, plus de 300 patients en soins libres (SL) ont subi des mesures d'isolement ou de contention sans modification de leur statut. Ces patients en SL sont également restreints dans la plupart des unités pour leur liberté d'aller et venir au motif que d'autres patients de leur unité sont en soins sans consentement (SSC). Les mineurs n'échappent pas à cette atmosphère de non-sécurisation juridique en étant quotidiennement enfermés en chambre à chaque relève et régulièrement placés à l'isolement et contentonnés.

L'établissement s'est engagé depuis fin 2020, dans une « *politique de prévention des mesures d'isolement et de contention mécanique* ». Les trois unités d'admission disposent d'un espace d'apaisement mais, hormis l'unité des Mimosas, les unités pour les patients au long cours n'en sont pas équipées.

Le recours au juge des libertés et de la détention (JLD) est effectif, de même que l'accès à un avocat pour être assisté à l'audience. Une difficulté subsiste sur les délais légaux lorsqu'ils interviennent le week-end, ayant conduit le JLD à lever plusieurs mesures d'isolement au motif d'un délai dépassé.

Les réunions soignants-soignés ne sont pas organisées dans toutes les unités. La supervision est inexistante et l'analyse des pratiques trop ponctuelle. Les activités thérapeutiques bénéficient d'une diversité de propositions importante grâce à une association œuvrant dans l'établissement et qui dispose de moyens financiers conséquents. Cependant, le personnel mis à la disposition de l'association par le CHS doit être pérennisé au risque de voir l'ensemble des activités thérapeutiques péricliter.

¹ Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du CHS Saint-Ylie précise : « *On ne peut pas parler de faille informatique dans le DPI Cortexte mais de l'absence de contrôle qui autorise l'anticipation d'une prescription d'isolement/contention (comme pour toute autre prescription). Ce dysfonctionnement trouve son origine dans l'absence de spécifications fonctionnelles données aux éditeurs de logiciels.* »

Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses, néanmoins, les contrôleurs ont constaté un système local d'amende tarifée pour les patients qui fument dans les locaux qui fait l'objet d'une recommandation.

La gestion des valeurs des patients, au cours de leur hospitalisation et au moment de leur sortie, est problématique en raison d'une organisation manquant de souplesse et de disponibilité.

Un rapport provisoire a été adressé le 29 février 2024 au centre hospitalier, aux autorités judiciaires du tribunal de Dole et à l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté pour une période d'échange contradictoire d'un mois. A l'issue de cette période, seule la direction du centre hospitalier a formulé des observations, datées du 4 avril 2024, qui sont intégrées dans le corps du présent rapport définitif.

SOMMAIRE

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

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

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| SOMMAIRE | 5 |
| RAPPORT | 11 |
| 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE | 11 |
| 2. LES OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE | 12 |
| 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT | 13 |
| 3.1. L'établissement se réorganise pour privilégier l'ambulatoire..... | 13 |
| 3.2. L'établissement s'est engagé sur une trajectoire de redressement de sa situation financière | 15 |
| 3.3. La pénurie de médecins et la tension des effectifs du personnel soignant ont conduit à la fermeture d'une unité en 2023 | 17 |
| 3.4. Les événements indésirables font l'objet d'analyses et de mesures correctives | 19 |
| 4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT | 21 |
| 4.1. L'accueil en urgence bénéficie d'un service et d'une équipe spécifique | 21 |
| Recommandation 1 | 23 |
| Chaque service doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée, conformément à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. | |
| Recommandation 2 | 24 |
| Seuls les membres de l'équipe médicale et paramédicale sont habilités à participer à la mise en place de la contention. | |
| 4.2. La tension capacitaire est constante et le recours aux mesures d'urgence de soins sans consentement est excessif | 24 |
| Recommandation 3 | 25 |
| Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins sans consentement en cas de péril imminent ou à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel, car il porte atteinte aux droits des patients. | |
| 4.3. Les décisions du directeur d'hospitalisation sous contrainte ainsi que les certificats médicaux ne sont pas remis au patient..... | 26 |

| | |
|--|-----------|
| Recommandation 4 | 26 |
| Les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être systématiquement remis aux patients. | |
| 5. LES CONDITIONS DE VIE | 27 |
| 5.1. L'absence de verrou de confort dans toutes les chambres et d'espace d'apaisement dans certaines unités contreviennent à la réglementation | 27 |
| Recommandation 5 | 29 |
| Comme le prévoit la réglementation, chaque unité doit comporter un espace d'apaisement et les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort. Il convient également de veiller au respect du confort (sanitaires), de l'intimité (portes pleines) et de la sécurité des patients (bouton d'appel) en équipant les chambres pour ce faire. | |
| 5.2. L'hygiène est assurée tant dans les locaux que pour les patients | 29 |
| 5.3. La gestion des biens des patients comporte des lacunes d'organisation | 30 |
| Recommandation 6 | 30 |
| Les inventaires des effets personnels et des biens des patients doivent être tenus à jour de manière contradictoire pendant toute la durée de leur hospitalisation. | |
| Recommandation 7 | 30 |
| Il convient de permettre aux patients un accès à leurs valeurs déposées à la régie, tout au long de leur hospitalisation, et d'organiser leur sortie de manière qu'ils ne quittent pas l'établissement sans pouvoir les reprendre. | |
| 5.4. Les repas sont de bonne qualité mais les quantités sont jugées parfois insuffisantes par certains patients | 31 |
| 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES | 33 |
| 6.1. La restriction de la liberté d'aller et venir n'est pas individualisée..... | 33 |
| Recommandation 8 | 33 |
| La liberté d'aller et venir doit être la règle y compris pour les patients en soins sans consentement ; les restrictions doivent être individualisées, dûment motivées par l'état clinique des patients, strictement proportionnées et régulièrement revues. | |
| Recommandation 9 | 34 |
| Seuls les soignants peuvent intervenir pour maîtriser physiquement un patient en cas de crise. | |
| 6.2. Des amendes sont appliquées aux patients qui ne respectent pas l'interdiction de fumer | 34 |
| Recommandation 10 | 35 |
| Il doit être mis fin à la pratique des amendes ou indemnités de 20 euros infligées aux patients qui fument en chambre, hors commission de toute dégradation. | |
| 6.3. Les visites ne sont pas organisées de façon homogène | 36 |
| 6.4. L'accès au vote est organisé | 37 |
| 6.5. Le droit d'accès au représentant du culte de son choix est mal assuré faute d'une information suffisante des patients | 37 |
| 6.6. La vie affective et sexuelle des patients, bien que prise en compte, ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle | 38 |
| 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION | 40 |

| | |
|--|----|
| 7.1. Les patients en chambre d'isolement n'ont pas d'accès direct à l'eau et aux sanitaires | 40 |
| Recommandation 11 | 42 |
| La contrainte faite à un patient placé en chambre d'isolement d'utiliser un urinoir ou un bassin porte atteinte à sa dignité. Les sanitaires doivent être accessibles en permanence. Un bouton d'appel doit équiper le lit de la chambre d'isolement à l'intention d'un patient sous contention et les commandes de l'eau, de la chasse d'eau, de la lumière, doivent être accessibles au patient. L'accès à l'extérieur doit être organisé pour les patients placés en chambre d'isolement, pour prendre l'air ou fumer. | |
| 7.2. L'isolement dans la chambre du patient est pratiqué à grande échelle et n'est pas systématiquement tracé au sein du registre de l'isolement | 42 |
| Recommandation 12 | 44 |
| Les isolements pratiqués en chambre hôtelière et non tracés dans le registre de l'isolement ne respectent pas l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique et doivent cesser sans délai. | |
| Recommandation 13 | 45 |
| Toute mesure d'isolement doit faire l'objet d'une traçabilité dans le registre dédié de manière à garantir l'effectivité des contrôles prévus par la loi. | |
| Recommandation 14 | 45 |
| La décision médicale initiale ou de renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après une évaluation médicale menée auprès du patient. La décision d'un psychiatre de plein exercice est requise. | |
| Recommandation 15 | 46 |
| Les dispositions encadrant l'isolement et la contention imposent que l'heure du début ou du renouvellement d'une mesure corresponde à l'horaire réel de son enregistrement, au risque de voir toute mesure devenir illégale si tel n'était pas le cas. | |
| Recommandation 16 | 46 |
| La chambre hôtelière d'un patient placé en chambre d'isolement doit lui être conservée. Par ailleurs, la chambre d'isolement ne peut être utilisée comme chambre hôtelière pour pallier le manque de places eu égard à l'absence des équipements de confort d'une chambre hospitalière. | |
| Recommandation 17 | 46 |
| Le service de sécurité incendie doit être tenu informé en temps réel des patients placés à l'isolement et de la levée des mesures. | |
| 7.3. Un grand nombre de patients en soins libres subissent des mesures d'isolement tandis que des contentions sont appliquées hors espace dédié | 47 |
| Recommandation 18 | 47 |
| Les patients en soins libres ne peuvent être soumis à l'isolement et à la contention. Si la mise en isolement d'un patient en soins libres est décidée et maintenue, le statut d'hospitalisation doit être modifié afin de faire bénéficier le patient des garanties et moyens de recours attachés aux soins sans consentement. | |
| Recommandation 19 | 51 |
| L'isolement et la contention des mineurs doivent être évités par tous moyens, y compris les mineurs sous ordonnance de placement provisoire, qui sont des patients en soins libres. | |
| Recommandation 20 | 52 |
| La contention ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement et dans un espace dédié. Les contentions de patients dans leur chambre hôtelière sont illégales et doivent cesser sans délai. | |

| | |
|---|-----------|
| 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS..... | 53 |
| 8.1. La commission départementale des soins psychiatriques a interrompu ses travaux depuis 2018..... | 53 |
| Recommandation 21 | 53 |
| La commission départementale des soins psychiatriques a l'obligation d'exercer ses missions prévues à l'article L3223-1 du code de la santé publique dont fait partie la visite annuelle des établissements. | |
| 8.2. La bonne tenue du registre de la loi facilite le contrôle des mesures de soins sans consentement..... | 53 |
| Recommandation 22 | 54 |
| Tous les éléments prévus à l'article L.3212-11 du code de la santé publique doivent être renseignés dans le registre de la loi dans les vingt-quatre heures. Les personnes et autorités habilitées doivent procéder régulièrement au contrôle du registre. | |
| 8.3. L'accès au juge des libertés et de la détention est effectif | 54 |
| Recommandation 23 | 55 |
| Tuteurs et curateurs doivent être régulièrement présents dès lors qu'ils sont convoqués aux audiences devant le juge des libertés et de la détention. | |
| Recommandation 24 | 56 |
| Le juge de libertés et de la détention doit être saisi dans le cadre du contrôle des décisions d'isolement et de contention dans les délais légaux. L'établissement doit tenir des statistiques de toutes les données relatives aux mesures de soins sans consentement, ainsi que d'isolement et de contention afin de pouvoir mener une réflexion institutionnelle sur son activité. | |
| 9. LES SOINS..... | 57 |
| 9.1. La pénurie de psychiatres et la tension sur les effectifs des soignants exposent au risque de dégradation des soins | 57 |
| Recommandation 25 | 61 |
| Des réunions soignants-soignés doivent être instaurées dans chaque unité d'hospitalisation. | |
| Recommandation 26 | 61 |
| Le personnel soignant qui le souhaite doit bénéficier de supervision ou d'analyse des pratiques. | |
| Recommandation 27 | 65 |
| Des activités à visée thérapeutique doivent être organisées pour tous les patients dans les unités de gérontopsychiatrie et les moyens en personnel pour les mettre en œuvre fournis. | |
| 9.2. L'instabilité de l'équipe et l'absence de projet de service fragilisent l'accès aux soins somatiques..... | 65 |
| Recommandation 28 | 65 |
| Le service de médecine générale doit faire l'objet d'un projet de service visant à assurer la permanence des soins et à améliorer le service rendu aux patients. | |
| Recommandation 29 | 66 |
| Le médecin généraliste doit disposer d'un cabinet médical adapté à son exercice et répondant aux critères d'hygiène exigés pour ce type de local. | |
| Recommandation 30 | 68 |
| Aucun examen biologique ne peut être effectué sans le consentement explicite du patient. | |
| 9.3. La préparation à la sortie fait partie intégrante du projet de soins | 68 |

| | |
|---|-----------|
| Bonne pratique 1 | 69 |
| L'implication des assistantes de service social de l'établissement dans le réseau social et médico-social du département du Jura revêt un caractère inaccoutumé et innovant. Elles siègent d'une part à la commission d'examen des situations du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) du Jura, compétent pour l'attribution des places d'hébergement social, ainsi qu'au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui prépare les décisions de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Leur présence et l'interconnaissance ainsi construite contribuent à la déstigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques et facilitent leur accueil dans des structures médico-sociales ou sociales. | |
| 9.4. La recherche du consentement dans les soins guide la majorité des pratiques | 70 |
| Recommandation 31 | 71 |
| La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises et la formation de pairs-aidants. | |
| Recommandation 32 | 72 |
| La traçabilité de l'administration des médicaments doit être effectuée en temps réel sur le logiciel approprié. | |
| Recommandation 33 | 72 |
| La distribution des médicaments doit s'effectuer selon des modalités respectant la dignité et la confidentialité. | |
| Recommandation 34 | 73 |
| Seul un médecin, après examen du patient et après avoir recherché son consentement, peut décider en dernier recours de la nécessité de l'administration non consentie d'un médicament eu égard à la sévérité du tableau clinique. | |
| Les pharmaciens doivent être dotés de logiciels leur permettant pour chaque patient d'effectuer des extractions sur les médicaments prescrits et administrés « si besoin ». | |
| 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES | 74 |
| 10.1. Les personnes âgées sont accueillies dans de bonnes conditions au sein de deux unités | 74 |
| Recommandation 35 | 77 |
| 10.2. Les conditions matérielles et juridiques de la prise en charge des mineurs ne sont pas adaptées | 78 |
| Recommandation 36 | 79 |
| Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes. Dans tous les cas, ils doivent bénéficier d'une prise en charge dispensée par des professionnels de santé formés spécifiquement à la pédopsychiatrie. | |
| Recommandation 37 | 80 |
| L'unité Perséphone doit être rénovée pour offrir des sanitaires individuels et un aménagement adapté à l'âge des jeunes patients. Elle doit être dotée d'un espace d'apaisement pour réduire les mesures d'isolement. | |
| Recommandation 38 | 81 |
| L'Education nationale doit organiser la présence d'un enseignant pour assurer la prise en charge scolaire des enfants hospitalisés dans l'unité Perséphone. | |

Recommandation 3982
Il doit être mis fin à la pratique, illégale, qui consiste à enfermer les patients mineurs dans leur chambre durant les relèves des équipes soignantes.

Recommandation 4084
L'isolement et la contention constituent des mesures illégales pour un patient en soins libres et doivent être, *a fortiori* s'agissant d'un mineur, évitées par tout moyen.

Le CGLPL rappelle qu'aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être mise en œuvre sans que les garanties offertes par l'art. L. 3222-5-1 du code de la santé publique soient respectées : usage d'un espace dédié correctement équipé, enregistrement rigoureux dans un registre *ad hoc*, analyse par les soignants et présentation aux instances de l'établissement. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de telles décisions et de leur renouvellement et disposer d'une voie de recours au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.

10.3. La prise en charge des personnes détenues ne fait l'objet d'aucun protocole 84

Recommandation 4185
Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée autrement que par son état clinique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire ; à cette fin, l'établissement pénitentiaire doit transmettre au centre hospitalier systématiquement tous les documents nécessaires pour ce faire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre.

Rapport

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Jean-Christophe Hanché, chef de mission ;
- Rémy Bordes ;
- Annie Cadenel ;
- Maud Dayet ;
- François Koch ;
- Marie Pinot.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Saint-Ylie (département du Jura) du 6 au 17 novembre 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 novembre à 14h30. Ils l'ont quitté le 17 novembre à 12h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au directeur de cabinet du préfet, à l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne-Franche-Comté. La présidente du tribunal judiciaire de Lons-le-Saunier ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement et une réunion de présentation de la mission s'est tenue en présence de la direction, du président de la commission médicale d'établissement (CME), de plusieurs médecins, cadres de santé et des services administratifs.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel, avisées de la présence des contrôleurs, ont sollicité un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 17 novembre, en présence d'une cinquantaine de personnes.

2. LES OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

La précédente visite des contrôleurs en 2010² avait donné lieu à un ensemble de d'observations qui, du fait de leur ancienneté, n'offrent plus d'opportunité pertinente de comparaison. Les multiples changements de direction et de personnel survenus au fil des ans, les modifications bâtementaires et organisationnelles de la prise en charge des patients, de même que les évolutions législatives encadrant les soins sans consentement en psychiatrie ne permettent pas une analyse constructive des observations formulées par les contrôleurs en 2010.

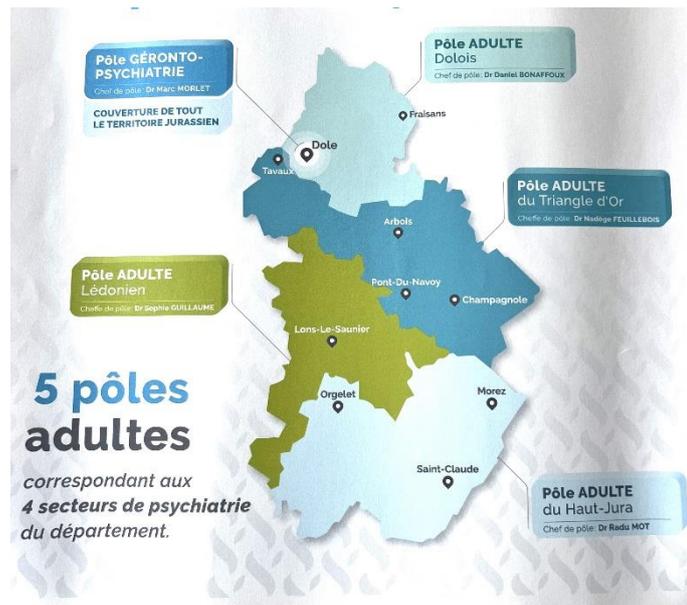
² [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Dôle, oct. 2010](#), consultable en ligne.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1. L'ETABLISSEMENT SE REORGANISE POUR PRIVILEGIER L'AMBULATOIRE

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) Saint-Ylie Jura est un établissement public de santé mentale situé dans le département du Jura (39) en région Bourgogne-Franche-Comté. Construit à partir de 1877 sur un site de plus de 110 hectares, il proposait jusqu'en 2021 la seule offre de soins psychiatriques du département, une clinique privée ayant ouvert depuis à Lons-le-Saunier.

Hôpital départemental, il s'adresse à l'ensemble de la population jurassienne soit environ 260 000 habitants, répartis géographiquement sur quatre secteurs.



Carte de la sectorisation du département du Jura

Le CHS appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) Centre Franche-Comté et a pour établissement support le CHU de Besançon.

L'établissement est membre depuis 2017 du groupement psychiatrique et médico-social (GPMS) Doubs Jura, qui comprend le CH de Novillars, cinq établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de nombreuses structures ambulatoires sur tout le département : centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour (HJ), foyers de vie, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

La première décennie des années 2000 a vu la construction de quatre bâtiments d'admission et d'un bâtiment de gérontopsychiatrie. Ces constructions côtoient des bâtiments vétustes datant de la construction du site au 19^{ème} siècle. Sur les 55 164 m² de bâti total, plus de 6 000 m² sont inutilisés dont 4 611 m² doivent être démolis.



Unités d'admission



Unités de gérontopsychiatrie



Bâtiment historique inutilisé



Bâtiments historiques

Le CHS regroupe 181 lits d'hospitalisation pour adultes (dont 10 pour l'addictologie), 52 en gérontopsychiatrie et 11 pour la psychiatrie infanto-juvénile. L'organisation des pôles et des unités est la suivante (cf. la carte des secteurs *supra*) :

- le pôle Dolois comprend une unité d'admission (Peupliers, 25 lits), une unité long séjour (Pins, 19 lits), une unité de recours en addictologie (URA, 10 lits, ouverte en 2021). Les urgences psychiatriques du CH de Louis Pasteur à Dole sont rattachées à ce pôle ainsi que des structures médico-sociales d'aval ;
- le pôle du Triangle d'Or comprend une unité d'admission (Bruyères 25 lits), une unité d'hospitalisation (Brunelles, 15 lits en hospitalisation complète). Trois hôpitaux de jour sont rattachés à ce pôle ;
- le pôle Lédonien comprend deux unités d'hospitalisation, Acanthes (24 lits) et Acacias (25 lits), cette dernière étant provisoirement fermée faute de personnel depuis le 6 avril 2023 (cf. § 3.3 et § 4.2). Deux appartements thérapeutiques et deux hôpitaux de jour sont rattachés à ce pôle ;

- le pôle du Haut-Jura comprend une unité d'admission (Mélèzes, 25 lits) et une unité d'hospitalisation (Mimosas, 15 lits). Un hôpital de jour est rattaché à ce pôle ;
- le pôle (intersectoriel) personnes âgées comprend une unité d'admission (Erables, 26 lits) et une unité d'hospitalisation au long cours (Cèdres, 26 lits) ;
- le pôle infanto-juvénile couvre deux inter secteurs de psychiatrie. Une unité se trouve sur le site du CHS (Perséphone, 6 lits), et l'autre (UPA, 5 lits) est située dans les locaux du CH de Dole. Six HJ sont rattachés à ce pôle.

Au moment du contrôle le CHS est en pleine réorganisation des pôles adultes en trois pôles :

- un pôle admissions de 6 unités (dont une est fermée : Acacias) ;
- un pôle ambulatoire regroupant tous les hôpitaux de jour (HJ), centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et centres médico-psychologiques (CMP), le centre de soin et d'accompagnement en addictologie (CSAPA), une unité d'hospitalisation complète orientée vers la sortie et la réhabilitation psycho-sociale, les services d'urgences psychiatriques ;
- un pôle transversal comprenant des unités d'hospitalisation complète au long cours, un foyer de vie et des ateliers dédiés aux activités thérapeutiques.

Cette réorganisation faisait déjà partie du projet d'établissement 2018-2022 sans pour autant avoir été mise en œuvre. En effet, le projet d'établissement 2018-2022, porté par la précédente équipe de direction, fut réalisé par un cabinet d'audit et n'a pas permis l'adhésion de la communauté médicale. Le nouveau projet d'établissement, portant sur la période 2023-2027 et initié en 2021 par la nouvelle direction, a fait l'objet d'un comité de pilotage (COFIL) interne qui a permis une large participation pour sa conception et l'adhésion de la communauté médicale indispensable à la refonte de l'organisation des pôles.

Néanmoins, cette réorganisation n'étant pas encore aboutie, les contrôleurs n'ont pu en analyser le fonctionnement et encore moins les effets sur la prise en charge des patients et le respect de leurs droits. Cependant, à l'exposé des mesures déjà entreprises comme de celles à venir et du résultat attendu, l'objectif de cette refonte des pôles est très nettement orienté vers une prise en charge des patients en ambulatoire plus importante et le développement des alternatives à l'hospitalisation.

3.2. L'ETABLISSEMENT S'EST ENGAGE SUR UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DE SA SITUATION FINANCIERE

Le budget de l'année 2022 est de 82 505 876 euros dont 86 % de dépenses pour le personnel.

Au regard de sa situation budgétaire et financière, le CHS Saint-Yllie Jura s'était engagé dans un premier contrat de performance des organisations (CPO) sur la période 2016-2018 qui n'a pas produit les résultats escomptés. En effet, l'établissement est passé d'un déficit de 622 246 euros en 2014 à un déficit de 1 578 607 euros en 2018.

L'année 2021 a vu la situation financière du CHS se dégrader avec une double imputation comptable de la prime de service pour régulariser une situation comptable manquant jusqu'alors de sincérité et qui fut mise en exergue dans un rapport de la Cour des Comptes en 2016. En effet, pour ne pas grever le bilan financier du CHS, la prime n'était imputée à l'exercice comptable que l'année suivant son versement.

| Résultat par budget | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---------------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| Hôpital | - 1 067 585 | - 838 544 | - 4 163 916 | 815 747 |
| EHPAD | - 136 610 | - 287 466 | - 766 571 | - 1 575 656 |
| Foyer de vie | - 80 037 | 33 678 | 108 348 | 203 141 |
| CSAPA | 66 756 | 91 052 | 68 023 | 44 980 |
| Résultat consolidé | - 1 217 477 euros | - 1 001 279 | - 4 754 116 | - 511 787 |

Résultats financiers consolidés du CHS³

La visibilité sur le redressement financier est incertaine en raison de la taille du GPMS Doubs Jura et de la diversité des structures qui le composent. En effet, il convient de souligner que les résultats financiers consolidés du CHS sont fortement impactés par les EHPAD du GPMS⁴, en raison d'une part de l'intégration de l'EHPAD de Malange à la suite de la fusion absorption par le CHS au 1^{er} janvier 2022 et, d'autre part, de la hausse des dépenses à caractère hôtelier telles que l'énergie, les matières premières et les coûts de maintenance et de sous-traitance.

Par ailleurs, la revalorisation de la valeur du point d'indice de 3,5 % à compter de juillet 2022 et la poursuite de la mise en place des mesures Ségur ont masqué les efforts financiers réalisés au cours du dernier exercice. Pour compenser les nouvelles mesures salariales citées *supra*, l'ARS a versé une aide exceptionnelle de trésorerie de 1,5 M d'euros ainsi qu'une dotation complémentaire dans le cadre de la réforme sur le financement de la psychiatrie de 1,4 M d'euros en 2022.

Dans un courrier du 4 avril 2022, adressé à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté par le directeur de l'établissement, ce dernier précise que : « *En ce qui concerne la situation budgétaire, nous restons à ce jour sur une trajectoire très dégradée, malgré le respect des mesures prévues dans le CPO 2019-2023. C'est pourquoi nous avons lancé, en lien avec la trajectoire définie dans le cadre du Ségur 2022-2030, une réflexion pour identifier les nouvelles pistes d'efficience sur les années à venir. Ces mesures font l'objet d'un plan de sécurisation de la trajectoire financière transmis à vos services et présenté à vos instances du mois de mars 2022* ».

De plus, les efforts de l'établissement pour la maîtrise des coûts se heurtent à l'augmentation naturelle des dépenses comme le précise le directeur du CHS, dans le même courrier cité *supra* : « *Je tiens néanmoins à attirer votre attention sur le fait que ces mesures ne suffiront pas à elles seules pour permettre le redressement de la situation financière de l'établissement : il sera nécessaire de combiner les efforts de maîtrise des dépenses avec une augmentation des recettes pour faire face aux défis des prochaines années et notamment à l'augmentation naturelle des dépenses. Cela est d'autant plus vrai qu'une partie des revalorisations salariales liées aux accords du Ségur reste encore à compenser pour le CHS Saint-Ylie Jura* ». L'augmentation des recettes du CHS (+ 13 %) en 2022 s'explique notamment par l'ouverture en année pleine du service d'addictologie et la hausse des tarifs nationaux journaliers.

³ Rapport d'activité 2022 du CHS Saint-Ylie Jura, mai 2023.

⁴ 879 000 euros de déficit pour les 4 EHPAD historiques de l'établissement et 696 000 euros de déficit uniquement pour l'EHPAD de Malange.

Les contrôleurs ont par ailleurs constaté qu'en 2022 les trois ratios d'analyse financière⁵ qui encadrent la procédure de recours à l'emprunt des établissements de santé sont redevenus inférieurs au seuil d'autorisation préalable par l'ARS, et ce pour la première fois depuis 2020.

Si la situation financière du CHS est à consolider, la politique de maîtrise des dépenses et de réduction de la dette devra continuer de garantir une bonne prise en charge des patients dans tous ses aspects.

3.3. LA PENURIE DE MEDECINS ET LA TENSION DES EFFECTIFS DU PERSONNEL SOIGNANT ONT CONDUIT A LA FERMETURE D'UNE UNITE EN 2023

3.3.1. Les effectifs

Au 31 décembre 2022, les moyens humains de l'établissement totalisent 1 135,49 équivalents temps plein (ETP), dont :

- 807,17 ETP de personnel non médical ;
- 5 ETP de personnel des services médico-techniques ;
- 83,05 ETP de personnel des services administratifs ;
- 190 ETP de personnel des services techniques et généraux ;
- 49,35 ETP de personnel médical.

La pénurie médicale nationale se matérialise par 7 ETP médicaux non pourvus au moment du contrôle. L'établissement compte accentuer sa politique d'attractivité et de recrutement en 2024 pour pallier ce déficit, qui, outre la pénurie nationale, peut s'expliquer par l'ouverture d'une clinique privée à Lons-le-Saunier en 2022 et la proximité de la Suisse qui toutes les deux offrent des conditions salariales plus avantageuses.

Le rapport d'activité de l'établissement pour l'année 2022 indique : « Suite à l'instruction du 26 juillet 2021 relative à la sécurisation des organisations, une période de négociation a été ouverte permettant la signature d'un accord local le 20 mai 2022. Cet accord local a permis la titularisation de 22 infirmiers, 6 aides-soignants, 6 AMP/AES, 14 personnels administratifs et logistiques ». Cependant, il résulte de la mise en œuvre du contrat de performance des organisations (CPO) 2019-2023, la suppression de 19 ETP, principalement des départs en retraite non remplacés sur des fonctions support (73 %) et des postes libérés à la suite d'une mobilité interne ou externe. Par ailleurs, pour la période de janvier à octobre 2023, l'établissement a enregistré 18 départs dont 9 en retraite, 1 démission, 2 fins de contrat, 3 mutations et 3 mises en disponibilité.

Comme détaillé *infra* (cf. § 9.1.1), les effectifs du personnel soignant sont pourvus en intra, mais les échanges de celui-ci avec les contrôleurs font apparaître un manque de temps disponible pour chaque patient.

Le taux d'absentéisme en 2022 en intra est de 11,5 % (13,6 % pour le GPMS), avec une difficulté particulièrement marquée pour le personnel non médical en gériopsychiatrie (particulièrement aux Cèdres), et sur les unités Mimosas et Peupliers. En octobre 2022, la plateforme de remplacement HUBLO®, permettant de trouver des remplaçants, a été mis en place et 153 agents y sont inscrits. Il existe également depuis 2019 un pool de remplacement composé de 4 infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 1AMP (aide médico-psychologique) et 1 aide-soignant (AS),

⁵ Indépendance financière/Poids de la dette/Durée apparente de la dette.

mais celui-ci est fortement sollicité par les EHPAD du GPMS où la tension sur le personnel est importante.

La répartition de l'absentéisme pour la période de janvier à octobre 2023 est la suivante :

- 442 jours de congés longue durée/longue maladie ;
- 411 jours d'arrêt de travail/maladie professionnelle ;
- 875 jours d'arrêt maladie ;
- 28 jours de congés maternité ;

Soit un total de 1756 jours représentant 57 ETP.

Pour travailler cette question, une assistante sociale effectue une reconversion professionnelle et sera chargée du maintien dans l'emploi (à partir de septembre 2024). Elle devra notamment s'occuper de la question des accidents de travail qui surviennent principalement dans les premières années de carrière des agents.

Il convient de noter le changement de maquette des plannings du personnel non médical intervenu en 2022, visant à harmoniser notamment la répartition des IDE dans les différentes unités, de jour comme de nuit, ayant pu conduire à une augmentation de l'absentéisme. Les effets de la crise sanitaire sont aussi à prendre en compte pour la compréhension de ce taux.

3.3.2. La formation

En 2022, le nombre d'heures de formation s'élève à 31 457 (hors médecins) et a concerné 1 528 agents. L'établissement déploie un plan de formation du personnel, pour lequel il est fait appel à des prestataires extérieurs ou à des collaborateurs internes, axé sur la gestion de la violence : formation OMEGA® de 28 heures pour 19 soignants en 2023 et formation du socle CARE de 21 heures pour 25 soignants. Des formations sur la relation d'aide, la gestion de la crise suicidaire, les gestes d'urgence mais aussi sur les pratiques liées au bien-être (massages, socio-esthétique, espace *Snoezelen*⁶, etc.) sont également délivrées.

Selon les soignants interrogés, l'accès à ces formations est relativement aisé sous réserve d'un effectif soignant suffisant. En ce qui concerne le droit relatif aux soins sans consentement, la formation est délivrée plutôt en interne par le médecin et/ou le cadre que par des partenaires extérieurs, il s'agit plus d'une information que d'une formation *stricto sensu*.

L'établissement a pour projet en 2024, la formation des personnels non soignant (agents de sécurité, agents du standard et du bureau des entrées) à la communication avec les patients, aux notions des différentes pathologies et à la conduite à tenir avec les patients.

Pour les nouveaux soignants, il n'existe pas de tutorat à proprement parler mais plutôt un entretien d'accueil avec le cadre, une journée d'accueil dans les unités d'admission Mèlèzes ou Peupliers, voire un accompagnement non formalisé par un pair expérimenté pendant quelques jours comme à Bruyères.

La supervision en intra est inexistante. L'analyse des pratiques est assurée de manière très ponctuelle par un prestataire extérieur. A cela s'ajoute une psychologue (0,2 ETP) qui, grâce à un financement de l'ARS, intervient en intra en analyse des pratiques pour le personnel soignant.

⁶ Le Snoezelen est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable.

3.4. LES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES FONT L'OBJET D'ANALYSES ET DE MESURES CORRECTIVES

3.4.1. Les événements indésirables

Le logiciel de gestion des risques *Sésame*[®] permet à tout professionnel de signaler un événement indésirable (EI). La direction de la qualité reçoit automatiquement les déclarations informatisées et interroge les experts pour obtenir une réponse.

Le déclarant, à qui un accusé de réception est adressé automatiquement par mail, peut suivre sur le logiciel les suites de son signalement jusqu'à la clôture de la fiche d'événement indésirable (FEI). Les événements déclarés les plus graves ou les plus complexes font l'objet d'une étude lors de l'examen hebdomadaire effectué par la directrice des soins avec les cadres de santé.

L'établissement effectue, également afin d'améliorer la qualité de la prise en charge :

- des audits locaux (par exemple afin de voir si le dossier patient informatisé est entièrement rempli et de façon correcte) ;
- deux fois par an des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) notamment sur le suicide, d'une part, et sur l'isolement et la contention, d'autre part ;
- des comités de retour d'expérience (CREX) avec suivi des plans d'action et un comité de pilotage de la politique d'amélioration des risques. Un CREX est organisé tous les deux mois, ainsi l'un d'entre eux, portant sur les tentatives de suicide, a conduit lors de l'analyse des causes à recommander la mise en place de coffres de radiateurs dans les salles de bain des chambres et de kits de draps indéchirables.

Le bilan annuel relatif aux événements indésirables graves (EIG) associés aux soins, qui mentionne le type, le nombre, la gravité et les causes des incidents déclarés ainsi que les services concernés, constitue une ressource pour l'analyse et le retour d'expérience. Il est présenté à la commission des usagers (CDU).

En 2022, il y a eu 465 EI déclarés et 363 sur les trois premiers trimestres 2023.

Sur l'année 2023, 93 ont concerné des actes de violences de la part des usagers à l'égard des professionnels soit 20 % des EI, sachant qu'il y a une sous déclaration de ce type de violences, un certain nombre de soignants considérant que les violences sont l'expression de la maladie chez nombre de patients.

En cas d'indiscipline, comme le fait de fumer en chambre, une amende peut être délivrée par l'établissement mais rarement utilisée, certaines unités considérant que « cela n'a aucun effet » (cf. § 6.2.2).

3.4.2. Les plaintes et réclamations

Le livret d'accueil est exhaustif concernant les modalités de réclamation pouvant être effectuées par le patient ou ses proches. Il indique les coordonnées et les possibilités de recours ou de saisine possibles devant :

- la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- le juge des libertés et de la détention (JLD) ;
- le CGLPL ;
- la commission des usagers (CDU).

A contrario, il n'existe pas d'affichage sur les possibilités de plaintes et de réclamation dans les unités.

Toutes les plaintes et les réclamations sont présentées aux représentants des associations d'usagers avant leur traitement, afin de recueillir leur avis. Lors de l'échange téléphonique avec les contrôleurs, les deux représentants des associations d'usagers ont indiqué demander régulièrement un moindre recours à l'isolement et à la contention. Toutes les plaintes et les réclamations ainsi que les éléments de réponses effectués sont présentés à la CDU.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1. L'ACCUEIL EN URGENCE BENEFICIE D'UN SERVICE ET D'UNE EQUIPE SPECIFIQUE

4.1.1. Organisation et moyens, les locaux

Le service d'accueil de l'urgence psychiatrique (SAUP) contigu au service des urgences (SAU) du CH Louis Pasteur dispose de locaux propres communicants avec ce dernier et d'une équipe médico-soignante spécifique.

Ce service comprend un bureau infirmier, deux bureaux d'entretiens, quatre chambres avec salle d'eau individuelle, un office et une petite salle d'attente ouvrant sur un patio.

Les chambres donnent sur un couloir. Leur porte est percée d'un fenestron et elles sont meublées d'un lit médicalisé avec draps et couvertures, d'une table de chevet et d'un fauteuil. La salle d'eau attenante comporte un WC sans abattant, du papier hygiénique, une douche sans flexible, un lavabo, une tablette et un miroir. La chambre (au-dessus du lit) et la salle d'eau sont équipées de bouton d'appel et d'une commande pour l'éclairage plafonnier. La fenêtre occultée par un film aux deux tiers de sa hauteur, est ouvrable en oscillo-battant.

L'entrée des patients s'effectue par le service des urgences. L'entrée par l'extérieur du bâtiment est réservée aux professionnels, aux familles ou proches, aux patients vus en post urgence.

L'équipe est constituée de psychiatres, d'un cadre de santé à 0,3 ETP, de sept IDE pour 6,8 ETP et d'un psychologue à 0,2 ETP. Les ASH du CH Louis Pasteur assurent l'entretien des locaux.

Du lundi au vendredi, un psychiatre est présent tous les matins ainsi que deux après-midis par semaine les mardis et jeudis jusqu'à 17h30. En plus de son intervention aux urgences, il assure la psychiatrie de liaison uniquement pour les majeurs. La nuit, un psychiatre du pôle dolois effectue une astreinte téléphonique à domicile de 17h30 à 9h le lendemain matin.

A partir du vendredi 17h30 jusqu'au lundi 9h, l'astreinte téléphonique à domicile repose sur l'un des psychiatres du CHS. Ces praticiens se déplacent toutes les matinées des samedis, dimanches et jours fériés au SAUP voir les arrivants, rédiger le cas échéant les certificats médicaux relatifs aux soins sans consentement.

Les IDE travaillent en 12 heures, un de jour de 7h à 19h15 et un de nuit de 19h à 7h15. Ils sont tous expérimentés, formés à l'évaluation du risque suicidaire, à la gestion de l'agressivité, de la violence, au recours à la contention, aux entretiens « relations d'aide psycho-trauma ». Deux IDE font partie de la cellule d'urgence médico-psychologique et bénéficient de toutes les formations dispensées dans ce cadre.

Une psychologue dispense surtout des consultations de psycho-trauma mais peut aussi recevoir des patients admis au SAUP.

4.1.2. Le parcours du patient

A son arrivée aux urgences générales, le patient est vu par l'infirmier d'accueil et d'orientation puis le médecin urgentiste pour un bilan somatique sauf en cas d'agitation extrême où il est sédaté d'emblée. Une fois le bilan somatique effectué et reporté sur le dossier médical informatisé du CH Louis Pasteur, toute symptomatologie psychiatrique déclenche l'appel de l'IDE du SAUP qui se rend aux urgences mener un entretien d'évaluation de concert avec le psychiatre du SAUP s'il est présent. Si une hospitalisation s'avère nécessaire, le patient est transféré dans l'un des lits du SAUP sauf en cas d'intoxication alcoolique, médicamenteuse ou par substances

psychotropes illicites. Dans ces cas, le patient est gardé dans l'un des sept lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du CH Louis Pasteur pour une surveillance somatique. De même, les patients ayant attenté à leurs jours sont hospitalisés dans l'unité de soins continus (5 lits) et ceux nécessitant un séjour en réanimation transférés au CHU de Besançon. Les entretiens et consultations donnent lieu à une observation et à une proposition thérapeutique établies par le psychiatre et généralement suivies par les médecins urgentistes qui rédigent et signent les prescriptions. La nuit, lorsque les avis d'évaluation des médecins urgentistes et de l'IDE de psychiatrie divergent, il est fait appel au psychiatre d'astreinte qui se déplace. Pour les patients diagnostiqués « psychiatriques », les observations des urgentistes sont rentrées dans le logiciel du CHG Louis Pasteur puis imprimées pour être transmises aux psychiatres du SAUP et versées au dossier papier du patient. Les prescriptions des urgentistes sont manuscrites sur une feuille transmise aux psychiatres et classées dans le dossier médical papier du patient. En effet, le SAUP et le CHG Louis Pasteur ne disposent pas des mêmes logiciels pour les dossiers médicaux des patients. Les praticiens ont bien conscience de cette absence de sécurisation des ordonnances et attendent le début de l'année 2024 pour disposer d'un logiciel de dossier patient informatisé « Hôpital Manager » commun à tous les établissements de santé du groupement hospitalier qui réglera ce problème. Une fois le patient arrivé au SAUP, les IDE vont rechercher ou créer son dossier sur le logiciel Cpage® puis rentrer ses données sur le logiciel Cortexte®. Les patients peuvent rester en observation 24h, rarement au-delà sauf si les unités d'hospitalisation manquent de lits.

Dans les chambres du SAUP, les patients sont réveillés vers 8h par l'IDE. Les repas sont servis dans les chambres, les médicaments sont donnés dans les chambres. Le traçage informatique en temps réel de l'administration des médicaments est impossible car le service ne dispose que de deux ordinateurs : l'un dans le bureau infirmier et l'autre dans le bureau d'entretien partagé avec le cadre. Les IDE reportent *a posteriori* sur une feuille en papier les médicaments administrés. A l'arrivée du psychiatre, le binôme médecin-IDE reçoit les patients en entretien avant de voir ceux restés à l'UHCD.

Lorsqu'une hospitalisation au CHS s'impose, le transfert est assuré par l'équipe de l'unité d'accueil. Les transferts sont gérés par le cadre du SAUP. Pour les patients en SSC, un voire deux soignants en plus de l'ambulancier sont dépêchés au SAUP. Les patients placés sous contentions et sédatisés aux urgences sont transportés dans cet état. Les patients en hospitalisation libre sont véhiculés en ambulance ou VSL sans accompagnement systématique de soignant. Le dossier médical papier part avec le patient sous enveloppe cachetée et est scanné dans Cortexte® par les secrétaires de l'unité d'accueil.

4.1.3. Les patients en SSC

Le SAUP admet peu de patients avec demande de SDRE, ils sont adressés directement au CHS où ils seront examinés dans les 24h par un somaticien. La majorité des patients transitant par le SAUP sont en SDD. En journée, la décision de SSC est prise généralement par le psychiatre lors de l'entretien d'arrivée. Sauf contre-indication (risque de nuire au patient), les proches, la famille, sont contactés par téléphone pour la recherche d'un tiers, y compris la nuit. La recherche du tiers prime mais en cas de proches non joints ou de refus, l'admission en péril imminent (SPI) est proposée par le médecin urgentiste. L'absence de réponse est tracée dans le dossier papier, la feuille de demande de tiers faxée au bureau des entrées et les originaux portés par la suite par coursier au bureau des entrées du CHS. Si un tiers est trouvé mais qu'il manque un certificat d'un médecin extérieur à l'établissement l'admission en urgence (SDTU) sera prononcée.

L'information sur la mesure décidée est faite par le psychiatre, celle sur les voies de recours par l'IDE. Les feuilles de notification des recours sont données à signer par les IDE au patient et s'il refuse de signer, deux soignants signent, puis la feuille est faxée au bureau des entrées et l'original versé au dossier du patient.

La nuit, l'évaluation psychiatrique est effectuée par l'IDE en psychiatrie. En l'absence d'orientation en SSC par l'urgentiste, le patient reste en soins libres dans une chambre du SAU ou dans un lit de l'UHCD des urgences dans l'attente d'être vu le lendemain par le psychiatre du SAU et l'IDE.

Si le patient reste 24h ou plus au SAU, le certificat des 24h est établi par un psychiatre différent de celui qui a rédigé l'initial. Le psychiatre d'astreinte est donc sollicité pour cela y compris les week-ends et jours fériés.

Comme mentionné précédemment, la recherche du tiers est effective mais pas toujours concluante. En 2021, les admissions en SPI représentaient la majorité des admissions en SSC avec 64 % mais la tendance s'est infléchiée en 2022 avec un ratio devenu minoritaire, 46,5 %, devant une nette augmentation des SDT (+ 8,5 %) et des SDTU (+ 8 %).

Mode d'hospitalisation en SSC du SAUP vers le CHS Sainte Ylie par année

| | 2021 | | 2022 | |
|-------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | Effectifs | Pourcentages | Effectifs | Pourcentages |
| SDT | 32 | 24 % | 48 | 32,5 % |
| SDTU | 14 | 10 % | 27 | 18 % |
| SPI | 87 | 64 % | 69 | 46,5 % |
| SDRE | 3 | 2 % | 4 | 3 % |
| TOTAL | 136 | 100 % | 148 | 100 % |

4.1.4. L'isolement et la contention

Certains patients agités (hétéro-agressivité) font l'objet de décision de contention associée systématiquement à une sédation. La décision est rédigée sur une feuille de papier par l'urgentiste la nuit ou le psychiatre pour des durées initiales préimprimées de 24h, isolement comme contention, même si une durée inférieure peut être inscrite manuellement. Les contentions sont aimantées en cinq points. Les patients sont attachés dans l'une des chambres, alors fermée, du SAU sur les montants du lit médicalisé. La surveillance somatique et psychiatrique est effectuée par l'IDE et tracée sur une feuille papier qui sera scannée ultérieurement dans le dossier médical informatisé par les unités d'admission. Il n'existe aucun enregistrement de ces pratiques sur un registre *ad hoc*.

Recommandation 1

Chaque service doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée, conformément à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Pour la pose des contentions, il est fait appel au personnel du service des urgences générales, au personnel de sécurité voire à la police ou aux pompiers lorsqu'ils ont amené le patient.

Recommandation 2

Seuls les membres de l'équipe médicale et paramédicale sont habilités à participer à la mise en place de la contention.

Aucun entretien n'est proposé au patient par le psychiatre du SAU après une pose de contention.

4.1.5. Les injectables « si besoin »

Les psychotropes injectables « si besoin » figurent sur les prescriptions médicales et sont administrés lors du refus du traitement par voie orale avec ou sans l'accord du patient. Dans ce dernier cas, le service des urgences est appelé en renfort.

4.1.6. L'activité

Entre 2021 et 2022, l'activité du SAUP a progressé de 11 %. La majorité des patients hospitalisés au SAUP retournent à leur domicile (57 % en 2021 et 59 % en 2022).

Activité du SAUP et orientation des patients en 2021 et 2022

| | 2021 | 2022 |
|---|------|------|
| Nombre de séjours | 729 | 778 |
| Nombre de retours à domicile | 416 | 462 |
| Nombre de transferts vers MCO courte durée | 276 | 280 |
| Nombre de transferts vers autre CHS | 33 | 26 |
| Nombre de sorties contre avis médical | 3 | 5 |
| Nombre de sorties vers structure d'hébergement médico-sociale | 1 | 5 |

La file active adressée au CHS Saint-Ylie en hospitalisation connaît une progression de 8,45 % entre 2021 et 2022, passant de 556 à 603 patients, de même que celle prise en charge en ambulatoire au SAUP qui augmente de 2,5 %, passant de 634 à 650.

4.2. LA TENSION CAPACITAIRE EST CONSTANTE ET LE RECOURS AUX MESURES D'URGENCE DE SOINS SANS CONSENTEMENT EST EXCESSIF

4.2.1. L'activité de psychiatrie

La file active totale en psychiatrie était en 2022 de 8 700 patients (8 554 patients en 2021), dont 1 264 patients hospitalisés à temps complet en 2022 (1 459 en 2021). La proportion de patients hospitalisés à temps complet par rapport à la file active globale est donc de 14,52 % en 2022 (17,05% en 2021).

En 2022, le taux moyen d'occupation des lits a été supérieur à 95 % dans toutes les unités d'admission de psychiatrie générale (Acacias, Bruyères, Mélèzes, Peupliers) et de gérontopsychiatrie (Erables), ainsi que dans l'unité de gérontopsychiatrie au long cours (Cèdres). Dans les unités de psychiatrie générale de patients au long cours (Acanthes, Mimosas, Pins), le taux d'occupation oscille entre 90 et 95 %. Seules les unités accueillant des adolescents ou des

jeunes adultes se démarquent avec des taux d'occupation de 65,8 % (UPA), 80,6 % (Brunelles) et 89 % (Perséphone).

La tension capacitaire est constante, aggravée encore par la fermeture de l'unité d'admission Acacias en avril 2023. Ainsi, au moment de la visite, toutes les unités de psychiatrie générale et de gérontopsychiatrie étaient à 100 % de leurs capacités en lits, et deux unités d'admission (Bruyères et Peupliers) accueillait chacune dans leur chambre d'isolement respective un patient surnuméraire. S'il n'y a pas d'ajouts de lits, la chambre d'isolement est ainsi utilisée en chambre hôtelière, un patient en chambre d'isolement conserve rarement sa chambre hôtelière et les patients ne sont pas toujours accueillis dans leur unité d'admission de secteur, des transferts de patients entre unités sont réalisés sans que le suivi ne soit effectué par l'équipe soignante référente du patient ; des hospitalisations programmées sont reportées. En gérontopsychiatrie, il y a une liste d'attente.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « Lorsque l'établissement est amené à utiliser la chambre d'isolement comme une chambre hôtelière ou lorsqu'un patient n'est pas admis dans l'unité relevant de son secteur, c'est en raison de l'absence de lit. Ces pratiques répondent aux tensions sur l'hospitalisation complète. »

4.2.2. Les mesures de soins sans consentement

En 2022, 478 patients (436 en 2021) ont subi en hospitalisation à temps complet une ou plusieurs mesures de soins sans consentement (SSC). Ce sont ainsi 37,81 % des patients hospitalisés à temps complet qui l'ont été en SSC en 2022, en augmentation par rapport à 2021 (29,88 %). C'est nettement supérieur à la moyenne nationale qui s'établit à 26 %⁷.

Parmi ces 478 patients en SSC, 441 l'ont été à la suite d'une décision par le directeur de l'établissement (SDDE) et 37 à la suite d'une décision du représentant de l'Etat (SDRE).

S'agissant des patients subissant une mesure de SDDE, 23,5 % l'ont été en soins à la demande d'un tiers (SDT), 32,25 % en soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et 42,24 % en soins en cas de péril imminent (SPI). Trois patients sur quatre hospitalisés en SDDE en 2022 l'ont ainsi été dans le cadre de mesures dérogatoires que sont le SDTU ou le SPI. Celles-ci portent atteinte aux droits des patients en les privant d'une double évaluation médicale certifiée lors de la mise en place de la mesure et de l'intervention d'un tiers qui constitue une voie de levée de la mesure de SSC.

Recommandation 3

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins sans consentement en cas de péril imminent ou à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel, car il porte atteinte aux droits des patients.

⁷ COLDEFY Magali, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°269, juin 2022.

4.3. LES DECISIONS DU DIRECTEUR D'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE AINSI QUE LES CERTIFICATS MEDICAUX NE SONT PAS REMIS AU PATIENT

4.3.1. L'information générale sur les droits

Le livret d'accueil est remis aux patients dès leur arrivée dans les unités. Ce dernier est pratiquement à jour malgré quelques erreurs concernant les patients hospitalisés en SSC. Ainsi, il est mentionné que le délai dans lequel la personne en cas d'hospitalisation complète sans consentement sera entendue aura lieu « avant le 15^{ème} jour », or le patient doit être entendu par le JLD avant un délai de douze jours selon l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique (CSP). Il est également fait référence au tribunal de grande instance, or depuis le 1^{er} janvier 2020, il s'agit du tribunal judiciaire.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction de l'établissement indique : « Le livret d'accueil a été remis à jour, des corrections ont été apportées concernant le passage du JLD avant le 12^{ème} jour d'hospitalisation et le tribunal judiciaire. »

Dans le livret d'accueil des adultes comme dans celui de la pédopsychiatrie, il est fait référence à la possibilité d'un temps d'accompagnement scolaire or ce dernier n'existe pas.

L'affichage varie d'une unité à l'autre, la charte du patient hospitalisé et celle relative aux devoirs des usagers est systématiquement présente ainsi qu'un document présentant la CDU, un autre sur la personne de confiance, un autre sur l'accès aux informations personnelles de santé et un autre sur l'usage du tabac et des stupéfiants.

Si la charte des devoirs des usagers est affichée partout, pour autant la liste des droits des patients hospitalisés en SSC, tels que définis par l'article L. 3211-3 du CSP, n'est pas affichée, ni aucune information sur les soins sans consentement, ni le tableau de l'ordre des avocats inscrits au barreau du Jura.

Les règles de vie sont affichées dans les unités et une copie est remise à l'arrivée avec le livret d'accueil.

4.3.2. L'information sur le statut, les décisions administratives et judiciaires, les droits spécifiques

Les décisions du directeur, les arrêtés préfectoraux et les certificats médicaux sont présentés, lus et expliqués au patient mais ils ne lui sont pas remis à moins que ce dernier ne les demande spécifiquement.

Ces documents, transmis au secrétariat de chaque pôle par le bureau des admissions, sont explicités au patient, selon les unités, par le cadre ou un infirmier. Le récépissé est signé par le patient ou par le soignant en cas de refus comme d'impossibilité. Cette notification, faite à bref délai, peut être différée du fait de l'état clinique du patient.

Recommandation 4

Les décisions d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux qui les fondent doivent être systématiquement remis aux patients.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1. L'ABSENCE DE VERROU DE CONFORT DANS TOUTES LES CHAMBRES ET D'ESPACE D'APAISEMENT DANS CERTAINES UNITES CONTREVIENNENT A LA REGLEMENTATION

5.1.1. Le parc immobilier et la maintenance

Le schéma directeur immobilier sur quinze ans de l'établissement ne prévoit pas de réhabilitation des unités vétustes, mais priorise l'ambulatoire, l'addictologie, la réhabilitation psycho-sociale, la consolidation des travaux sécuritaires ainsi que la démolition des anciens bâtiments non utilisés.

Pour assurer la maintenance des 80 bâtiments, 30 agents techniques, couvrant cinq corps de métiers, se limitent à réparer. En effet, la réduction de moitié des moyens humains et par huit du budget en trente ans ne permet plus d'anticiper et de rénover. Les délais d'intervention pour changer une ampoule, déboucher un WC, réparer un meuble et repeindre une des 200 chambres sont respectivement de quinze minutes, une heure, une semaine et deux semaines.

Le plan de maintenance prévoit la modernisation des ascenseurs, la réfection des salles de bains, le remplacement des fenêtres ainsi que l'installation de coffres-forts individuels dans les chambres encore non équipées.

Malgré un parc immobilier hétérogène, composé de bâtiments anciens (hospitalisation au long cours) et d'autres plus récents (unités d'admission), des équipements variant d'une unité à l'autre, les locaux sont pour la plupart en bon état de maintenance.



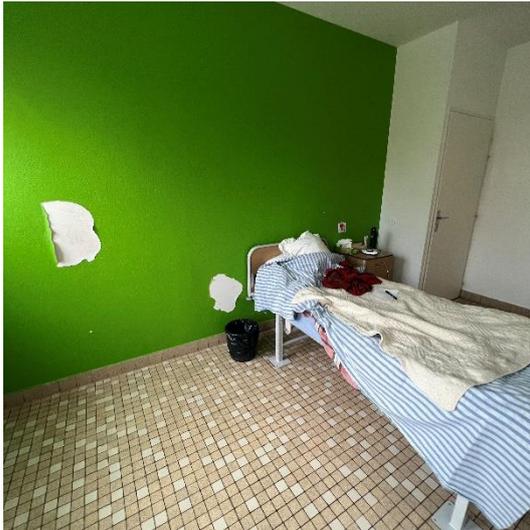
Bâtiment ancien



Bâtiment récent

5.1.2. Les unités d'admission et d'hospitalisation

Certaines unités présentent néanmoins des signes de vétusté et un manque d'équipements importants. L'unité Perséphone apparaît comme la plus dégradée, caractérisée par sa vétusté bâtiminaire, l'absence de sanitaires dans les chambres, un mobilier insuffisant ou détérioré.

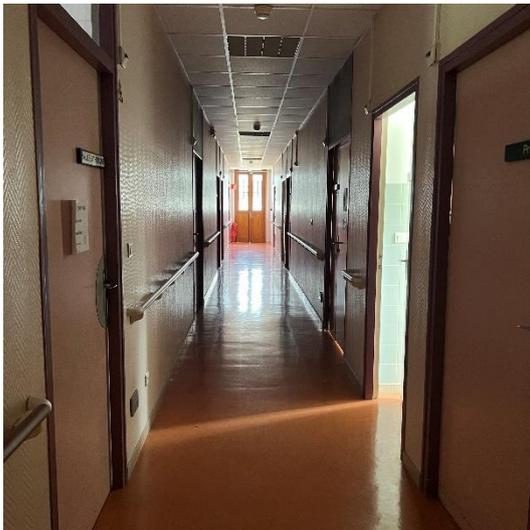


Chambre unité Perséphone



Chambre unité Perséphone

Deux des unités hébergeant des patients hospitalisés au long cours (Acanthes et Pins) montrent également des signes de vétusté et ne disposent pas de sanitaires dans les chambres.



Couloir unité Brunelles



Chambre unité Brunelles

Par ailleurs, si les chambres individuelles sont majoritaires (91,5 %) dans cet établissement, la subsistance de chambres doubles, aux Mimosas et aux Acanthes, n'est pas adaptée pour une bonne prise en charge des patients en psychiatrie.



Chambre double, unité Acanthes

De plus, l'unité Mimosas comporte encore des portes de chambres équipées de hublots non occultés, ne garantissant pas l'intimité des patients.

L'absence de bouton d'appel dans toutes les chambres et les sanitaires de toutes les unités empêche les patients de faire appel aux soignants lorsqu'ils en ont besoin.

Par ailleurs, contrairement aux dispositions réglementaires⁸, aucune chambre ne dispose de verrou de confort et, hormis les unités d'admission, les autres unités ne sont pas équipées d'un espace d'apaisement.

Recommandation 5

Comme le prévoit la réglementation, chaque unité doit comporter un espace d'apaisement et les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort. Il convient également de veiller au respect du confort (sanitaires), de l'intimité (portes pleines) et de la sécurité des patients (bouton d'appel) en équipant les chambres pour ce faire.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction de l'établissement indique : « Les hublots non occultés seront recouverts d'un film opaque ou translucide. Une étude a ainsi été réalisée pour les verrous de confort de l'ensemble des unités de soins en psychiatrie. Une autre a également été réalisée pour les appels malades. »

5.2. L'HYGIENE EST ASSUREE TANT DANS LES LOCAUX QUE POUR LES PATIENTS

Chaque cadre de santé organise le service de nettoyage de son unité. La responsable hygiène de l'établissement prend en charge la formation de tout nouvel agent de service hospitalier (ASH), en lui apportant des éléments théoriques (entretien quotidien et gestion des risques) ainsi qu'une évaluation des pratiques individualisée sur le terrain, puis un contrôle dans les trois mois suivants la prise de fonction. L'ensemble des locaux est apparu en bon état d'entretien et d'hygiène.

⁸ Article D. 6124-257 du code de la santé publique, applicable depuis le 1^{er} juin 2023.

La majeure partie des chambres disposent de sanitaires et de douches individuelles en bon état d'hygiène. Sinon des sanitaires collectifs sont en libre accès et dans l'ensemble bien entretenus. L'absence d'abattants pour les WC est cependant à déplorer.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « L'absence d'abattants pour les WC répond à une décision du CLIN actée le 31 mars 2022. »

Le linge plat est entretenu par la blanchisserie de l'établissement. Les draps sont changés chaque semaine et plus si besoin. Le linge personnel est principalement entretenu par les familles ou peut être confié à la lingerie centrale ; de plus, une buanderie avec machine à laver et sèche-linge est installée dans chaque unité.

Les unités disposent également d'un stock de vêtements et de chaussures de dépannage, provenant de dons de familles, de professionnels, et de la lingerie centrale. Des kits d'hygiène personnelle sont également disponibles pour les patients admis sans nécessaire de toilette.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales se réunit trois fois par an. Des prélèvements de surface, assurés par l'infirmière hygiène de l'établissement, sont régulièrement effectués dans les réfectoires, les salles de soins et les lieux de stockage du linge.

5.3. LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS COMPORTE DES LACUNES D'ORGANISATION

A l'arrivée dans l'unité, un inventaire des effets du patient est établi, cosigné par le soignant et le patient. Cependant, le caractère contradictoire de l'inventaire n'est pas maintenu en cours d'hospitalisation car le soignant effectue seul les modifications de son contenu.

Recommandation 6

Les inventaires des effets personnels et des biens des patients doivent être tenus à jour de manière contradictoire pendant toute la durée de leur hospitalisation.

Suivant les unités, les patients peuvent conserver ou non leurs cigarettes ou leur téléphone (à l'exception des chargeurs et des rasoirs). Dans les chambres des unités d'admission, les patients disposent d'un coffre-fort ou ils peuvent également fermer leur armoire à l'aide d'un cadenas. Dans celles qui ne sont pas dotées de coffres-forts (comme en gérontopsychiatrie), l'argent des patients est entreposé dans le coffre du cadre de santé. Des fiches individuelles de retrait y sont dans ce cas renseignées, mais sans contradictoire signé.

La banque des patients, tenue par un régisseur, n'est ouverte que deux demi-journées par semaine (mardi et vendredi). Aucun retrait partiel n'est autorisé et tout retrait en cours d'hospitalisation doit être total et définitif. Si un patient sort définitivement de l'établissement au moment où la régie est fermée, il ne pourra récupérer ses valeurs et ses moyens de paiement que par courrier et après plusieurs jours. Passé un délai de 60 jours après la sortie, si le patient n'a pas récupéré ses valeurs, l'argent est envoyé au Trésor Public de Lons-le-Saunier.

Recommandation 7

Il convient de permettre aux patients un accès à leurs valeurs déposées à la régie, tout au long de leur hospitalisation, et d'organiser leur sortie de manière qu'ils ne quittent pas l'établissement sans pouvoir les reprendre.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « Comme indiqué lors de la venue des contrôleurs, une réflexion avait été initiée afin d'étudier une amplitude d'ouverture plus large de la banque. A compter de l'été 2024, le service de dépôt des biens et des valeurs sera ouvert du lundi au vendredi avec une amplitude horaire le matin et l'après-midi. »

Les assistantes sociales participent aux réunions d'équipe et reçoivent tous les patients. Elles sont ainsi informées des patients ayant besoin d'une protection et entament les démarches auprès du juge des tutelles.

Deux mandataires judiciaires proviennent de l'établissement, les autres de l'Union départementale des associations familiales (UDAF) et une petite partie sont libéraux. Les mandataires interviennent principalement pour abonder les comptes des patients, le plus souvent sous forme de bons d'achats auprès des commerçants voisins du centre hospitalier (débits de tabac, grandes surfaces). Les soignants accompagnent les patients pour effectuer leurs achats.

Les patients sous tutelle peuvent ouvrir un compte à la cafétéria « Le café créatif » : ils sont ainsi une centaine, accompagnés par l'association Croix-Marine dans la gestion de leur budget, qui effectue la liaison financière avec les mandataires.

5.4. LES REPAS SONT DE BONNE QUALITE MAIS LES QUANTITES SONT JUGEES PARFOIS INSUFFISANTES PAR CERTAINS PATIENTS

Les repas sont élaborés et conditionnés dans les cuisines de l'établissement et acheminés dans les unités en liaison froide, puis remis en température par les ASH qui respectent un protocole strict. Le dernier rapport de la direction départementale de l'emploi, travail, des solidarités et de la protection des populations fait état d'un niveau de maîtrise des risques satisfaisant au regard de la sécurité alimentaire. Les ASH « référentes restauration » de chaque unité sont réunies une fois par trimestre par les diététiciennes et le responsable de la cuisine pour sécuriser les pratiques.

Deux diététiciennes élaborent les menus six semaines à l'avance, selon deux types (été ou hiver). La cuisine de l'établissement travaille beaucoup avec des produits frais et prépare les menus mixés elle-même. Plusieurs menus spécifiques sont élaborés : riche en fibres, pour diabétique, sans sel, sans gluten, sans lactose, sans cholestérol, hypocalorique, végétarien.

Les salles à manger sont dans l'ensemble conviviales : les menus y sont affichés, les locaux sont parfois décorés. Les patients s'installent soit librement, soit suivant un plan de table affiché (Erables, Mimosas). Certains patients, du fait de leur lenteur ou de leur pathologie (anorexie, risques de fausse route, agressivité envers les autres patients), prennent leur repas en dehors de la salle à manger, avec l'aide de soignants, dans les couloirs ou dans la salle de télévision. Les ASH et infirmiers assistent les autres patients pour le repas pris en collectif, qui est la règle. La distribution se fait « à la louche », depuis un chariot, sauf pour les menus spécifiques servis en barquette individuelle.

Si, d'une manière générale, les patients se déclarent satisfaits de la qualité des repas, certains regrettent qu'il ne soit pas possible de réclamer un supplément, en particulier pour la viande. Il a été indiqué aux contrôleurs que certains médicaments administrés réduisaient le sentiment de satiété, et qu'une réelle attention est portée à la lutte contre le surpoids et l'obésité. Néanmoins,

attentif aux remarques des patients, l'établissement réalisait au moment du contrôle une étude pour adapter les textures et le grammage en fonction de l'âge.

Des ateliers pédagogiques sur l'équilibre alimentaire sont proposés et certaines unités (Pins) recueillent les impressions des patients sur la qualité des repas.

Selon les unités, les patients sont autorisés à garder des aliments non périssables en chambre ou les entreposent dans une armoire dédiée dans le service et la distribution se fait sous le contrôle des soignants pour éviter les fausses routes ou une consommation excessive.

Des repas à thème sont proposés à l'occasion de jours particuliers (fêtes, galette des rois, jour de l'an). Dans les unités, des repas hors du commun peuvent également être organisés (barbecue, raclette). Des repas thérapeutiques sont également mis en place comme aux Brunelles ou aux Bruyères.

Les parents de patients peuvent prendre leur repas dans certaines unités au cours des visites, comme aux Bruyères.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1. LA RESTRICTION DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS INDIVIDUALISEE

6.1.1. La liberté d'aller et venir

Les unités Erables, Cèdres, Perséphone et Mimosas sont fermées. Les unités Bruyères, Mélèzes, Peupliers, Pins et Acanthes ne sont ouvertes que sur deux créneaux, le matin et l'après-midi, au total entre cinq à six heures par jour. Au moment du contrôle, les unités Acanthes et Bruyères se trouvaient temporairement fermées 24 heures sur 24, depuis l'été 2023, en raison de la présence d'un patient dit fugueur. De plus, à Acanthes, les patients en soins libres doivent solliciter l'accord d'un médecin pour quitter l'enceinte du CHS, cette autorisation peut aussi être donnée par un soignant ou le cadre de santé.

L'unité Brunelles est la seule où les patients peuvent circuler librement, y compris ceux en SSC, de 9h à 12h et de 13h45 à 18h45, sauf décision médicale contraire.

Au cours des deux premières journées d'hospitalisation, les sorties sont interdites pour tous les patients sans exception ; cela est clairement spécifié dans les règlements intérieurs des trois unités d'admission (Mélèzes, Bruyères et Peupliers). Au-delà de 48 heures de séjour, les règles diffèrent selon les unités ; pour certaines lorsqu'il y a des créneaux d'ouvertures, les patients en soins libres peuvent sortir dans l'enceinte du CHS, sauf restriction médicale mais pour d'autres les patients en SL peuvent faire l'objet de restriction de sortir de l'unité, notamment en gérontopsychiatrie. En revanche, les patients en SSC ont besoin de l'autorisation d'un médecin pour sortir de l'unité. Pour autant, au moment du contrôle, dix patients en SSC de Peupliers pouvaient sortir de l'unité. Pour quitter l'enceinte du CHS, tous les patients, en soins libres ou en SSC, doivent préalablement obtenir une autorisation médicale.

Les patients peuvent accéder à des espaces extérieurs, attenants à chaque unité, le plus souvent arborés et ceints de clôtures hautes, ou à un patio intérieur. Ces espaces sont accessibles en journée et ferment aux alentours de 23h, au plus tard à minuit comme aux Acanthes.

Lorsque des sorties sont autorisées hors d'une unité, les patients en SSC comme en soins libres doivent être accompagnés par un soignant ou un membre de leur famille, comme c'est le cas pour la plupart de ceux qui séjournent à Erables et Cèdres (notamment pour se rendre à la cafétéria).

Recommandation 8

La liberté d'aller et venir doit être la règle y compris pour les patients en soins sans consentement ; les restrictions doivent être individualisées, dûment motivées par l'état clinique des patients, strictement proportionnées et régulièrement revues.

6.1.2. La sécurisation du site

Le CHS de Dôle a deux entrées : la principale, située Route Nationale, est surveillée par un agent de sécurité, alors que la seconde, située Rue Louis Girardet, n'est pas surveillée. Des intrusions de « dealers » ont été signalées aux contrôleurs : ils vendent du cannabis ou de la cocaïne, et des médicaments (Subutex, méthadone, notamment).

Seize caméras de surveillance sont installées dans l'enceinte du CHS, notamment à l'entrée principale. Les images filmées sont diffusées dans le poste des agents de sécurité.

L'établissement dispose d'un service de sécurité composé de 12 agents qui assurent la sécurité-incendie et le standard.

Lorsqu'une alarme-incendie se déclenche, un agent arrive sur place en quelques minutes, par exemple lorsqu'un patient met le feu dans sa chambre (comme en novembre 2023 à Acanthes). Les contrôleurs ont pu constater que les détecteurs de fumées en chambre peuvent se déclencher si un patient prend une douche très chaude en laissant ouverte la porte de l'espace sanitaire.

Le personnel soignant dispose d'une centaine de PTI (protection travailleur isolé), avec trois niveaux de déclenchement (en fonction de la gravité de l'incident). Selon les témoignages recueillis par les contrôleurs, les agents de sécurité jouent le plus souvent un rôle de force de dissuasion, par leur seule présence face à un patient en crise violente. Mais lorsqu'ils ont le sentiment que le personnel soignant ne pourra pas maîtriser la situation, que le patient agité pourrait porter des coups dangereux aux soignants, il arrive que des agents de sécurité aident à le tenir, le temps d'une injection ou d'une mise en contention sur le lit d'une chambre d'isolement.

En théorie, les entrées et les sorties en chambre d'isolement sont signalées au service de sécurité. En réalité, les contrôleurs ont pu constater que les unités ne le font pas, et que les agents de sécurité ne notent pas l'information lorsqu'elle leur est donnée. Le tableau « *contentions/isolement* » situé au poste de sécurité de l'entrée principale se trouvait entièrement vierge au moment du contrôle, alors que les cinq chambres d'isolement étaient occupées.

Recommandation 9

Seuls les soignants peuvent intervenir pour maîtriser physiquement un patient en cas de crise.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « Il est noté de votre recommandation concernant les missions du service de sécurité. Concernant le tableau des contentions-isolements : il est affiché au poste de sécurité. Il est rempli par l'agent de sécurité qui reçoit l'appel téléphonique d'un IDE quand un patient est en contention-isolement. »

6.2. DES AMENDES SONT APPLIQUEES AUX PATIENTS QUI NE RESPECTENT PAS L'INTERDICTION DE FUMER

6.2.1. Le rythme de la journée

Il n'y a pas de réveil strictement imposé. Mais la présence aux repas étant obligatoire en salle-à-manger (sauf indication médicale), chaque patient est contraint d'aller prendre son petit-déjeuner entre 8h30 et 9h. Dans l'unité Pins, les patients doivent quitter leur chambre entre le petit-déjeuner et 10h30, le temps que le ménage soit fait. Quant à l'unité Mimosas, l'accès aux chambres n'est pas libre pendant la journée.

Lorsque les douches sont collectives, elles sont accessibles à certaines tranches horaires. Par exemple, dans l'unité Les Pins, elles sont ouvertes de 7h à 8h15 et de 17h à 20h30.

Il n'y a pas *stricto sensu* d'horaire de coucher dans la plupart des unités. Le coucher est rythmé par la fermeture de la salle TV, et celle des cours extérieures pour les fumeurs. Dans les unités Erables et Cèdres, le coucher est réalisé à 20h pour une majorité de patients. Quant à Perséphone, l'extinction des feux est fixée en semaine à 22h30 (21h pour les moins de 13 ans) et 23h30 le week-end.

6.2.2. L'accès au tabac

La plupart des patients jouissent d'un accès libre au tabac, à un briquet ou à des allumettes. Cependant, des mesures de limitation de la consommation peuvent être prises par le médecin, notamment pour ceux qui fument de manière considérée comme excessive ou qui distribuent leurs cigarettes sans limite. Tel patient peut recevoir par exemple 10 cigarettes par demi-journée, et un autre, une cigarette par heure. A Perséphone, les mineurs ne peuvent fumer qu'avec une autorisation des parents.

Lors de la visite de nuit les contrôleurs ont constaté pour une même unité d'admission que, selon l'équipe de soignants, les patients étaient autorisés à fumer la nuit dans le patio ou pas.

Selon le livret d'accueil du CHS, « *il est formellement interdit de fumer dans les locaux de l'établissement* ». Au cours de la nuit, les cours extérieures et les patios étant fermés (sauf rares exceptions), certains patients fument en chambre. Dès lors, depuis 2012, certaines unités du CHS appliquent une pénalité de 20 euros aux fumeurs en chambre. Deux unités, Les Pins et Brunelles, précisent même (dans le règlement intérieur ou les règles de vie) qu'une amende sera infligée à tout contrevenant.

Ces « amendes » prennent la forme d'un courrier du directeur du CHS au patient demandant à ce dernier de régler la somme de 20 euros à la régie des recettes de la direction des services économiques. En 2023, entre le 1^{er} janvier et le 15 novembre, 50 courriers ont été adressés à des patients, et 14 d'entre eux ont acquitté la somme demandée. Le directeur du CHS se fonde sur la décision de son prédécesseur en date du 16 octobre 2012 qui fixait à 20 euros l'indemnisation imposée aux patients violant l'interdiction de fumer au sein de l'hôpital « *considérant que le non-respect de cette règle entraîne la mise en œuvre de moyens particuliers (déplacements d'agents de sécurité, nettoyage des locaux, etc.) et fait courir un risque d'incendie majeur.* »

Ce que l'établissement nomme une « indemnisation » s'apparente en fait à une « amende », terme d'ailleurs couramment utilisé au sein de l'établissement. S'il s'agissait réellement d'une indemnisation, encore faudrait-il établir que le patient ait provoqué une dégradation, ce qui n'est pas le cas.

Recommandation 10

Il doit être mis fin à la pratique des amendes ou indemnisations de 20 euros infligées aux patients qui fument en chambre, hors commission de toute dégradation.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « Une décision du directeur annulant la décision du 13-2012 relative aux amendes délivrées pour interdiction de fumer sera prise. »

6.2.3. L'usage du pyjama

Dans toutes les unités, le pyjama n'est jamais imposé aux patients, qu'ils soient ou non placés en chambre d'isolement. En revanche, en chambre d'isolement, un patient peut revêtir une chemise d'hôpital, sur décision médicale.

6.3. LES VISITES NE SONT PAS ORGANISEES DE FAÇON HOMOGENE

6.3.1. Le maintien des liens avec l'extérieur

a) Le téléphone

Les restrictions totales à la liberté de conserver et d'utiliser son téléphone sont plutôt rares. Au moment du contrôle, un patient des Mélèzes n'était pas autorisé à garder son téléphone. Au sein de l'unité Acanthes, quatre patients ne peuvent accéder à leur téléphone qu'à certaines heures de la journée. Presque tous les patients des Pins n'ont pas le droit de conserver leur téléphone la nuit. A Perséphone, l'accès aux téléphones n'est autorisé que 30 minutes en fin de matinée et en fin d'après-midi.

Lorsqu'un patient ne dispose pas de téléphone, l'unité peut en prêter le temps de l'appel.

b) Le courrier

Le droit d'écrire gratuitement à certaines institutions ou autorités, comme le juge des libertés et de la détention, la CDSP, le Défenseur des droits, le CGLPL, le préfet, le procureur de la République n'est manifestement pas connu dans toutes les unités. Ce droit ne figure pas dans le livret d'accueil du CHS.

c) Les visites des familles

La plage horaire de visites des familles s'étale de 14h ou 14h15 jusqu'à 17h ou 18h30, selon les unités, ces limitations étant gérées avec souplesse, notamment pour les personnes qui viennent de loin ou qui subissent des contraintes professionnelles. Dans les unités Acanthes, Pins et Perséphone, les patients n'ont pas le droit de recevoir de visiteurs dans leur chambre. De surcroît, l'unité Perséphone n'est pas dotée d'un salon familles. Le salon de visites d'Acanthes a des cloisons vitrées permettant de voir ce qui s'y passe depuis le couloir ce qui n'offre pas les conditions favorables à l'exercice du droit à la vie privée et familiale.

Pour chaque visite au sein de l'unité Perséphone, il faut trouver un bureau disponible. Les visiteurs mineurs ne sont pas autorisés à entrer dans les unités, mais ils peuvent accéder aux salons familles (lorsqu'ils se situent dans la zone administrative de l'unité). Au moment du contrôle, les visites en chambres dans l'unité Mélèzes étaient interdites en raison de la présence d'un patient « fiché S ».

Dans les unités d'admission (Bruyères, Mélèzes et Peupliers), le règlement intérieur prévoit qu'un repas peut être servi pour le visiteur du patient.

6.3.2. L'accès à l'information et à Internet

Au moment du contrôle, aucun réseau wifi n'était accessible pour les patients. Ils ne pouvaient donc accéder aux réseaux Internet que via leurs smartphones. Or, comme l'ont constaté les contrôleurs, les patients ayant peu de ressources financières et qui ne disposent que d'un petit forfait sont souvent en dépassement de celui-ci pour un coût prohibitif.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « L'absence de réseau public s'explique par l'indisponibilité d'une liaison fibre optique haut débit de type FTTH. La convention d'installation a été signée le 17/10/2022 avec l'opérateur historique mais la liaison n'était pas encore opérationnelle lors de la visite du CGLPL. Le délai indiqué au CHS Saint-Ylie Jura est avril 2024. A partir de ce déploiement de fibre optique FTTH, le CHS Saint-Ylie Jura pourra proposer un accès Wifi aux patients et aux visiteurs en s'appuyant sur l'infrastructure Wifi professionnelle existante. »

Seule l'unité Peupliers donne aux patients accès à un ordinateur, lorsqu'ils souhaitent effectuer des démarches, par exemple celles liées à la recherche d'emploi ou de logement.

La plupart des unités disposent d'un salon TV, généralement ouvert jusqu'à 23h. Dans certaines unités (Acanthes, Pins et Cèdres), les patients peuvent installer une télévision personnelle dans leur chambre.

Trois unités mettent à disposition quelques journaux d'actualités, notamment *Le Progrès*.

6.3.3. La confidentialité pendant l'hospitalisation

L'hospitalisation confidentielle est possible. Dans ce cas, au moment de son admission, le patient est enregistré à l'aide d'un alias (un pseudonyme) composé d'une suite de lettres et de chiffres.

6.4. L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

Le personnel des unités a accès à une note de service d'une page sur le « *droit de vote des patients* », datée du 16 juin 2022, qui précise les deux modalités d'exercice de ce droit : une permission de sortie sur autorisation médicale ou une procuration (via le commissariat de police). Pour l'élection présidentielle de 2022, quatre patients de l'unité Bruyères (deux avec procuration et deux avec une permission de sortie) et deux patients en soins sans consentement de l'unité Mélézes, ont voté grâce à une permission de sortie de courte durée.

6.5. LE DROIT D'ACCES AU REPRESENTANT DU CULTE DE SON CHOIX EST MAL ASSURE FAUTE D'UNE INFORMATION SUFFISANTE DES PATIENTS

Le livret d'accueil du CHS mentionne : « *Vous pouvez demander la visite d'un représentant du culte de votre choix. Renseignez-vous auprès du cadre de santé du service. Un aumônier catholique affecté à l'établissement passe régulièrement dans les services et célèbre des offices religieux.* » Mais très peu de cadres de santé savent qu'ils disposent d'une « liste des représentants des différents cultes religieux et associations religieuses » (catholique, protestant, évangélique, orthodoxe, israélite et musulman). Ce document n'est d'ailleurs affiché dans aucune unité.

Le CHS de Dôle ne dispose que d'un seul aumônier, celui du culte catholique, rétribué par l'hôpital et disposant d'un logement de fonction au sein de l'établissement. Dans la chapelle au cœur du CHS, l'aumônier catholique organise chaque dimanche une messe à laquelle assistent entre 5 et 15 patients (auxquels se joignent des doctes). Il rencontre aussi des patients en tête-à-tête à leur demande, dans les unités ou dans la chapelle.



Chapelle catholique au sein du CHS

6.6. LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS, BIEN QUE PRISE EN COMPTE, NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Si globalement, la dimension d'une vie sexuelle des patients pendant le temps d'hospitalisation est abordée avec ouverture et pragmatisme par les équipes soignantes, elle est le plus fréquemment traitée au cas par cas, sans réflexions ni orientations institutionnelles d'ensemble. Ainsi, une seule action d'information et de prévention en santé sexuelle à destination des patients a pu être citée, organisée par une sage-femme, à l'unité Acanthes.

Bien que la mise à disposition de préservatifs soit possible, aucune unité n'en propose qui soient librement accessibles, comme dans la salle de soins lors de la prise des traitements. Une formation sur la sexualité des patients, intitulée : « Cachez cette sexualité que je ne saurais voir » est proposée dans le programme de formation, quelques soignants y ont participé.

Dans une unité d'admission, un patient s'exposant sexuellement dans les espaces communs a été invité à regagner sa chambre, et son accès à des images pornographiques y a été facilité. Dans une unité de patients au long cours, la consommation par un patient d'images pornographiques sur Internet *via* son ordinateur portable n'est un sujet de préoccupation pour l'équipe soignante que du fait du dépassement de son forfait et du risque financier subséquent pris par ce patient.

On relève cependant des interdits qui tentent de faire obstacle à la vie sexuelle. C'est ainsi que les visites des proches sont interdites en chambre dans plusieurs unités, notamment s'agissant des patients au long cours, où la possibilité pour un patient et son conjoint de se retrouver dans la chambre pour avoir des relations sexuelles n'a pas été envisagée par les soignants. Et au moins deux unités (Mélèzes et Pins), dans leurs règlements intérieurs respectifs, disposent que « *Les chambres sont un lieu privé, les rassemblements dans les chambres ne sont pas autorisés* ». Les règles de vie de l'unité pour mineurs précisent : « *relations amoureuses non autorisées* ». Ailleurs, là où rien n'interdit les visites en chambre, les soignants adoptent une posture de discrétion vis-à-vis de celles-ci. Il est vrai cependant que l'absence de verrou de confort aux portes des chambres constitue un puissant frein à la réalisation d'une vie affective et sexuelle dans ces espaces.

Les soignants se préoccupent du risque de violences sexuelles commises par des patients agresseurs sur des patients ou patientes vulnérables et se disent attentifs à prévenir les pratiques d'échanges de rapports sexuels contre tabac ou autres substances. Ils évaluent le consentement des personnes en échangeant avec elles et en abordant la question lors des réunions. L'absence de réflexion institutionnelle sur le sujet laisse cependant subsister quelques positions individuelles postulant que la majorité des patients ne sont pas réellement en état de consentir à une relation sexuelle.

L'équipe soignante de l'unité Mimosas, qui accueille des patients déficitaires dont certains présentent des « troubles d'allure sexuelle » à composante pulsionnelle, se distingue par sa réflexion partagée et sa recherche « *des pistes pour redonner au patient plus de liberté et mettre en sécurité les autres patients* ». Pour une situation, elle a sollicité l'avis du comité d'éthique. Des AMP/AS ont suivi une formation sur la sexualité des personnes avec troubles du spectre autistique. Dans le cas cité, l'équipe s'est orientée vers un dispositif mis à disposition du patient dans sa chambre, dont l'efficacité en termes de réduction de l'expression de ces « troubles d'allure sexuelle » sera évaluée.

Le comité d'éthique a été saisi deux fois en 2023 concernant la sexualité. La première par l'équipe de l'unité des Mimosas, évoquée ci-dessus. La deuxième par l'équipe du foyer de vie de l'établissement, sur une situation concernant un résident. La conclusion de l'avis du comité d'éthique invite notamment à « *travailler sur l'acceptation que les résidents puissent avoir une vie sexuelle* ». Si cette conclusion s'adresse à la structure médico-sociale que constitue le foyer de vie, elle trouvera à s'appliquer également dans les unités d'hospitalisation de l'établissement, pour une meilleure prise en compte de la vie affective et sexuelle des patients.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1. LES PATIENTS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT N'ONT PAS D'ACCES DIRECT A L'EAU ET AUX SANITAIRES

Cinq chambres d'isolement (CI) sont installées dans l'établissement, une dans chaque unité d'admission : Bruyères, Mélèzes, Peupliers, une dans l'unité de patients au long cours Mimosas et la dernière dans l'unité pour adolescents Perséphone, improprement nommée « chambre d'apaisement ».

Toutes les CI sont aménagées et équipées de façon similaire : une première porte avec hublot donne accès à un sas qui précède la chambre et les sanitaires, ces derniers n'étant accessibles que si la porte entre le sas et la chambre est ouverte. Dans le cas contraire, on remet au patient une bouteille d'eau et un urinoir ou un bassin, ce qui porte atteinte à la dignité d'un patient dont l'état somatique ne nécessite pas une telle pratique. Les pieds du lit sont scellés au sol, des draps garnissent le lit (sauf à l'unité Perséphone), un bouton d'appel est présent (sauf à Perséphone) mais inaccessible à un patient attaché. Une horloge avec affichage de l'heure et du jour est installée dans le sas et visible par le hublot de la porte entre sas et CI (sauf à Mimosas). La lumière électrique et les volets sont commandés du sas. Les CI sont en bon état, propres et correctement aérées, sauf celle de l'unité Perséphone qui mériterait un rafraîchissement.

Dans les trois unités d'admission, la CI est située à l'étage d'hébergement, et se trouve ainsi très éloignée du poste des soignants. Il n'y a pas d'accès direct à l'extérieur. A l'unité Mélèzes, s'il n'apparaît pas possible d'accompagner le patient dans le patio du rez-de-chaussée pour fumer, la cigarette est tolérée dans la chambre d'isolement, en ouvrant la partie mobile de la fenêtre. A l'unité Perséphone, le patient ne peut pas fumer, des substituts nicotiques lui sont prescrits.

Le patient prend son repas assis dans son lit et plateau posé sur un adaptable, ou à table dans le sas, ou même en salle à manger lors des isolements séquentiels. Un soignant – voire deux – est présent pendant le repas.

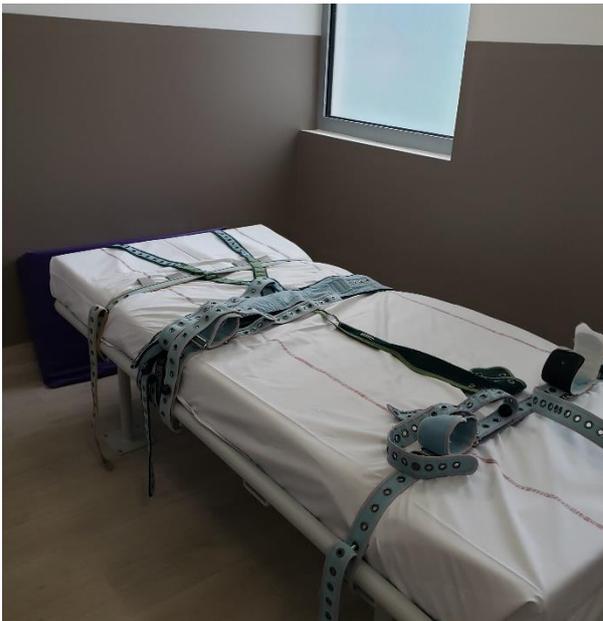
Dans les CI inoccupées au moment de la visite, les sangles de contentions sont préinstallées.



CI des Peupliers



Salle d'eau de la CI des Peupliers



CI des Mimosas



Salle d'eau de la CI des Bruyères



CI de Perséphone



WC de la CI de Perséphone

Recommandation 11

La contrainte faite à un patient placé en chambre d'isolement d'utiliser un urinoir ou un bassin porte atteinte à sa dignité. Les sanitaires doivent être accessibles en permanence. Un bouton d'appel doit équiper le lit de la chambre d'isolement à l'intention d'un patient sous contention et les commandes de l'eau, de la chasse d'eau, de la lumière, doivent être accessibles au patient.

L'accès à l'extérieur doit être organisé pour les patients placés en chambre d'isolement, pour prendre l'air ou fumer.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « Une étude technique a été réalisée : il existe une possibilité d'avoir des bracelets montre/médaille appells malade (devis en cours). »

7.2. L'ISOLEMENT DANS LA CHAMBRE DU PATIENT EST PRATIQUE A GRANDE ECHELLE ET N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT TRACE AU SEIN DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT

L'établissement s'est engagé depuis fin 2020, dans une « politique de prévention des mesures d'isolement et de contention mécanique ».

7.2.1. Les alternatives à l'isolement

Cette politique de prévention s'incarne essentiellement dans la mise en place de lieux d'apaisement. Ainsi, les trois unités d'admission disposent depuis septembre 2022 d'un salon d'apaisement, inspiré de la méthode danoise *Wavecare* combinant des ambiances lumineuses, des sons relaxants, des poufs dotés de volets lestés et des immersions par l'image dans la nature. Les patients s'y rendent à leur initiative ou sur sollicitation. Un cahier d'observations permet aux patients de noter leurs appréciations à la fin de la séance. Celles que les contrôleurs ont pu consulter font apparaître une majorité de retours positifs : « Relaxant, nous permet de lâcher ce monde plein de téléphones du matin au soir », « expérience très agréable et reconfortante »

« permet de faire le vide », « ça repose les nerfs », « c'est le seul endroit où je me sens en sécurité », « trop bien cette salle ! », « magnifique ; calme = élégant ».



Salon d'apaisement des
Mélèzes



Affichage Wavecare



Salon d'apaisement des
Peupliers

L'unité Mimosas dispose également d'une salle d'apaisement, avec vitre sans tain inversée donnant sur la salle de soins et lumière modulable. Elle est présentée aux contrôleurs comme un recours d'apaisement sans fermeture de la porte, ce qui semble correspondre à la pratique en journée. Une occurrence d'enfermement d'un patient dans cette pièce a cependant été identifiée le 13 août 2023 dans le fichier des événements indésirables.

Un projet de salon d'apaisement est en cours à l'unité Acanthes.

A l'unité Perséphone pour adolescents, l'espace d'apaisement de l'hôpital de jour voisin, présenté comme utilisé par l'unité, est en réalité très peu mobilisé. Le *packing*⁹ y est en revanche utilisé comme technique d'apaisement.

Le sujet de l'isolement et de la contention, de sa traçabilité, de la recherche de solutions alternatives, fait l'objet de travaux et de réflexions en CME ainsi que dans le cadre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) depuis 2008. Cependant, selon les témoignages recueillis, une partie de la communauté médicale perçoit la loi instaurant le contrôle des mesures comme un obstacle aux soins.

Il est à noter qu'en plus des CI existantes, le projet d'établissement 2023-2027 envisage la création d'une chambre sécurisée « permettant d'accueillir temporairement un patient détenu en attente de transfert en UHSA ou d'autres patients dont la prise en charge nécessite des mesures particulières (d'isolement...) ».

7.2.2. L'isolement dans la chambre du patient

Il existe dans toutes les unités, sauf Brunelles et Pins, une pratique répandue d'enfermement des patients dans leur chambre la nuit ou le jour.

Ces enfermements ne sont pas systématiquement tracés dans le registre de l'isolement. Il a été indiqué aux contrôleurs que les mesures d'isolement résultant d'une décision médicale étaient tracées dans le registre d'isolement (cf. ci-dessous § 7.2.1 et 7.3), tandis que les isolements « à

⁹ Technique de traitement consistant à envelopper transitoirement un patient de linges froids et humides.

la demande du patient » ne l'étaient pas. Dans ce dernier cas, une prescription de soins « isolement à la demande du patient » ou de « temps d'apaisement en chambre » est réalisée. Une information remise au patient précise : « *n'ayant pas la possibilité de vous enfermer à clé dans votre chambre, vous avez demandé au médecin à être isolé. Il vous a expliqué les mesures et fait signer le document. Vous pouvez revenir sur votre décision à tout moment. L'équipe soignante passera régulièrement dans votre chambre pour vérifier que tout se passe bien. Vous avez la possibilité, si besoin, d'appeler le service avec votre téléphone portable, qui vous a été remis lors de la fermeture de votre porte* ».

En gérontopsychiatrie, une prescription d'isolement « si besoin » a été constatée par les contrôleurs. Elle avait été validée *a posteriori* par un faisant fonction d'interne.

Dans la nuit du 14 au 15 novembre 2023, les contrôleurs ont pu constater que 18 patients (dont quatre en SL) étaient enfermés dans leurs chambres : neuf patients dans les unités d'admission (quatre aux Bruyères, quatre aux Peupliers, un aux Mélèzes), huit patients à l'unité Mimosas et un patient à l'unité Erables. Ces enfermements sont susceptibles d'être récurrents nuit après nuit, et pour certains, les contrôleurs ont pu constater qu'il n'y avait pas de demande formulée par le patient.

Des données extraites du logiciel Cortexte® permettent d'approcher le nombre de patients qui ont fait l'objet d'une prescription d'isolement en chambre : 20 en 2022 et une augmentation très importante en 2023 où 149 patients ont été enfermés, en dehors de tout cadre légal.

Selon les informations recueillies dans les unités, ou indiquées dans le fichier des événements indésirables, ces chiffres sont assurément en dessous de la réalité.

Ces enfermements sont justifiés de diverses manières : pour un « temps d'apaisement », par manque d'espace d'isolement pour de courtes périodes, par manque d'espace d'apaisement, pendant les heures d'ouverture de l'unité pour un patient en SSC, pour limiter les incursions dans les autres chambres. A l'unité Perséphone, tous les patients sont enfermés dans leur chambre trois fois par jour pendant la relève entre équipes. Ces motifs d'isolement ne relèvent pas du dernier recours tel que prévu par l'art. L.3222-5-1 du code de la santé publique.

Les patients enfermés de nuit ou de jour dans ces conditions ne sont pas systématiquement signalés au service de sécurité incendie, voire jamais dans certaines unités. Ceux qui disposent d'un portable se le voient remettre pendant leur enfermement. D'autres objets, tels leur briquet, leur sont retirés dans certaines unités.

L'absence de verrou de confort, pourtant prévu par les textes, ne saurait justifier l'isolement en chambre en dehors de tout cadre légal.

Ces isolements hors espace dédié et non-inscrits au registre de l'isolement et de la contention ne peuvent être contrôlés par le JLD et faussent la connaissance et l'analyse des pratiques d'isolement. L'unité des Acanthes a cessé de les pratiquer pendant la visite du CGLPL.

Recommandation 12

Les isolements pratiqués en chambre hôtelière et non tracés dans le registre de l'isolement ne respectent pas l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique et doivent cesser sans délai.

On notera enfin qu'au SAUP, les mesures d'isolement et de contention, pratiquées hors d'une CI et le plus souvent associées, ne font pas l'objet d'une traçabilité systématique dans le DPI et ne figurent donc qu'exceptionnellement dans le registre de l'isolement et de la contention. Des

prescriptions sont faites sur formulaire papier et insérées dans le dossier papier du patient. Cette méthode, qui ne respecte pas la réglementation, ne permet pas le contrôle par le JLD.

Recommandation 13

Toute mesure d'isolement doit faire l'objet d'une traçabilité dans le registre dédié de manière à garantir l'effectivité des contrôles prévus par la loi.

7.2.3. Les décisions d'isolement et de contention

Les procédures de l'établissement organisant l'isolement et la contention parlent de « prescriptions » des mesures d'isolement ou de contention, et non de décisions médicales comme prévu à l'article L.3222-5-1 du code de santé publique, qui ouvre ainsi la possibilité d'un recours, contrairement à la prescription. Ces mêmes procédures définissent l'isolement comme « thérapeutique », *a contrario* de l'absence au niveau international d'études probantes sur le caractère thérapeutique de celui-ci. L'isolement et la contention sont des mesures de derniers recours, et non des actes de soins.

Les décisions médicales d'isolement et la surveillance infirmière sont tracées dans le DPI, et alimentent le registre de l'isolement et de la contention.

Nombre de décisions initiales ou de renouvellement de mesures d'isolement ou de contention sont prises par des internes ou faisant fonction d'internes qui ne sont pas habilités à le faire, et la décision n'est pas systématiquement confirmée dans l'heure par un psychiatre senior présent au chevet du patient. De plus, les informations recueillies et les données du fichier des événements indésirables font apparaître que des mises en isolement sont pratiquées par des soignants avant évaluation médicale, associées à des administrations de « traitement si besoin » injectables (cf. § 9.4).

Recommandation 14

La décision médicale initiale ou de renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après une évaluation médicale menée auprès du patient. La décision d'un psychiatre de plein exercice est requise.

La datation horaire et journalière des mesures d'isolement et de contention, telle que prévue par la loi, a pour vocation de protéger les droits des patients et de cadencer notamment les temps des voies de recours. Le CGLPL a constaté une utilisation de l'horodatage des mesures d'isolement et de contention qui fait fi de ces obligations légales. L'heure indiquée dans la plupart des mesures ne correspond pas à l'heure où elles sont réellement effectuées ; elle est anticipée ou régularisée *a posteriori*. Les contrôleurs ont ainsi pu constater lors de leur visite de nuit du 14 au 15 novembre 2023 que le renouvellement des mesures n'intervenait que très rarement la nuit : les heures de renouvellement indiquées étaient presque toutes identiques, courant de 20h à 8h, indiquant que les renouvellements avaient été anticipés. Dans d'autres cas, l'heure indiquée n'est pas celle de début de la mesure ou de son renouvellement mais régularise *a posteriori* un placement à l'isolement ou la pose de contentions antérieurement effectuées.

Un audit interne sur l'isolement et la contention présenté à la CME en mars 2023 attire l'attention sur ces failles : « On remarque qu'au cours de l'année 2022, les questionnaires RIMP sont renseignés à 100 % pour les primo prescriptions, concernant les renouvellements en revanche si

ce dernier est anticipé, l'acte reste à l'heure de réalisation, et ne colle pas avec l'heure exacte du renouvellement de la mesure. Le constat est qu'aujourd'hui, la traçabilité fait défaut ».

Les heures indiquées doivent correspondre à l'heure de la décision médicale effective, au risque de rendre toute procédure illégale, notamment au moment de l'audience du JLD.

Recommandation 15

Les dispositions encadrant l'isolement et la contention imposent que l'heure du début ou du renouvellement d'une mesure corresponde à l'horaire réel de son enregistrement, au risque de voir toute mesure devenir illégale si tel n'était pas le cas.

Lorsqu'un patient d'une unité d'admission est placé en CI, sa chambre hôtelière n'est quasiment jamais conservée. Il arrive également que faute de chambre hôtelière disponible, un patient entrant soit directement installé en CI, même si son état clinique ne nécessite pas un isolement. Il y restera porte ouverte jusqu'à ce qu'une chambre se libère, ce qui peut prendre plusieurs jours.

Recommandation 16

La chambre hôtelière d'un patient placé en chambre d'isolement doit lui être conservée. Par ailleurs, la chambre d'isolement ne peut être utilisée comme chambre hôtelière pour pallier le manque de places eu égard à l'absence des équipements de confort d'une chambre hospitalière.

Les patients placés en CI ne sont pas systématiquement astreints au port du pyjama, ou plutôt d'une chemise hospitalière déchirable, cette mesure découlant de l'évaluation clinique.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la sortie de la CI était toujours organisée de façon progressive, par un isolement séquentiel qui peut durer plusieurs jours, mais dont le caractère séquentiel ne peut être retranscrit par le logiciel Cortexte®, ce qui ne permet pas d'en vérifier l'ampleur mais retentit fortement sur les durées d'isolement telles qu'elles apparaissent dans le registre de l'isolement (cf. § 7.3).

Les contrôleurs ont constaté que le service de sécurité incendie n'est pas systématiquement informé de la présence ou non d'un patient dans les chambres d'isolement.

Recommandation 17

Le service de sécurité incendie doit être tenu informé en temps réel des patients placés à l'isolement et de la levée des mesures.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction de l'établissement indique : « Le service de sécurité est désormais informé par les unités. Concernant le tableau des contentions-isolements : il est affiché au poste de sécurité. Il est rempli par l'agent de sécurité qui reçoit l'appel téléphonique d'une IDE quand un patient est en isolement-contention. »

Dans les unités, les mesures d'isolement ou de contention sont reprises en réunion clinique, mais ne font pas l'objet de séances régulières d'analyse de pratique, les soignants ne disposant pas d'extraction du registre de l'isolement et de la contention.

7.3. UN GRAND NOMBRE DE PATIENTS EN SOINS LIBRES SUBISSENT DES MESURES D'ISOLEMENT TANDIS QUE DES CONTENTIONS SONT APPLIQUEES HORS ESPACE DEDIE

Le registre de l'isolement et de la contention est tenu par l'établissement sous format informatique, par extraction des décisions médicales d'isolement et de contention tracées dans le DPI des patients. Le registre 2022 a été remis aux contrôleurs, ainsi que des données partielles concernant les trois mois de 2023 précédant le contrôle, qui ne permettaient pas la comparaison. En 2022, sur une file active de 1 264 patients hospitalisés à temps complet, 286 patients ont subi une ou plusieurs mesures d'isolement, soit 22,62 %.

296 mesures ont été réalisées en CI et 533 mesures ont été réalisées hors de la CI, c'est-à-dire dans la chambre hôtelière du patient. 216 mesures de contention ont été réalisées.

Sur le total de 829 mesures d'isolement, 240 ont concerné des patients en soins libres dont le statut d'hospitalisation n'avait pas été modifié à 24 heures d'isolement, et 27 mesures des patients mineurs admis sur ordonnance de placement provisoire (OPP). Ces patients en SL étaient au nombre de 103, et les patients mineurs sous OPP au nombre de 6.

En 2022, 38,11 % des patients isolés ont donc été des patients en soins libres, ce qui représente 32,20 % du total des mesures d'isolement.

Recommandation 18

Les patients en soins libres ne peuvent être soumis à l'isolement et à la contention. Si la mise en isolement d'un patient en soins libres est décidée et maintenue, le statut d'hospitalisation doit être modifié afin de faire bénéficier le patient des garanties et moyens de recours attachés aux soins sans consentement.

Les données du registre de l'isolement 2022 ont permis l'analyse par unité¹⁰.

- Unité d'admission Bruyères :

Sur une file active de 192 patients hospitalisés une ou plusieurs fois dans l'unité Bruyères, 39 patients (20,31 %) ont subi un total de 96 mesures d'isolement. 15 de ces patients isolés, soit 38,46 %, ont subi 42 mesures d'isolement hors espace dédié (c'est-à-dire dans la chambre du patient). 14 patients, soit 7,29 % des patients hospitalisés et 35,89 % des patients isolés, ont subi une ou plusieurs mesures de contention. Des contentions indiquées en espace dédié alors que la mesure d'isolement concomitante est réalisée hors espace dédié, ainsi que des mesures de contention sans mesure d'isolement concomitante ont été relevées pour 6 mesures concernant 3 patients.

Parmi ces patients placés en isolement, 6 patients étaient en soins libres. Un patient est resté moins de 12h en isolement. Un seul a vu son statut transformé au bout de 48 heures d'isolement. Les 4 autres patients ont subi des mesures d'isolement d'une durée bien supérieure à 12 heures sans que leur statut d'hospitalisation ne soit transformé : 29,67 heures et 69,93 heures, et des durées de 1 787 heures et 1 742,23 heures à référer probablement à des isolements récurrents de nuit ou de jour.

¹⁰ Le total des données des unités ne correspond pas aux données agrégées de l'établissement. En effet, un même patient a pu être changé d'unité. Et les données de l'unité des Acacias, fermée lors de la visite du CGLPL, n'ont pas été exploitées.

La durée moyenne d'une mesure d'isolement (en CI et hors CI cumulé) n'est pas significative, du fait de six mesures hors de la CI d'une durée anormalement longue (supérieures à un mois et jusqu'à 260 jours) ; il s'agirait soit d'erreurs, soit d'isollements séquentiels devenus permanents. Si on exclut ces mesures hors normes, il reste que 62,5 % des mesures d'isolement (55 sur 88¹¹) ont eu une durée de plus de 48 heures.

| Isolement en chambre d'isolement | | Isolement hors chambre d'isolement | |
|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| Durée | Nombre de mesures | Durée | Nombre de mesures |
| < 12h | 8 | < 12h | 3 |
| 12h à 24h | 4 | 12h à 24h | 5 |
| >24h à 48h | 8 | >24h à 48h | 5 |
| >48h à 96h | 13 | >48h à 96h | 10 |
| >96h à 168h | 7 | >96h à 168h | 5 |
| >168h à 336h | 8 | >168h à 336h | 5 |
| >336h à 576h | 4 | >336h à 656h | 3 |
| | | 1742h à 6216h | 6 |

– Unité d'admission Mèlèzes :

Sur une file active de 271 patients hospitalisés une ou plusieurs fois dans l'unité Mèlèzes, 75 patients (27,67 %) ont subi 169 mesures d'isolement. 63 de ces patients isolés, soit 84 %, ont subi une ou plusieurs mesures d'isolement hors espace dédié. 24 patients, soit 32 % des patients isolés et 8,85 % des patients hospitalisés, ont subi une ou plusieurs mesures de contention. 21,33 % des mesures de contention ont été réalisées hors de la chambre d'isolement, avec pour un tiers de ces mesures des erreurs de cotation (contention indiquée en espace dédié, c'est-à-dire en CI, alors que la mesure d'isolement concomitante est réalisée hors espace dédié, c'est-à-dire en chambre hôtelière).

Parmi ces patients placés en isolement, 31 patients étaient en soins libres. Onze d'entre eux ont passé une durée inférieure ou égale à 13h en isolement, quatre patients ont vu leur statut transformé au bout de 24h et un autre au bout de 48h. Les 15 autres patients (50 % des patients en soins libres ayant été l'objet d'un isolement) ont subi des mesures d'isolement d'une durée bien supérieure à 12h sans que leur statut d'hospitalisation ne soit transformé : de 27 à 970 heures.

La durée moyenne d'une mesure d'isolement (en CI et hors CI cumulé) (1 180 jours) n'est pas non plus pertinente dans cette unité, du fait de la présence de mesures très longues d'isolement hors de l'espace dédié, erreur ou isolement séquentiel probable.

| Isolement en chambre d'isolement | | Isolement hors chambre d'isolement | |
|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| Durée | Nombre de mesures | Durée | Nombre de mesures |
| < 12h | 4 | < 12h | 12 |
| >12h à 24h | 9 | 12h à 24h | 20 |
| >24h à 48h | 13 | >24h à 48h | 17 |

¹¹La durée d'une mesure n'a pas été indiquée.

| | | | |
|--------------|---|--------------|----|
| >48h à 96h | 9 | >48h à 96h | 18 |
| >96h à 168h | 4 | >96h à 168h | 17 |
| >168h à 336h | 9 | >168h à 336h | 15 |
| >336h à 576h | 2 | >336h à 695h | 13 |
| | | 872h à 1781h | 7 |

Comme pour l'unité Bruyères, si l'on ne tient pas compte des sept mesures d'isolement dans la chambre du patient supérieures à un mois, il apparaît ainsi que 53,7 % des mesures d'isolement (94 sur 162) ont eu une durée supérieure à 48 heures, en particulier les mesures appliquées dans la chambre du patient.

– Unité d'admission Peupliers :

Sur une file active de 188 patients hospitalisés une ou plusieurs fois dans l'unité Peupliers, 66 patients (35 %) ont subi 161 mesures d'isolement. 46 de ces patients isolés, soit 69,69 %, ont subi une ou plusieurs mesures d'isolement hors espace dédié. 29 patients, soit 43,93 % des patients isolés et 15,42 % des patients hospitalisés, ont subi une ou plusieurs mesures de contention. Un très faible nombre de mesures de contention (4) a été réalisé hors de la chambre d'isolement, les isolements dans la chambre du patient, très certainement en isolement séquentiel, apparaissant le plus fréquemment à la suite d'un isolement en CI.

Parmi ces patients placés en isolement, 16 patients étaient en soins libres. 9 d'entre eux ont été isolés pour une durée inférieure ou égale à 12 heures. Un autre a vu son statut d'hospitalisation transformé à 12h. Les 6 autres ont subi des mesures d'isolement pour des durées supérieures à 12 heures, sans que leur statut d'hospitalisation ne soit transformé : de 2 heures à 53,15 heures, en CI, et pour des durées beaucoup plus longues dans la chambre du patient.

La durée moyenne d'une mesure d'isolement en CI est de 87 heures, les mesures de longue durée étant peu nombreuses en CI. Concernant les isolements dans la chambre du patient, on note comme pour les autres unités d'admission des durées peu vraisemblables, probables erreurs de saisie et ne permettant pas l'analyse.

| Isolement en chambre d'isolement | | Isolement hors chambre d'isolement | |
|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| Durée | Nombre de mesures | Durée | Nombre de mesures |
| < 12h | 3 | < 12h | 12 |
| >12h à 24h | 20 | 12h à 24h | 13 |
| >24h à 48h | 10 | >24h à 48h | 12 |
| >48h à 96h | 17 | >48h à 96h | 9 |
| >96h à 168h | 9 | >96h à 168h | 9 |
| >168h à 336h | 6 | >168h à 336h | 17 |
| >336h à 576h | 3 | >336h à 777h | 9 |
| | | 803h à 3179,38h | 12 |

Comme pour les unités Bruyères et Mélèzes, si l'on ne tient pas compte des douze mesures d'isolement dans la chambre du patient supérieures à un mois, il apparaît ainsi que 52,66 % des mesures d'isolement (79 sur 150) ont eu une durée supérieure à 48 heures, en particulier les mesures appliquées dans la chambre du patient.

– Unité de patients au long cours Mimosas :

Il convient de rappeler en préambule le caractère très spécifique des publics accueillis à l'unité Mimosas : des patients déficitaires, présentant des troubles sévères du comportement, encore aggravés par le cadre inadéquat de l'hospitalisation en psychiatrie alors que ces personnes relèvent d'un accompagnement médico-social soutenu, que l'équipe soignante des Mimosas tente de compenser autant que faire se peut.

Sur une file active de 17 patients hospitalisés à l'unité Mimosas, 10 patients (58,82 %) ont subi 46 mesures d'isolement. Sept de ces patients ont cumulé des isolements en CI et dans leur chambre ; notamment la nuit pour cette dernière occurrence. 5 patients, soit 50 % des patients isolés et 29,41 % des patients hospitalisés, ont subi une ou plusieurs mesures de contention, en CI et dans leur chambre¹².

Parmi ces patients placés en isolement, 6 patients étaient en soins libres, dont 5 isolés pour des durées inférieures ou égales à 12 heures. Le dernier a vu son statut d'hospitalisation transformé.

De façon plus marquée que dans les autres unités, des durées très longues d'isolement sont indiquées, en CI et dans la chambre du patient. Elles résultent partiellement d'isolements en chambre la nuit, comme les contrôleurs ont pu le constater le 14 novembre où 7 patients étaient isolés dans leurs chambres.

– Unités de patients au long cours Acanthes et Pins

Sur une file active de 27 patients hospitalisés à l'unité Acanthes, 12 patients (44 %) ont été l'objet de 37 mesures d'isolement. Les données du registre indiquent que 11 de ces mesures concernant 7 patients ont été mises en œuvre en CI alors que l'unité n'en possède pas.

Parmi ces patients placés en isolement, 4 patients étaient en soins libres ; tous sauf un ont subi leur isolement dans leur chambre, 3 d'entre eux ont eu des mesures d'isolement inférieures ou égales à 12 heures. Les autres mesures ont été de plus longue durée, de 23,83 heures à 471,3 heures. Aucun de ces patients n'a vu son statut d'hospitalisation modifié.

A l'unité Pins, sur une file active de 29 patients, 5 patients ont été l'objet de 11 mesures d'isolement dont un en CI, que l'unité ne possède pas. 3 de ces patients étaient en soins libres dont 2 ont subi des durées d'isolement bien supérieures à 12 heures, leur statut d'hospitalisation n'a pas été transformé.

Aucune contention n'a été pratiquée dans ces deux unités.

– Unité pour adolescents Perséphone (cf. § 10.2) :

Sur une file active de 29 patients hospitalisés une ou plusieurs fois dans l'unité Perséphone, 10 patients (34,48 %) ont été l'objet de 58 mesures d'isolement. Un patient a subi à lui tout seul 29 mesures d'isolement sur les 58 mesures. 7 de ces patients isolés ont subi une ou plusieurs mesures d'isolement dans leur chambre. 2 patients ont subi chacun deux mesures de contention pour des durées de 1 heure à 14 heures.

Tous ces patients mineurs étaient en soins libres, ou pour certains placés dans le cadre d'une ordonnance judiciaire de placement provisoire (OPP). Le CGLPL rappelle qu'une OPP n'est pas un statut de soins sans consentement, le mineur reste un patient en soins libres et ne peut pas plus faire l'objet de mesures d'isolement ou de contention que les autres mineurs en soins libres.

¹² Selon les informations recueillies dans l'unité, la contention serait fortement en baisse au cours des dix mois de 2023, avec seulement 16 mesures de contention.

Recommandation 19

L'isolement et la contention des mineurs doivent être évités par tous moyens, y compris les mineurs sous ordonnance de placement provisoire, qui sont des patients en soins libres.

- Unités de gérontopsychiatrie Erables et Cèdres (cf. § 10.1) :

Sur une file active de 231 patients hospitalisés à l'unité Erables, 27 patients (11,68 %) ont été l'objet de 55 mesures d'isolement. Les données du registre indiquent qu'une de ces mesures a été mise en œuvre en CI alors que l'unité n'en possède pas, toutes les autres l'ont été dans la chambre du patient.

10 de ces patients isolés ont été l'objet de 47 mesures de contention. Selon les données du registre, 19 (40 %) de ces contentions ont été appliquées sans qu'une décision d'isolement ne soit prise, ce qui signifie qu'un patient ait été attaché dans sa chambre ouverte, vulnérable à tout événement. Du fait des heures d'ouverture et de fermeture indiquées, ces mesures semblent avoir été mises en place – principalement de nuit – par des soignants avant d'être « régularisées » à la minute près par un médecin : 21h51/3h51 ; 3h34/9h34 ; 20h41/8h41 ; 21h16/7h16 ; 22h18/4h18. Ces contentions sont doublement illégales puisqu'elles ne procèdent pas d'une décision médicale et qu'elles sont pratiquées hors d'un espace dédié.

La moitié des mesures d'isolement (23 sur 55) et deux tiers des mesures de contention (31 sur 47) ont été appliquées à un unique patient.

11 des patients isolés et/ou placés sous contention étaient en soins libres. Un seul patient a vu son statut d'hospitalisation modifié dans les 24 heures de son isolement. Tous les autres, dont le patient ayant subi le nombre très élevé de mesures, sont restés en soins libres, quelle que soit la durée de leur isolement.

La durée moyenne des mesures d'isolement est de 36 heures, tandis que celle des mesures de contention est de 25,44 heures. La prépondérance des mesures inférieures ou égales à 12 heures indique des mesures prises le plus fréquemment pour la nuit.

| | Isolement | Contention |
|-------------|-------------------|------------|
| Durée | Nombre de mesures | |
| < 12h | 15 | 22 |
| 12h | 17 | 7 |
| >12h à 24h | 2 | 4 |
| >24h à 48h | 7 | 7 |
| >48h à 96h | 7 | 5 |
| >96h à 203h | 7 | 2 |

A l'unité Cèdres, trois patients, tous en soins libres et sans transformation de leur mesure au cours de leur isolement, ont été isolés et placés sous contention au cours de 6 mesures d'isolement et 9 mesures de contention. Là encore, des contentions en chambre du patient ont été pratiquées sans mesure d'isolement concomitante.

Recommandation 20

La contention ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement et dans un espace dédié. Les contentions de patients dans leur chambre hôtelière sont illégales et doivent cesser sans délai.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1. LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES A INTERROMPU SES TRAVAUX DEPUIS 2018

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a interrompu ses travaux depuis 2018 car seul le président, psychiatre de l'établissement, avait accepté de renouveler son mandat. Depuis 2023, l'ARS a réussi à trouver un médecin généraliste acceptant d'exercer ces missions. Une représentante de l'UNAFAM¹³ fait également partie de la CDSP.

La CDSP se rendra au CHS le 7 décembre 2023, des affiches ont été positionnées dans les unités informant les patients que s'ils souhaitaient rencontrer cette instance, ils devaient faire connaître leur souhait à l'avance.

Le livret d'accueil de l'établissement mentionne la possibilité d'être entendu par la CDSP comme la possibilité de la saisir par courrier.

Recommandation 21

La commission départementale des soins psychiatriques a l'obligation d'exercer ses missions prévues à l'article L3223-1 du code de la santé publique dont fait partie la visite annuelle des établissements.

La commission des usagers (CDU) est présidée par un autre psychiatre de l'établissement, elle se réunit quatre fois par an. Elle se compose de quatre représentants des usagers, deux de l'UNAFAM, un de l'UDAF 39¹⁴ et un de l'ADMD¹⁵. Elle exerce effectivement ses missions : l'examen des plaintes, des réclamations avant leur traitement, et des EIG. La possibilité de saisir la CDU est mentionnée dans le livret d'accueil et il est également précisé la possibilité de rencontrer un de ses membres. Les représentants de l'UNAFAM souhaiteraient mettre en place une permanence au sein du CHS afin que les familles et les patients puissent venir les rencontrer. La direction du CHS y est également favorable mais à ce jour cela n'existe pas encore.

Il est étonnant de constater que la CDSP et la CDU, toutes deux instances de contrôle de l'établissement, sont présidées par des psychiatres de l'établissement. Si cette situation n'est pas idéale en termes d'indépendance des organes de contrôle, elle est le résultat de l'absence d'autre volontaire pour présider ces instances.

8.2. LA BONNE TENUE DU REGISTRE DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

Le registre de la loi, tenu par le bureau des entrées de l'établissement, est totalement dématérialisé depuis juillet 2023.

Auparavant deux registres papiers distincts existaient, l'un pour les patients admis en SDRE (le dernier avait été ouvert le 25 janvier 2023) et un autre pour ceux admis en SPDT, SPDTU et SPI (ouvert le 2 février 2022). Les agents indiquent que sur le registre papier, ils avaient du retard

¹³ Union nationale des amis ou familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

¹⁴ Union départementale des associations familiales du Jura.

¹⁵ Association pour le droit de mourir dans la dignité.

dans le collage des documents sur le livre de la loi qui pouvait atteindre plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Depuis la dématérialisation du livre de la loi, le bureau des entrées n'a plus aucun retard dans la tenue des procédures.

Le registre de la loi comporte l'essentiel des mentions prévues par le code de la santé publique (art. L. 3212-11 CSP). Font toutefois régulièrement défaut, s'agissant de la situation des patients, la mention de la profession des personnes hospitalisées (lorsque celle-ci est connue elle figure dans Cortexte® ce qui oblige les agents, le cas échéant, à effectuer une recherche particulière).

Le logiciel Planipsy®, qui permet d'avoir un échéancier des procédures de soins sans consentement et de générer l'ensemble des décisions de placement en SSC du directeur, n'est pour le moment développé qu'au niveau du bureau des entrées. Cela oblige ce dernier à tenir, en parallèle de ce logiciel, un calendrier partagé avec les secrétariats des pôles afin que chacun sache quotidiennement quelles sont les tâches à effectuer (certificats à renouveler, etc.). Lorsque Planipsy® sera déployé également sur les secrétariats de pôle, le bureau des entrées s'évitera cette tâche redondante.

La dernière fois que le registre de la loi a été visé par une autorité date du 22 août 2022 par le directeur de cabinet de la préfecture.

Recommandation 22

Tous les éléments prévus à l'article L.3212-11 du code de la santé publique doivent être renseignés dans le registre de la loi dans les vingt-quatre heures. Les personnes et autorités habilitées doivent procéder régulièrement au contrôle du registre.

8.3. L'ACCÈS AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EFFECTIF

8.3.1. Le contentieux relevant de l'audience contradictoire

a) Accès au juge et à l'avocat

L'accès au JLD est réel, néanmoins, la possibilité de saisines dites « facultatives » – autrement dit, à l'initiative de patients ou de tiers – si elle est dûment spécifiée dans les décisions du directeur de l'établissement – ne l'est pas dans le livret d'accueil. Le JLD actuel est un vice-président placé depuis le mois de septembre 2023.

L'accès à l'avocat est également garanti. Des permanences sont assurées à tour de rôle par une douzaine d'avocats du barreau du Jura qui se sont spécialisés en la matière. Un local à proximité immédiate de la salle d'audience est mis à disposition des avocats pour s'entretenir en amont avec les patients qu'ils assistent. La confidentialité des échanges y est assurée. L'affichage, actuellement inexistant dans les unités quant à la possibilité de prendre l'attache directe du barreau et d'un avocat, doit être mis en œuvre.

b) La convocation et l'audience

La remise de la convocation à l'audience est faite par un cadre ou un soignant de l'unité, des explications sont données au patient sur le rôle du JLD. Même s'ils n'ont pas été formés spécifiquement, ils disent avoir « *appris sur le tas* » et ne pas être en difficulté pour expliquer ces documents.

Il a été précisé qu'aucune copie de la convocation n'est proposée au patient, elle ne lui est remise que si ce dernier la demande.

Entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2023, 45 avis médicaux faisant obstacle à l'audition du patient ont été fournis. Néanmoins, ce chiffre n'est pas représentatif car, lorsque le patient ne souhaitait pas se rendre à l'audience, le JLD exerçant jusqu'en septembre 2023 demandait qu'un avis médical soit produit, ce qui n'est pas conforme à la loi qui conditionne l'absence de présentation du patient à un avis médical motivé faisant obstacle, dans son intérêt, à son audition par le juge. Les contrôleurs ont pu assister à l'audience du jeudi 9 novembre 2023 où huit situations étaient inscrites au rôle. La plupart des patients étaient effectivement présents, comme cela semble être le cas habituellement, un seul patient avait refusé de venir.

Les patients sont généralement accompagnés par un soignant jusqu'à la salle d'attente située à proximité immédiate de la salle d'audience. Ce jour-là, aucun soignant n'était présent dans la salle d'audience ; d'après les éléments rapportés, certains demandent au patient s'il préfère être entendu seul ou accompagné.

A l'audience, le magistrat ne porte pas la robe.

Les tuteurs et curateurs, toujours convoqués, sont systématiquement absents.

Recommandation 23

Tuteurs et curateurs doivent être régulièrement présents dès lors qu'ils sont convoqués aux audiences devant le juge des libertés et de la détention.

A l'audience, le JLD rappelle en ouverture le cadre et le sens de son intervention. La parole est systématiquement donnée au patient, avec un véritable temps pour s'exprimer et être entendu. Il est fait mention des avis médicaux sur l'opportunité d'un maintien des soins.

c) Décisions et appel

Le JLD, au moment de prendre sa décision, demande au patient et à l'avocat de sortir. L'ordonnance est immédiatement imprimée, le patient et son avocat sont rappelés afin qu'elle leur soit notifiée. Les décisions sont communiquées au bureau des entrées. Il y a peu de mainlevées, en 2022, le JLD a prononcé 414 décisions de maintien d'hospitalisation pour 18 mainlevées (entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2023, 311 décisions de maintien d'hospitalisation pour 31 mainlevées). Il n'a pas pu être différencié ce qui relève d'un contrôle à 12 jours ou à 6 mois.

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

A la suite du décret du 23 mars 2022, modifiant la procédure applicable devant le JLD en matière d'isolement et de contention dans le cadre de SSC, l'établissement, après plusieurs échanges avec le JLD, s'est organisé pour saisir ce dernier de toutes les mesures avant 72 heures d'isolement et avant 48 heures de contention et ce depuis le 12 décembre 2022. Selon les statistiques du JLD, concernant les saisines d'isolement et contention, en 2023, il y aurait eu 457 saisines pour lesquelles 80 mainlevées ont été prononcées. Il n'est pas possible de différencier dans le cadre de ces statistiques ce qui relève d'une mesure d'isolement ou d'une mesure de contention.

Le bureau des entrées est chargé, sur ses heures ouvrables, de cette saisine lorsque le délai d'isolement ou de contention prévu par la loi est atteint. Le week-end, cette saisine relève de la

responsabilité de l'administrateur de garde. Or, le week-end précédent l'arrivée des contrôleurs, sur huit saisines, le JLD a levé trois isolements car les délais avaient été dépassés.

Recommandation 24

Le juge de libertés et de la détention doit être saisi dans le cadre du contrôle des décisions d'isolement et de contention dans les délais légaux. L'établissement doit tenir des statistiques de toutes les données relatives aux mesures de soins sans consentement, ainsi que d'isolement et de contention afin de pouvoir mener une réflexion institutionnelle sur son activité.

9. LES SOINS

9.1. LA PENURIE DE PSYCHIATRES ET LA TENSION SUR LES EFFECTIFS DES SOIGNANTS EXPOSENT AU RISQUE DE DEGRADATION DES SOINS

9.1.1. L'organisation et les moyens des services de soins adultes susceptibles d'accueillir des patients en SSC

a) L'organisation

Outre les trois unités d'admission, le CHS Saint-Yllie dispose de trois unités d'hospitalisation au long cours. Acanthes accueille des « patients psychotiques en voie de stabilisation » et n'est pas sectorisée. Les Pins se consacre aux patients présentant des pathologies psychotiques prises en charge de longue date. Selon le projet de service, daté de 2015, « l'unité est un passage pour établir un projet de vie en structure adéquate qui demande un délai d'attente souvent long ». Elle n'est pas sectorisée. Le projet de Mimosas (2021) précise qu'il s'agit d'une « unité d'hospitalisation psychiatrique au long cours pour les patients déficitaires, partiellement ou totalement dépendants dans les gestes de la vie quotidienne, nécessitant un accompagnement médical et paramédical soutenu, en raison d'atteintes physiques, psychiques et comportementales sévères ».

S'agissant de la gérontopsychiatrie, l'unité des Erables prend en charge des patients atteints de démence, de troubles bipolaires, de dépression et l'unité des Cèdres, des patients aux lourds antécédents psychiatriques (psychoses, troubles de l'humeur), insuffisamment stabilisés pour rentrer chez eux.

L'unité Brunelles est destinée aux personnes de 18 à 30 ans présentant une psychose émergente.

b) Les moyens

i) Les médecins

Le CHS est confronté à une pénurie de psychiatres. Entre février 2022 et mars 2023, neuf psychiatres ont quitté l'établissement et sept postes étaient vacants au moment du contrôle. Une unité d'admission, Les Acacias, a dû fermer faute de psychiatres et de soignants. Selon le président de la CME, sa réouverture nécessiterait le recrutement de deux psychiatres et 18 IDE. L'établissement emploie des praticiens hospitaliers titulaires et contractuels mais pas de praticiens associés. La répartition des ETP de psychiatre par unité se présente comme suit :

| Unités | Temps de psychiatre en ETP |
|-------------|----------------------------|
| Bruyères | 1,4 |
| Mélèzes | 1,4 |
| Peupliers | 1,5 |
| Acanthe | 0,2 |
| Mimosas | 0,2 |
| Les Pins | 0,2 à 0,4 |
| Brunelles | 0,4 |
| Les Cèdres | 0,5 |
| Les Erables | 0,5 |

Deux des quatre praticiens intervenant aux Bruyères et aux Mélèzes sont en cours de qualification en psychiatrie.

Aux Mimosas, la psychiatre cheffe de service cumule les fonctions de cheffe de pôle et praticien dans l'unité d'admission des Mélèzes ce qui restreint sa disponibilité vis-à-vis des patients, de leur famille et de l'équipe soignante. Toutefois, à partir de janvier 2024, elle devrait être déchargée de son poste aux Mélèzes. Sept internes en psychiatrie secondent les médecins et les Acanthes bénéficient du concours d'un infirmier de pratique avancée (IPA) à 0,5 ETP.

La permanence des soins repose sur des tours de garde. Du lundi au vendredi, de 9h à 17h, dans l'établissement, un binôme de psychiatres répond aux demandes des services pour l'examen des patients et l'établissement de certificats médicaux relatifs aux SSC et la nuit, deux psychiatres, celui du SAUP et l'un du CHS assurent une astreinte téléphonique à domicile avec un interne en poste.

Les week-ends et jours fériés, un psychiatre est présent dans le CHS tous les matins et l'astreinte téléphonique prend le relais pour les après-midis et les nuits avec un interne de garde sur site.

Le CHS compte 13 psychiatres certificateurs dont 6 du PAD affectés au SAUP ce qui impose 33 gardes par praticien et par an.

ii) Le personnel soignant

Si les postes d'IDE sont pourvus en intra hospitalier, il remonte néanmoins des services un sentiment récurrent de manque de temps pour la prise en charge des patients et notamment pour l'accès aux activités thérapeutiques. Il a été rapporté aux contrôleurs la mobilisation de soignants pendant quasiment trois heures pour aller chercher un patient en SSC aux urgences de Lons-le-Saunier ou bien pendant quatre heures aux urgences du centre hospitalier général pour accompagner un patient victime d'un accident vasculaire cérébral. De jour, les équipes d'IDE et d'AS travaillent soit le matin soit l'après-midi et la nuit est confiée à des équipes spécifiques qui comptent trois IDE et un AS dans les unités d'admission, Mimosas et Brunelles, deux à trois soignants dont un IDE à Acanthes et un IDE et un AS en gériopsychiatrie.

Un poste d'aide-soignant est vacant aux Cèdres.

En cas de défection du personnel soignant, la recherche de remplaçants s'effectue par ordre au sein de l'unité d'hospitalisation, puis du pôle, du pool « suppléance » du CHS et enfin *via* la plateforme « HUBLO » qui contacte le personnel retraité ou en congés.

Au 31 décembre 2022, l'établissement employait 32,64 ETP de psychologues répartis entre les différentes unités et les structures ambulatoires et 12,62 ETP d'assistants de service social. Dans les effectifs soignants fournis par la direction on ne compte ni kinésithérapeute ni ergothérapeute.

c) Le projet de soins

L'ensemble du personnel des unités affirme connaître le projet médico-soignant de l'établissement. Certaines unités ont élaboré un projet de service comme aux Acanthes en 2023 où l'objectif affiché est la prise en charge de « patients psychotiques en voie de stabilisation nécessitant une prise en charge au long cours afin de favoriser l'autonomie et le retour vers l'extérieur ». Dans cette unité, chaque patient signe un « contrat de soins » qui s'attache surtout aux règles à respecter en matière de comportement, hygiène, temps d'apaisement en chambre, nombre et rythme des cigarettes, sorties et activités. Aux Mimosas, le projet de service date de 2021. La prise en charge de ces patients en psychiatrie, tous les interlocuteurs en conviennent,

se fait par défaut d'accès à des structures médico-sociales très spécialisées, notamment pour les personnes présentant des troubles du comportement. Au regard de la complexité de la prise en charge d'un patient en particulier, l'ARS a débloqué un financement permettant de renforcer l'équipe. Aux Pins, le projet de service existe mais date de 2015. L'équipe soignante a initié des projets de soins personnalisés en commençant à demander aux patients de rédiger leur planning de la semaine sans susciter l'adhésion de tous. Quant à l'unité Brunelles, son projet est de se transformer en hôpital de jour.

9.1.2. L'accès aux consultations psychiatriques, aux entretiens infirmiers et psychologues, les médiateurs pairs

Les effets de la pénurie médicale se font sentir dans la plupart des unités avec un temps de psychiatre qui reste insuffisant eu égard aux besoins, surtout dans les unités d'hospitalisation au long cours.

Dans les unités d'admission, les patients sont vus en entretien par le psychiatre une à deux fois par semaine en présence ou non d'un IDE. Des entretiens avec psychologues et IDE complètent l'offre de soins individuels. Aux Mélèzes, un psychiatre-psychanalyste extérieur au CHS a inauguré une séance de « présentation de malade » à laquelle assistaient dix membres de l'équipe médico-soignante avec pour finalité la formation à la clinique psychiatrique et l'élaboration de propositions de prises en charge. La patiente, bien qu'informée et consentante, s'est sentie malgré tout gênée par cet aréopage et le psychiatre de l'unité a convenu qu'elle n'était pas suffisamment préparée et que cette pratique pourrait s'avérer trop intrusive.

Aux Peupliers, en sus des deux consultations hebdomadaires, s'y ajoute une visite en chambre chaque lundi matin.

Aux Acanthes, les entretiens avec le psychiatre sont comptés et compensés par ceux avec l'IPA toujours en binôme avec un autre soignant et la présence de deux psychologues deux jours par semaine. Certains patients sont vus soit par le médecin soit par l'IPA une à deux fois par semaine, d'autres une fois par mois, voire moins.

Aux Mimosas, malgré la faible disponibilité du psychiatre, la prise en charge soignante est extrêmement individualisée, de type médico-social, incluant du nursing si nécessaire auquel des ASH sont affectées. A titre d'exemple, un patient qui se frappe toujours pour faire ses besoins et ne peut les faire que sur le sol et que les soignants isolent dans sa chambre pendant une heure, deux fois par jour, afin qu'il se soulage, avant de procéder au nettoyage.

Aux Pins, depuis septembre 2023, un psychiatre intervient une journée par semaine. Malgré une amélioration sensible par rapport à la situation précédente où il n'y avait plus de psychiatre attiré, cela reste insuffisant pour un suivi optimal. Selon un soignant, la fréquence des consultations varie de une fois par semaine à une fois tous les deux mois.

Aux Brunelles, les patients sont reçus régulièrement en entretien par un psychiatre, un infirmier, souvent en entretiens conjoints et par un psychologue.

Aux Cèdres et aux Erables, les patients sont vus en binôme, médecin-IDE, deux fois par semaine. Aucune unité ne compte de médiateurs pairs.

Le changement de médecin est possible la plupart du temps sous réserve de leur disponibilité (impossible aux Mimosas).

9.1.3. Le travail d'équipe centré sur le patient

a) *Transmissions*

Dans toutes les unités, les transmissions se déroulent lors de la relève des équipes soit trois fois par jour pendant vingt à trente minutes et sont l'occasion de faire le point sur les arrivants, les partants et les événements intervenus dans le service tant au niveau des malades que des soignants.

b) *Réunions cliniques*

L'état et l'évolution des patients sont régulièrement revus dans toutes les unités par l'ensemble de l'équipe soignante et les médecins. Aux Peupliers, ces réunions se déroulent tous les lundis. Aux Acanthes, l'IPA anime un staff deux fois par semaine et le psychiatre une fois par semaine, avec une approche clinique plus approfondie en présence de l'IPA, des psychologues, des assistants de service social (ASS), de l'assistant médico-administratif (AMA) de coordination du pôle, de la cadre de santé et des soignants présents. Toutefois, l'emploi du temps contraint du psychiatre ne permet pas toujours de se pencher sur toutes les situations. Aux Mimosas, une réunion clinique se tient toutes les deux semaines en présence de tous les acteurs de la prise en charge, dont l'ASS. Lors de cette réunion, deux situations de patients sont abordées. Le psychiatre initialement présent une fois par semaine lors des transmissions n'a plus la possibilité d'y assister. Aux Pins, la réunion clinique hebdomadaire à laquelle assistent les soignants présents, la cadre de santé, le psychiatre, le médecin généraliste, l'ASS et le psychologue passe en revue l'état et l'évolution de tous les patients. Aux Brunelles, ces réunions cliniques se tiennent tous les vendredis, aux Cèdres tous les mardis après-midi et aux Erables tous les mardis matin auxquelles s'ajoutent trois temps hebdomadaires avec l'ASS consacrés à la situation médico-sociale des patients de cette unité.

c) *Réunions de synthèse avant la sortie*

Avant la sortie, les unités instaurent des réunions de synthèse auxquelles sont conviées les parties prenantes. Aux Acanthes, les mandataires judiciaires ainsi que la personne de confiance sont conviées à la réunion de préparation à la sortie. Aux Mimosas, une réunion consacrée à l'actualisation du projet de soins personnalisé se tient au moins une fois par an pour chaque patient, permettant de faire le point sur l'avancement du projet de sortie.

d) *Réunions soignants soignés*

Les réunions soignants-soignés sont laissées à l'appréciation de chaque unité. Il n'en existe aucune à Bruyères, Peupliers, Mimosas, Pins, Cèdres et Erables. Aux Mélèzes, elles sont instaurées depuis octobre 2023 au rythme d'une à deux par mois et portent sur tous les aspects de la vie quotidienne des patients, par exemple : le lavage du linge en l'absence de famille pour s'en occuper, les amendes de 20 euros pour avoir fumé dans sa chambre, le vol de cigarettes, l'accès à un ordinateur pour rédiger un curriculum vitae et une lettre de motivation, l'installation d'un poste de télévision dans les chambres, la liberté de sortir pour se rendre à la cafétéria, une demande d'heures supplémentaires de sport, l'évaluation du nouvel espace d'apaisement WaveCare®, les rations alimentaires jugées insuffisantes.

Aux Acanthes, un groupe de parole mensuel est animé par un psychologue et un IDE et, à Brunelles, ces réunions se tiennent une fois par mois en présence du médecin et d'un IDE voire plus souvent si nécessaire.

Recommandation 25

Des réunions soignants-soignés doivent être instaurées dans chaque unité d'hospitalisation.

e) Supervision

Aucune supervision n'est proposée aux soignants, quand bien même un certain nombre en exprime le besoin. L'analyse des pratiques n'est que très rarement mise en œuvre.

Recommandation 26

Le personnel soignant qui le souhaite doit bénéficier de supervision ou d'analyse des pratiques.

f) Les COMEDIMS et groupes de travail

Une seule réunion de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) s'est tenue en 2023 avec à l'ordre du jour, entre autres, les médicaments à risque mais les pharmaciens animent des groupes de travail destinés aux soignants. En 2022, ceux-ci ont porté sur le circuit du médicament : prescription, administration et dispensation avec l'amélioration des pratiques pour finalité.

9.1.4. Les activités thérapeutiques

Aucune discrimination liée au statut d'hospitalisation n'a été constatée dans l'accès aux activités thérapeutiques.

a) L'organisation et les moyens

Le montant consacré par l'établissement aux activités thérapeutiques n'a pas été fourni aux contrôleurs. Les données recueillies dans chaque service ne correspondent pas à celles fournies par l'association « La Croix Marine ». Ne seront mentionnées que celles paraissant dans le rapport d'activité de 2022 de cette dernière.

L'association « La Croix Marine » installée au CHS depuis octobre 1955, membre de la fédération Santé Mentale France, agit en partenariat avec le CHS pour, entre autres, gérer les budgets relatifs à toutes les sorties et activités thérapeutiques. Son champ d'intervention s'étend aux budgets alloués annuellement à chaque service de soins, d'ergothérapie, de sport, au centre culturel, au café créatif et à ses animations, à la boutique « expo », au magasin vendant des produits de première nécessité, à la bibliothèque, à la borne musicale et à l'espace de socio-esthétique « un temps pour soi ».

En 2023, comme les années précédentes, tous les pôles de psychiatrie : adultes, enfants, gérontopsychiatrie, ainsi que les EHPAD, l'atelier sport et l'animation institutionnelle ont bénéficié des dons de « La Croix Marine ».

Les financements alloués en 2022 aux activités thérapeutiques en psychiatrie adulte et gérontopsychiatrie par l'association « La Croix Marine » sont présentés dans le tableau suivant :

| | |
|---------------------------|--------------|
| Ergothérapie | 17 500 euros |
| Café créatif | 62 903 euros |
| Sorties thérapeutiques | 64 578 euros |
| Cercle culturel | 42 000 euros |
| Don ou prêts aux patients | 4 930 euros |

En 2022, le café créatif a réalisé un bénéfice de 768 euros et sur les 64 578 euros avancés au CHS pour les sorties thérapeutiques, 12 052 euros restaient non remboursés à l'association fin 2022. De plus, « La Croix Marine » contribue au financement de certains projets ainsi qu'à l'équipement en matériel de la salle de sport, de l'espace *Snoezelen* des Mimosas et à l'organisation de séjours thérapeutiques.

Le personnel intervenant au sein de l'association est mis à disposition par le CHS : ainsi en 2023, deux ASH et un ouvrier soit 2,8 ETP, une IDE de « Médiasoins » pour le café créatif et un agent administratif en charge de la comptabilité. Toutefois, ces emplois sont menacés car le CHS souhaite les réintégrer, pouvant remettre en cause la pérennité des activités thérapeutiques pour les patients.

Lors de leur visite, les contrôleurs ont pu mesurer l'importance du rôle de l'association « La Croix Marine » dans l'organisation des activités thérapeutiques. Fondée sur une dynamique qui outrepassa l'aspect financier, elle offre une richesse de propositions dont ont bénéficié jusqu'à présent les patients de toutes les unités et qui doit être absolument pérennisée. Il revient à l'établissement de contrer les menaces qui pèsent actuellement sur son fonctionnement.

b) Le café créatif

Ouvert à tous les patients, il a vu le jour sous sa forme actuelle en octobre 2021 avec pour objectifs de créer un lieu d'activités thérapeutiques sur la base d'un projet de réhabilitation personnalisée des patients, de détente et d'évasion, de proposer des animations avec la participation des services de soins (journée carnaval, kermesse, fête de la musique, de Noël). Certains soignants des services de soins sont détachés pour ces animations. Dans le cadre du projet de réhabilitation psycho sociale individualisé, des patients assurent le service en salle, la tenue du bar, s'investissent dans l'atelier création en collaboration avec les cuisines du CHS, dans l'atelier « montage de meubles » en partenariat avec les services techniques. Il est ouvert cinq jours par semaine du lundi au vendredi.

c) Un temps pour soi

Ouvert en avril 2023, mis en service en mai et fermé du 9 juillet au 2 septembre, l'espace dédié au toucher-massage installé à proximité du café créatif est confié à une IDE formée à la relation d'aide par le toucher-massage par l'ARS dans le cadre de l'appel à projet sur le moindre recours à l'isolement-contention. Elle prodigue des soins individuels à raison de deux jours et demi par semaine à des patients adressés par les médecins, sans limitation de séances. Au moment du contrôle, la liste d'attente comptait quatre patients. Sur son autre mi-temps, cette soignante intervient dans les unités de gérontopsychiatrie, Acanthes, Mimosas, Bruyères pour proposer des séances d'apaisement dans les espaces *Snoezelen*, de massage, en alternative à l'isolement et à la contention. Chaque intervention auprès d'un patient fait l'objet de transmissions avec l'équipe soignante en amont et d'un compte rendu écrit dans Cortexte® en aval.

d) L'ergothérapie « Médiasoins » et les activités sportives

Ce service du PAHJ est destiné en réalité à tous les patients. Il se consacre aux activités thérapeutiques et si le personnel est hospitalier, les moyens matériels sont attribués par la Croix Marine. Il compte un IDE à 0,8 ETP, un AS à temps plein, une AMP (aide médico psychologique) à temps plein et deux moniteurs d'éducation physique adaptée à temps plein.

Les activités artistiques se déroulent dans un bâtiment spécifique de 9h15 à 12h et de 14h à 16h du lundi au vendredi, sur prescription médicale, et consistent en des ateliers de peinture, flocage

polymère, pochoir, découpe de tissus, musique, travail sur les émotions, massages. Les activités sportives requièrent une prescription et un certificat médical d'aptitude. Elles se tiennent dans la salle de sport équipée en matériels de musculation, de cardio training, de boxe thérapeutique ou à l'extérieur pour les sports collectifs et de plein air (tir à l'arc, badminton, randonnée, bicyclette...). L'ensemble des équipements a été financé par « La Croix Marine ». Les moniteurs interviennent également dans les unités : aux Mimosas, à raison de deux heures hebdomadaires, pour des séances individuelles de quinze à trente minutes concernant six à sept patients et, aux Cèdres et Erables, à raison de deux demi-journées par semaine. Après chaque activité, une observation est insérée dans Cortexte® par le soignant ou le moniteur.

Le médecin des Mélèzes rencontre l'équipe de « Médiasoins » toutes les semaines et lui remet les prescriptions pour la semaine à venir. Les autres psychiatres adressent leurs prescriptions par mail ou téléphone. Les professionnels de « Médiasoins » et du café créatif se concertent toutes les semaines.

e) Les activités proposées dans les unités

i) Dans les unités d'admission

A Bruyères, aucun patient ne bénéficie de planning d'activités thérapeutiques individuel. Des activités occupationnelles sont observées telles que la fabrication de pompons. Des AS et des IDE proposent occasionnellement des activités en fonction de leurs compétences comme des soins esthétiques. Environ trois repas thérapeutiques par an sont partagés avec les soignants. Des sorties à l'extérieur sont également organisées pour tous les patients sans distinction du mode d'hospitalisation. Chaque activité ne concerne qu'un petit nombre de patients ce qui laisse une impression d'ennui et d'inoccupation lors de la visite de l'unité. L'espace d'apaisement Wavecare® très apprécié des patients est accessible sur prescription médicale

Les Mélèzes proposent des activités manuelles, un atelier de photolangage, de mosaïques, de création de bijoux, de la relaxation, de la musculation en salle de sport, l'accès au café créatif et des sorties à l'extérieur : à la SPA de Dôle, au centre équestre pour l'équithérapie, au marché de Noël à Montbéliard. Les patients ont également accès librement à la salle de détente Wavecare®.



Salle d'activités aux Mélèzes

Aux Peupliers, la médiation animale a été interrompue et devrait reprendre en septembre 2024.

Aux Acanthes, les activités thérapeutiques participent pleinement du projet médico-soignant visant la réhabilitation psychosociale et permettent l'évaluation de l'autonomie et la préparation à la sortie d'hospitalisation. Très variées, sport et marche à l'extérieur, piscine, deux à trois fois

par semaine pour quatre à cinq patients, cuisine thérapeutique en collaboration avec la diététicienne de l'établissement pour apprendre à acheter et cuisiner des produits économiques et faciles à préparer, participation aux ateliers de « Mediasoins », du café créatif, relaxation hebdomadaire pour quatre patients, atelier de photolangage toutes les semaines, elles sont décidées en staff, proposées au patient, insérées dans son projet de soins et inscrites sur un planning dans le bureau des soignants. Les AS et AMP accompagnent également les patients pour aller chez le coiffeur ou faire des courses. La présence de soignants de journée étoffe l'encadrement des patients et permet le déroulement de toutes ces activités de réhabilitation psychosociale.

Aux Mimosas, l'équipe est fortement mobilisée pour mettre en œuvre des activités adaptées financées par le CHS, « La Croix Marine » mais également la MDPH. Au sein de l'unité, les patients ont accès aux ateliers de cuisine thérapeutique, jardinage, jeux adaptés, bénéficient de séances de socio esthétique et de détente en salle Snoezelen. L'art-thérapie initialement financé par la famille d'un patient est en quête de nouveaux fonds pour perdurer.

Des sorties, des séjours thérapeutiques (deux par an), sont organisés avec la participation financière des patients.

Des soignants soutenus par l'ASS ont obtenu de la MDPH, au titre de la compensation du handicap, un financement pour acquérir deux vélos adaptés pour deux patients à mobilité réduite afin de les sortir à l'extérieur. Deux soignants se sont portés volontaires pour pédaler. Le cadre de santé cherche des moyens pour en acheter un autre qui bénéficierait à tous, car, pour l'heure, ces deux vélos appartiennent aux patients.



Vélo adapté pour véhiculer les patients

La salle Snoezelen peut être utilisée par d'autres unités.

Aux Pins, les activités proposées reflètent les compétences des soignants. Tracées et pérennes, elles consistent en :

- un atelier de cuisine thérapeutique individuel à raison de deux fois par mois ;
- un atelier « parcours de santé » confié à une AS ;
- un accompagnement en salle Snoezelen en fin de journée, concernant huit patients en individuel ;
- un atelier musique/percussions ;

- un atelier « qualité de vie ».

Les patients fréquentent également les ateliers d'ergothérapie du pôle « Mediasoins ».

Aux Brunelles, les patients consacrent au moins quatre heures par jour à des activités thérapeutiques dans le service ou à l'extérieur. L'emploi du temps de chaque patient est détaillé et affiché dans l'unité. Tous les patients quel que soit leur statut ont accès aux activités et sorties thérapeutiques. Pour ceux en soins sans consentement, il s'agit alors de programmes de soins lors de sorties à l'extérieur du CHS.

Aux Cèdres, en dehors de l'intervention du moniteur d'activités physiques adaptées qui peut parfois, une demi-journée par semaine, emmener des patients à la salle de sport, aucune activité thérapeutique n'est organisée. La cuisine thérapeutique est fermée faute de soignant. Seules des activités occupationnelles comme le coloriage et la télévision peuvent être observées.

Aux Erables, la situation est comparable, 4 patients sur 26 peuvent se rendre au café créatif, deux peuvent sortir librement du CHS, quelques jeux de société sont à disposition mais sans aucun accompagnement. L'accès aux activités thérapeutiques reste subordonné à l'effectif en personnel soignant souvent mobilisé dans d'autres services pour remplacer les absents.

Recommandation 27

Des activités à visée thérapeutique doivent être organisées pour tous les patients dans les unités de gérontopsychiatrie et les moyens en personnel pour les mettre en œuvre fournis.

9.1.5. L'accès au dossier médical

La demande émanant des patients doit être adressée au directeur de l'établissement. En pratique, ces demandes sont assez rares.

9.2. L'INSTABILITE DE L'EQUIPE ET L'ABSENCE DE PROJET DE SERVICE FRAGILISENT L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

9.2.1. L'accès au médecin généraliste

Le service de médecine générale compte sept médecins spécialisés en médecine générale pour 3,75 ETP. Chaque praticien intervient dans au moins une unité d'admission et une unité de patients au long cours. Trois d'entre eux sont praticiens hospitaliers (PH) titulaires, un quatrième est en phase probatoire post-concours de PH et les trois autres sont contractuels. Pour l'heure, aucun projet de service n'a été élaboré ce qui rend inconfortable et instable leur positionnement dans l'établissement et participe peut-être, selon certains médecins, à leur rotation relativement importante.

Recommandation 28

Le service de médecine générale doit faire l'objet d'un projet de service visant à assurer la permanence des soins et à améliorer le service rendu aux patients.

Du lundi au vendredi, les médecins travaillent de 9h à 17h. Le week-end et les jours fériés le relais est assuré par les internes en psychiatrie. Un généraliste est d'astreinte téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 18h pour couvrir les besoins dans les unités en l'absence du praticien qui y est affecté. Les contrôleurs ont pu constater la difficulté du praticien d'astreinte à répondre aux

sollicitations des services lorsque ses collègues sont absents. La surveillance somatique des patients placés à l'isolement, voire placés sous contention, est davantage effectuée par les internes en psychiatrie que les omnipraticiens.

Si la plupart des médecins généralistes disposent d'un cabinet de consultation bien agencé dans les unités d'admission et l'UPA, il n'en va pas de même aux Peupliers où le médecin exerce dans un local inadapté, doté d'une table d'examen non réglable en hauteur, servant aussi de débarras, où sont entreposés un fauteuil roulant, des cartons remplis de dispositifs médicaux, du linge (blouses et camisoles), un téléphone défectueux et où, installé à une table-bureau placée face au mur, il est contraint de tourner le dos au patient.



Cabinet médical aux Peupliers

Recommandation 29

Le médecin généraliste doit disposer d'un cabinet médical adapté à son exercice et répondant aux critères d'hygiène exigés pour ce type de local.

Les médecins généralistes examinent tous les patients entrant dans les 24h, notamment ceux en soins sans consentement et assurent autant que de besoin, lors de l'hospitalisation, le suivi des pathologies somatiques. Ils échangent régulièrement avec les psychiatres et participent au minimum tous les quinze jours voire chaque semaine aux réunions cliniques. L'évaluation de la douleur fait partie du bilan d'admission, est tracée dans le dossier médical et renouvelée après un traitement antalgique. Les soignants recourent à des échelles adaptées à la capacité de compréhension des patients en hétéro et auto-évaluation.

Les patients hospitalisés au long cours bénéficient tous les ans d'un examen somatique complet, et deux fois par an d'une radiographie pulmonaire et d'un bilan biologique.

Les praticiens disposent d'un électrocardiogramme portable entreposé dans le bureau des agents de sécurité, qui en cas de besoin en urgence, se déplacent pour l'apporter dans l'unité. Certains praticiens réclament depuis au moins cinq ans un « *bladderscan* » afin d'éviter aux patients un transfert au CHG pour la réalisation de ce simple examen de routine.

Un sac à dos d'urgence, vérifié tous les mois, est accessible dans chaque unité d'hospitalisation. Deux défibrillateurs sont installés l'un dans le bâtiment des admissions et l'autre en gérontopsychiatrie.

9.2.2. L'accès au médecin spécialiste

Au sein du CHS, une aile appelée « le bloc médical » est aménagée pour des consultations médicales spécialisées. Une IDE à 0,5 ETP et une secrétaire médicale à 0,6 ETP constituent l'équipe d'aide au diagnostic et s'occupent de l'accueil des patients, de la programmation des rendez-vous et du suivi des consultations, quatre jours par semaine sauf le mercredi, de 8h à 16h. Y sont dispensés les consultations et soins suivants :

- ORL, odontologie : une demi-journée, deux fois par mois ;
- sage-femme, pour le suivi gynécologique et la contraception : une demi-journée par mois depuis 2023 ;
- kinésithérapeute : deux vacations par semaine en fin d'après-midi ;
- pédicure avec en plus une intervention régulière aux Mimosas.

Pour l'accès aux autres spécialités médicales, neurologie, pneumologie, gastroentérologie, urologie, chirurgie ambulatoire, les patients sont adressés au CH de Dôle ou à la polyclinique du Parc pour l'urologie voire au CHU de Besançon ou au centre de la vision à Tavaux pour l'ophtalmologie.

En dehors de l'urgence pour laquelle les patients peuvent être transférés au CHU de Besançon, les délais atteignent deux à trois mois pour obtenir une consultation spécialisée à l'instar de tout un chacun, sans ostracisation de ces patients.

Les dispositifs médicaux tels les appareils auditifs, les lunettes de vue, sont fournis par le réseau mutualiste.

9.2.3. L'accès aux examens complémentaires

Les prélèvements biologiques sont effectués par les IDE et transportés au laboratoire du CHG Louis Pasteur par les ambulanciers.

En urgence, l'accès à l'imagerie médicale (échographie, scanner) ne rencontre pas de difficulté. Pour les examens inclus dans un bilan, les délais sont plus longs comme pour les patients de ville, sans pénalisation des patients présentant des troubles psychiatriques.

9.2.4. L'accès aux soins palliatifs et la fin de vie

Le CHS ne dispose pas de lits de soins palliatifs et les quatre du CHG Louis Pasteur sont rarement affectés à ce type de prise en charge, en raison de la tension quasi permanente qui existe sur les lits d'hospitalisation. Aussi, pour les patients en fin de vie atteints de pathologies au-delà de toutes ressources thérapeutiques, les médecins somaticiens, en lien avec les psychiatres, font appel à l'équipe de liaison du CHG Louis Pasteur, constituée d'un médecin et d'un psychologue qui se déplacent au CHS, voient le patient et proposent une prise en charge qui sera mise en œuvre par le médecin généraliste avec les soignants volontaires de l'unité et en lien et les proches ou la personne de confiance lorsqu'ils existent. Une formation aux soins palliatifs va être instaurée en 2024 pour les soignants du CHS. Deux patients en 2023 ont été accompagnés selon ce dispositif. En 2020, 2021 et 2022, respectivement treize, six et cinq patients sont décédés au CHS.

9.2.5. La prise en charge des addictions

En cas de besoin, chaque unité d'hospitalisation peut solliciter l'équipe mobile d'addictologie qui se déplace pour la prise en charge des patients. Aux Brunelles, où le recours aux addictologues

est intégré dans la pratique, des tests de dépistage sanguins et urinaires peuvent être pratiqués à l'insu des patients.

Recommandation 30

Aucun examen biologique ne peut être effectué sans le consentement explicite du patient.

Un suivi est toujours proposé pendant ou au cours de l'hospitalisation.

Des *dealers*, proposant entre autres cannabis et cocaïne aux patients, parviennent à franchir l'enceinte de l'établissement par son côté non surveillé.

9.3. LA PREPARATION A LA SORTIE FAIT PARTIE INTEGRANTE DU PROJET DE SOINS

9.3.1. Dans les unités d'admission

Dans toutes les unités d'admission la préparation à la sortie constitue le fil conducteur du projet de soins.

Aux Bruyères, les sorties de moins de 12h ou 48h sont la règle dès que l'état clinique le permet. Les soignants accompagnent les patients si besoin et en moyenne trois patients peuvent sortir chaque week-end. Les assistants sociaux ainsi que les proches et les mandataires judiciaires participent aux réunions de synthèse préparatoires à la sortie.

Pour les patients SDRE, l'avis d'un second psychiatre est requis et, s'il est conforme à celui du premier, les sorties sont autorisées. L'assistante sociale participe aux réunions de synthèse concernant les sorties.

Aux Peupliers, les médecins autorisent également des sorties de 24h ou moins. Ce sujet est abordé chaque semaine en réunion d'équipe avec l'assistante sociale, les mandataires judiciaires et le suivi en ambulatoire (CMP) organisé. Le projet de sortie se heurte parfois à l'incompréhension des mandataires judiciaires qui attendent une guérison complète avant d'approuver la sortie du patient. Les patients SDRE portant des patronymes d'origine étrangère, parfois fichés S, font systématiquement l'objet d'une seconde expertise demandée par le préfet. Un patient en programme de soins était hospitalisé dans le service au moment du contrôle en raison de l'abandon de ses traitements.

Toutes les unités d'admission rencontrent des difficultés pour trouver un logement destiné aux sortants. Le bassin dolois connaît une pénurie de logements locatifs, les bailleurs privés et publics se montrent très frileux vis-à-vis des patients du CHS et les places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou maison d'accueil spécialisées (MAS) pour les personnes les moins autonomes se font attendre des années (cf. § 9.1.5).

Aux Brunelles, également, les activités et sorties visent l'autonomisation des patients. Ces derniers s'engagent par contrat écrit à respecter les règles de vie et un calendrier d'activités. Les assistants sociaux, les mandataires judiciaires, le tiers et les proches sont étroitement associés à la préparation à la sortie lors de réunions qui se tiennent tous les vendredis et le service travaille avec un réseau d'établissement médico-sociaux relais du PATO pour la prise en charge en aval. Les patients en SSC sont autorisés à sortir progressivement pour des durées de 12h ou 48h et peuvent sortir seuls dès que leur état le leur permet. Le service ne connaît aucun frein lié à l'indisponibilité des soignants qui font preuve d'une grande disponibilité pour faciliter ce retour à la vie dans la cité.

9.3.2. Dans les unités d'hospitalisation au long cours

Les données fournies par l'établissement indiquent qu'en 2022, 7,75 % de la file active des patients hospitalisés à temps plein (96 patients) répondaient aux caractéristiques de patients au long cours (cf. § 9.1.5). En 2023, ce nombre est en diminution (68 patients) après une stagnation de 2021 (98 patients) à 2022. Quatre unités se répartissent la prise en charge de la grande majorité de ces patients :

- L'unité Mimosas accueille des patients déficitaires, partiellement ou totalement dépendants dans les gestes de la vie quotidienne, nécessitant un accompagnement médical et paramédical soutenu, en raison d'atteintes physiques, psychiques et comportementales sévères. Sur une file active de 17 patients en 2022, 11 d'entre eux étaient hospitalisés au long cours.
- L'unité Acanthes héberge des « patients psychotiques en voie de stabilisation » parmi lesquels 22 sur 27 ont été hospitalisés au long cours en 2022.
- Aux Pins, les patients présentent des pathologies psychotiques chroniques, prises en charge de longue date. Selon le projet de service, « l'unité est un passage pour établir un projet de vie en structure adéquate qui demande un délai d'attente souvent long. » Sur une file active de 29 patients en 2022, 11 d'entre eux ont été hospitalisés au long cours.
- Enfin, à l'unité de gérontopsychiatrie Les Cèdres, sur une file active de 33 patients en 2022, 20 d'entre eux ont été hospitalisés au long cours.

Dans ces unités, le projet de soins est clairement orienté vers une prise en charge médico-sociale. La mise en place en 2023 d'une équipe mobile d'appui en psychiatrie (EMAPSY) a été portée par l'établissement pour faciliter l'accès et le maintien de l'accueil de ces patients au long cours dans les structures médico-sociales du département.

Bonne pratique 1

L'implication des assistantes de service social de l'établissement dans le réseau social et médico-social du département du Jura revêt un caractère inaccoutumé et innovant. Elles siègent d'une part à la commission d'examen des situations du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) du Jura, compétent pour l'attribution des places d'hébergement social, ainsi qu'au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) qui prépare les décisions de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Leur présence et l'interconnaissance ainsi construite contribuent à la déstigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques et facilitent leur accueil dans des structures médico-sociales ou sociales.

En matière d'hébergement social, l'établissement conduit un projet de huit appartements individuels passerelles à la lisière de l'hôpital, livrables en 2024 qui viennent renforcer le parc jurassien en résidences accueil (trois structures) et maison-relais permettant des accueils progressifs, offrant ainsi des perspectives de sorties pérennes. C'est ainsi qu'à l'unité Les Pins, en un an, sept patients ont pu quitter l'hôpital.

En revanche, les capacités d'accueil des structures médico-sociales restent très limitées : 51 places agréées pour adultes porteurs de handicap psychique et troubles du comportement, 36

places pour adultes avec troubles du spectre autistique¹⁶, avec des listes d'attente importantes¹⁷. L'établissement gère un foyer de vie mais son agrément ne s'applique qu'à une clientèle atteinte de déficience intellectuelle limitant ainsi ses capacités d'accueil. La recherche de lieux de vie notamment pour les personnes présentant un trouble du spectre autistique s'effectue largement au-delà des limites du département.

Or, depuis 2021, l'accès aux établissements belges s'est pratiquement tari, en raison de l'instauration du « plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique », autrement nommé « moratoire des places en Belgique », touchant notamment la région Bourgogne-Franche-Comté. Ainsi, pour huit patients au profil complexe mêlant troubles somatiques, psychiques et difficultés familiales, antérieurement pris en charge à l'unité Acacias, tous dotés d'une orientation de la CDAPH, la sortie de l'hôpital semble compromise. Les établissements médico-sociaux auxquels leurs dossiers sont présentés reculent devant l'existence de troubles du comportement, même si l'équipe hospitalière souligne que l'hospitalisation en psychiatrie ne peut que les aggraver.

L'établissement gère cinq EHPAD. Les admissions dans ces établissements se font en fonction des places disponibles indépendamment du gestionnaire.

9.3.3. Le collège des professionnels de santé

Il se tient suivant la procédure prévue par les textes. Toutefois, la situation des patients est examinée sur dossier, les médecins ne les reçoivent pas.

9.4. LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT DANS LES SOINS GUIDE LA MAJORITE DES PRATIQUES

9.4.1. La personne de confiance

Si la recherche de la personne de confiance (PC) est ancrée dans les pratiques, la perception de son rôle diffère selon les unités : elle est parfois confondue avec la personne à prévenir, n'est pas toujours informée de sa désignation comme à Bruyères, Mélèzes, Peupliers, Cèdres, Erables, et son consentement n'est pas requis sauf aux Acanthes où elle s'entretient avec la famille et est invitée à participer aux réunions de synthèse.

Nombre de patients ayant désigné une personne de confiance lors du contrôle

| Unités | Bruyères | Mélèzes | Peupliers | Brunelles | Acanthes | Pins | Mimosas | Cèdres | Erables |
|-------------------------------|----------|---------|-----------|-----------|----------|------|---------|--------|---------|
| Patients présents par unité | 26 | 25 | 25 | 15 | 24 | 19 | 15 | 26 | 26 |
| Patients ayant désigné une PC | 22 | 17 | 15 | 10 | 17 | 12 | 7 | 18 | 23 |

9.4.2. Le projet de soins individualisé

Dans chaque unité d'admission, l'équipe médicale et soignante élabore un projet de soins individualisé en collaboration avec le patient et s'attache à son suivi lors des consultations

¹⁶ Source : <https://handidonnes.fr/>.

¹⁷ Ainsi un foyer d'accueil médicalisé (FAM) de 45 places comporte 90 personnes en liste d'attente.

médicales et entretiens infirmiers, à sa réévaluation lors des réunions cliniques et à sa traçabilité dans le dossier médical informatisé du patient. Les deux unités de gérontopsychiatrie procèdent de la même façon.

Aux Pins, la cadre de santé et la psychiatre adoptent progressivement cette démarche. Pour l'heure, le patient est invité à construire son emploi du temps hebdomadaire.

Aux Acanthes, le projet de soins se confond avec une suite de règles de vie à respecter dans l'unité sans paraphe médical.

Si les familles sont parfois associées à la prise en charge, l'établissement ne compte aucun pair aidant. De même, il n'est pas mis en œuvre de plan de prévention de crises ou de directives anticipées en psychiatrie.

Recommandation 31

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises et la formation de pairs-aidants.

9.4.3. Le consentement aux traitements médicamenteux

a) L'organisation et les moyens de la pharmacie

Le CHS Saint-Ylie est doté d'une pharmacie propre. L'équipe est constituée de deux pharmaciens (1,6 ETP pour deux postes budgétés), six préparateurs (5,8 ETP), d'un secrétaire à temps plein, d'un aide-pharmacien¹⁸ à 0,8 ETP et d'un cadre de santé à 0,4 ETP. Du lundi au vendredi, les préparateurs sont présents dans le service de 8h à 12h et de 13h à 17h et les pharmaciens, de 9h à 12h et de 13h à 18h. La pharmacie est ouverte aux services de 9h à 18h. Les samedis, dimanches et jours fériés, la nuit de 18h à 9h, l'un des pharmaciens du CHS Saint-Ylie ou du CHG Louis Pasteur assure une astreinte téléphonique complétée par un déplacement sur site si besoin.

b) Le circuit du médicament

Les médecins rédigent leurs prescriptions sur le logiciel Cortexte®. Les pharmaciens vérifient la totalité des prescriptions et procèdent à leur validation. En cas d'irrégularités relevées, ils contactent le prescripteur par téléphone ou courrier électronique selon le degré de l'urgence. Les pharmaciens ont accès aux résultats des analyses biologiques de chaque patient. Le service qualité transmet également aux pharmaciens les événements indésirables imputables aux traitements administrés. Ce signalement donne lieu, en lien avec la cellule qualité, à des réunions de « débriefing » dans le service concerné avec parfois la collaboration de professionnels du GHT. Les chariots de médicaments sont préparés par les préparateurs avec une double vérification et livrés une fois par semaine dans les unités. De plus, la pharmacie répond à toutes les demandes spécifiques de jour comme de nuit. Les armoires à pharmacie des services sont contrôlées au moins une fois par mois par les préparateurs.

¹⁸ Pharmacien titulaire d'un diplôme étranger non reconnu en France.

c) La distribution des médicaments dans les unités

Les IDE de nuit confectionnent les piluliers individuels sans ôter les opercules et les médicaments buvables sont préparés devant le patient la plupart du temps.

La traçabilité de l'administration des médicaments est effectuée en temps réel dans une petite majorité des cas (53,8 % selon l'audit réalisé par les pharmaciens en 2023).

Recommandation 32

La traçabilité de l'administration des médicaments doit être effectuée en temps réel sur le logiciel approprié.

La distribution s'effectue dans la salle de soins porte fermée, avec un temps donné aux patients pour s'exprimer comme à Bruyères ou aux Cèdres, ou porte ouverte comme aux Peupliers afin de gagner du temps sans trop d'égard pour le respect de la confidentialité. Aux Erables, la distribution se déroule dans la salle de télévision de manière confidentielle : les patients entrent par une porte et ressortent par une autre sans croiser ceux qui étaient derrière eux et qui attendaient dans le couloir. Aux Acanthes, les modalités de distribution des médicaments, en plein passage, à l'entrée de la salle à manger, font fi du respect de la confidentialité.



Attente dans le couloir pour la distribution des médicaments aux Acanthes

Recommandation 33

La distribution des médicaments doit s'effectuer selon des modalités respectant la dignité et la confidentialité.

d) La formation des soignants

A l'occasion de la présentation du logiciel Cortexte® aux nouveaux soignants, médecins et internes, les pharmaciens délivrent des messages concernant la iatrogénicité des traitements à visée psychotrope et les modalités de surveillance de leurs effets secondaires. Ces informations sont également disponibles sur l'intranet du CHS. Dans ce même souci de sensibilisation des soignants aux risques médicamenteux, les pharmaciens ont aménagé un *escape game* testé par

les préparateurs et trois cadres de santé et qui sera déployé dans l'année à venir pour tous les IDE de l'établissement.

e) L'éducation thérapeutique et l'information des patients

Une unité transversale d'éducation thérapeutique animée par une équipe pluridisciplinaire constituée de psychiatres, IDE, psychologues, neuropsychologue, pharmaciens, assistant de service social, propose de manière pérenne trois programmes d'éducation thérapeutique :

- Mieux vivre avec la maladie : la schizophrénie ;
- Mieux vivre avec la maladie : troubles bipolaires ;
- Mieux vivre avec la maladie : patients psychotiques.

Chaque atelier comporte huit séances à raison de deux par semaine pour un groupe fixe de six à huit patients venant de l'hospitalisation complète, des HJ ou des CMP. Les pharmaciens interviennent pour la séance consacrée au traitement de la maladie « *Comment ma maladie se traite-t-elle ?* »

Par ailleurs, les patients semblent au fait des traitements qui leur sont prescrits.

f) Les prescriptions injectables « si besoin »

Dans l'ensemble des services, les psychiatres prescrivent des psychotropes injectables « si besoin » sans que les pharmaciens puissent extraire de leurs fichiers informatisés la nature et le nombre de molécules réellement administrées aux patients. Aux Acanthes, au moment du contrôle, huit patients faisaient l'objet de prescriptions pérennes de Loxapac® injectable en cas d'agitation et de refus du traitement *per os* mais une seule avait été administrée en février 2019.

Recommandation 34

Seul un médecin, après examen du patient et après avoir recherché son consentement, peut décider en dernier recours de la nécessité de l'administration non consentie d'un médicament eu égard à la sévérité du tableau clinique.

Les pharmaciens doivent être dotés de logiciels leur permettant pour chaque patient d'effectuer des extractions sur les médicaments prescrits et administrés « si besoin ».

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1. LES PERSONNES AGEES SONT ACCUEILLIES DANS DE BONNES CONDITIONS AU SEIN DE DEUX UNITES

Les unités des Erables (unité d'admission) et des Cèdres (unité SAS) accueillent exclusivement des patients âgés de plus de 65 ans, au sein du pôle de personnes âgées, qui comporte également les EHPAD de l'établissement. Ces deux unités sont fermées.

L'analyse des données d'isolement et contention issues du registre font l'objet d'un développement dans le § 7.

10.1.1. Les locaux

Les deux unités du pôle personnes âgées, mitoyennes, accueillent chacune 26 patients, tous logés en chambres individuelles avec sanitaires et douches, en rez-de-chaussée. Chaque unité dispose d'une salle à manger, desservie par le même office de cuisine. Un patio central, assez vaste, sert d'espace pour les fumeurs. A chaque extrémité du bâtiment, un espace en plein air, clos, peut également accueillir des regroupements pour des occasions particulières (repas barbecue) mais de l'avis des professionnels, ces deux zones engazonnées sont peu utilisées.



Patio Erables

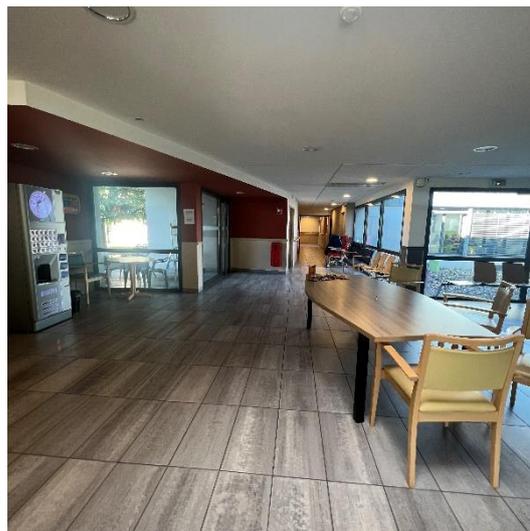


Patio Cèdres

Une salle d'activité manuelle ainsi qu'une autre accueillant la télévision sont accessibles aux patients. Un grand hall permet aux résidents de se regrouper et de s'installer autour d'une table ou des fauteuils, près de l'entrée.

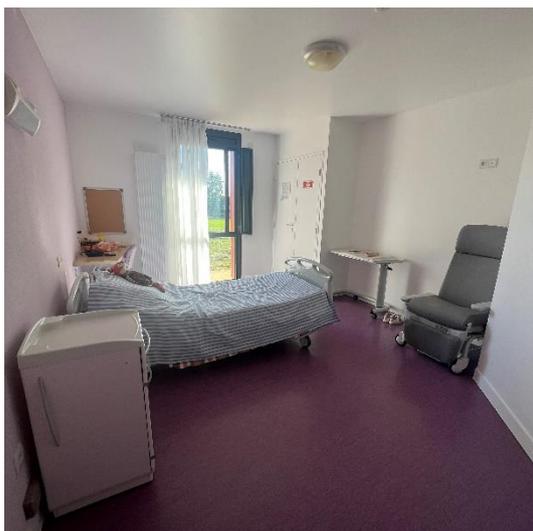


Salle d'activités manuelles

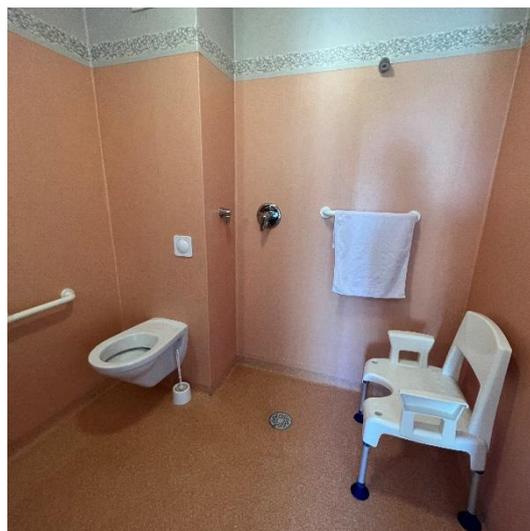


Hall d'accueil

Les locaux sont agréables et lumineux, mais les chambres ne disposent pas de verrous de confort ni de bouton d'appel. Les lieux sont bien entretenus et le nettoyage effectué quotidiennement par les ASH. Aucune suroccupation n'est à déplorer.



Chambre Erables



Salle d'eau Erables



Chambre Cèdres



Salle d'eau Cèdres

10.1.2. L'équipe et les soins

Au moment de la visite, les effectifs des médecins sont complets et aucun poste n'était vacant chez les soignants (hormis un AS aux Cèdres), même si un absentéisme est à relever particulièrement aux Cèdres. Un psychiatre est référent sur chaque unité, néanmoins ils se partagent le suivi des patients selon leurs disponibilité. Deux internes et un médecin somaticien complètent l'équipe médicale. L'organigramme normal, dans chaque unité, est supérieur à l'effectif de sécurité, sauf la nuit (2 soignants dont 1 IDE). Pour les deux unités, le nombre d'ETP de soignants est réparti de la manière suivante : 24,6 d'IDE, 23,4 d'AS et 12 d'ASH.

Les réunions cliniques se déroulent chaque semaine, et de nombreux briefings permettent à chaque membre de l'équipe soignante, ainsi qu'à l'assistante sociale rattachée au pôle, d'être partie prenante du projet de soin. Un moniteur de sport se rend deux après-midis par semaine sur site pour mobiliser individuellement des patients et leur proposer des activités adaptées à leur âge.

Les soignants ont bénéficié pour certains de formations portant sur les entretiens d'aide, la prise en charge des violences, les premiers secours ainsi que sur les troubles psychiatriques chez les personnes âgées. Dans chacune des unités de gérontopsychiatrie, un agent est référent en soins palliatifs. Les équipes sont sensibilisées à l'accompagnement de leurs patients en fin de vie.

Les patients ont régulièrement accès aux psychiatres et somaticiens, au moins une fois par semaine, et également à l'occasion de rencontres non formelles, les bureaux des deux psychiatres étant situés au sein de chaque unité et leur porte reste ouverte. De même, les bureaux des soignants sont très souvent ouverts et les patients peuvent s'adresser au personnel très facilement. La distribution des médicaments est assurée de manière individuelle et confidentielle dans un local dédié.

Les deux unités sont dépourvues de chambre d'isolement. La pratique est peu utilisée, et la contention encore moins. Cependant, il a été observé quelques fois l'utilisation de la chambre hôtelière comme chambre d'isolement, parfois même à la demande des patients souhaitant ne pas être importunés la nuit par d'autres résidents à cause de l'absence de verrou de confort (cf. § 7.2.2)

10.1.3. Les règles de vie

Les repas sont pris en commun, sauf pour des patients qui mettent longtemps à manger ou qui représentent un danger pour les autres : ils sont dans ce cas assistés par un soignant dans la salle de télévision ou dans un coin du hall, afin qu'ils puissent se restaurer tranquillement.

Les patients peuvent regarder la TV et fumer dans le patio jusqu'à 23h. De fait, la plupart des résidents réintègre les chambres dès 20h30.



Salle à manger



Salon TV

L'inventaire des biens à l'entrée est formalisé et co-signé par le patient et l'infirmier qui l'accueille. Il est actualisé tout au long du séjour, mais il n'y a cependant pas de signature à la sortie. Suivant avis médical, les patients sont autorisés à garder leur téléphone (hormis les chargeurs pour éviter tout risque suicidaire). Les objets dangereux sont retirés et placés dans un casier. Le patient peut par exemple utiliser une paire de ciseaux ou un rasoir, s'il le rend aux soignants après usage. Les placards peuvent être fermés à clé mais uniquement par les soignants. Les deux unités personnes âgées ne sont pas équipées de coffres individuels dans les chambres. Les patients souhaitant mettre leurs valeurs à l'abri peuvent soit les remettre à la régie (cf. § 5.3), soit à la cadre de santé qui les garde dans son coffre.

Les unités étant fermées, les personnes en soins libres doivent demander à un soignant de se faire ouvrir la porte (cf. § 6.1.1).

Au moment de la visite, les salles d'activités étaient peu investies et certains patients ont exprimé leur ennui. L'absence récurrente d'un soignant pour la mise en place d'activités régulières a été avancée pour expliquer cet état de fait. Les activités régulières sont peu nombreuses et les patients ne sont pas assez sollicités pour participer à des ateliers ou activités.

Recommandation 35

Il convient de garantir aux patients des unités de gérontopsychiatrie l'accès régulier à des activités thérapeutiques, composantes des soins pour une bonne prise en charge.

10.2. LES CONDITIONS MATERIELLES ET JURIDIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS NE SONT PAS ADAPTEES

La pédopsychiatrie est dotée dans le département du Jura de deux unités d'hospitalisation complète : l'unité spécialisée pour personnes adolescentes (USPA) « Perséphone » située à Saint-Yllie et l'unité pour adolescents (UPA) dans les locaux du CH Louis Pasteur à Dôle. L'UPA n'accueille pas de mineurs en SDRE, les mineurs hospitalisés sont reçus préalablement par le pédopsychiatre de l'unité afin, d'une part, de visiter les locaux et, d'autre part, construire avec l'adolescent un projet de soins individualisé recueillant son entière adhésion aux soins.

L'unité Perséphone est éloignée de plusieurs centaines de mètres du domaine de l'hôpital psychiatrique. Le pôle infanto-juvénile Nord dispose également de structures ambulatoires, plusieurs centres médico-psychologiques (CMP) répartis sur la moitié nord du département et une unité d'hospitalisation de jour Phar'en Dole qui partage des locaux communs avec l'USPA. Elle accueille des adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles du comportement, des crises suicidaires, des troubles psychosociaux, des troubles alimentaires, des troubles de la personnalité nécessitant une hospitalisation complète. Les jeunes sont adressés principalement par le service d'urgence générale ou des foyers d'hébergement, en général dans ce cas sur un mode programmé avec les titulaires de l'autorité parentale. Ces derniers sont invités à visiter la structure avec le jeune avant l'admission. Il leur est remis un document intitulé livret d'accueil pédopsychiatrie, les « règles de vie » dans lesquelles sont détaillés les règles de la vie sociale, les interdits, ainsi qu'une liste des affaires autorisées.

Perséphone accueille environ une cinquantaine d'enfants par an (59 en 2022 et 45 entre le 1^{er} janvier et le 31 septembre 2023).

Les hospitalisations par ordonnance de placement provisoire (OPP) sont rares, sept en 2022 et deux entre le 1^{er} janvier et le 31 septembre 2023. Lors de la visite, parmi les trois mineurs présents le 6 novembre 2023 et les cinq présents le 16 novembre 2023, aucun ne faisait l'objet d'une telle mesure. Aucun mineur n'a été accueilli, de mémoire de soignant, dans le cadre de soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE).

Il arrive régulièrement à l'unité Perséphone d'être en suroccupation, ainsi la chambre d'isolement est parfois utilisée comme une septième chambre hôtelière et des mineurs sont régulièrement accueillis dans les unités d'admissions de psychiatrie adulte (15 mineurs en 2022 et 1 du 1^{er} janvier au 31 octobre 2023).

Le mineur est alors placé en chambre hôtelière, celle-ci est fermée à clé la nuit, cette prescription d'isolement hors espace dédié est tracée.

Le mineur participe aux activités des adultes, le pédopsychiatre et une IDE de Perséphone se déplacent régulièrement en relais de l'équipe adulte pour prendre en charge le mineur¹⁹. Dès qu'une place se libère, le mineur est transféré sur Perséphone.

¹⁹ A compter de janvier 2024, un personnel éducatif supplémentaire sera recruté à Perséphone et lorsqu'un mineur sera accueilli en unité adulte, il sera détaché pour le prendre en charge.

Recommandation 36

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes. Dans tous les cas, ils doivent bénéficier d'une prise en charge dispensée par des professionnels de santé formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.

10.2.1. Les locaux

L'unité est fermée et dispose d'une capacité d'accueil de six mineurs. Elle dispose de six chambres démunies de sanitaires, deux cabines de douches et deux toilettes sont à usage collectif.



Chambre d'un mineur

L'unité dispose de plusieurs espaces pour les activités. Le mobilier est souvent vétuste ou défraîchi mais les locaux sont bien entretenus.



Salon TV



Salle commune



Atelier de bricolage pour les mineurs



Atelier d'esthétique

L'unité est ouverte sur un grand espace vert dans lequel les mineurs peuvent se rendre librement (la porte donnant sur cet espace est en général ouverte). Au centre du bâtiment existe également un patio.



Parc de l'unité



Patio de l'unité

L'unité ne dispose pas de salon d'apaisement, s'il existe un espace *Snoezelen* dans les bâtiments d'hospitalisation de jour contigus à Perséphone, il n'est pas utilisable par les adolescents en raison de contraintes horaires incompatibles.

Recommandation 37

L'unité Perséphone doit être rénovée pour offrir des sanitaires individuels et un aménagement adapté à l'âge des jeunes patients. Elle doit être dotée d'un espace d'apaisement pour réduire les mesures d'isolement.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « Nous avons déjà procédé à quelques rénovations de peinture, et nous avons encore quelques projets d'aménagement, notamment dans le cadre du futur marché de fenêtres que nous allons lancer pour la période 2025-2028. Le bâtiment n'est pas adapté pour remettre des WC en chambres, notamment dû à l'absence de vide sanitaire nous empêchant d'avoir les évacuations avec les pentes nécessaires. Il n'y a pas non plus la place dans les chambres pour

y intégrer des sanitaires. La réalisation d'une chambre d'apaisement est possible en supprimant une autre pièce existante (une étude sera lancée). »

10.2.2. L'équipe

Un seul pédopsychiatre intervient sur l'unité pour 0,6 ETP. Il est secondé par une interne à temps plein sur l'unité (sauf lors de ses gardes ou repos de gardes) présente pour six mois. Une somaticienne intervient également sur l'unité.

L'équipe paramédicale est composée de 14,8 ETP d'IDE (pour une cible à 16). Il y a 4 ETP d'ASH (pour une cible à 5 ETP). Deux IDE sont présents le matin et trois l'après-midi, la nuit deux infirmiers ou un IDE et une AMP. Deux éducateurs spécialisés, une assistante sociale et une psychologue (à 0,4 ETP) complètent l'équipe.

Depuis plusieurs années, aucun enseignant n'est détaché par l'Education nationale pour assurer l'enseignement auprès des jeunes, dont il convient de rappeler que nombreux sont ceux âgés de moins de 16 ans et soumis à l'obligation de scolarité et que rares sont ceux qui peuvent, durant leur hospitalisation, suivre une scolarité à l'extérieur en raison de leurs difficultés.

Recommandation 38

L'Education nationale doit organiser la présence d'un enseignant pour assurer la prise en charge scolaire des enfants hospitalisés dans l'unité Perséphone.

L'équipe pluridisciplinaire a travaillé durant l'année 2023 à la refonte du projet médico-soignant et propose d'accueillir des adolescents de 10 à 18 ans, à nombre de lits constants soit un lit de répit, un lit de gestion de crise, quatre lits d'hospitalisation programmée et deux places d'hospitalisation de jour. Les objectifs de ce projet sont :

- accueillir l'adolescent et son environnement socio-familial ;
- permettre l'élaboration d'un projet de soins personnalisé durant l'évaluation ;
- soutenir l'adolescent dans la verbalisation de ses difficultés personnelles ;
- stabiliser l'adolescent sur le plan psychique et comportemental.

10.2.3. La prise en charge au cours de l'hospitalisation

a) Les soins

En 2022, la durée moyenne de séjour (DMS) dans cette unité était de 32 jours.

Les soins sont dispensés par l'équipe pluridisciplinaire.

La présence médicale permet aux patients d'être vus en consultation par le pédopsychiatre une fois par semaine. Ces entretiens médicaux se déroulent en présence d'un infirmier. La psychologue rencontre également les enfants.

Un projet thérapeutique individuel est élaboré avec chaque patient et avec les parents lorsqu'il est possible de les y associer. Ils sont tenus informés du déroulement de l'hospitalisation de leur enfant, des différentes étapes envisagées et des éventuels incidents au cours du séjour. Plusieurs soignants sont formés au *packing*²⁰, chaque séance dure deux heures, le patient est en présence

²⁰ Technique de traitement alternatif consistant à envelopper le patient de draps humides et froids et qui permettrait de nouer avec les soignants qui l'entourent une relation privilégiée.

de deux soignants. Le mineur doit être volontaire pour ce type de prise en charge et ses parents doivent également avoir donné leurs accords écrits.

Une réunion clinique hebdomadaire regroupe l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Ce temps d'échange et de réflexion autour de la clinique permet de redéfinir les objectifs, de réajuster les projets de soins et les activités.

L'unité dispose d'une enveloppe budgétaire provenant de l'hôpital d'environ 1 200 euros, dont les soignants se servent pour financer des sorties, et 1 200 euros provenant de l'association Croix-Marine utilisés pour acheter des produits permettant d'organiser des activités : atelier cuisine, arts plastiques, ou cinéma. Une programmation des activités de la semaine a lieu chaque lundi lors de la réunion soignants/soignés. Les week-ends, le programme est souvent allégé, ne sont présents que deux IDE le matin et deux IDE l'après-midi.

b) Les règles de vie

Les trois principaux repas sont considérés comme des repas thérapeutiques et sont pris en commun avec les soignants. Les mineurs ont également une collation au goûter et une tisane vers 22h.

Les portes des chambres sont laissées en permanence ouvertes en journée sauf trois fois vingt minutes durant lesquelles les mineurs sont enfermés dans leur chambres durant les relèves pour faciliter l'organisation des soignants. Néanmoins, certains membres de l'équipe remettent en cause ce fonctionnement. Le CGLPL rappelle que toute mesure d'enfermement constitue un isolement soumis au cadre législatif strict prévu à l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique et que de telles pratiques, mises en œuvre pour des raisons d'organisation du service, sont illégales.

Recommandation 39

Il doit être mis fin à la pratique, illégale, qui consiste à enfermer les patients mineurs dans leur chambre durant les relèves des équipes soignantes.

Les mineurs de moins de 13 ans se couchent à 21h en semaine et ceux de plus de 13 ans à 22h30, le week-end chacun peut se coucher une heure plus tard.

Le téléphone portable, la tablette ou l'ordinateur sont laissés à disposition une demi-heure avant les repas du midi et du soir. Le mineur qui ne possède pas de téléphone peut appeler sa famille avec le téléphone du service.

Bien qu'ils ne puissent pas conserver leurs cigarettes et leur briquet, les mineurs pour lesquels l'autorisation écrite parentale a été obtenue peuvent fumer quelques cigarettes par jour. Le jeune se voit également proposer des substituts nicotiques. Aucun patient ne consommait du tabac lors de la visite.

Outre les activités thérapeutiques, les IDE et les éducateurs sont tous chargés d'animer des activités occupationnelles, selon leurs appétences. Lors des deux semaines de visite, il a été constaté que tous les jeunes étaient en activité à chaque fois que les contrôleurs sont venus ou jouaient à des jeux de société avec les adultes.

10.2.4. Les pratiques d'isolement et de contention

L'analyse des données d'isolement et contention issues du registre font l'objet d'un développement dans le § 7.

L'unité dispose d'une véritable chambre d'isolement, appelée à tort chambre d'apaisement.



Chambre d'isolement



Toilettes et douches donnant dans le sas de la chambre d'isolement

La chambre d'isolement est séparée de l'unité par un petit sas dans lequel donnent des toilettes et une cabine de douche. La porte donnant dans le sas est munie d'un oculus large et il en est de même de la porte donnant dans la chambre d'isolement.

Elle dispose d'un lit scellé au sol, muni de draps, d'une fenêtre dont le soignant peut ouvrir le fenestron, d'un pouf en mousse et d'une pendule avec affichage analogique. Elle est équipée d'un chauffage et d'une climatisation mais pas de bouton d'appel. Il n'existe pas non plus d'accès à l'extérieur depuis la chambre d'isolement. Durant le séjour des contrôleurs, une mineure a été placée deux fois en isolement et sous contention.

Durant l'année 2022 et selon les mesures tracées dans le registre d'isolement et de contention, il y aurait eu vingt-deux mesures d'isolement concernant cinq patients en chambre d'isolement et trente-cinq mesures concernant sept patients hors espace dédié. En 2022, il y aurait eu trois mesures de contention, concernant deux patients, en espace dédié. Néanmoins, toutes les mesures ne sont pas tracées, ainsi en est-il de certaines prescriptions d'apaisement et d'isolement de nuit à la demande du patient ; au moment du contrôle aucune de ces mesures n'était en cours.

Recommandation 40

L'isolement et la contention constituent des mesures illégales pour un patient en soins libres et doivent être, *a fortiori* s'agissant d'un mineur, évitées par tout moyen.

Le CGLPL rappelle qu'aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être mise en œuvre sans que les garanties offertes par l'art. L. 3222-5-1 du code de la santé publique soient respectées : usage d'un espace dédié correctement équipé, enregistrement rigoureux dans un registre *ad hoc*, analyse par les soignants et présentation aux instances de l'établissement. Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de telles décisions et de leur renouvellement et disposer d'une voie de recours au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant.

10.3. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES NE FAIT L'OBJET D'AUCUN PROTOCOLE

A l'arrivée des contrôleurs, aucun patient détenu n'était hospitalisé, ce qui avait d'ailleurs été le cas également durant toute l'année 2022 et tout le début de l'année 2023. Néanmoins, le 14 novembre 2023, un détenu en provenance de la maison d'arrêt de Lons-le-Saunier a été hospitalisé en SDRE dans l'unité d'admission des Bruyères.

Il n'existe pas de protocole cadre entre le CHS, l'ARS, la préfecture, la maison d'arrêt de Lons-le-Saunier, la direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon-Grand Centre concernant la prise en charge des détenus au sein du CHS. Néanmoins, une réunion annuelle entre le CHS, l'ARS, le chef d'établissement de la maison d'Arrêt de Lons-le-Saunier a lieu pour faire le point sur ce sujet. La dernière s'est déroulée le 9 novembre 2023. Lors de ces rencontres, il a été validé qu'en cas d'hospitalisation d'un détenu, la maison d'arrêt doit fournir au CHS :

- la fiche de liaison relative à « l'hospitalisation d'office » d'une personne détenue ;
- la photocopie des permis de visite avec les numéros de téléphone autorisés ;
- la fiche navette ;
- la fiche inventaire.

Le CHS du Jura a rédigé pour ses services une fiche de procédure rappelant ces éléments et indiquant également qu'exceptionnellement, si le patient arrive avec peu d'affaires et peu de tabac, il peut être demandé que le détenu puisse utiliser une partie de son pécule (fax de bon de cantine) pour cantiner du tabac par exemple.

Il est également prévu que les soignants du CHS se déplacent pour récupérer le patient à la maison d'arrêt et l'amener à l'hôpital. Pour le retour, il appartient à l'administration pénitentiaire de venir chercher le détenu.

Depuis 2021, le préfet, le procureur de la République et la direction du CHS, se sont positionnés en indiquant que l'établissement ne devait pas recevoir de personnes détenues au motif que l'établissement ne dispose pas de « chambre carcérale ».

L'ARS envisage la possibilité de créer une chambre sécurisée de « type carcéral » au CHS avec un accès extérieur.

La personne détenue est sensée aller en première intention à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon.

Concernant le détenu arrivé le 14 novembre 2023, la transmission entre l'établissement pénitentiaire et l'UHSA de Lyon indique que « l'état de ce détenu est compatible avec la prise en charge proposée à l'UHSA de Lyon » mais concernant la date rien n'était précisée. Était-ce le signe que l'UHSA de Lyon ne disposait pas de place à la date d'hospitalisation de ce détenu ?

Jusqu'à la fermeture de l'unité Acacias en juin 2023, les détenus étaient accueillis sur cette unité. Actuellement, ils peuvent être accueillis sur n'importe laquelle des trois unités d'admission.

Le 14 novembre 2023, deux soignants du CHS se sont détachés pour aller en ambulance récupérer le détenu dans l'établissement pénitentiaire. Aucune des transmissions prévues n'a été effectuée.

Le détenu était très agité et hétéroagressif, il a été placé en CI avec contention sept points. Quarante-huit heures après son admission, il était toujours dans le même état clinique et maintenu en CI sous contention. Les contrôleurs ont ensuite quitté l'établissement et ne connaissent pas la prise en charge dont le patient détenu a bénéficié par la suite.

La direction de l'établissement a indiqué considérer ce détenu comme un patient et au dire des soignants, lorsque les Acacias accueillaient des détenus, ils étaient d'abord placés en chambre d'isolement puis pouvaient en sortir en fonction de leur clinique. Néanmoins, il semble que cette position ne fasse pas l'unanimité et d'autres soignants ont indiqué que le détenu devrait rester en chambre d'isolement durant la durée de son hospitalisation si bien que la prise en charge à venir du détenu a paru incertaine aux contrôleurs.

Recommandation 41

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée autrement que par son état clinique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire ; à cette fin, l'établissement pénitentiaire doit transmettre au centre hospitalier systématiquement tous les documents nécessaires pour ce faire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre.

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