



Rapport de visite :

5 février au 12 février 2024 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier de la Haute-Marne : sites de l'hôpital André Breton (Saint-Dizier) et du centre médical Maine de Biran (Chaumont)

(Haute-Marne)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de la Haute-Marne (CHHM) à Saint-Dizier et à Chaumont (Haute-Marne) du 5 au 12 février 2024. Il s'agissait d'une deuxième visite, un précédent contrôle ayant été réalisé en février 2016¹.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été transmis le 7 juin 2024 à la directrice du CHHM, aux autorités judiciaires, au préfet et à l'agence régionale de santé. Seule la direction du centre hospitalier a transmis en retour un tableau de suivi des actions mises en œuvre à l'issue des recommandations, distinguant celles finalisées et en cours, annexé au présent rapport. Le suivi de ces actions sera apprécié dans le cadre d'une visite ultérieure du CGLPL.

Membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Cœur Grand Est qui réunit huit établissements de santé de la Meuse, de la Marne et de la Haute-Marne, le centre hospitalier de la Haute-Marne est l'unique hôpital psychiatrique public sur le territoire de la Haute-Marne et le seul établissement habilité à recevoir des patients en soins sans consentement.

L'établissement compte 346 lits d'hospitalisation complète. La psychiatrie adulte dispose de 145 lits répartis en six unités dont quatre se trouvent à l'hôpital André Breton à Saint-Dizier et deux au centre médical Maine de Biran à Chaumont. L'unité Modado à Saint-Dizier est la seule du département à accueillir des mineurs en hospitalisation complète et dispose de 5 lits. Le centre hospitalier de la Haute-Marne assure également la prise en charge des urgences psychiatriques et pédopsychiatriques par la mise en place de la psychiatrie de liaison dans les centres hospitaliers de Saint-Dizier et de Chaumont en semaine et par l'astreinte opérationnelle les soirs et les fins de semaine. Cependant, cet accueil pâtit de l'aléatoire disponibilité de l'équipe de liaison.

Les patients adultes en soins sans consentement sont hospitalisés dans les unités fermées des Iris et Maine de Biran (2^{ème} étage). L'établissement n'analyse pas suffisamment son activité en soins sans consentement et le recours aux procédures dérogatoires est majoritaire. Les patients détenus et ceux hospitalisés en soin sur décision du représentant de l'Etat ne sont accueillis que sur l'unité des Iris, compromettant le maintien des liens familiaux pour les patients relevant du secteur de Chaumont et de Langres, malgré la possibilité pour les familles de partager un repas dans les unités. Par ailleurs, l'hébergement en unité fermée reste encore trop lié au statut des patients en soins sans consentement, ces derniers y étant d'office hébergés.

Le CHHM souffre par ailleurs d'une pénurie de médecins généralistes, psychiatres et pédopsychiatres, très partiellement compensée par l'embauche de médecins associés.

Cette deuxième visite du CGLPL a permis de constater que des efforts ont été portés sur la structure immobilière, avec la rénovation des unités. Néanmoins, les conditions de prise en charge demeurent inadaptées à Modado et indignes concernant les chambres d'isolement de l'unité des Iris.

La prise en charge est respectueuse des droits des patients, en dépit d'une information insuffisante, tant sur les droits généraux des patients hospitalisés que sur les droits spécifiques de ceux en soins sans consentement. Les procédures relatives au droit de vote et l'accès au culte doivent être précisées. Le comité d'éthique, très dynamique, permet d'améliorer les pratiques professionnelles dans l'intérêt des patients.

¹ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de la Haute-Marne, fév. 2016 (en ligne).

Les restrictions à la liberté d'aller et venir et dans la vie quotidienne sont limitées et individualisées et respectent la dignité des personnes, qui font l'objet d'une attention soutenue des équipes. La prise en charge des patients détenus est exemplaire en ce que le détenu est traité comme tous les autres patients, mais les modalités de mises en œuvre de l'hospitalisation par la maison d'arrêt de Chaumont limitent cet accueil (absence de fiche de liaison et d'effets personnels).

En dépit d'un déficit global de personnel médical et malgré l'absence de supervision, la prise en charge médicale est de bonne qualité, grâce à une présence médicale psychiatrique quotidienne dans les unités, sauf dans l'unité pour adolescents, et des soignants impliqués. Toutefois, l'organisation de l'intervention des médecins généralistes sur la clinique médicale Maine de Biran à Chaumont n'offre pas aux patients un accès régulier à des examens somatiques.

La présence d'une équipe d'auxiliaires de soins en charge de renforcer les équipes permet une gestion mesurée des incidents, lesquels font l'objet d'une attention et d'un traitement particulièrement adapté par l'établissement. Néanmoins, la présence d'un seul soignant la nuit sur l'unité des adolescents est source d'insécurité.

Les pratiques en matière d'isolement et de contention sont apparues comme mesurées dans leurs durées et dans leur nombre. L'analyse des pratiques, organisée tous les trimestres, est exemplaire. Les mesures alternatives concourant à un moindre recours aux mesures d'isolement et de contention sont intégrées. Ainsi, le développement d'un plan de prévention partagé réalisé conjointement avec le patient, dès son arrivée, favorise l'alliance thérapeutique et permet de prévenir les situations de crise. Cependant, des mesures d'isolement et de contention restent pratiquées sur des mineurs en soins libres et doivent être proscrites, tout comme les prescriptions d'injection « en si besoin » et le recours qui y est fait, tant chez les adultes que chez les enfants.

Les sorties d'hospitalisation sont accompagnées, mais la situation de patients accueillis « au long cours » aux Iris ne fait pas suffisamment l'objet d'une réflexion institutionnelle.

Les réponses apportées par le centre hospitalier lors de la phase contradictoire attestent de l'attention portée au suivi et à la bonne exécution des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de libertés par la mise en place d'action d'amélioration.

SOMMAIRE

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

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

SYNTHESE	2
SOMMAIRE	4
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	12
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
3.1. Seul établissement autorisé en psychiatrie sur le département, le CHHM ne permet l'hospitalisation complète des enfants et des patients en soins sur décision du représentant de l'état qu'à Saint-Dizier	15
Recommandation 1	16
Afin de préserver les liens familiaux et favoriser la sortie du patient, les mineurs et les adultes hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat doivent accéder à une hospitalisation de proximité dans les mêmes conditions que les autres patients en soins sans consentement.	
Recommandation 2	18
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention.	
3.2. Le budget de l'établissement est excédentaire du fait des postes médicaux et non-médicaux vacants	18
3.3. Les récents recrutements permettent une relative stabilisation de l'activité, même si le recours aux médecins associés est fréquent et que des vacances de poste persistent	19
Recommandation 3	21
Des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, dans un cadre confidentiel non hiérarchique, sur leur vécu et leurs pratiques.	
3.4. L'établissement porte une attention particulière au traitement des événements indésirables et aux mesures correctives	21
3.5. Le comité d'éthique, instance dynamique, connue des agents et des usagers de l'établissement, facilite la réflexion sur les pratiques professionnelles.....	23

Bonne pratique 1	24
Le dynamisme du comité d'éthique et son ouverture sur l'extérieur concourent à l'amélioration des pratiques professionnelles dans l'intérêt des patients.	
4. LES MODALITES D'ADMISSION	25
4.1. L'accueil en urgence néglige parfois l'évaluation somatique et pâtit de l'aléatoire disponibilité de l'équipe de liaison	25
Recommandation 4	25
Le CHHM doit engager une refonte de l'organisation du transport des patients entre les établissements sanitaires afin de ne pas retarder leur prise en charge.	
Recommandation 5	26
Afin d'éviter les pertes de chance, les patients pris en charge par les services d'urgence doivent bénéficier systématiquement d'un bilan somatique.	
Recommandation 6	27
Au sein des services d'accueil en urgence, seuls les membres de l'équipe médicale et paramédicale sont habilités à participer à la mise en place de la contention. La mesure initiale de contention ne peut être prise pour une durée excédant six heures. Les patients placés sous contention doivent bénéficier d'au moins deux évaluations médicales par vingt-quatre heures et d'une appréciation de leur état psychique par les équipes soignantes au moins toutes les heures.	
Enfin, chaque service de l'établissement 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 l'ayant surveillée.	
4.2. L'établissement ne comptabilise et donc n'analyse pas son activité en soins sans consentement.....	27
Recommandation 7	29
L'activité d'accueil des patients en soins sans consentement doit être recensée et analysée.	
Recommandation 8	30
Le recours aux procédures dérogatoires (soins en cas de péril imminent et soins à la demande d'un tiers en urgence) doit être quantifié et rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement.	
4.3. L'information des patients sur les motifs de leur hospitalisation et les droits afférents n'est pas pleinement assurée	30
Recommandation 9	31
Le livret d'accueil et les règles de fonctionnement des unités doivent être retravaillés afin d'inclure des informations synthétiques, fiables et accessibles sur les droits.	
Recommandation 10	32
Les personnes hospitalisées en soins sans consentement doivent pouvoir prendre connaissance des raisons qui motivent les décisions les concernant et accéder sans délai aux certificats médicaux qui s'y rattachent. Elles doivent être informées de l'ensemble de leurs droits après chaque décision.	
La notification des décisions doit se dérouler de façon confidentielle. Une traçabilité rigoureuse doit être assurée, y compris en cas de notification différée des décisions comme des droits.	
5. LES CONDITIONS DE VIE.....	33
5.1. Les patients en soins sans consentement sont hébergés dans des locaux, sinon de qualité, en tous cas en bon état de maintenance	33

Recommandation 11	33
Toutes les chambres doivent disposer d'un verrou de confort. La température des chambres et des locaux doit être abaissée, pour le confort de tous.	
5.2. L'hygiène des patients est assurée	34
Bonne pratique 2	34
L'établissement met à disposition de tous les patients un service gratuit de lavage de leurs vêtements et un vestiaire complet si besoin.	
5.3. Les biens des patients, tout en restant accessibles, sont suffisamment protégés	34
5.4. L'établissement est attentif à la qualité comme à la convivialité des repas.....	35
Bonne pratique 3	36
Les familles sont autorisées à partager le repas en salle à manger avec le patient, après avoir averti de leur venue.	
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	37
6.1. Les unités accueillant les patients en soins sans consentement sont fermées et les sorties majoritairement accompagnées.....	37
Recommandation 12	38
L'admission en soins sans consentement ne doit pas entraîner systématiquement un hébergement en unité fermée, qui ne doit résulter que de l'état clinique du patient. Un fonctionnement ouvert des unités pouvant accueillir des patients en SSC doit être envisagé.	
Bonne pratique 4	38
L'établissement s'est doté d'une équipe d'auxiliaires de soins, bénéficiant d'une formation d'aide-soignant, qui permet une gestion mesurée des incidents.	
6.2. Les restrictions à la vie quotidienne sont limitées et individualisées	38
6.3. Les communications avec l'extérieur sont facilitées	39
Recommandation 13	39
Afin de faciliter l'information et les communications, un accès à des postes informatiques reliés à Internet et à un réseau Wifi doit être possible.	
6.4. L'exercice du droit de vote n'est pas protocolisé.....	40
6.5. L'information sur l'accès aux cultes est insuffisante	40
6.6. La vie sexuelle ne fait pas l'objet d'une discussion institutionnelle et individuelle.....	40
Recommandation 14	40
Une réflexion institutionnelle doit être engagée pour que les patients conservent leur liberté sexuelle. Ils doivent bénéficier de mesures d'information et de prévention.	
7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	41
7.1. Les chambres d'isolement de l'unité des Iris sont indignes	41
Recommandation 15	42
Les chambres d'isolement de l'unité des iris doivent être équipées d'une fenêtre donnant sur l'extérieur, de mobilier adapté, d'un point d'eau et de sanitaires individuels directement et constamment accessibles au patient, lequel doit pouvoir accéder à un espace extérieur.	
La chambre d'isolement de l'unité Maine de Biran (2 ^{ème} étage) doit disposer d'un point d'eau et les toilettes doivent être équipées d'un abattant et d'une lunette. Les patients doivent pouvoir accéder à un espace extérieur.	

7.2. Les mesures d'isolement ne prennent place qu'en espace dédié et ne sont mises en œuvre qu'en cas d'échec des alternatives	43
Bonne pratique 5	43
Le plan de prévention partagé élaboré conjointement avec le patient dans les jours qui suivent son admission permet de prévenir les situations de crise en demandant à l'intéressé ce qui est à mettre en œuvre pour l'aider à s'apaiser et favorise l'alliance thérapeutique.	
Recommandation 16	44
Toutes les unités doivent disposer d'un espace d'apaisement.	
7.3. Les données du registre d'isolement et de contention sont exploitées trimestriellement et la politique de réduction de ces pratiques est pertinente	44
Bonne pratique 6	46
L'établissement a instauré une analyse trimestrielle du registre d'isolement et de contention et s'est doté de nombreux indicateurs de suivi lui permettant de s'emparer des mesures qui ne respectent pas les termes de la loi ou qui dépassent la durée de 48 h pour l'isolement et 6 h pour la contention dans l'objectif d'interroger systématiquement la pertinence de leur maintien.	
Les alertes lancées hebdomadairement par le médecin du département d'information médicale, relayées au besoin dans les unités, la détermination de l'impact des mesures alternatives sur le taux d'isolement et de contention et la formation des soignants aux techniques de désescalade ont permis de sensibiliser les équipes aux problématiques propres à l'isolement et à la contention ainsi qu'à leur traçabilité pour progressivement construire une culture du moindre recours à ces mesures et en faire diminuer les taux.	
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	48
8.1. La commission des usagers joue son rôle mais l'association directe des usagers ainsi que les activités de la commission départementale des soins psychiatriques sont encore limitées	48
Recommandation 17	48
La commission départementale des soins psychiatriques doit se réunir au moins une fois par trimestre et visiter au moins deux fois par an l'établissement, en tenant compte du fait que les patients sans consentement sont accueillis sur deux sites distincts.	
Elle doit pouvoir accéder sans délai au registre des mesures d'isolement et de contention.	
La participation des psychiatres membres aux travaux de la commission doit être régulière.	
8.2. Le registre de la loi est tenu mais certaines informations font défaut et son contrôle par les autorités qui en ont la responsabilité est très insuffisant	49
Recommandation 18	50
Le registre de la loi doit être tenu à jour quotidiennement et comporter systématiquement l'ensemble des mentions prévues par le code de la santé publique.	
Recommandation 19	50
Les autorités compétentes, et notamment le préfet, le président du tribunal judiciaire ainsi que le maire, sinon leurs représentants respectifs, doivent, au même titre que le procureur et la commission départementale de soins psychiatriques, assurer annuellement le contrôle du registre de la loi.	
8.3. Le contrôle du juge des libertés et de la détention est effectif	50
9. LES SOINS	52

9.1. L'accès aux soins psychiatriques bénéficie de la grande disponibilité des équipes médicales et soignantes et de l'offre étoffée d'activités thérapeutiques	52
Recommandation 20	57
Des réunions soignants-soignés doivent être organisées dans chaque unité.	
9.2. L'accès aux soins somatiques, aisé aux Iris, rencontre des obstacles sur l'unité Maine de Biran.....	57
Recommandation 21	57
L'intervention des médecins généralistes au sein des unités de Maine de Biran doit être réorganisée de manière à offrir aux patients un accès à des examens somatiques réguliers, respectueux des enjeux liés à l'hospitalisation en soins sans consentement.	
Recommandation 22	58
Les patients atteints de troubles psychiatriques doivent bénéficier des mêmes prises en charge médicales que la population générale.	
9.3. La recherche du consentement est partiellement intégrée dans la prise en charge des soins	59
Recommandation 23	60
La prescription des injections de psychotrope en « si besoin » doit être proscrite, a fortiori en ce qui concerne les enfants. Seul le médecin est habilité à examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de son état clinique, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.	
9.4. Les sorties d'hospitalisation sont anticipées et accompagnées mais la situation de certains patients dits « au long cours » est préoccupante	60
Recommandation 24	60
Le collège des professionnels doit se réunir systématiquement pour entendre le patient, recueillir ses observations et les mentionner dans l'avis.	
Recommandation 25	62
L'unité accueillant des patients en soins dits « au long cours » doit se doter d'un projet de service, favorisant les projets de réinsertion et les partenariats extérieurs ouvrant des perspectives de prises en charge autres qu'en hospitalisation complète.	
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	63
10.1. La qualité de la prise en charge des patients détenus, semblable aux autres patients en soins sans consentement, est compromise par le manque d'informations communiquées par la maison d'arrêt.....	63
Recommandation 26	63
Pour la prise en charge d'une personne détenue pendant son hospitalisation, l'établissement pénitentiaire doit remettre aux soignants du CHHM une fiche de liaison comportant des éléments compréhensibles, utiles et complets de façon à mettre en œuvre son droit au maintien des liens familiaux. Le respect des droits de la personne détenue doit être assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre : le patient doit pouvoir se vêtir et user de ses effets personnels, dont il doit se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire.	
10.2. L'unité pour adolescents souffre d'une équipe soignante instable et d'un déficit médical qui entraîne un recours excessif aux prescriptions « si besoin ».....	64

Recommandation 27	65
Pour assurer la sécurité des enfants et des soignants, l'effectif de nuit à Modado doit être composé d'au moins deux agents. Cette unité doit bénéficier d'une équipe stable et d'un personnel médical et non-médical en nombre suffisant et suffisamment formé à la prise en charge spécifique des enfants.	
Recommandation 28	67
Les chambres de l'unité pour adolescents doivent être équipées d'un verrou de confort et des travaux doivent être réalisés en vue d'agrandir les espaces, notamment ceux des professionnels, afin de favoriser la qualité de la prise en charge des enfants.	
Recommandation 29	69
Dans l'intérêt de l'enfant, toute admission ou nouvelle admission à la demande des représentants légaux doit faire l'objet d'une demande spécifique, signée par les deux parents lorsque l'exercice de l'autorité parentale est conjoint. Lorsqu'un seul parent est titulaire de l'autorité parentale, l'autre parent doit être informé de la mesure sauf à avoir été privé de ce droit par un juge. De même, l'aide sociale à l'enfance ne peut se substituer à l'autorité parentale, sauf jugement la déléguant à ce service. À cette fin, les établissements doivent s'assurer de l'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale.	
Recommandation 30	69
Les hospitalisations sur ordonnance de placement provisoire doivent, conformément aux dispositions légales, se fonder sur un avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement.	
Bonne pratique 7	70
La remise d'un emploi du temps permet à l'enfant de se projeter sereinement dans sa semaine et permet d'organiser au mieux son hospitalisation.	
Recommandation 31	71
Les mesures d'isolement et de contention d'un mineur hospitalisé en soins libres sont dépourvues de base légale. Considérant en outre que de telles mesures sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant, elles doivent être proscrites, y compris pour les enfants placés en SDRE.	
ANNEXES	72

Rapport

Contrôleurs :

- Clara Benhamou, chef de mission ;
- Marie-Agnès Credoz ;
- Agnès Lafay ;
- Antoine Meyer ;
- Marie Pinot ;
- Isabelle Servé ;
- Marie-Christine Boutrais, stagiaire ;
- Mathilde Gerrer, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Haute-Marne (CHHM) du 5 au 12 février 2024. Il s'agissait d'une deuxième visite, un précédent contrôle ayant été réalisé du 8 au 12 février 2016².

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 5 février 2024 à 14h00. Ils l'ont quitté le 9 février 2024 à 12h00. La visite avait été annoncée le jeudi précédant la visite à la direction et, le jour de la visite, à la préfète de la Haute-Marne, au maire de Saint-Dizier, à la directrice de l'antenne départementale de l'agence régionale de santé (ARS) du Grand Est, au président et au procureur du tribunal judiciaire (TJ) de Chaumont ainsi qu'à la bâtonnière.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général par intérim du groupe hospitalier territorial et la directrice des soins. Une réunion, regroupant une douzaine de professionnels des différents services concernés par le contrôle, a permis de présenter la mission. Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition dès leur arrivée. Des affiches signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont également pu se rendre au service des urgences de l'hôpital général de Chaumont³ et celui de Saint-Dizier⁴.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) au tribunal judiciaire de Chaumont.

² CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de la Haute-Marne, fév. 2016.

³ Centre Hospitalier de Chaumont, 2 rue Jeanne D'arc, 52000 Chaumont.

⁴ Centre Hospitalier de Saint-Dizier, 1 rue Albert Schweitzer, 52100 Saint-Dizier.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 12 février 2024 à 14h15, en présence de la directrice déléguée de l'établissement et d'une trentaine de professionnels exerçant sur le site de Saint-Dizier. Des professionnels exerçant au centre médical Maine de Biran étaient également présents par visioconférence.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été transmis le 7 juin 2024 à la directrice du CHHM, aux autorités judiciaires, au préfet et à l'agence régionale de santé. La direction du centre hospitalier n'a pas émis d'observations littérales en retour mais a transmis un tableau de suivi des actions correctives mises en œuvre, distinguant celles finalisées et en cours, annexé au présent rapport, qui seront appréciées dans le cadre d'une visite ultérieure de suivi des recommandations. Les autres autorités n'ont pas répondu.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Une précédente visite s'était déroulée du 8 au 12 juillet 2013, donnant lieu à une dizaine de bonnes pratiques dont deux ne sont plus d'actualité :

- « *L'existence d'un guide de la bientraitance est une initiative à saluer ; il convient cependant de s'assurer qu'il irrigue réellement les pratiques professionnelles* » : ce guide n'est plus transmis aux soignants ;
- « *Pour les patients adultes, l'accès au téléphone est facilité et sous contrôle médical. Pour les patients mineurs, l'accès au téléphone est possible et contrôlé. L'absence de point phone dans les unités Brassens et Modado est compensée partiellement par un accès facilité aux téléphones utilisés par le personnel soignant* » : cette pratique n'est plus d'actualité, l'accès au téléphone n'étant plus limité.

Les autres bonnes pratiques perdurent :

- « *La création de l'équipe des auxiliaires de soins, capable d'intervenir en tout temps en soutien du personnel soignant, est une bonne pratique à souligner* » ;
- « *L'établissement offre une réelle écoute aux représentants des usagers, qui sont effectivement force de proposition au sein de la commission des usagers* » ;
- « *Avant les repas, la dispensation des médicaments est assurée dans les meilleures conditions au centre médical Maine de Biran : l'utilisation de la salle "atelier cuisine" qui jouxte la salle à manger permet à un infirmier de recevoir individuellement et confidentiellement chaque patient et de lui remettre ses médicaments* » ;
- « *Le linge personnel peut être lavé par le centre hospitalier de la Haute-Marne. Le livret d'accueil en précise les modalités* » ;
- « *La prise en charge des patients détenus se fait à l'identique de celle des autres patients en fonction de leur état clinique. Cette bonne pratique est suffisamment rare pour être signalée* » ;
- « *Les portes des salles d'eau du second étage du centre médical de Maine de Biran, du pôle de Langres, sont équipées de verrous utilisables depuis l'intérieur. Cette disposition matérielle mérite d'être étendue à l'ensemble des salles d'eau du centre médical* » : cette pratique reste inchangée dans toutes les unités ;
- « *Au centre médical de Chaumont, l'activité du personnel soignant est organisée de façon à ce que chaque pôle puisse faire accompagner en ville un patient qui aurait besoin de faire des courses. Cette disposition participe à l'autonomisation des patients* » ;
- « *Le volume et la qualité des activités thérapeutiques prescrites aux patients hospitalisés au centre médical de Chaumont, tant au sein du centre médical qu'à l'extérieur, sont à citer en exemple ; elles visent à socialiser les patients et participent au respect de leur dignité* ».

Une quarantaine de recommandations avaient été émises, parmi lesquelles 26 ne sont plus d'actualité en raison d'une évolution des pratiques au sein de l'établissement. Néanmoins, une quinzaine de recommandations demeurent valables :

- « *Les personnes en hospitalisation complète sont dirigées vers les sites de Saint-Dizier et de Chaumont. Celles en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État*

sont hospitalisées systématiquement à Saint-Dizier. Seul Saint-Dizier dispose d'une unité ouverte pour accueillir des patients en hospitalisation complète. Des dispositions doivent être prises pour favoriser les liens familiaux, notamment pour les patients de Langres et de Chaumont » : cette situation est toujours d'actualité concernant les patients accueillis sur décision du représentant de l'État ;

- « Les autorités, qui ont l'obligation de s'assurer que les conditions d'hospitalisation des malades sont conformes au respect de leurs droits fondamentaux, doivent mettre en œuvre leur obligation de visite » ;
- « Il convient de vérifier que le demandeur à l'admission d'un mineur est effectivement son représentant légal. En cas de placement préalable de l'enfant, il convient de vérifier la nature de ce placement et son incidence éventuelle sur l'exercice de l'autorité parentale » ;
- « Le circuit de notification des décisions prises par le préfet doit être amélioré afin d'assurer un contrôle des dites notifications au sein de l'hôpital » ;
- « Le règlement intérieur général est à compléter pour prendre en compte les lois récentes sur la santé. Une réflexion doit être lancée sur l'uniformisation des règlements propres à chaque unité ; il conviendra que les modalités de modification et d'approbation de ces derniers règlements soient de même nature que le règlement intérieur général » ;
- « Une formation du personnel assurant l'accueil des visiteurs et des standardistes à la garantie du respect de la vie privée et à la confidentialité absolue des informations concernant tout patient est à mettre en place » ;
- « Outre la nécessité d'afficher la liste des avocats, il convient que le patient ait un accès plus complet aux droits découlant de sa convocation à l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD) » ;
- « Davantage de concertation entre les mandataires permettrait une harmonisation des modalités de suivi des mesures de protection » ;
- « Il conviendrait d'engager une réflexion sur la gestion de la sexualité des patients, notamment pour ceux dont l'hospitalisation est de longue durée » ;
- « Lors de la procédure d'admission, il serait nécessaire de demander aux patients s'ils souhaitent demander la visite de l'aumônerie. En ce qui concerne les mineurs, il serait nécessaire de demander à la personne titulaire de l'autorité parentale si la visite de l'aumônerie est demandée » ;
- « Sur le site de l'hôpital André Breton, l'accès des patients à la cafétéria n'est pas possible pendant les week-ends et les jours fériés, alors que les visites sont nombreuses et les activités thérapeutiques réduites ou inexistantes. Une réflexion doit être conduite en relation avec celle sur le maintien d'un accompagnement systématique des patients sans motivation thérapeutique » ;
- « Il convient de réaménager les chambres d'isolement ne disposant pas de fenêtre ni de sonnette d'appel, ni de toilettes. Il convient de changer les lits métalliques au profit de lits en mousse, comme c'est le cas de Maine de Biran, et de prévoir une pendule » : cette situation est toujours d'actualité aux Iris ;
- « Si le protocole établi entre la maison d'arrêt et le centre hospitalier prévoit que le patient détenu peut recevoir des visiteurs dans des conditions précises comme prévu par

l'article 35 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, il ne prévoit pas la possibilité de téléphoner, ni de correspondre par courrier ni de dialoguer avec un avocat comme cela est prévu par les articles 25, 39 et 40 de cette même loi. Ces droits doivent être ajoutés » ;

- *« Il doit être mis fin à l'utilisation des prescriptions de contention « si besoin » par les aides-soignants la nuit dans l'unité les Lilas » : cette situation est toujours d'actualité dans les unités fermées et à Modado ;*
- *« Globalement, les locaux sont propres et conviviaux, mais le manque d'espace est crucial : ils suscitent des tensions (l'étude des événements indésirables montre qu'un quart des dégradations concerne Modado ; les violences y sont nombreuses) et nuisent à la disponibilité des équipes et à la qualité de la prise en charge. Il conviendrait de fournir à cette unité, qui accueille des adolescents, l'espace nécessaire à leur prise en charge » ;*
- *« Il conviendrait de stabiliser l'équipe soignante de Modado et de parfaire sa formation, voire de diversifier les compétences pour répondre à la diversité des profils des patients ; il serait également opportun d'établir des fiches de poste. Il convient que l'équipe bénéficie d'une présence médicale continue, de nature à garantir l'existence d'un projet de soins adapté et son respect par l'équipe soignante » : cette situation est toujours partiellement d'actualité ;*
- *« Il serait nécessaire que chaque patient puisse disposer dans sa chambre d'une table individuelle. Les salles d'eau pourraient être équipées de patères et, au moins pour celles utilisées par deux patients, les douches devraient être isolées du reste de la salle d'eau » : cette situation est toujours partiellement d'actualité.*

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1. SEUL ETABLISSEMENT AUTORISE EN PSYCHIATRIE SUR LE DEPARTEMENT, LE CHHM NE PERMET L'HOSPITALISATION COMPLETE DES ENFANTS ET DES PATIENTS EN SOINS SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT QU'A SAINT-DIZIER

3.1.1. L'offre de soins

Le Centre Hospitalier de la Haute-Marne (CHHM) est le seul établissement psychiatrique, public comme privé, sur le département de la Haute-Marne qui recense 171 798 habitants et une variation annuelle moyenne de la population de - 0,8 %⁵. C'est aussi le seul établissement habilité à recevoir des patients en soins sans consentement (SSC) sur le territoire. Il recouvre trois secteurs de psychiatrie adulte, celui de Saint-Dizier, celui de Chaumont et celui de Langres, et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui recouvrent le Nord et le Sud du département. L'activité du CHHM est répartie sur plusieurs sites dont les principaux sont à Saint-Dizier, à Chaumont et à Langres. Il est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Cœur Grand Est qui réunit huit établissements⁶ de santé de la Meuse, de la Marne et de la Haute-Marne, qui desservent une population de 287 000 habitants.

L'établissement comprend 346 lits et 305 places dont 163 places en hôpital de jour, 26 places en accueil de jour et 116 places en centres d'action médico-social précoce (CAMSP). Il est organisé en quatre pôles :

- psychiatrie adulte ;
- gériatrie et soins de réadaptation ;
- prise en charge des enfants et des adolescents ;
- pharmacie, hygiène et imagerie.

L'offre de soins en extra-hospitalier se situe à Joinville, Wassy, Langres, Chaumont et Saint-Dizier et est composée d'une vingtaine de structures d'accueil dont trois à Langres, sept à Chaumont, douze à Saint-Dizier, une à Wassy et une à Joinville. Onze de ces structures sont dédiées à la prise en charge des enfants et adolescents. Cette offre comprend :

- neuf centres médico-psychologiques (CMP) ;
- neuf centres d'aide thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- neuf hôpitaux de jour ;
- un accueil familial thérapeutique (4 lits) ;
- une structure d'appartements thérapeutiques ;
- deux CAMSP ;
- deux accueils de jour ;
- une structure de visites à domicile dans le cadre de la prise en charge de la précarité.

Le centre hospitalier de la Haute-Marne assure également la prise en charge des urgences psychiatriques et pédopsychiatriques par la mise en place de la psychiatrie de liaison dans les

⁵ Données INSEE.

⁶ CH de Verdun Saint-Mihiel, CH de Bar-le-Duc Fains-Véel, CH de la Haute-Marne, CH de Joinville, CH de Montier-en-Der, CH de Saint-Dizier, CH de Vitry-le-François, CH de Wassy.

centres hospitaliers de Saint-Dizier et de Chaumont en semaine et par l'astreinte opérationnelle les soirs, et les fins de semaine (cf. § 4.1).

Une offre de soins en intra-hospitalier est proposée sur les sites de l'hôpital André Breton à Saint-Dizier qui accueille des patients depuis 1824 et au centre médical Maine de Biran à Chaumont qui a été construit en 1992. Leur implantation n'a pas changé depuis le dernier contrôle. L'hôpital André Breton se compose d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (42 lits), l'unité de soin de suite et de réadaptation (SSR) (42 lits) et l'unité de soin longue durée (USLD) (43 lits, dont 8 lits d'EHPAD) et une maison d'accueil spécialisée (MAS) (57 lits). L'unité de soin de suite et de réadaptation en addictologie doit rouvrir en avril 2024 et avait fermée faute de professionnels.

La psychiatrie adulte dispose de 145 lits répartis en six unités dont quatre se trouvent à l'hôpital André Breton et les deux dernières au centre médical Maine de Biran :

- l'unité « les Iris » : 22 lits, dont 14 lits pour les patients en SSC dits « aigus » et 8 lits pour les patients en SSC dits « au long cours », comprenant deux chambres d'isolement et un espace d'apaisement accueille les SSC à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) du secteur de Saint-Dizier et l'ensemble des patients du département hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), ce qui nuit grandement aux liens familiaux des patients du secteur de Langres ou de Chaumont et limite la préparation de leur sortie (cf. § 6.3 et § 9.4) ;
- l'unité « Pinel » : 28 lits, n'accueille que des soins libres ;
- l'unité « Fabrique du pré » : 22 lits, n'accueille que des soins libres ;
- la maison thérapeutique : 10 lits, l'accueil de nuit était fermé au moment du contrôle, faute d'effectifs suffisants. Les patients sont accueillis la nuit à la fabrique du pré ;
- l'unité Maine de Biran (1^{er} étage) : 23 lits, l'unité n'accueille que des soins libres ;
- l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage) : 14 lits et une chambre d'isolement, accueillant uniquement les SSC du secteur de Chaumont et de Langres à la demande du directeur de l'établissement.

Les unités accueillant des patients en SSC sont toutes des unités fermées et aucun patient en soins libres n'est accueilli sur ces unités. Ainsi, l'établissement lie systématiquement le statut de SSC au régime porte fermée des unités (cf. § 6.1).

L'unité Modado à Saint-Dizier est la seule du département à accueillir des mineurs en hospitalisation complète et dispose de 5 lits. Une salle d'apaisement est disponible dans l'unité et les enfants sont isolés dans les chambres d'isolement des Iris en cas de besoin. Au jour de la visite, et depuis plusieurs années, aucun mineur n'était hospitalisé en SDRE. D'après les professionnels, les portes sont fermées pour la sécurité des enfants.

Recommandation 1

Afin de préserver les liens familiaux et favoriser la sortie du patient, les mineurs et les adultes hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat doivent accéder à une hospitalisation de proximité dans les mêmes conditions que les autres patients en soins sans consentement.

Le présent contrôle a porté sur les unités des Iris, Maine de Biran (2^{ème} étage) et Modado ; les unités Pinel et Fabrique du pré n'accueillant que des patients en soins libres, les contrôleurs se sont simplement assurés qu'il n'y avait pas de restrictions de droits au sein de ces unités.

3.1.2. Le projet médical

Le GHT Cœur Grand Est dispose d'un projet d'établissement 2019-2023 qui comprend, dans le projet médical partagé, un axe stratégique sur l'amélioration de la prise en charge de la filière santé mentale. Les objectifs retenus pour le CHHM sont les suivants :

- construire une démarche exemplaire de partenariat avec les structures sociales et médico-sociales (notamment suivre la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale) ;
- structurer la filière et le réseau, proposer une offre de soins graduée et de proximité (notamment créer une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé sur le secteur de Chaumont-Langres, établir des conventions pour renforcer la prise en charge de la psycho-gériatrie) ;
- diversifier l'offre de prise en charge pour les enfants et les adolescents (notamment créer une équipe mobile de psychiatrie de l'adolescent et du pré-adolescent en Haute-Marne, réfléchir à l'ouverture de lits d'urgence et de crise en pédopsychiatrie) ;
- respecter les droits des patients (mise à jour de la politique de l'établissement en matière de liberté d'aller et venir, suivre les travaux sur le site de Maine de Biran, créer des espaces d'apaisement sur les unités de psychiatrie de Maine de Biran).

Un contrat de pôle de psychiatrie de la Haute-Marne 2022-2025, signé entre le président du GHT, le président de la commission médicale de groupement et le chef de pôle territorial de psychiatrie, définit des objectifs généraux et fixe en premier lieu la mise en œuvre du projet médical partagé. Des objectifs d'amélioration de la qualité du pôle sont également posés concernant notamment les droits des patients (le bénéfice du respect à l'intimité et à la dignité, l'argumentation de la pertinence des mesures restrictives de liberté) ou encore la mise en œuvre des suivis des événements indésirables. Ces derniers objectifs s'inscrivent également dans la démarche de certification de l'établissement qui a fait l'objet d'une certification sous conditions en début d'année 2023⁷. L'établissement a fait appel à un prestataire extérieur en vue d'être accompagné dans la certification.

Cependant, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2018-2023 (CPOM) de l'établissement ne comporte aucun indicateur spécifique des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en SSC ni des pratiques d'isolement et de contention.

⁷ Du fait notamment de l'insuffisante information des patients sur certains de leurs droits, de l'insuffisante maîtrise des bonnes pratiques de prescription et de réévaluation des contentions, du défaut de traçabilité de la surveillance et des risques spécifiques concernant les points de contention, de la persistance de prescription d'isolement en « si besoin », de l'insuffisante culture de l'évaluation par les équipes et de la non-conformité des chambres d'isolement et de leur présence persistante en unité libre. En 2021, l'établissement n'avait pas été certifié.

Recommandation 2

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention.

3.2. LE BUDGET DE L'ETABLISSEMENT EST EXCEDENTAIRE DU FAIT DES POSTES MEDICAUX ET NON-MEDICAUX VACANTS

Le budget global du CHHM comprend notamment le budget de la psychiatrie (budget principal), l'unité de soin longue durée (USLD), l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la maison d'accueil spécialisée (MAS) et le centre d'action médico-social précoce (CAMSP).

Les dépenses principales du CHHM étaient en 2023 de 48 694 957 euros dont 38 032 575 euros sont consacrés à la masse salariale, soit 78,1 %. Ces dépenses sont minorées par les postes médicaux (16), d'infirmiers (4 dont 2 affectés à la nouvelle équipe mobile de pédopsychiatrie) et de psychologues (4) vacants.

Les recettes principales étaient, en 2023, de 49 506 081 euros. Elles sont principalement issues de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 34 154 727 euros. Aucune activité annexe n'est facturée en tarification à l'activité. Les autres produits (indemnités journalières, prestations, etc.) sont de 6 768 127 euros se composant notamment des prestations de service du personnel à hauteur de 3 525 509 d'euros, d'environ 1 000 000 d'euros de remboursement des budgets annexes et d'environ 2 000 000 d'euros de produits de la tarification en hospitalisation complète ou incomplète non prise en charge par l'assurance maladie et du forfait journalier.

Le fonds de roulement s'élevait à environ 12 000 000 d'euros en 2023 s'expliquant par des postes non pourvus depuis plusieurs années et l'absence d'investissement majeur. La dette s'élevait en 2023 à 1 896 412 d'euros, sans emprunt toxique. L'établissement prévoit l'extinction de cette dette en 2029. De nouveaux emprunts sont prévus en 2025 et sont en attente de l'approbation de l'agence régionale de santé (ARS). En effet, le plan global de financement pluriannuel de 2024 à 2028 prévoit un endettement d'environ 6 000 000 d'euros avec un taux d'endettement soutenable. Cet endettement est à mettre en perspective avec le plan pluriannuel immobilier 2024-2029 prévoyant des opérations majeures à hauteur de 12 000 000 d'euros en vue de notamment réhabiliter les unités sur Maine de Biran et de restructurer les chambres d'isolement des Iris, outre une éventuelle extension du bâtiment de Modado afin de créer trois nouvelles chambres. Environ 8 000 000 d'euros sont consacrés aux investissements courants, notamment la transformation de la chambre d'isolement en salle d'apaisement sur l'unité Pinel. Ce montant comprend une enveloppe de 180 000 euros attribuée par le GHT pour le pôle psychiatrie, pharmacie, hygiène, gériatrie et SMR.

Le budget permet d'offrir aux professionnels une offre de formations variées (cf. § 3.3). Enfin, chaque service dispose d'une enveloppe destinée à financer des activités et des sorties, enveloppe allant selon les unités de 3 650 euros à 6 600 euros par an (cf. § 9.1).

3.3. LES RECENTS RECRUTEMENTS PERMETTENT UNE RELATIVE STABILISATION DE L'ACTIVITE, MEME SI LE RECOURS AUX MEDECINS ASSOCIES EST FREQUENT ET QUE DES VACANCES DE POSTE PERSISTENT

3.3.1. Les effectifs

a) *Le personnel médical*

Sur le pôle prise en charge des enfants et des adolescents, huit postes de médecins sont vacants dont cinq postes de psychiatres. Une pédopsychiatre est affectée à l'unité Modado, mais est également en charge des soins extrahospitaliers du secteur Nord et de la pédopsychiatrie de liaison. Un psychiatre exerce sur le secteur Sud, mais est âgé de 74 ans. Il va quitter ses fonctions et sera remplacé par un psychiatre à mi-temps. Un stagiaire associé vient d'être recruté sur le secteur Nord. Deux autres recrutements de stagiaires associés sont en cours pour le mois de mars 2024 et seule la pédopsychiatre actuellement en poste sera leur senior, charge particulièrement importante. La présence d'un seul médecin pédopsychiatre dans l'unité Modado a entraîné la fermeture de l'unité à trois reprises durant l'année 2023 sur une durée totale de cinq semaines. Le nombre très important de postes médicaux non pourvus en pédopsychiatrie se répercute nécessairement sur l'organisation de la pédopsychiatrie de liaison, sur la continuité des soins et sur la prise en charge des enfants en ambulatoire, malgré une volonté forte des professionnels de proposer de nouveaux projets médico-soignants (création d'une équipe mobile et de lits de crise sur Modado) (cf. § 10.2).

Le pôle de psychiatrie adulte devrait compter 16 psychiatres, mais ne compte effectivement que 9,1 équivalent temps plein travaillés (ETPT). Deux postes ne sont pas pourvus sur le centre médical Maine de Biran et quatre en psychiatrie générale de Chaumont et de Langres. Trois psychiatres sont praticiens contractuels et un psychiatre est praticien attaché associé. Deux stagiaires associés doivent prendre leur poste en mars 2024. Si certains de ces praticiens partagent leur temps entre l'intra et l'extrahospitalier, la présence médicale est forte dans les unités (cf. § 9.1).

Un stagiaire associé et un professionnel faisant fonction d'interne sont affectés à la médecine générale en psychiatrie, mais restent sous le contrôle d'un senior du pôle SSR, pôle qui est composé de quatre stagiaires associés ou praticiens associés sur neuf professionnels. La continuité des soins somatiques en est particulièrement impactée et la charge des praticiens associés repose sur un nombre limité de praticiens hospitaliers. Par ailleurs, si les somaticiens sont présents à temps plein sur l'hôpital André Breton, les effectifs actuels ne permettent une présence des professionnels qu'à hauteur de 0,6 ETP sur la clinique médicale Maine de Biran, engendrant des difficultés dans la prise en charge des patients (cf. § 9.2).

b) *Le personnel non-médical*

La situation du personnel non-médical s'est stabilisée en 2024 par un recrutement important, passant de 720,9 ETP budgétés à 754,7 ETP dont 21,3 ETP sont non pourvus contre 28,3 ETP en 2023 et 36,5 ETP en 2022. En psychiatrie, quatre postes d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) sont non pourvus, deux en psychiatrie générale sur le secteur de Saint-Dizier et deux sur le pôle prise en charge des enfants et adolescents qui seront affectés à l'équipe mobile de pédopsychiatrie. Six postes de psychologues sont non pourvus sur ces deux pôles, donc quatre sur le pôle enfants et adolescents.

Sur l'ensemble du CHHM, 11,2 % des postes sont des CDI et 10,2 % sont des CDD. En psychiatrie, sur 335 ETPT du personnel non-médical, 47,5 ETPT sont en CDD, soit 14 % des effectifs et 68,2 ETPT sont en CDI soit 20,3 %. Si les contrats en CDI et la titularisation du personnel permettent une certaine stabilisation des équipes, un important changement d'effectif est relevé au sein du CHHM, notamment dans l'unité Modado en pédopsychiatrie où 45 % de l'effectif a moins d'un an d'expérience au sein de l'unité. L'absence de personnel non-médical suffisant a également entraîné sur le CHHM la fermeture du SSRA et de l'accueil de nuit à la maison thérapeutique.

L'établissement a renforcé les équipes en mettant en place un groupe d'auxiliaires de soins en charge de la sécurité tant à l'hôpital André Breton qu'à la clinique médicale Maine de Biran correspondant à 6,5 ETPT (cf. § 6.1). Un pôle support technique et logistique composé d'agents de services hospitaliers (ASH) à hauteur de 11,5 ETPT tourne sur l'ensemble des unités et permet un entretien adapté des locaux (cf. § 5.2).

Le taux d'absentéisme est en baisse étant de 7 % sur l'ensemble du personnel non médical contre 8,5 % en 2022. Il est recouru aux heures supplémentaires pour compenser les absences, au sein de l'unité dans un premier temps, puis via l'application HUBLO dans un second temps. L'application est ouverte à l'ensemble des professionnels du CHHM, à des professionnels extérieurs des centres hospitaliers de Saint-Dizier, de Vitry, de Bar le Dur, de Wassy, à l'EHPAD de Thieblemont et à des vacataires habituels. Sur 1196 missions en 2023, 41 % ont été réalisées par des agents du CHHM, 34 % par des vacataires et 11,7 % par le CH de Bar-le-Duc. 155 missions ont été réalisées aux Iris, 21 à Modado et 6 à Maine de Biran (2^{ème} étage). L'établissement ne fait pas appel à des intérimaires.

3.3.2. Le tutorat, la formation et la supervision

Il n'est pas mis en place de tutorat lors de la prise de poste, seul un binôme est proposé sur deux ou trois jours. Une formation « nouveaux arrivants » est organisée une fois par an, non obligatoire. Un livret d'accueil à destination des professionnels et un livret de rappel des consignes d'hygiène en milieu hospitalier sont remis à l'arrivée. L'établissement développe un livret de suivi des acquis des compétences et souhaite instaurer un tutorat au sein des services, encadré par le cadre de santé. Un tutorat existe déjà pour les cadres.

Le CHHM consacre 2,9 % de sa masse salariale à la formation continue, soit 750 283 euros comprenant notamment la formation continue par pôle, la préparation aux concours, les études promotionnelles, le congé de formation professionnelle et les bilans de compétences. L'ensemble des professionnels estime ne pas avoir de difficulté pour effectuer des formations, sauf pour les éventuelles formations diplômantes qui sont onéreuses et nécessitent un arbitrage. Outre les formations obligatoires (sécurité incendie, formation aux gestes et soins d'urgence, ergomotricité), les formations proposées sont notamment :

- les droits des patients (201 professionnels formés, dont 12 en 2023) ;
- l'isolement et contention thérapeutiques : éthique d'un soin (80 professionnels formés, dont 16 en 2023) ;

- Omega⁸ (99 professionnels formés dont 6 en 2023, plusieurs sessions de formation ayant été annulées) ;
- amélioration de la sécurité, prévention et contrôle des situations de violence (30 professionnels formés en 2023) ;
- bientraitance dans le quotidien des pratiques (26 professionnels formés en 2023) ;
- la crise suicidaire : identifier et prévenir, un double enjeu pour les professionnels de santé (15 professionnels formés en 2023) ;
- initiation à la psychiatrie (62 professionnels formés en 2023) ;
- les troubles de l'attachement et leurs manifestations chez l'enfant et l'adolescent (15 professionnels formés en 2023) ;
- prise en charge de la douleur en psychiatrie (29 professionnels formés en 2023) ;
- certificat infirmier spécialiste des soins en psychiatrie (32 professionnels formés en 2023) ;
- premiers secours en santé mentale (15 professionnels formés en 2023).

Les auxiliaires de soin en charge de la sécurité bénéficient quant à eux d'une formation d'un mois sur le site de Saint-Dizier, de toutes les formations obligatoires, assistent aux formations « initiation à la psychiatrie » « gestion de la violence », outre la formation « nouvel arrivant ». Une inscription dans la formation d'aide-soignant est également proposée et acceptée par l'ensemble des auxiliaires de soin en charge de la sécurité.

De fréquents comités de retour d'expérience (CREX) et des revues morbidité mortalité (RMM) sont réalisés (cf. § 3.4). En revanche, seule l'unité Modado bénéficie d'une supervision. Il est ponctuellement fait appel au psychologue du travail pour des entretiens individuels ou collectifs qui ne peuvent toutefois s'apparenter à une supervision.

Recommandation 3

Des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, dans un cadre confidentiel non hiérarchique, sur leur vécu et leurs pratiques.

3.4. L'ETABLISSEMENT PORTE UNE ATTENTION PARTICULIERE AU TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET AUX MESURES CORRECTIVES

3.4.1. Les événements indésirables

Tout professionnel de l'établissement peut effectuer une déclaration d'événement indésirable (EI) sur le logiciel de gestion des risques utilisé par l'établissement⁹ en renseignant une fiche d'événement indésirable (FEI), y compris de façon confidentielle. Pour inciter le personnel à déclarer un EI, l'établissement a organisé une formation interne consacrée à la gestion des risques. Une charte d'incitation au signalement a été largement diffusée dans laquelle la direction s'engage à ne pas sanctionner un agent qui signale un EI. Les contrôleurs ont constaté

⁸ Gestion et prévention des situations de violence.

⁹ ENNOV® au moment du contrôle, un changement de logiciel étant prévu.

au sein des unités des réflexes partagés de déclaration et un sens commun de l'utilité des FEI pour améliorer la qualité de prise en charge des patients.

La FEI est automatiquement envoyée à la cellule d'analyse des événements indésirables (CAEI) qui se réunit de manière hebdomadaire en présence du médecin coordonnateur de gestion des risques associés aux soins (également médecin du département d'information médicale), d'un responsable qualité et d'un référent qualité¹⁰. Le déclarant reçoit un accusé de réception et peut suivre sur le logiciel les suites données à sa FEI jusqu'à sa clôture.

Les FEI de la semaine N-1, sauf urgence, sont traitées lors de la réunion de la CAEI qui décide d'éventuelles suites à donner : actions correctrices à mener par un service, comité de retour d'expérience (CREX), revue de morbidité et de mortalité (RMM), etc. Afin d'améliorer les circuits, un CREX, utilisant de la méthode Orion¹¹, peut être réalisé lorsqu'un EI est en lien avec les processus logistiques ou techniques. La RMM est choisie pour rechercher les causes d'un EI ayant engendré un risque, y compris potentiel, pour un patient, notamment un suicide, une erreur médicamenteuse, un accident, une fugue et pour mener des actions préventives ou protectrices. Les événements indésirables graves (EIG) font également l'objet d'une RMM dans les trois semaines à compter de leur survenance et sont déclarés à l'ARS. Le compte-rendu de la réunion de la CAEI est diffusé largement et les réponses apportées sont rapides.

Un bilan annuel des EI apporte un grand nombre d'informations relatives au type, au nombre, à la gravité et aux causes des incidents déclarés et aux services concernés. Il constitue une ressource pour l'analyse et le retour d'expérience. Deux fois par an, un bilan des EI est présenté à la commission des usagers (CDU) et cette instance reçoit chaque semaine le fichier Excel des EI analysés lors de la réunion de la CAEI.

En 2022, 343 EI ont été signalés dont 145 en psychiatrie adulte et infanto-juvénile, soit 42,3 %. Sur l'ensemble du CHHM, 9,5 % des EI ont concerné le circuit du médicament et 4,75 % ont concerné des agressions verbales ou physiques par des patients ou des tiers. Ont été organisés 9 CREX/RMM dont trois associés à une déclaration d'EIG sur la plateforme de l'ARS. Deux RMM ont concerné des décès¹².

En 2023, 538 EI¹³ ont été signalés dont 260 en psychiatrie adulte et infanto-juvénile, soit 48,33 %. Les unités contrôlées et visitées par le CGLPL ont rempli 173 FEI. Sur l'ensemble du CHHM, 16 % des EI ont concerné le circuit du médicament et 4,46 % ont signalé des agressions verbales ou physiques par des patients ou des tiers. À ce titre, pendant le second semestre 2023, 8 FEI dont 7 au mois de juin, ont concerné des faits de violence commis sur les soignants par des mineurs hospitalisés à Modado ainsi que la souffrance au travail en résultant (cf. § 10.2). Dix-sept CREX et

¹⁰ Ses membres permanents comprennent des cadres supérieurs de santé, des cadres de santé, un médecin généraliste, une infirmière hygiéniste et, suivant les EI, peuvent être invités en plus les professionnels déclarants et ceux ayant les compétences en lien avec la thématique de l'événement signalé.

¹¹ La méthode Orion® est une méthode d'analyse systémique divisée en six étapes : (i) collecter les données, (ii) reconstituer la chronologie de l'événement, (iii) identifier les écarts, (iv) identifier les facteurs contributifs et les facteurs influents, (v) proposer les actions à mettre en œuvre, (vi) et rédiger le rapport d'analyse.

¹² Le premier est survenu en hôpital de jour, le second concerne un patient hospitalisé à Maine de Biran, transféré au CHU de Dijon.

¹³ Il a été indiqué que l'augmentation des EI de 57 % entre 2022 et 2023 résultait de la politique d'information et d'incitation à la déclaration menée depuis fin 2022.

RMM¹⁴ dont quatre associés à une déclaration d'EIG se sont déroulés. L'un d'entre eux a concerné l'hétéro-agressivité d'un patient aux Iris avec dégradation des locaux et un autre la fugue d'une patiente mineure à Modado. Aucun suicide ou décès suspect n'est survenu.

En 2022 comme en 2023, les catégories professionnelles qui déclaraient le plus étaient celles des IDE puis des cadres de santé, des techniciens hospitaliers et des aides-soignants (AS).

3.4.2. Les plaintes et réclamations

Le livret d'accueil informe les patients des modalités de plainte et de réclamation auprès de la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge¹⁵ ainsi que de la possibilité de saisir la CDU, coordonnées à l'appui. Dans les unités, l'information des patients consiste en un affichage relatif à la CDU et le formulaire de réclamation est mis à leur disposition dans toutes les unités dans un espace commun.

Les patients qui souhaitent porter plainte peuvent être accompagnés par un agent de l'unité au commissariat de police. En 2022 et en 2023, aucun dépôt de plainte par ou contre un patient hospitalisé en SSC n'a été comptabilisé.

En 2022, 16 réclamations ont été recensées dont 14 en psychiatrie, contre 33 en 2023 dont 21 en psychiatrie. Cette augmentation a été expliquée par la communication faite autour de la possibilité de déposer une réclamation.

Un registre informatisé recense les réclamations et mentionne notamment le mode d'expression de la réclamation, l'objet de la demande, le délai et la réponse apportée ainsi que les actions correctrices. Le délai moyen de réponse a été de cinq jours en 2023. Pour exemple, à la suite d'une réclamation reçue en septembre 2023, des tablettes ont été mises à la disposition des usagers et des proches pour favoriser les contacts familiaux par visioconférence. Toutes les réclamations assorties des réponses apportées sont présentées à la CDU quatre fois par an et les représentants des usagers peuvent demander à consulter les dossiers.

3.5. LE COMITE D'ETHIQUE, INSTANCE DYNAMIQUE, CONNUE DES AGENTS ET DES USAGERS DE L'ETABLISSEMENT, FACILITE LA REFLEXION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Lors de leur précédente visite en 2016, les contrôleurs avaient recommandé la mise en place d'un comité d'éthique alors totalement inexistant.

En septembre 2022, deux membres de la direction de l'hôpital ont pris l'initiative « *de remettre en route un comité d'éthique et de favoriser son développement au sein du CHHM* » aboutissant ainsi à l'élaboration d'un règlement intérieur en janvier 2023, texte de référence quant à ses règles de fonctionnement. Instance consultative et non décisionnelle, ce comité s'est donné pour mission de porter une analyse éthique sur des situations réelles exposées par un professionnel, mais aussi sur des problèmes éthiques posés par le fonctionnement de l'établissement. Il s'autorise à formuler des hypothèses et à élaborer des recommandations.

¹⁴ 12 des 17 CREX et RMM ont été décidées en CAEI.

¹⁵ Instance qui n'existait plus au moment du contrôle, légalement remplacée en 2016 par la commission des usagers.

Au jour du contrôle, le comité d'éthique piloté par la directrice des soins et par celle des usagers était composé de 36 personnes¹⁶. Au cours de l'année 2023, le comité d'éthique a reçu et analysé quatre saisines éthiques pour lesquelles il a émis un avis consultatif.¹⁷

Outre ces réunions dont l'objectif principal est de répondre à la question « comment faire pour bien faire », le comité d'éthique propose à tous les cadres de l'établissement et à tous ses membres un visionnage mensuel (webinaire) d'un sujet proposé par la fédération hospitalière de France suivi d'une discussion.

Les comptes-rendus de tous les travaux du comité d'éthique et ceux des webinaires sont diffusés sur le serveur commun à l'ensemble des agents hospitaliers.

Le programme de l'année 2024 prévoit la poursuite d'un webinaire mensuel, la tenue de cinq rencontres d'analyses des saisines, la diffusion d'une « lettre qualité » rappelant l'importance de l'éthique et la nécessité d'avoir un lieu de réflexion pour faciliter l'échange d'opinions. La mission du comité d'éthique et les modalités de sa saisine y sont aussi très clairement rappelées. Enfin, les deux responsables (pilotes) du comité d'éthique ont programmé à l'automne 2024 un colloque qui se tiendra, hors hôpital, à Saint-Dizier, largement ouvert sur l'extérieur avec la participation de l'espace de réflexion éthique du Grand Est (EREGE).

Au cours de leurs échanges, les contrôleurs ont unanimement constaté l'intérêt et les attentes que suscite ce comité pour une amélioration de la bientraitance et du respect des droits des patients.

Bonne pratique 1

Le dynamisme du comité d'éthique et son ouverture sur l'extérieur concourent à l'amélioration des pratiques professionnelles dans l'intérêt des patients.

¹⁶ Infirmiers, diététicienne, psychologue, médecin, orthophoniste, éducatrices, assistante sociale, aumônier, représentant des usagers.

¹⁷ Le 3 avril 2023, il a réfléchi à la place des familles de patients en soins psychiatriques. Le 16 juin 2023, la question de la liberté individuelle d'une personne hospitalisée en SSC a été approfondie avec la saisine d'un cas clinique particulier. Le 21 septembre 2023, le sujet de la sexualité et de la vie intime des patients vivant en MAS a conduit le comité d'éthique, après diffusion d'une vidéo traitant de ce thème, à proposer des pistes de réflexion, notamment la nécessité de créer un groupe de parole avec les résidents et d'inclure la thématique de la sexualité dans les projets de vie des unités. Le 16 novembre 2023, la saisine portait sur le refus d'un médecin psychiatre de mettre en place un nouveau traitement pour une patiente atteinte d'une maladie rare.

4. LES MODALITES D'ADMISSION

4.1. L'ACCUEIL EN URGENCE NEGLIGE PARFOIS L'EVALUATION SOMATIQUE ET PATIT DE L'ALEATOIRE DISPONIBILITE DE L'EQUIPE DE LIAISON

4.1.1. Organisation et moyens

Deux services d'accueil des urgences (SAU) reçoivent les patients susceptibles d'être hospitalisés dans les services du CHHM.

Au sein du SAU de Chaumont, l'évaluation psychiatrique est confiée à un IDE en psychiatrie, présent de 7h00 à 19h00 tous les jours, et à deux le mardi. L'astreinte téléphonique du psychiatre de la clinique médicale de Maine de Biran court, de jour, de 8h30 à 18h30 et de nuit de 18h30 à 8h30. L'IDE et le médecin ont également la charge de la psychiatrie de liaison pour les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) du CH de Chaumont, y compris les patients mineurs. À Saint-Dizier, l'évaluation psychiatrique initiale repose sur deux IDE à temps plein, basés au CMP « Le Point du Jour » situé dans l'enceinte de l'hôpital André Breton. Chaque IDE dispose d'une plage d'une demi-journée pour se déplacer au SAU en cas d'appel. En réalité, les IDE se rendent en binôme au SAU afin de procéder à l'examen des patients et, en cas d'absence de l'un d'entre eux, il est fait appel au renfort d'un IDE de l'unité « la Fabrique du Pré ». Leur disponibilité s'étend de 9h00 à 17h00 du lundi au vendredi. Un psychiatre de liaison accessible de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi intervient en deuxième ligne, après évaluation de l'IDE. La permanence médicale est assurée par le psychiatre d'astreinte, la nuit, les week-ends et les jours fériés. Cette équipe assure également la psychiatrie de liaison pour les services de MCO du CH de Saint-Dizier.

4.1.2. Le parcours du patient

a) À Chaumont

À son arrivée, une fois les formalités administratives effectuées, le patient est reçu par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). En présence d'un risque somatique ou d'un état d'agitation, le bilan clinique initial est effectué par le médecin urgentiste. Devant un tableau psychiatrique classique, il est fait appel, de jour, à l'IDE en psychiatrie qui procède à une première évaluation, réalise un bilan biologique et un électrocardiogramme (ECG). De nuit, ces examens complémentaires sont effectués par les IDE du SAU. Ce n'est qu'après la réception de leurs résultats que le patient est examiné, parfois succinctement, par le médecin urgentiste. De jour comme de nuit, les résultats du bilan paraclinique sont faxés à la clinique Maine de Biran où les IDE de l'unité sollicitent l'avis du psychiatre d'astreinte. Ce dernier charge la secrétaire de la clinique Maine de Biran de proposer un temps de consultation au SAU s'il peut se déplacer ou au sein de la clinique, dans le cas contraire. Dans cette éventualité, il est fait appel à un transporteur sanitaire privé, faute de service ambulancier à l'hôpital, avec des risques avérés d'indisponibilité, surtout entre 16h00 et 20h00, exposant les patients à des attentes de plusieurs heures avant d'être convenablement pris en charge.

Recommandation 4

Le CHHM doit engager une refonte de l'organisation du transport des patients entre les établissements sanitaires afin de ne pas retarder leur prise en charge.

Les patients connus ne sont pas toujours examinés par le psychiatre d'astreinte, et une consultation en CMP est proposée sans délai. Les indications d'hospitalisation relèvent du psychiatre. Les patients en SDRE sont transportés à Saint-Dizier, en ambulance privée, par un équipage constitué de deux IDE de l'hôpital André Breton et d'un chauffeur.

b) À Saint-Dizier

Les patients sont également accueillis par un IAO du SAU puis vus par le médecin urgentiste. De jour, devant un tableau psychiatrique, le SAU appelle les IDE de liaison qui se déplacent au SAU pour évaluer le patient ou plus rarement le faire transférer au CMP. Les observations des IDE en psychiatrie sont portées sur le dossier informatisé du patient (logiciel Cariatides®) et imprimées pour les médecins urgentistes qui les scannent dans le deuxième dossier du patient sous le logiciel DXCare®. Cependant, la disponibilité des IDE de liaison est aléatoire. Ainsi, au moment du contrôle, une demande émanant du SAU est parvenue à l'IDE de liaison à 15h45. Seule au CMP avec la psychologue, elle n'a pu se déplacer pour ne pas laisser seule sa collègue, conformément aux règles de sécurité en vigueur dans l'établissement. Le patient a dû rester à l'unité d'hospitalisation de courte durée pour la nuit avant d'être évalué le lendemain matin par les IDE de liaison. En l'absence d'IDE de liaison en journée, le patient reste au SAU à la charge des urgentistes et du personnel soignant. Le psychiatre de liaison ne voit pas plus le patient avant l'évaluation infirmière en raison de sa charge de travail (cf. § 3.3 et § 9.1). La nuit, si besoin, le médecin urgentiste prend l'avis du psychiatre d'astreinte. Toute indication d'hospitalisation repose sur l'avis du psychiatre de garde. Selon plusieurs témoignages, l'accès au bilan somatique des patients présentant des symptômes psychiatriques est compliqué. En effet, il n'est pas systématiquement réalisé de bilan complémentaire et le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) préfère souvent emmener le patient directement à l'hôpital André Breton sans passer par le SAU, ce que les psychiatres refusent absolument. Les patients adressés au CHHM sans bilan somatique préalable sont alors envoyés au SAU. D'après les professionnels, cette absence d'évaluation somatique constitue une perte de chance pour les patients.

Recommandation 5

Afin d'éviter les pertes de chance, les patients pris en charge par les services d'urgence doivent bénéficier systématiquement d'un bilan somatique.

4.1.3. Les soins sans consentement

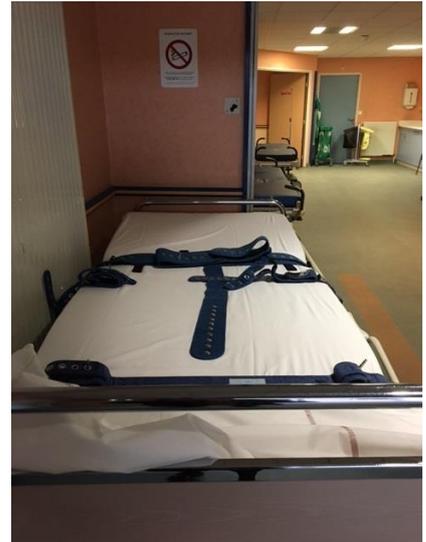
Dans les deux SAU, l'information sur l'admission en SSC est faite oralement par les IDE en psychiatrie lorsqu'ils sont présents et par les psychiatres. Les SAU sont équipés de matériel de contention fixé sur des lits. Il n'est tenu aucun registre d'isolement-contention¹⁸.

À Chaumont, un lit préparé est installé dans le sas accueillant les ambulances. Les patients agités présentant un risque hétéro-agressif sont attachés par l'équipe IDE des urgences, l'IDE en psychiatrie le cas échéant et l'aide de ceux qui l'amènent, policiers parfois et ambulanciers. Les contentions sont aimantées en cinq points. La décision de contention est prise par l'urgentiste.

¹⁸ Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique relatif à la tenue obligatoire d'un registre des isolements et des contentions.

Une fois attaché, le patient est placé dans un box individuel. L'avis du psychiatre d'astreinte est requis pour la conduite à tenir. Les patients sont systématiquement sédatisés. Ces décisions, les prescriptions et le protocole de surveillance sont écrits sur une feuille de papier en raison de l'incompatibilité entre les logiciels du SAU Hôpital Manager® et Cariatides®. Cette feuille est ensuite scannée et intégrée dans les dossiers médicaux informatisés du patient des deux CH.

Au SAU de Saint-Dizier, la contention est également pratiquée avec le même matériel. Elle est décidée par le médecin urgentiste pour vingt-quatre heures avec une surveillance toutes les six heures. Les patients sédatisés sont placés dans des boxes individuels. Les contentions sont posées uniquement par les IDE et les médecins. Tous les IDE disposent d'aimants pour retirer les contentions. De jour, les IDE en psychiatrie et, la nuit, les médecins urgentistes en réfèrent au psychiatre d'astreinte pour solliciter son avis sur la conduite à tenir.



SAU de Chaumont : lit équipé de contention dans le sas d'accueil

Recommandation 6

Au sein des services d'accueil en urgence, seuls les membres de l'équipe médicale et paramédicale sont habilités à participer à la mise en place de la contention. La mesure initiale de contention ne peut être prise pour une durée excédant six heures. Les patients placés sous contention doivent bénéficier d'au moins deux évaluations médicales par vingt-quatre heures et d'une appréciation de leur état psychique par les équipes soignantes au moins toutes les heures.

Enfin, chaque service de l'établissement 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 l'ayant surveillée.

En 2023, le SAU de Chaumont a accueilli 603 patients présentant des troubles psychiatriques : 498 de jour et 105 de nuit. À Saint-Dizier, en 2021, le SAU a recensé 1 013 passages liés à des troubles psychiatriques et 253 dus à des prises de substances toxiques psychoactives sur 25 324 passages et, en 2022, respectivement 1 201 et 391 sur 27 935 passages soit environ 4 % des passages dus à des affections psychiatriques et 1 % en lien avec la toxicomanie.

4.2. L'ETABLISSEMENT NE COMPTABILISE ET DONC N'ANALYSE PAS SON ACTIVITE EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.2.1. L'activité

Il ressort des données produites par l'établissement que la file active des patients majeurs¹⁹ est passée de 676 en 2021, à 648 en 2022 et à 534 en 2023, soit une baisse sur ces trois années de 21 %. La tendance est la même s'agissant de la file active des patients mineurs hospitalisés à

¹⁹ Ces chiffres, tirés du rapport isolement contention 2023, concernent tous les patients majeurs en SL et en SSC.

Modado qui était de 35 en 2021, de 31 en 2022 et de 28 en 2023, soit une baisse de 20 %. Cette baisse ne saurait s'expliquer par la seule baisse démographique du département (cf. § 3.1.1).

Aucun patient mineur n'a été hospitalisé dans les unités de psychiatrie adulte et six personnes détenues de la maison d'arrêt (MA) de Chaumont ont été accueillies aux Iris (quatre en 2022 et deux en 2023) (cf. § 10.1). La durée moyenne de séjour (DMS) est la suivante :

	2022	2023	Évolution
Maine de Biran (1 ^{er} et 2 ^{ème} étages)	21,3	30,8	44 %
Les Iris	27,6	50,6	83 %
Modado	13,7	16,8	22 %

Les chiffres figurant dans ce tableau doivent être lus à la lumière des évolutions qu'ont connues les unités. Depuis le 14 novembre 2022, le 1^{er} étage de l'unité Maine de Biran comporte 23 lits pour des patients uniquement en SL et son 2^{ème} étage en comporte 10 pour les patients en SSC, puis 12 depuis le 16 août 2023. En cas de besoin, sa capacité peut être portée à 14 lits. Depuis le 22 novembre 2022, l'unité des Iris est une unité n'accueillant que des patients en SSC et, au moment du contrôle, 8 de ses lits étaient occupés par des patients dits chroniques, hospitalisés depuis plus de 292 jours. Il s'agit là de facteurs à même d'expliquer l'augmentation de 83 % de la DMS dans cette unité entre 2022 et 2023. À l'inverse, on constate que la DMS des patients hospitalisés au sein de l'unité Pinel, qui est devenue une unité n'accueillant que des patients en SL depuis le 11 novembre 2022, a diminué de 45 %.

L'établissement ne connaît pas de situation de suroccupation²⁰ et les chambres hôtelières sont conservées pendant les mesures d'isolement (cf. § 7.1) et réservées pendant les permissions de sortie des patients. L'état des lits disponibles est établi deux fois par jour par le bureau des admissions et transmis notamment aux services des urgences, à la directrice des soins, à l'administrateur de garde, aux cadres de santé et à la plate-forme des personnes âgées. Pour préparer la garde du week-end, l'état des lieux du vendredi est dressé à l'issue d'une réunion des cadres de santé des différentes unités.

Taux d'occupation installé ²¹			
	2022	2023	Évolution
Maine de Biran (1 ^{er} et 2 ^{ème} étages)	81 %	90 %	11 %
Les Iris	87 %	95 %	9 %
Modado	13,7 %	16,8 %	22 %

Il peut arriver que le CHHM n'ait pas de lits disponibles. Dans ce cas, le cadre de santé des urgences ou l'administrateur de garde recherche un lit, en priorité dans un établissement appartenant au GHT Cœur Grand Est²², à défaut dans les établissements alentours (Chalons,

²⁰ Il ressort d'une FEI du mois de juin 2023 qu'un patient en SDRE a été adressé à un autre centre hospitalier en raison du refus du médecin de l'accueillir en CI porte ouverte pour pallier l'absence de lit disponible.

²¹ Il est calculé au regard du nombre de lits effectivement ouverts dans l'unité en question.

²² Le périmètre du GHT pour la filière psychiatrie rassemble trois entités principales : le CH de la Haute-Marne, le CH spécialisé de Fains-Veel, le service de psychiatrie et le service de pédopsychiatrie du CH de Verdun.

Dijon, Sarreguemines, etc.), avec engagement de reprendre le patient dès qu'un lit se libère. Il arrive également, à l'inverse, que l'établissement accueille un patient extérieur. Le projet d'engager un cadre de santé pour occuper la fonction de « Bed Manager » pour l'ensemble du GHT était acté au moment du contrôle.

4.2.2. L'activité relative aux soins sans consentement

Au moment du contrôle, l'établissement ne connaissait ni n'analysait les données concernant l'évolution des prises en charge en SSC et les différents statuts d'hospitalisation.

Recommandation 7

L'activité d'accueil des patients en soins sans consentement doit être recensée et analysée.

À la demande des contrôleurs, les données relatives à l'ensemble des prises en charge à temps complet ont été produites, permettant de quantifier l'activité en SSC :

	Nb de patients en SSC	Nb de patients en SL	NB de patients	Taux de patients en SSC
2022	221	609	719	31 %
2023	193	496	596	32 %

Selon ces chiffres, la proportion de personnes hospitalisées en SSC est légèrement supérieure à la moyenne nationale qui est de 26 %²³. Les types de prises en charge à temps complet sont les suivants :

	2022	2023
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)	23	13
Personnes jugées pénalement irresponsables	4	2
Ordonnance de placement provisoire	2	3
Détenus	4	2
SPDT (soins sur demande d'un tiers)	100	92
SPI (soins pour péril imminent)	93	87
Total des prises en charge à temps complet	221	193

Ces chiffres demeurent incomplets dans la mesure où la distinction entre soins à la demande d'un tiers (SPDT) et soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) n'a pas été faite. Or, cette dernière procédure est, avec celle des soins en péril imminent (SPI), dérogatoire moins protectrice des droits du patient²⁴.

En 2022 comme en 2023, les décisions de la directrice représentaient la très large majorité des admissions en SSC, soit respectivement 87,33 % et 92,74 % des décisions.

²³ Voir Coldefy M., Gandré C., « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé* n° 269 - Juin 2022.

²⁴ Un seul certificat médical pour les deux mesures auquel s'ajoute l'absence de tiers pour le péril imminent.

Ces tendances se sont vérifiées pendant la visite du CGLPL. Les contrôleurs ont ainsi déterminé que le 7 février 2024, les unités Fabrique du Pré, Pinel, Maine du Biran et les Iris comptaient respectivement 27, 27, 31 et 20 patients, tous majeurs, soit 105 patients. 30 étaient hospitalisés en soins sans consentement (SSC) : 10 au sein de l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage) et 20 aux Iris, soit une proportion de 30,3 % en SSC. Les décisions de la directrice (SDDE) représentaient 80 % des admissions en SSC ; 95,8 % de ces décisions avaient été prises selon une procédure dérogatoire soit de SDTU (50 %) soit de SPI (45,8 %). Six patients, soit 20 %, étaient hospitalisés en SDRE, dont un considéré comme pénalement irresponsable.

Recommandation 8

Le recours aux procédures dérogatoires (soins en cas de péril imminent et soins à la demande d'un tiers en urgence) doit être quantifié et rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement.

4.3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LES MOTIFS DE LEUR HOSPITALISATION ET LES DROITS AFFERENTS N'EST PAS PLEINEMENT ASSUREE

4.3.1. L'information générale concernant l'établissement et le séjour

À l'admission, tous les patients se voient remettre le livret d'accueil, qui inclut notamment, outre des informations pratiques, les chartes de la personne hospitalisée et de la bientraitance, et une section relative aux droits et devoirs abordant le consentement éclairé, les directives anticipées (fin de vie), la personne de confiance, l'accès au dossier médical, le droit du patient mineur ou encore la protection des données personnelles. Les possibilités de plaintes et réclamations, de contacter la CDU, un médiateur ou le comité d'éthique y sont aussi mentionnées, de même que la possibilité de saisir le JLD, sans toutefois préciser la possibilité de le saisir à tout moment. Il fait mention rapide des modalités d'hospitalisation en psychiatrie. Obligations et interdictions sont aussi abordées. Toutes ces informations sont accessibles en ligne. Les « Droits des usagers du système de santé » au sein du CHHM et la « Charte de la personne hospitalisée » sont également affichées au sein des unités. Des entretiens d'accueil sont bien assurés, permettant une information orale complémentaire.

Par ailleurs, les patients se voient remettre à l'admission les règles de fonctionnement de l'unité qui les accueille. Ces dernières comportent plusieurs formulations inadaptées qui devraient être revues (hospitalisation « *sous contrainte* », décisions « *de mise sous contrainte* », patients « *en soins sous contraintes aiguës* », « *les soins peuvent [...] se poursuivre sur une durée indéterminée* » à l'issue de la période d'observation).

Un nouveau livret général d'accueil, non distribué à date du contrôle, comporte des éléments sur la saisine du JLD, sur les audiences, les délais d'appel. D'autres recours sont aussi mentionnés (direction, CDU, CDSP, CGLPL, avocat, Défenseur des droits). L'ensemble manque toutefois de lisibilité.

Recommandation 9

Le livret d'accueil et les règles de fonctionnement des unités doivent être retravaillés afin d'inclure des informations synthétiques, fiables et accessibles sur les droits.

À leur demande, les patients sont informés par les soignants de la procédure à engager pour accéder à leur dossier médical. Pour une antériorité inférieure à cinq ans, les délais d'obtention sont de 25 jours et, au-delà, de 38,4 jours. 36 demandes ont été effectuées en 2023.

4.3.2. Les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Les décisions d'hospitalisation et de maintien en SSC sont transmises par le bureau des admissions, dans les unités. Elles sont notifiées aux patients par des membres de l'équipe soignante, généralement dans les bureaux des soignants, ouverts, limitant la confidentialité. Les décisions se réfèrent succinctement aux certificats médicaux d'admission, pour les viser ou s'en « approprier les termes » sans toutefois en reproduire les développements²⁵. Les observations du patient ne sont pas mentionnées sur le certificat médical, mais reportées dans son dossier médical. Des informations contradictoires ont été communiquées s'agissant de la remise au patient, en même temps que la décision, de ces certificats médicaux. Cette remise n'apparaît pas systématique et interviendrait parfois au stade du contrôle du JLD.

La notification des décisions est généralement réalisée sans délai, sauf exception éventuellement sanctionnée par le JLD²⁶. Les patients attestent de la réception de la décision. Le formulaire dédié prévoit l'éventualité qu'ils puissent refuser de signer, auquel cas deux soignants en attestent. Il n'inclut pas expressément l'éventualité d'une incapacité temporaire du patient à recevoir l'information, à raison de son état de santé, nécessitant d'en différer la délivrance. En pratique, une mention en ce sens peut être ajoutée par les deux soignants signataires. L'ajustement du formulaire pour anticiper ces situations paraît opportun. Par ailleurs, et toujours dans de tels cas, si l'information semble bien délivrée de manière différée, dès que l'état du patient le permet, rien n'en assure la traçabilité et le bureau des admissions n'en a donc pas confirmation.

L'information accompagnant systématiquement les décisions du directeur porte sur la possibilité de saisir le JLD et la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et en inclut les coordonnées, mais l'ensemble des droits des patients en SSC ne sont pas systématiquement et complètement notifiés. Ces droits figurent de manière plus complète sur une page du règlement de fonctionnement de l'unité d'hospitalisation, remis à l'admission et signé en dernière page par le patient, mais cette signature vise à attester en premier lieu la réception du règlement intérieur.

²⁵ Art L 3211-3 du code de la santé publique prévoit que « la personne est informée (...) le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions (...), ainsi que des raisons qui les motivent ».

²⁶ Cas d'une mainlevée en date 28 juillet 2023, à la suite d'une notification à J+4 d'une décision de maintien en hospitalisation.

Recommandation 10

Les personnes hospitalisées en soins sans consentement doivent pouvoir prendre connaissance des raisons qui motivent les décisions les concernant et accéder sans délai aux certificats médicaux qui s'y rattachent. Elles doivent être informées de l'ensemble de leurs droits après chaque décision.

La notification des décisions doit se dérouler de façon confidentielle. Une traçabilité rigoureuse doit être assurée, y compris en cas de notification différée des décisions comme des droits.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1. LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT HEBERGÉS DANS DES LOCAUX, SINON DE QUALITÉ, EN TOUS CAS EN BON ÉTAT DE MAINTENANCE

Depuis la précédente visite en février 2016, un changement organisationnel est intervenu quant à l'hébergement des patients en SSC accueillis uniquement sur l'unité des Iris et au 2^{ème} étage de l'unité Maine de Biran, unité fermée.

Les chambres sont toutes individuelles, d'une surface de l'ordre de 12 à 15 m², avec salle de bain entièrement carrelée attenante. Celles de Maine de Biran sont esthétiquement plus agréables que celles des Iris. Tous les sanitaires sont en faïence et les WC disposent de lunettes et d'abattants. Les douches à l'italienne fonctionnent avec un débit et une température d'eau satisfaisants. Néanmoins, les chambres ne disposent pas de verrou de confort. Les soignants et les patients le déplorent et ont dit pallier ce manque par un accord entre eux, le soignant fermant et ouvrant la porte à la demande du patient.



Chambre de l'unité des Iris



Chambre du 2^{ème} étage Maine de Biran

Il doit être signalé qu'aux Iris, la faible possibilité d'ouverture des fenêtres (butée à 10 cm) à laquelle s'ajoute un doublage extérieur en plexiglas provoquant un « effet loupe » entraînent, outre un manque d'aération, une chaleur difficilement supportable puisque mesurée parfois à 33°. La climatisation est inexistante, quoiqu'envisagée dans les couloirs uniquement.

Recommandation 11

Toutes les chambres doivent disposer d'un verrou de confort. La température des chambres et des locaux doit être abaissée, pour le confort de tous.

Le mobilier, de bonne qualité, est en quantité suffisante. Chaque chambre dispose d'une table avec chaise, d'une armoire fermant à clé avec penderie, d'un lit, si besoin médicalisé, recouvert d'une couette de couleur vive et d'une petite table de chevet.

Outre les salles à manger, des salles collectives accessibles sans restriction, lumineuses et spacieuses, permettent la pratique de diverses activités, ping-pong, baby-foot, art-thérapie, salon d'esthétique, jeux de société avec petites bibliothèques. Toutefois, les patients dits « au long cours », hébergés au rez-de-chaussée aux Iris, ne disposent pas de salle d'activités autre que la salle à manger (certes spacieuse et bien aménagée).

Les salles pour recevoir les familles sont de petite taille mais meublées de fauteuils et table basse, avec fenêtre garantissant un éclairage naturel.

Les locaux administratifs et médicaux, fonctionnels et suffisants, n'appellent pas d'observation.

5.2. L'HYGIENE DES PATIENTS EST ASSUREE

5.2.1. L'entretien des locaux

Tous les locaux visités, chambres ou parties communes, sont apparus en très bon état de propreté. Ils sont entretenus par les agents du service hospitalier (ASH) dont l'effectif théorique est adapté. Ceux-ci sont en contact régulier avec l'infirmière occupant le poste d'hygiéniste qui les conseille et procède régulièrement à des vérifications sur l'état d'hygiène. Le linge hôtelier est renouvelé au minimum à fréquence hebdomadaire, plus souvent, voire quotidiennement, si nécessaire. Quant aux serviettes et gants de toilette, fournis par l'établissement, ils sont changés tous les jours. Le tout est lavé à la blanchisserie de l'établissement implantée dans l'enceinte de l'hôpital André Breton.

Les patients ont le choix de faire entretenir leurs effets personnels par leur famille ou de les confier, à la condition qu'ils soient étiquetés, à la blanchisserie de l'hôpital après dépôt dans un sac filet. Le service est fait gratuitement dans un délai court (2 à 3 jours). Parfois, et dans un but thérapeutique, le patient bénéficie d'une autorisation de sortie de courte durée pour aller dans une « laverie automatique », accompagné d'un soignant.

Chacune des unités dispose d'un vestiaire avec une réserve de vêtements de dépannage allant des sous-vêtements aux chaussures et incluant toutes les variétés de taille.

Bonne pratique 2

L'établissement met à disposition de tous les patients un service gratuit de lavage de leurs vêtements et un vestiaire complet si besoin.

5.2.2. L'hygiène individuelle

La salle d'eau individuelle facilite grandement l'hygiène personnelle des patients, même si les soignants sont attentifs à ce que la toilette soit quotidienne, accompagnée d'un soignant, si nécessaire.

Les produits d'hygiène sont en stock suffisant. Destinés prioritairement aux personnes qui en sont dépourvues, ils sont aussi fournis aux patients qui le demandent.

Un coiffeur se rend régulièrement à l'unité des Iris et certaines de ses prestations (notamment la coupe) ne sont pas à la charge des patients. À Maine de Biran, une infirmière fait office de coiffeuse pour ce qui est des mises en plis et brushings aux patientes qui la sollicitent, selon sa disponibilité.

5.3. LES BIENS DES PATIENTS, TOUT EN RESTANT ACCESSIBLES, SONT SUFFISAMMENT PROTEGES

À l'arrivée dans l'unité, les personnes sont invitées à poser leurs objets de valeur, leur argent, carte bancaire et chéquier. Un inventaire est alors établi contradictoirement avec l'infirmière de service et renseigné sur ordinateur, mais aussi tracé sur papier dont un exemplaire est remis à l'intéressé. Dans les cas, assez rares selon les dires, où l'état du patient ne permet pas le

contradictoire, l'inventaire est signé par deux soignants avant d'être ultérieurement représenté au patient.

Hormis les objets dangereux et les produits illicites, la règle est de laisser à disposition du patient, sauf contre-indication médicale, l'ensemble de ses biens qu'il range alors dans son placard fermé à clé. Toutefois, à l'unité Maine de Biran, les flacons de parfum et les aérosols sont systématiquement gardés dans le bureau du soignant et mis à disposition à la demande.

Dans l'hypothèse où le patient ne souhaite pas garder ses objets personnels, il a la possibilité de les stocker dans son casier nominatif au bureau des soignants.

Concernant l'argent et les bijoux, le choix revient au patient de les garder ou de les faire mettre au coffre, localisé à l'accueil pour ce qui concerne l'hôpital André Breton et dans le bureau des infirmières à la clinique Maine de Biran. Dans ce cas, le tout est placé dans une enveloppe kraft sur laquelle le montant est soigneusement détaillé. Outre la signature de l'infirmier et du patient, il est aussi exigé l'apposition de celle d'un agent de la direction des services économiques et logistiques. Même dans cette hypothèse, le patient peut disposer facilement de ses biens en demandant simplement au personnel soignant de l'accompagner pour effectuer un retrait, mentionné sur l'enveloppe et l'inventaire est remis à jour avec nouvelles signatures.

À la fin de son hospitalisation, le patient récupère l'ensemble de ses valeurs dans son unité et atteste de leur récupération en signant l'inventaire.

L'hôpital André Breton dispose d'un service de tutelle qui au jour du contrôle gérait 97 mesures dont seulement sept d'entre elles concernaient des personnes hospitalisées en SSC. Les mesures sont gérées de la même manière, que le majeur protégé soit en soins libres ou en SSC. La responsable du service de tutelle participe au comité d'éthique, aux réunions de service organisées par l'hôpital et aux audiences du JLD après avoir rédigé une note de synthèse concernant l'état financier de son protégé. Elle travaille en lien étroit avec les assistantes du service social (ASS) qui sont attentives à repérer les patients pour lesquels une mesure de protection semble nécessaire. La qualité de la prise en charge des autres patients hospitalisés en SSC (une vingtaine) bénéficiant d'une mesure de protection dépend de la réactivité des mandataires. Selon les informations recueillies, ils se mobilisent peu et doivent être fréquemment relancés pour participer à l'élaboration des projets de leur protégé.

Le juge des tutelles auditionne les patients dans son bureau au tribunal et ne se déplace à l'hôpital qu'en cas d'impossibilité pour le patient de se déplacer. Les décisions judiciaires sont versées au dossier administratif et dans le dossier infirmier de l'unité d'hospitalisation. En revanche, mention n'en est pas toujours portée dans le registre de la loi (cf. § 8.2).

5.4. L'ETABLISSEMENT EST ATTENTIF A LA QUALITE COMME A LA CONVIVIALITE DES REPAS

L'organisation de la restauration n'a subi que peu, voire pas, de modifications depuis la dernière visite du CGLPL²⁷. Elle est toujours assurée par le groupement de coopération sanitaire (GCS) vallée de la Marne dont la cuisine est logée sur le site de l'hôpital André Breton. Ce service fournit plus de 800 repas journaliers, dont ceux destinés à l'unité Maine de Biran.

²⁷ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de la Haute-Marne, fév. 2016, p. 54-55.

Les repas sont élaborés selon un cycle de six semaines en fonction de ce qui a été décidé en commissions réunissant notamment le responsable restauration, la diététicienne du CGS et celles des hôpitaux concernés.

La diététicienne de l'hôpital se déplace dans les différentes unités de l'établissement pour y rencontrer les patients, le plus souvent en présence d'un soignant. Attentive à leur demande et aux prescriptions médicales, elle intervient au sein de la commission pour individualiser, si nécessaire et autant que faire se peut, les menus.

Une fois préparés, les repas sont livrés en liaison froide et les remises à température sont effectuées juste avant la distribution. Les feuilles de traçabilité communiquées aux contrôleurs concernant les contrôles réguliers de température n'ont pas mis en évidence d'anomalies.

Les patients prennent leurs repas dans la salle à manger de l'unité et jamais dans leur chambre, sauf obligation médicale. Avec une souplesse dans les horaires, les patients s'installent à la place qu'ils choisissent. Une aide est apportée à ceux en difficulté et une surveillance constante est assurée afin d'éviter notamment les fausses routes.

Les menus sont affichés dans les unités et les régimes médicaux ou confessionnels sont respectés. La diététicienne de l'hôpital André Breton anime des ateliers d'éducation diététique. À l'unité Maine de Biran, des repas à thème sont hebdomadairement préparés par des patients puis dégustés ensemble. En été, il est parfois proposé un barbecue. Les fêtes ou les anniversaires des patients sont souhaités en offrant des menus particuliers avec le traditionnel gâteau. Une pratique trop peu courante en milieu hospitalier permet aux familles de venir partager le repas avec son parent au sein de l'unité.

Bonne pratique 3

Les familles sont autorisées à partager le repas en salle à manger avec le patient, après avoir averti de leur venue.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1. LES UNITES ACCUEILLANT LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT FERMEES ET LES SORTIES MAJORITAIREMENT ACCOMPAGNEES

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

Les deux unités des Iris et le 2^{ème} étage Maine de Biran, qui n'accueillent que des patients en SSC, sont fermées et l'ouverture des portes nécessite l'intervention d'un soignant. Dans l'unité des Iris, les patients ont accès librement à des espaces extérieurs relativement spacieux alors qu'au 2^{ème} étage de Maine de Biran, les patients ne disposent que d'une petite terrasse abritée et grillagée qui sert de fumoir. Le parc situé au rez-de-chaussée, d'une superficie de 3 000 m², n'est accessible aux personnes en SSC que si elles sont accompagnées d'un soignant.

La fermeture de l'unité Maine de Biran est compensée par l'organisation de très nombreuses sorties soit pour effectuer des activités soit pour préparer la sortie, la direction ne s'opposant jamais à une demande faite par le médecin. Au moment du contrôle, tous les patients pouvaient sortir accompagnés et étaient inscrits à des activités se déroulant sur l'extérieur. En 2023, pour un total de 85 patients, 580 certificats médicaux prévoyant une sortie de courte durée ont été rédigés.

À Saint-Dizier, l'accès à la cafétéria est possible pour presque tous les patients, accompagnés ou non en fonction de l'état clinique avec une réévaluation permanente. En pratique, chaque jour est organisée une sortie accompagnée à la cafétéria pour les patients qui le souhaitent. Les médecins sont moteurs ou soutien si les soignants estiment que les sorties de moins de 12 h ou de moins de 48 h peuvent être organisées. Selon les renseignements recueillis, le préfet ne s'oppose pas aux sorties extérieures accompagnées. Au jour du contrôle, sur l'unité des Iris du côté des patients dits « aigus », trois patients sur quatorze pouvaient sortir seuls dans le parc tous les jours et des sorties accompagnées étaient organisées pour la plupart des autres. Du côté des patients dits « au long cours », quatre pouvaient sortir seul pour aller à la cafétéria, et trois étaient accompagnés.



Parc de Maine de Biran



Cour intérieur des Iris

Aucune difficulté d'effectif pour assurer l'accompagnement des sorties extérieures n'a été relevée dans les unités.

Recommandation 12

L'admission en soins sans consentement ne doit pas entraîner systématiquement un hébergement en unité fermée, qui ne doit résulter que de l'état clinique du patient. Un fonctionnement ouvert des unités pouvant accueillir des patients en SSC doit être envisagé.

6.1.2. Les auxiliaires de soins

Depuis plusieurs années sur le site de Saint-Dizier et plus récemment sur le site de Chaumont, le centre hospitalier s'est doté d'une équipe d'auxiliaires de soins bénéficiant tous, à Saint-Dizier, de la formation d'aide-soignant, et dont la formation est en cours pour ceux travaillant à Chaumont. Leur rôle est d'assurer un appui auprès des soignants dans les unités, en cas de difficultés ou d'incident, y compris pour assurer un rôle d'accompagnement. L'équipe passe dans les unités pour être connue tant des soignants que des patients. L'équipe est composée de six personnes sur le site de Saint-Dizier et de trois sur le site de Chaumont, trois autres étant en cours de recrutement (cf. § 3.3). Ils ont tous suivi une formation de désescalade à la violence et sont présents 24h sur 24 à Saint-Dizier et la nuit à Chaumont.

Bonne pratique 4

L'établissement s'est doté d'une équipe d'auxiliaires de soins, bénéficiant d'une formation d'aide-soignant, qui permet une gestion mesurée des incidents.

6.1.3. La gestion de la sécurité

Le site de Saint-Dizier est clos par des murs et des grillages. Il existe trois accès, dont deux communs aux véhicules et aux piétons. Une personne surveille nuit et jour un des accès muni d'une barrière, les deux autres étant fermés la nuit. Sur le site de Chaumont, l'accès au centre médical est libre en journée et fermé la nuit. Les auxiliaires soignants font le tour du bâtiment après la fermeture du portail à 22 h et effectuent une ronde la nuit.

Par ailleurs, tous les infirmiers, aides-soignants, les agents de services hospitaliers et les auxiliaires de soins (cf. § 3.3.2) sont formés à la sécurité incendie pour effectuer la levée de doute. Il n'existe aucune caméra de surveillance sur aucun des deux sites. Chaque soignant est muni d'une alarme personnelle DATI (dispositif d'alarme du travailleur isolé). Enfin, l'équipe d'auxiliaires de soins permet d'avoir en permanence au moins une personne en mesure d'apporter un soutien physique au personnel soignant, jour et nuit, sur le site de Saint-Dizier et la nuit à Chaumont.

6.2. LES RESTRICTIONS A LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES ET INDIVIDUALISEES

Le rythme des journées est souple dans l'unité Maine de Biran : petit-déjeuner entre 7h45 et 8h00, déjeuner à 12h00, goûter à 16h00, dîner à 18h45 et extinction de la télévision aux alentours de 23h00 sauf en cas d'événements particuliers. Dans l'unité des Iris, il n'y a pas d'horaires fixes de levers, de couchers ou de télévision. L'accès aux chambres est libre toute la journée dans les deux unités. Les patients peuvent accéder aux espaces extérieurs pour fumer même la nuit.

Ils disposent de leur tabac et de leur briquet sauf prescription médicale individuelle. Les soignants donnent des substituts nicotiniques à la demande. Enfin, le pyjama n'est pas imposé même en chambre d'isolement.

6.3. LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES

Tous les patients peuvent conserver leur téléphone portable et leur chargeur. S'ils n'en possèdent pas, ils ont accès au téléphone de l'unité qu'ils peuvent utiliser dans leur chambre. Les règles de vie précisent qu'afin de préserver le droit à l'image, il n'est pas possible d'utiliser le portable ou tout autre équipement pour filmer, photographier ou enregistrer des conversations de personnes prises en charge au sein du service.

Par ailleurs, dans tout l'établissement, le principe est celui de la liberté d'envoyer et recevoir du courrier. Le livret d'accueil indique que le service du courrier est assuré par le vaguemestre dont le bureau est situé à côté du bureau des admissions, une boîte aux lettres étant installée à cet endroit. À Maine de Biran, le courrier est remis aux soignants qui le transmettent aux secrétaires. Le papier et les enveloppes sont à disposition dans le bureau des soignants et les patients ont la possibilité de faire des photocopies, mais doivent faire face aux frais d'affranchissements.

Si l'établissement ne dispose plus d'un accès au WIFI compte tenu du piratage informatique subi en 2022, les usagers ont la possibilité d'avoir leur radio et leur ordinateur. Toutes les chambres sont équipées de la télévision dans l'unité des Iris et l'unité Maine de Biran possède deux salles de télévision, les patients ayant la disposition de la télécommande. Les deux unités reçoivent tous les jours le journal local et une bibliothèque est à disposition dans l'unité Maine de Biran.

Recommandation 13

Afin de faciliter l'information et les communications, un accès à des postes informatiques reliés à Internet et à un réseau Wifi doit être possible.

Les visites sont autorisées de 14h00 à 18h00, avec des extensions possibles et une grande tolérance, sept jours sur sept. À Maine de Biran, elles sont possibles dans les chambres, dans la salle de pause et la salle à manger ainsi que dans le parc. Aux Iris, un espace dédié est adapté pour les visites du côté des patients dits « aigus ». Un tel lieu n'existe pas du côté des patients dits « au long cours », mais les rencontres sont possibles dans les chambres et en extérieur, sinon éventuellement dans l'espace dédié des « aigus ». Les enfants peuvent être accueillis même si une affiche extérieure de l'unité Iris mentionne que ces visites sont fortement déconseillées. Les liens familiaux des patients accueillis en SDRE dépendant du secteur de Chaumont et Langres restent complexes et limités du fait de l'éloignement géographique et doivent être repensés (cf. § 3.1.1). Au jour du contrôle, tous les patients des deux unités bénéficiaient d'un droit de visite.

Enfin, le livret d'accueil mentionne que le patient peut demander la non-divulgence de son hospitalisation dans l'établissement en l'indiquant au responsable de l'unité de soins. Le règlement de fonctionnement des unités fermées précise que l'équipe pluridisciplinaire est tenue au secret professionnel et que la règle de la confidentialité s'applique tant pour les soignants que pour les personnes accueillies. La procédure d'anonymat est connue des cadres des unités. Le standard est avisé par les soignants si le patient souhaite une restriction des communications, mais cette demande est exceptionnelle. Dans ce cas, le standard ne passe pas la communication et ne dit pas que cette personne est présente. Cette possibilité n'est pas rappelée lors des premiers entretiens ou dans le projet de soins partagé.

6.4. L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE N'EST PAS PROTOCOLISE

Le livret d'accueil indique qu'il est possible de voter sans autre précision et le règlement de fonctionnement des unités mentionne la possibilité d'exercer son droit de voter « *sauf en cas d'incapacité* ». Cette mention est ambiguë dans la mesure où même une personne sous tutelle peut voter depuis l'abrogation de l'article L.5 du code électoral depuis la loi du 23 mars 2019 et doit donc être supprimée. Avant chaque élection, des informations sont données par voie d'affichage et oralement. Les patients peuvent sortir seul ou accompagnés pour voter ou établir une procuration dont les modalités sont explicitées dans une note de service. Comme le préconisait le précédent rapport, la mise en place d'une procédure ou d'un protocole d'information du patient relatif à son droit de vote pourrait être mise en place.

6.5. L'INFORMATION SUR L'ACCES AUX CULTES EST INSUFFISANTE

Le livret d'accueil indique que le patient peut demander la visite d'un représentant du culte et précise qu'un aumônier catholique est présent à l'hôpital tous les jours et qu'un prêtre assure la messe tous les 15 jours le vendredi à 14h30. Ces renseignements sont différents de ceux figurant sur une fiche mise à jour le 16 décembre 2022 qui décrit les modalités d'intervention de l'aumônier catholique présente dans un bureau à la chapelle de Saint-Dizier les mercredis, jeudis de 13h30 à 17h30 et qui peut intervenir sur demande du personnel et des usagers.

À l'arrivée, une question relative au culte est posée dans le plan de soin personnalisé sous la forme simplifiée de « *culte : oui/non* ». Les autres cultes ne disposent pas d'aumônerie et aucune affiche mentionnant les coordonnées des représentants des cultes n'est apposée dans les unités. L'annuaire des principaux intervenants est disponible sur le logiciel de l'établissement Ennov®, tout comme un « *guide pour mieux respecter les croyances des patients* » à l'usage des soignants. Les soignants interrogés n'avaient pas connaissance de ce support d'information exposant les différents cultes et les points d'attention qui s'y rapportent. S'il s'agit d'un très bon outil, il mériterait d'être diffusé.

6.6. LA VIE SEXUELLE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE DISCUSSION INSTITUTIONNELLE ET INDIVIDUELLE

Il n'y a aucune instruction ou recommandation écrite concernant la vie sexuelle des patients. Si le comité d'éthique a pu se saisir de ce sujet, il n'est pas abordé par les équipes et aucun groupe de parole n'a été mis en place pour évoquer la vie sexuelle du patient hospitalisé. Il n'est pas plus organisé d'actions d'éducation thérapeutique ou de prévention. Aucun préservatif n'est disponible en libre-service et le distributeur de préservatif, présent dans les toilettes de la cafétéria, ne fonctionne plus. En cas de rapprochement entre patients, les soignants ne proposent pas individuellement des moyens de contraception et n'évoquent pas plus la possibilité de faire des prises de sang en vue d'identifier une grossesse ou des maladies sexuellement transmissibles. Néanmoins, une sage-femme propose des consultations toutes les semaines sur site de Saint-Dizier et peut prescrire des contraceptions féminines à la demande. Les soignants précisent cependant porter une attention particulière aux personnes vulnérables.

Recommandation 14

Une réflexion institutionnelle doit être engagée pour que les patients conservent leur liberté sexuelle. Ils doivent bénéficier de mesures d'information et de prévention.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

Les pratiques d'isolement et de contention concernant les mineurs sont présentées au titre 10 relative aux prises en charge spécifiques (cf. § 10.2).

7.1. LES CHAMBRES D'ISOLEMENT DE L'UNITE DES IRIS SONT INDIGNES

Depuis le précédent contrôle du CGLPL, le nombre de chambres d'isolement (CI) de l'établissement est passé de six à trois. Deux CI sont situées au sein de l'unité des Iris et une au sein de l'unité Maine de Biran au 2^{ème} étage.

Les deux CI de l'unité des Iris, d'une dimension de moins de 10 m², propres et bien entretenues, sont accessibles par un sas et leurs portes d'entrée présentent un fenestron vitré occultable par un store. Les patients n'ont pas accès à la salle de bain équipée d'un WC, lavabo, douche et miroir qui s'ouvre uniquement sur le sas. Ils sont dépendants des soignants pour leurs besoins, ce qui porte atteinte à leur dignité. Dans le sas se trouve une armoire dans laquelle le matériel de contention et les blouses anti-suicide fermables par des scratches aux épaules sont stockés.

La première CI comporte pour seul équipement un lit métallique scellé recouvert d'un matelas plastifié permettant une contention à cinq points. Si l'état clinique du patient le justifie, le lit sera revêtu d'une couverture et d'un drap indéchirables. Depuis 2016, un interrupteur a été installé dans la pièce, également munie de deux boutons d'appel, l'un étant fixé au sommier et accessible en cas de contention. L'horloge avec horodateur, accrochée dans le sas, est visible du patient mis sous contention.

L'équipement de la seconde CI se borne à un matelas plastifié qui, au moment de la visite, était adossé à un mur. Il n'est pas pourvu de passe-sangles : le choix de la CI est donc fonction de l'état clinique du patient et de sa contention éventuelle.



Iris — CI n° 1



Iris — CI n° 2

Les CI sont dépourvues de fenêtre : la lumière naturelle n'y entre que par le vasistas du plafond et le patient n'a aucun accès à l'air libre. Le vasistas peut être occulté par un volet télécommandé par les soignants. Le patient peut demander à écouter la radio installée et commandée depuis le sas. Les CI sont équipées d'une climatisation réversible. Le patient prend ses repas dans le sas, assis à une table sur un pouf accompagné de deux soignants, dont au moins un IDE. Il mange avec des couverts, gobelet et assiette en plastique. Les CI étant dépourvues de point d'eau, le patient reçoit une bouteille d'eau dont le bouchon est retiré. Lacets, chaussures, ceinture, portable et briquet lui sont retirés.

Il est prévu d'effectuer des travaux d'ampleur afin de mettre les CI en conformité avec les normes en vigueur²⁸. Ces travaux sont prévus en 2025 et 2026 selon le plan pluriannuel d'investissement. L'unité Maine de Biran dispose d'un espace d'isolement accessible par un sas qui distribue une première pièce. Équipé de deux poufs, d'un fauteuil et d'une table, le patient isolé y prend toujours ses repas, accompagné d'un ou deux soignants selon son état clinique. Il dispose à cette fin de couverts, d'assiette et gobelet en plastique. Il peut également être autorisé à fumer à la fenêtre équipée d'un sabot, sauf contre-indication médicale. Cette pièce est contiguë à la CI dont la porte est équipée d'un fenestron vitré occultable par un store. À l'instar de l'ensemble de l'espace, la CI, d'une surface d'environ 10 m², est propre et bien entretenue. Elle est équipée d'un lit de type Cumbria équipé de passe-sangles, revêtu d'un drap, d'un couvre-lit et présentant un oreiller. L'horloge avec horodateur située dans la salle à manger est visible du patient y compris lorsqu'il est placé sous contention et le bouton d'appel lui est accessible lorsqu'il est soumis à une telle mesure. La CI est équipée d'une fenêtre non occultée permettant au patient de voir à l'extérieur. Il peut accéder en permanence à la salle de bain, équipée d'une douche à l'italienne, d'un lavabo, d'un miroir et d'un WC dépourvu d'abattant et de lunette. La CI ne dispose ni d'une radio ni d'une climatisation. Il est projeté d'équiper la CI d'un point d'eau.



Maine de Biran (2^{ème} étage) - CI



Maine de Biran (2^{ème} étage) - SdB de la CI

Recommandation 15

Les chambres d'isolement de l'unité des iris doivent être équipées d'une fenêtre donnant sur l'extérieur, de mobilier adapté, d'un point d'eau et de sanitaires individuels directement et constamment accessibles au patient, lequel doit pouvoir accéder à un espace extérieur.

La chambre d'isolement de l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage) doit disposer d'un point d'eau et les toilettes doivent être équipées d'un abattant et d'une lunette. Les patients doivent pouvoir accéder à un espace extérieur.

²⁸ Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

7.2. LES MESURES D'ISOLEMENT NE PRENNENT PLACE QU'EN ESPACE DEDIE ET NE SONT MISES EN ŒUVRE QU'EN CAS D'ECHEC DES ALTERNATIVES

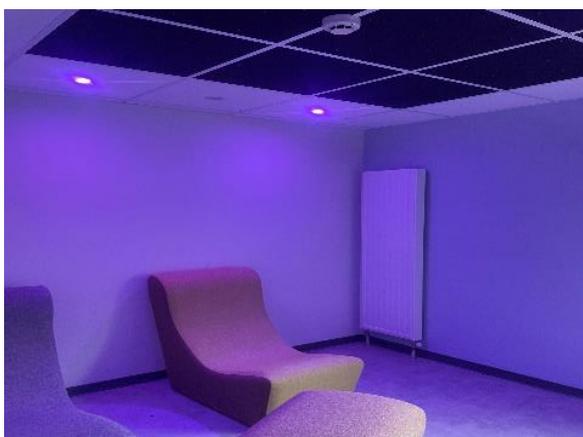
Il n'existe pas de pratiques d'isolement en espace non dédié. Les patients isolés conservent toujours leur chambre hôtelière le temps de la mesure.

Les soignants sont formés aux techniques de désescalade (Omega, crise suicidaire, etc. cf. § 3.3.2) et la grande majorité de ceux rencontrés considère le placement en CI comme un échec. Avant une telle mesure, les soignants, voire le médecin, s'entretiennent avec le patient, ajustent au besoin le traitement, lui proposent de sortir à l'air libre, de fumer ou de faire une activité. Aux Iris, le patient a accès à l'espace d'apaisement ainsi qu'à un sac de frappe (cf. § 7.3). Par ailleurs, un plan de prévention partagé (PPP) élaboré avec le patient dans les premiers jours de son admission a été instauré dans les deux unités au second semestre 2023 (cf. § 9.3). Il a pour objectif de prévenir les situations de crise : à travers quelques questions, il est notamment demandé au patient ce qui peut l'aider lorsqu'il ne va pas bien, les endroits, les activités à même de l'apaiser et ce qu'il est possible de faire pour lui s'il n'y parvient pas. L'impact du plan de prévention partagé et des mesures alternatives mises en œuvre est quantifié et analysé dans les rapports relatifs à l'isolement et à la contention (cf. § 7.3).

Bonne pratique 5

Le plan de prévention partagé élaboré conjointement avec le patient dans les jours qui suivent son admission permet de prévenir les situations de crise en demandant à l'intéressé ce qui est à mettre en œuvre pour l'aider à s'apaiser et favorise l'alliance thérapeutique.

Dans le cadre de la politique de moindre recours à l'isolement et à la contention mené par l'établissement, l'unité des Iris dispose d'un espace d'apaisement, ouvert en novembre 2022. Il est situé dans la partie de l'unité réservée aux patients dits « aigus », à proximité de la porte d'accès toujours fermée à clé du secteur dédié aux patients chroniques. Il est équipé de fauteuils et dispose de jeux de lumière et de couleurs au choix du patient. Son accès est libre pour les patients hospitalisés du côté des patients dits « aigus » à la différence des patients chroniques qui n'y accèdent qu'à la demande et accompagnés d'un soignant.



Les Iris— Espace d'apaisement



Les Iris — Sac de frappe

L'unité Maine de Biran 2^{ème} étage ne dispose pas d'espace d'apaisement, mais il est prévu d'en créer un, à l'instar de celui du 1^{er} étage de cette unité.

Recommandation 16

Toutes les unités doivent disposer d'un espace d'apaisement.

En cas d'agitation persistante, les soignants peuvent activer le DATI et les auxiliaires de soins interviennent au sein de l'unité (cf. § 6.1.2).

Les patients ne sont pas systématiquement mis en blouse anti-suicide ou en pyjama institutionnel ni sédatisés. Aucune prescription d'isolement en « si besoin » n'a été constatée au moment du contrôle. Cette pratique, pointée par la haute autorité de la santé (HAS) lors de sa visite au mois de janvier 2023, a été progressivement supprimée.

La mesure d'isolement peut être initiée par les soignants, mais elle sera validée ou invalidée dans l'heure par le psychiatre. Une évaluation psychiatrique est effectuée deux fois par 24 h, en cas de prolongation de la mesure. Selon l'état clinique du patient, le psychiatre peut l'autoriser à disposer de livres. Sauf contre-indications médicales, le patient peut fumer et, en tout état de cause, des substituts nicotiques lui sont proposés.

Les proches d'un patient isolé peuvent être prévenus du placement en isolement, mais leurs visites ne sont pas autorisées.

Le médecin généraliste se déplace rapidement et revoit ensuite le patient isolé sur demande des soignants.

Les soignants assurent une surveillance horaire, voire plus fréquente, des patients isolés. Cette surveillance est protocolisée, les paramètres (pouls, température, tension, saturation, vérification des points de contention, de l'état de conscience, du niveau d'hydratation) étant pris trois fois par jour, et tracée dans le dossier patient informatisé (DPI).

La sortie de la CI peut être réalisée sous un mode séquentiel (repas, heures de sortie dans l'unité) avant la sortie définitive.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le débriefing après une mesure d'isolement, assortie ou non d'une mise sous contention, était systématique avec le patient et était renseigné comme un retour d'expérience (RETEX). Il ressort des rapports isolement et contention trimestriels 2023 qu'au 3^{ème} trimestre, 56,7 % des patients isolés des Iris et 66,7 % de ceux de Maine de Biran ont eu un tel entretien contre respectivement 14,3 % et 0 % au second trimestre. Enfin, les professionnels échangent spontanément entre eux sur leurs pratiques et les interrogent.

Le JLD contrôle les mesures d'isolement et de contention (cf. § 8.3).

7.3. LES DONNEES DU REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT EXPLOITEES TRIMESTRIELLEMENT ET LA POLITIQUE DE REDUCTION DE CES PRATIQUES EST PERTINENTE

Le registre d'isolement et de contention contient toutes les mentions exigées par la loi et fait l'objet de rapports trimestriel, semestriels et annuel, soit six rapports par an, élaborés par le département d'information médicale (DIM). Ce département comprend un médecin DIM (0,7 ETP), un technicien information médicale (TIM) et une secrétaire.

Les rapports isolement-contention sont présentés devant la commission médicale d'établissement (CME) (quatre réunions en 2023) ainsi que devant la commission qualité et sécurité des soins (CQSS) (trois réunions en 2023) et des comptes-rendus sont systématiquement élaborés. Le rapport annuel isolement-contention est également exposé à la CDU et à l'ARS.

Un comité de suivi des isolements et de la contention copiloté par la médecin DIM, un psychiatre des Iris et la directrice des soins et de la qualité, se réunit tous les trois mois en présence notamment du cadre supérieur de la psychiatrie générale et des cadres de santé des Iris et de Maine de Biran. Ces réunions ont pour objectif d'analyser les rapports trimestriels, d'échanger sur les pratiques et les difficultés rencontrées et *in fine* de diffuser les informations au sein des unités. Les contrôleurs ont constaté que les soignants des unités avaient connaissance des rapports isolement-contention et que les données y figurant, présentées globalement et unité par unité, donnaient lieu à une analyse de leurs pratiques par les équipes.

Les rapports comportent cinq rubriques et de nombreux indicateurs de suivi, tout particulièrement ciblés sur des points de vigilance. Leur finalité est d'alerter les professionnels sur les mesures qui ne respectent pas les termes de la loi, d'y remédier et de diminuer les taux de recours aux mesures d'isolement et de contention. La première rubrique présente les données chiffrées de l'isolement et de la contention avec notamment une attention marquée les mesures initiées alors que le patient était en soins libres et pour les mesures d'une durée de plus de 48 h pour l'isolement ou de 24 h pour la contention. Il n'existe pas d'indicateur relatif à la durée de l'isolement (hormis les mesures de plus de 48 h) au bénéfice d'un indicateur jugé plus pertinent, à savoir la proportion du temps passé en CI par rapport à la durée d'hospitalisation. Il n'y avait plus, au moment du contrôle, de patient qui passait plus du quart de la durée de son séjour en CI, ce seuil étant considéré comme maximal.

La deuxième rubrique dénommée « Atypie » vise à interroger les pratiques ne respectant pas les termes de la loi. Son contenu peut évoluer d'un trimestre à l'autre. La détection des atypies repose sur un système d'alerte hebdomadaire de la médecin DIM par mail. Cette alerte est relayée au besoin dans les unités concernées par le psychiatre qui co-pilote le comité. Au moment du contrôle, les alertes portaient notamment sur :

- les mesures d'isolement et de contention non clôturées (alerte des cadres supérieurs et de santé de l'unité, du médecin concerné et du chef de pôle) ;
- les mesures d'isolement de plus 48 h et de contention de plus de 6 h ; le psychiatre copilote donne un avis psychiatrique et en cas de questions, il échange sur le cas du patient concerné avec ses collègues pour expliquer la nécessité du maintien de la mesure. Au regard des rapports produits aux contrôleurs et des constats dans les unités, cette politique volontariste a eu pour effet une diminution de ces mesures ;
- les patients restés à l'isolement 48 h sur 15 jours lissés : le but est d'éviter des isolements séquentiels qui pourraient échapper au contrôle du JLD. Le praticien concerné est alerté ;
- l'admission en dehors des horaires d'ouverture du bureau des admissions d'un patient en SSC et dont le statut n'a pas été renseigné (SPI, SPDT, SPDRE). Le bureau des admissions est alors alerté.

La rubrique « échanges » inclut les décisions relatives à l'isolement et la contention prises lors des réunions de cadres ainsi que les instructions y afférentes à appliquer au sein des unités.

La quatrième rubrique dénommée « revue de pertinence » mesure unité par unité l'impact sur le taux d'isolement et de contention des mesures alternatives mises en œuvre (médicamenteuse, non médicamenteuse, espace d'apaisement), dont celui du PPP, et s'assure de leur traçabilité.

Bonne pratique 6

L'établissement a instauré une analyse trimestrielle du registre d'isolement et de contention et s'est doté de nombreux indicateurs de suivi lui permettant de s'emparer des mesures qui ne respectent pas les termes de la loi ou qui dépassent la durée de 48 h pour l'isolement et 6 h pour la contention dans l'objectif d'interroger systématiquement la pertinence de leur maintien.

Les alertes lancées hebdomadairement par la médecin du département d'information médicale, relayées au besoin dans les unités, la détermination de l'impact des mesures alternatives sur le taux d'isolement et de contention et la formation des soignants aux techniques de désescalade ont permis de sensibiliser les équipes aux problématiques propres à l'isolement et à la contention ainsi qu'à leur traçabilité pour progressivement construire une culture du moindre recours à ces mesures et en faire diminuer les taux.

En psychiatrie adulte, en 2023, 18 % de la file active des patients en SSC ont été isolés (25,8 % aux Iris et 8,8 % au 2^{ème} étage Maine de Biran). Ces chiffres, s'ils restent élevés, notamment aux Iris, sont toutefois inférieurs à la moyenne nationale tout comme ceux de la contention, ce qui ne saurait dispenser l'établissement de poursuivre ses efforts en la matière. Il ressort en outre du rapport annuel isolement et contention pour l'année 2023 que ces taux sont en baisse constante depuis 2021. La pertinence du maintien en isolement au-delà de 48 h est toujours questionnée.

En 2023, quatre patients ont été isolés plus de 48 h, soit un taux de mesures supérieures à 48 h de 3,7 %²⁹. Les durées de ces isolements ont été de 168 h, 122 h, 99,75 h, 88,5 h et 66 h. En 2022, les isolements supérieurs à 48 h ont concerné 8 patients pour 9 mesures et en 2021, 17 patients pour 26 mesures.

Huit des quarante patients de psychiatrie adulte isolés ont également été placés sous contention, soit 20 %. Les seize mesures de contention décidées ont toutes été inférieures à 12 h, la plus longue ayant duré 11 h 25.

Sur quarante patients isolés en 2023 sur l'établissement, trois étaient en SL au début de la mesure contre sept en 2022 et vingt-huit en 2021. Aucun n'est resté à l'isolement au-delà de 12 heures sans modification de son régime d'hospitalisation en 2022 et 2023 alors qu'en 2021, quinze patients étaient restés en SL au-delà de 12 h d'isolement.

Tableau synthétique des taux d'isolement et de contention 2023

Pôle de psychiatrie adulte					
	FA Globale ³⁰	Nb de patients iso	Nb patients Iso/Cont ³¹	% iso/FA ³² globale	% iso cont/FA SSC
Pinel	102	0			

²⁹ 5 mesures sur 133 mesures au total.

³⁰ SL et SSC.

³¹ IC : isolés et contenus.

³² FA : file active.

Fabrique du pré	147	0			
Les Iris	120	31	7	25,8 %	5,83 %
Maine de Biran 1 ^{er}	177	0			
Maine de Biran 2 ^{ème}	102	9	1	8,8 %	0,98 %
Total général psychiatrie adulte	534	40	8	7,49 %	3,60 %
Pôle de psychiatrie infanto-juvénile					
Modado	28	3	3	10,7 %	100 %
Total psychiatrie général	562	43	11	7,7 %	X

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1. LA COMMISSION DES USAGERS JOUE SON ROLE MAIS L'ASSOCIATION DIRECTE DES USAGERS AINSI QUE LES ACTIVITES DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ENCORE LIMITEES

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est à nouveau active depuis 2021. Sa composition est fixée par un arrêté du préfet de la Haute-Marne, en date du 31 mars 2021. À la date du contrôle, un renouvellement des mandats, d'une durée de 3 ans, était à anticiper (mars 2024). Les associations UNAFAM³³ et UDAF³⁴ 52 siègent au sein de la commission, le représentant de l'UDAF en assurant la présidence. La commission a pu visiter le site de Chaumont en 2021, et celui de Saint-Dizier en 2022 et 2023. Les visites ont bien été annoncées à l'établissement et des patients ont ainsi pu être entendus dans le cadre d'entretiens programmés. La commission a pu contrôler le registre de la loi, sans toutefois y apposer de visas, de signatures et sans formuler d'observations s'agissant de sa conformité (cf. § 8.2). Si elle a contrôlé des dossiers individuels de patients en SSC, le format des procès-verbaux ne permet pas de statuer sur la réalisation effective ou non de l'ensemble des contrôles obligatoires (notamment concernant les patients admis en SPI et en hospitalisation depuis plus d'un an)³⁵. Les procès-verbaux de la commission (un par an) incluant notamment synthèses des entretiens réalisés, données sur les dossiers contrôlés et observations sur les locaux visités font manifestement office de rapport annuel.

La commission peine à sécuriser la participation régulière des médecins psychiatres à ses travaux. Au moins un, sinon les deux psychiatres y étant nommés, ont été absents lors des trois dernières réunions et visites de la commission. Par ailleurs, la commission n'a pu effectivement accéder, en 2022 et 2023, au registre relatif à l'isolement et à la contention lors de ses deux dernières visites. Surtout, la fréquence de ses réunions (annuelle au lieu d'au moins une fois par trimestre) et celle de ses visites au sein de l'établissement (annuelle au lieu d'au moins deux fois par an, ne couvrant que l'un des deux sites accueillant des patients en SSC) ne répondent pas aux attendus du code de la santé publique³⁶.

Recommandation 17

La commission départementale des soins psychiatriques doit se réunir au moins une fois par trimestre et visiter au moins deux fois par an l'établissement, en tenant compte du fait que les patients sans consentement sont accueillis sur deux sites distincts.

Elle doit pouvoir accéder sans délai au registre des mesures d'isolement et de contention.

La participation des psychiatres membres aux travaux de la commission doit être régulière.

L'établissement dispose d'une commission des usagers (CDU) fonctionnelle, dotée d'un règlement intérieur élaboré en 2021, et présidée par une représentante de l'une des associations agréées (UNAFAM, l'autre représentée étant l'UDAF). Ses activités sont coordonnées par le service

³³ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

³⁴ Union départementale des associations familiales.

³⁵ cf. Article L3223-1 du code de la santé publique.

³⁶ cf. R.3223-5 et 6 du code de la santé publique.

des relations avec les usagers et des tutelles. Elle se réunit trimestriellement, avec une participation régulière des représentants des usagers. Elle est systématiquement destinataire d'un point sur les événements indésirables (cf. § 3.4), du rapport sur le recours à l'isolement et à la contention (cf. § 7.3), ainsi que des résultats des enquêtes de satisfaction. Elle assure un suivi effectif des réclamations. Le rapport 2022 n'avait pas été établi en temps utile, mais une synthèse avait été présentée aux instances. Son bilan annuel pour l'année 2023 devait être approuvé en mars 2024, et sa présentation aux instances (CME et conseil de surveillance) était programmée. La commission a pu émettre sept recommandations en 2023, prolongeant ainsi des réclamations de patients et s'attachant par exemple à l'équipement des locaux ou encore aux conditions de prise en charge. Certaines ont été suivies d'effet (cf. § 3.4.2). La CDU ne s'est pas récemment déplacée dans les unités, mais un projet en ce sens pour l'année 2024, visant notamment à présenter son rôle dans les unités, sur les temps de transmission a été évoqué. À date du contrôle, un « espace des usagers » est aussi en expérimentation, avec une possibilité d'entretien sur rendez-vous, à défaut de permanence. Un dépliant d'information y est dédié et une salle sur site mise à disposition même si d'autres solutions sont à l'étude. À ce stade, l'établissement n'a pas de liens formalisés avec des groupes d'entraide mutuels (GEM) et aucune autre association d'usagers n'intervient sur site. Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration du projet des usagers du GHT (2018-2023). Ils participent également aux activités du comité d'éthique de l'établissement.

Dans les unités, la consultation et la participation directe des patients sont en revanche limitées, en l'absence notamment de réunions soignants-patients (cf. § 9.1). Des questionnaires de satisfaction « *questionnaire d'évaluation de votre séjour* » sont remis aux patients, à l'admission. Le taux de réponse était de 28 % en psychiatrie pour les neuf premiers mois de l'année 2023 (idem en 2022)³⁷.

8.2. LE REGISTRE DE LA LOI EST TENU MAIS CERTAINES INFORMATIONS FONT DEFAUT ET SON CONTROLE PAR LES AUTORITES QUI EN ONT LA RESPONSABILITE EST TRES INSUFFISANT

Le registre de la loi est conservé au bureau des admissions de l'établissement. Il est régulièrement tenu à jour, même si cela n'est pas nécessairement fait dans les 24 heures. Un nouveau livre était, à date du contrôle, en attente de visa du maire. Le registre comporte une partie des mentions attendues par le code de la santé publique³⁸, dont l'état civil des patients, la date et le mode d'hospitalisation, les informations relatives au tiers ou encore les décès. Y figurent les avis et certificats médicaux initiaux et mensuels, mais font défaut les avis motivés à six mois, de même que les avis des collègues de professionnels de santé. Les informations relatives aux mesures de protection juridique ne sont pas toujours systématiquement renseignées ou lisibles, s'agissant par exemple de l'identité du mandataire ou de la temporalité de la mesure. Si des levées ou contrôles sont renseignés, font défaut des dispositifs des décisions du JLD et certaines dates, parmi les décisions récentes. Surtout, les dates de notification des décisions d'hospitalisation en SSC et d'information sur les droits s'y rattachant font systématiquement défaut (cf. § 4.3.1). D'autres informations, non prévues, figurent en revanche au registre

³⁷ Il était dans les unités accueillant des patients en SSC de 20 % aux Iris (10 % en 2022) et de 24 % et 23 % à Maine de Biran, pôles de Chaumont et Langres (46 % et 24 % respectivement en 2022) et de 85 % dans l'unité des mineurs Modado (33 % en 2022).

³⁸ Article L3212-11 du code de la santé publique.

(notamment les arrêtés pour les patients en SDRE ou encore les décisions de programmes de soins). S'agissant du suivi des hospitalisations longues, il faut relever que s'ils ne constituent pas la norme, des certificats mensuels identiques ont pu être relevés par le JLD³⁹ ainsi que la CDSP, ou identifiés lors du contrôle, dans le registre.

Recommandation 18

Le registre de la loi doit être tenu à jour quotidiennement et comporter systématiquement l'ensemble des mentions prévues par le code de la santé publique.

Le registre a été effectivement contrôlé annuellement par la CDSP depuis 2021 — sans pour autant que n'y soient apposés visas, signatures, ni observations. La substitute du procureur l'a visé en janvier 2024. Aucune observation n'a été consignée à cette occasion. Les contrôles théoriquement annuels du préfet ou de son représentant, du président du TJ ou de son délégué, ainsi que du maire de Saint-Dizier ou de son représentant n'ont pas été effectués de longue date.

Recommandation 19

Les autorités compétentes, et notamment le préfet, le président du tribunal judiciaire ainsi que le maire, sinon leurs représentants respectifs, doivent, au même titre que le procureur et la commission départementale de soins psychiatriques, assurer annuellement le contrôle du registre de la loi.

8.3. LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EFFECTIF

8.3.1. Le contrôle des mesures de soins sans consentement

Un protocole en date du 2 janvier 2020⁴⁰ organise les audiences devant le JLD. Il prévoit leur tenue dans l'enceinte de l'hôpital André Breton — sans spécifier le site — pour les personnes hospitalisées à Saint-Dizier, et dans l'enceinte du tribunal judiciaire de Chaumont pour les patients hospitalisés au centre médical Maine de Biran, ce qui n'est pas conforme au code de la santé publique⁴¹ ni à la pratique. De fait, les audiences se tiennent, suivant un rythme hebdomadaire, le mercredi matin à Saint-Dizier et le vendredi matin à Chaumont, sauf exception, si l'échéance des 12 jours l'impose.

La signalétique des salles d'audience à l'attention du public n'était pas visible, mais il a été indiqué que celle-ci n'est pas permanente, des indications seraient affichées les jours d'audience. Celles au tribunal n'appellent pas de commentaire particulier. Les patients peuvent se présenter à l'audience avec leurs vêtements personnels. Tiers et mandataires judiciaires sont convoqués. À défaut de pouvoir être présents, il est sollicité de ces derniers la production a minima d'une note écrite de situation, ce qui est régulièrement assuré. Les avis du procureur sont systématiquement écrits. L'établissement n'est que ponctuellement représenté aux audiences. L'accès à l'assistance

³⁹ Décisions du 3 février 2023 et du 18 juillet 2023.

⁴⁰ Protocole d'organisation des audiences en application des articles L3211-12-2 et suivants du code de la santé publique liant la Direction générale de l'ARS, le Président du TJ de Chaumont, le Procureur près le TJ de Chaumont et le Directeur du CCHM.

⁴¹ Cf. L.3211-12-2 du code de santé publique.

d'un avocat est assuré, de même que l'accès des conseils aux dossiers. Les échanges confidentiels avec l'avocat sont possibles. Un défaut de spécialisation des avocats est à signaler, l'essentiel de ceux intervenant étant de permanence générale. Le rôle du juge est rappelé en ouverture du débat, de même que la procédure d'hospitalisation et l'essentiel des avis médicaux s'y rapportant. Le patient est entendu. La publicité de l'audience est assurée.

Les patients sont présents à l'audience et si aucune donnée chiffrée n'a pu être recueillie ou compilée, les refus de patients et avis médicaux d'incompatibilité ont été rapportés comme rares, et effectivement motivés dans le second cas. Un formulaire d'attestation du refus est prévu, renseigné et transmis au JLD si le patient ne souhaite pas se rendre à l'audience. Ce refus s'apprécie au jour de l'audience. Pour les contrôles renouvelés à 6 mois et annuellement, le JLD prend l'initiative de se rendre dans l'unité auprès du patient dès lors qu'un second refus consécutif de se présenter est formulé. Les accompagnements des patients aux audiences sont effectivement assurés et une vigilance est exercée sur ce point⁴². Le JLD n'a été saisi qu'à deux reprises à l'initiative de patients, et aucunement par des tiers en 2023. Sur 166 décisions à 12 jours ou intervalle de 6 mois, 134 décisions de maintien ont été prises, pour 30 mainlevées — dont 14 différées à 24 heures — et deux non-lieux. Les motifs des mainlevées sont divers⁴³

Les décisions sont transmises le jour même au bureau des admissions de l'établissement, qui les répercute dans les unités où les soignants assurent la notification (cf. § 4.3). Un récépissé de la décision, adapté, est utilisé.

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

Le contrôle du JLD s'exerce aussi dans le cadre des mesures d'isolement et de contention, peu fréquentes, après information ou saisine obligatoire. Le JLD s'est ainsi saisi ou l'a été à six reprises en 2023, uniquement pour des mesures d'isolement. Deux décisions de mainlevée en ont résulté. Le JLD a pu se déplacer dans ce cadre afin de rencontrer des patients concernés au sein des unités.

La possibilité pour le patient de saisir le JLD dans le cadre de ces mesures, y compris au moyen d'une requête formulée oralement et tracée par procès-verbal, est prévue. L'information de proches en cas de mesures exceptionnelles (L3222-5-1 du code de santé publique) est bien prévue comme relevant des diligences à accomplir par le psychiatre (cf. § 7.2). En revanche, une note de service relative au contrôle du JLD dans ce cadre ne vise pas expressément l'information des proches parmi les pièces devant être transmises au JLD. De fait, il ne semble pas y avoir de document dédié à cette information et à sa traçabilité.

⁴² Une mainlevée est ainsi exceptionnellement intervenue en juillet 2023, faute pour la patiente d'avoir été effectivement transportée jusqu'au tribunal par les services du CCHM.

⁴³ Certaines mainlevées ont pu faire suite à l'absence manifeste de recherche de tiers pour une hospitalisation en SPI (août 2023) ; au recours à un même médecin signataire pour l'admission et le certificat à 72 h pour un SDTU (août 2023) et un SDT (novembre 2023) ; à l'absence de délégation de signature pour une décision d'admission prise par l'administrateur de garde (juillet 2023) ; ou encore à l'insuffisante motivation de l'absence de consentement aux soins (septembre 2023) et de la nécessité de poursuite des soins (décembre 2023).

9. LES SOINS

9.1. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES BENEFICIE DE LA GRANDE DISPONIBILITE DES EQUIPES MEDICALES ET SOIGNANTES ET DE L'OFFRE ETOFFEE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES

9.1.1. L'organisation des soins

a) L'organisation et les moyens

Sur la clinique médicale Maine de Biran, trois psychiatres répartissent leur temps de travail entre les unités et deux CMP. Ces praticiens sont relayés par deux psychiatres intermittents de plein exercice qui prennent des astreintes et travaillent, pour l'un, un mois tous les trois mois en hospitalisation complète et en CMP et, pour le second, une semaine tous les deux mois uniquement en CMP. Deux postes de psychiatres restent non pourvus (cf. § 3.3.1).

La continuité des soins est assurée par un dispositif d'astreinte téléphonique quotidienne qui repose habituellement sur les trois psychiatres (et occasionnellement cinq) l'un de jour de 8 h 30 à 18 h 30 et l'autre de nuit de 18 h 30 à 8 h 30. Cette astreinte consiste à répondre aux besoins des unités d'hospitalisation ainsi qu'aux demandes d'évaluation du service des urgences du CHG de Chaumont ou de Langres. Le samedi matin, le psychiatre d'astreinte se rend dans les unités d'hospitalisation et le dimanche et jours fériés sur demande du service. L'examen du planning des médecins du 5 au 12 février 2024 révèle que tous assurent des astreintes d'au moins 24 h, voire de 48 h, en plus de leur charge habituelle, sans repos compensateur.

À l'hôpital André Breton, quatre psychiatres (3,4 ETP) partagent leur temps entre les unités Iris et Pinel. La continuité des soins est assurée par trois lignes de garde. Un dispositif d'astreinte téléphonique identique à celui de Maine de Biran est mis en place. Par ailleurs, un tour d'astreinte pour la psychiatrie de liaison fonctionne du lundi au vendredi de 8 h 30 à 18 h 30, uniquement pour le pôle intersectoriel de psychiatrie adulte (cf. § 4.1).

Le personnel non médical est composé sur l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage), de cadres de santé (0,1 ETPT), d'un cadre supérieur (0,05 ETPT), d'IDE (13,8 ETPT), d'AS (3,3 ETPT), d'un psychologue (1 ETPT), d'un ASS (0,08 ETPT), d'un éducateur technique (0,2 ETPT), d'ASH (0,7 ETPT), de deux secrétaires (0,55 ETPT) et d'auxiliaires de soins (1 ETPT). Deux infirmiers et un aide-soignant sont présents en 12 heures, deux sont présents la nuit. Un IDE est également de 9h00 à 17h30 chargé des accompagnements à l'extérieur et de la qualité des dossiers. Tout comme aux Iris, les soignants travaillent par roulement aussi bien de jour que de nuit.

Aux Iris, le personnel non-médical est composé d'un cadre de santé à temps plein, d'un cadre supérieur (0,2 ETPT), d'IDE (22,8 ETPT), d'AS (6 ETPT), d'un psychologue (0,8 ETPT), d'un ASS (0,63 ETPT), d'un éducateur sportif (0,05 ETPT), d'ASH (4 ETPT), de deux secrétaires (1,8 ETPT) et de préparateurs en pharmacie (1,6 ETPT). Les auxiliaires de soins sont présents sur le site André Breton par tranche de 7 heures 30, un le matin, un l'après-midi et un la nuit. L'unité des Iris bénéficie de la présence d'au moins quatre infirmiers et un aide-soignant le matin et l'après-midi, à laquelle s'ajoute un infirmier en horaire de journée. Trois infirmiers sont présents la nuit. Afin de conforter la cohésion de l'équipe, les soignants travaillent par roulement aussi bien de jour que de nuit, dans les deux ailes de l'unité.

b) L'accès aux consultations médicales, aux entretiens infirmiers et psychologiques

Le projet de soins individualisé existe et est initié dès l'admission. Il est validé par le patient et figure dans son dossier informatisé. Chaque patient bénéficie d'un psychiatre référent. Les certificats des 24 et 72 h sont établis par des praticiens différents et les observations du patient sont retranscrites dans son dossier médical, mais non sur le certificat.

Dans l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage), les patients sont vus deux fois par semaine en consultation et les trois psychiatres effectuent ensemble une visite en chambre chaque lundi afin de parfaire leur connaissance des patients au cas où ils devraient remplacer un de leur collègue absent. Aux Iris, les psychiatres passent au moins une fois par jour dans l'unité. Ils y assurent notamment les consultations médicales et la rédaction des certificats médicaux. Les patients sont vus en chambre ou dans le bureau de consultation, autant que de besoin, le plus souvent en binôme avec un IDE. Les praticiens échangent constamment avec les IDE sur l'état des patients. Les permissions de sortie de 12 h et 48 h sont favorisées, y compris pour les patients en SDRE. Les programmes de soins sont également très nombreux et individualisés avec des relais prévus en hôpital de jour et en consultation externe (cf. § 9.4).

Un entretien infirmier se déroule dès l'arrivée du patient dans l'unité. Par la suite, les entretiens avec l'IDE sont réguliers, à la demande du patient ou à celle de l'infirmier. Les entretiens avec le psychologue peuvent se dérouler sur proposition médicale ou à la demande des patients.

9.1.2. L'accès aux activités thérapeutiques

a) L'organisation et les moyens

L'hôpital André Breton dispose d'un service de sociothérapie, installé dans des locaux indépendants dans le bâtiment Pussin, organisé autour de trois activités de médiation :

- l'art-thérapie et l'ergothérapie auxquelles sont affectés un IDE, un AS et une monitrice éducatrice à temps plein : l'activité se déroule dans deux salles équipées de tout le matériel requis notamment d'un four pour la cuisson des poteries et céramiques ;
- la musicothérapie avec un musicothérapeute à temps plein et un poste vacant à hauteur de 0,8 ETP, se déroulant dans les services ou dans une salle spécifique à Pussin, dotée de nombreux instruments de musique ;
- les activités sportives proposées par un IDE à temps plein et une monitrice sportive à 0,8 ETP sont organisées dans les unités d'hospitalisation, dans le gymnase ou dans une salle de musculation, toutes bien équipées.

Ces activités s'adressent aux patients de l'intra comme de l'extra-hospitalier.

La cafétéria située dans le parc de l'hôpital accueille les patients et leurs proches de 9h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30 du lundi au vendredi. Elle est tenue par des soignants et un ASH et propose à la vente notamment des biscuits, des confiseries, des stylos, des timbres et enveloppes ainsi que de menus cadeaux et de la maroquinerie. Le café est fourni par une machine au prix trop élevé de 1,10 euros.

Au sein de l'unité des Iris, côté des patients dits « aigus », une salle d'activités thérapeutiques, réservée aux patients qui ne peuvent sortir du service, offre un accès à une bibliothèque, à des jeux de société et à quelques activités physiques, notamment un sac de frappe, une table de ping-pong, un vélo d'intérieur, un baby-foot.



Salle d'art-thérapie CH André Breton



Salle d'activités des Iris



Salle de musicothérapie CH André Breton



Gymnase CH André Breton

À la clinique médicale Maine de Biran, l'équipe de sociothérapie est constituée d'une IDE, d'une AS monitrice éducatrice, d'un art-thérapeute et d'un éducateur spécialisé, tous à temps plein. Les locaux sont aménagés pour les ateliers musculation, socio-esthétique, art et ergothérapie.

Le CHHM finance la totalité des activités thérapeutiques proposées aux patients et les équipes témoignent de la souplesse dont fait preuve la direction dans l'attribution des moyens. En 2023, l'unité des Iris s'est vu attribuer un budget de 3 767 euros et l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage) de 6 630 euros pour l'achat d'aliments en lien avec les activités thérapeutiques, du petit matériel d'ergothérapie et les sorties à l'extérieur.



Salle d'art-thérapie Maine de Biran



Salle de musculation Maine de Biran (2^{ème} étage)

b) L'accès aux activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont une composante essentielle du soin et leur accès nécessite un avis médical. Les patients reçoivent dès leur arrivée une proposition d'activités thérapeutiques

parmi lesquelles ils peuvent choisir celles qui leur conviennent, avant une validation par le psychiatre.

Aux Iris, le règlement de fonctionnement de l'unité le précise⁴⁴. Chaque patient se voit proposer un planning d'activités thérapeutiques : art-thérapie/ergothérapie, sport/musculation, randonnée/marche, atelier de photolangage, démarches diverses (lavomatique, photographies d'identité, etc.), repas thérapeutiques, musicothérapie. Un partenariat existe depuis de nombreuses années avec la municipalité et le musée de Saint-Dizier en vue d'exposer régulièrement les œuvres réalisées par les patients. Pour les patients dits « aigus », ne pouvant sortir de l'unité, les ateliers se déroulent dans la salle prévue à cet effet.

Nombre de séances et de patients inclus dans des activités thérapeutiques en 2023 sur Iris		
	Prises en charge ou séances	Patients
Sport	192	28
Activité physique adaptée De sept à déc. 2023	15	4
Musicothérapie	86	43

Les sorties à la cafétéria accompagnées ou non requièrent l'aval du médecin.

L'équipe des activités sportives organise également des sorties à la journée, mais aucun séjour thérapeutique n'a été organisé depuis 2019.

Sur l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage), les patients ont accès à la médiation bien-être, à l'art-thérapie, à la ferme thérapeutique, à la piscine, à des activités physiques et sportives, à la médiation animale, à des groupes de paroles, à des sorties en ville ou à des promenades touristiques. Des repas thérapeutiques pour six ou sept patients sont également organisés toutes les semaines : les soignants font les courses et les patients cuisinent et déjeunent avec les soignants. À cela s'ajoute l'organisation de quatre repas festifs chaque année qui se déroulent dans l'unité fermée en compagnie des patients de l'unité ouverte.

Nombre de patients participant à des activités thérapeutiques en 2023 à Maine de Biran	
Sorties de socialisation à l'extérieur	29
Ferme pédagogique	10
Activités sportives	12
Art-thérapie	52
Atelier bien-être	16
Atelier cuisine	20
Groupe de parole	8
Séjours ou sorties thérapeutiques	9

⁴⁴ « Avec votre consentement, selon vos besoins, un projet de soins personnalisé est construit en équipe pluridisciplinaire. Il vous sera alors proposé des activités thérapeutiques pour vous aider dans vos difficultés. Ces activités sont prescrites par le médecin. Elles font partie intégrante de votre prise en soin en psychiatrie ».

9.1.3. L'accès aux traitements médicamenteux

L'équipe de la pharmacie est constituée de pharmaciens (2,8 ETP), de préparateurs en pharmacie (6,2 ETP), d'une cadre de santé (0,2 ETP) et d'un magasinier (0,5 ETP).

La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 9h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00. Le samedi, le pharmacien est présent de 9h00 à 12h00. Du samedi midi au lundi matin et les nuits du lundi au vendredi de 17h00 à 9h00, un pharmacien assure une astreinte téléphonique. Une dotation de produits pharmaceutiques est installée à l'unité de long séjour dans une salle fermée accessible par un code connu seulement de l'IDE du long séjour. En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, sur appel du pharmacien d'astreinte qui prévient l'IDE du long séjour, l'IDE d'un service peut récupérer auprès d'elle un médicament, contre remise de la prescription médicale.

Toutes les prescriptions sont informatisées sur le logiciel Cariatides® et parviennent au pharmacien. Toutes les nouvelles ordonnances ou les ordonnances modifiées font l'objet d'une validation thérapeutique. Cela représente entre 30 et 70 prescriptions par jour. En cas d'anomalies repérées, le pharmacien contacte le prescripteur par téléphone ou courriel. Une attention particulière est portée aux traitements nécessitant des surveillances biologiques ou des électrocardiogrammes, avec un refus de dispensation ou une dispensation pour 24 h en cas de difficulté.

Chaque unité reçoit une dotation globale de médicaments transportée par coursier en caissons scellés. Dans chaque service, un préparateur et deux IDE sont référents pharmacie.

La distribution des médicaments s'effectue à l'entrée de la salle de soins, de manière individuelle et en respectant la confidentialité. Les patients attendent leur tour dans le couloir, en file. Deux IDE sont affectés à la dispensation : l'un donne les médicaments et l'autre enregistre en temps réel la prise ou non du traitement.

La conciliation médicamenteuse, instaurée pour la gérontopsychiatrie, ne concerne pas les patients des unités de psychiatrie adulte, ce qui est regrettable. De même, aucun programme d'éducation thérapeutique n'est mis en œuvre.

Aucune commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ne s'est tenue en 2023. Quant aux COMEDIMS antérieurs, aucun psychiatre n'y participait.

9.1.4. Le travail d'équipe consacré aux patients

Les transmissions se déroulent à chaque relève d'équipe. À la clinique médicale Maine de Biran, la situation de tous les patients des deux unités est examinée les jeudis après-midi, en présence des soignants de l'intra et l'extra hospitalier, des psychologues, du cadre de santé, parfois des ASS, ce qui limite le temps d'échange pour chacun. Sur Maine de Biran (2^{ème} étage), la famille et/ou les mandataires judiciaires sont conviés aux réunions de synthèse préparatoires à la sortie qui se déroulent en deux temps, d'abord sans le patient puis en sa présence. Aux Iris, une réunion clinique se tient tous les quinze jours, alternativement consacrée aux patients dits « aigus » et à ceux dits « au long cours ». Le cas échéant, les familles y sont conviées. Un staff se tient tous les matins en présence des soignants et des médecins.

Cependant, le personnel soignant ne bénéficie d'aucune supervision ni d'analyse de pratique (cf. § 3.3.2). De même, aucune réunion soignants-soignés n'est organisée.

Recommandation 20

Des réunions soignants-soignés doivent être organisées dans chaque unité.

9.2. L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES, AISE AUX IRIS, RENCONTRE DES OBSTACLES SUR L'UNITE MAINE DE BIRAN**9.2.1. L'accès au médecin généraliste****a) À Chaumont**

Jusqu'au début de février 2024, les unités bénéficiaient du concours d'un omnipraticien sur site, intégré aux équipes et participant aux réunions cliniques et de synthèse du jeudi. Depuis le 5 février 2024, plus aucun médecin n'est en poste. Seuls les neufs omnipraticiens à l'hôpital André Breton interviennent à tour de rôle à raison de trois jours par semaine, le lundi, le mercredi et le vendredi et assurent une permanence téléphonique de 9h00 à 11h00 et de 16h30 à 17h30 les autres jours. À partir d'avril 2024, ce dispositif perdurera avec seulement deux somaticiens. En dehors des plages de présence ou de permanence téléphonique des omnipraticiens, il est fait appel à l'interne en psychiatrie pour gérer les troubles somatiques ou au centre 15. Ce mode de fonctionnement dégradé est déploré par les psychiatres. Il affecte directement la qualité des soins dispensés aux patients, plus vulnérables aux affections somatiques que la population générale et exposés aux effets iatrogéniques des traitements psychotropes, notamment neuroleptiques. De plus, ce dispositif rend impossible la réalisation de l'examen somatique dans les 24 h pour les patients admis en SSC ou placés à l'isolement et ne permet plus la participation de ce professionnel au travail d'équipe.

Recommandation 21

L'intervention des médecins généralistes au sein des unités de Maine de Biran doit être réorganisée de manière à offrir aux patients un accès à des examens somatiques réguliers, respectueux des enjeux liés à l'hospitalisation en soins sans consentement.

a) À Saint-Dizier

Les deux praticiens expérimentés à temps plein, en charge des soins somatiques dans les unités de psychiatrie, exercent sous un statut de praticien associé et de faisant fonction d'interne avec une délégation de prescription des médecins spécialistes en médecine générale des soins de suite et de réadaptation. Les médecins travaillent de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi. La nuit, les week-ends et jours fériés, deux lignes de garde sont en place : une première avec une astreinte téléphonique confiée aux cinq médecins associés auxquels se joignent deux internes en médecine générale en stage dans des cabinets en ville et une seconde, assurée par l'un des quatre médecins seniors de plein exercice de l'établissement.

Chaque unité est dotée d'un cabinet médical comportant une table d'examen ainsi que tout le matériel nécessaire à l'exercice de la profession, notamment ECG, bladder-scan, saturomètre. Les médecins se rendent tous les jours dans les unités et sur appel des IDE. Tous les arrivants et notamment ceux en SSC sont examinés dans les 24 h. Les autres patients sont vus à leur demande, sur indication des IDE ou à l'initiative du médecin.

À l'arrivée d'un patient, les médecins procèdent à la conciliation médicamenteuse et contactent les médecins traitants, les pharmaciens voire les IDE libéraux pour connaître les traitements pris antérieurement. Ils veillent également à la réalisation des vaccinations, des examens de dépistage des cancers et à la surveillance somatique systématique des patients dits « au long cours ». Le médecin somaticien est toujours informé par les IDE du placement à l'isolement d'un patient et il se déplace dans l'heure pour l'examiner. Le dossier médical du patient est informatisé sur le logiciel Cariatides®. Les médecins participent aux réunions de synthèse des unités et prennent connaissance des transmissions infirmières.

9.2.2. L'accès aux consultations spécialisées

A l'hôpital André Breton, les médecins rencontrés ne font pas état de difficultés particulières dans l'accès aux consultations spécialisées. Le suivi gynécologique des patientes est effectué par une sage-femme libérale ou par le service de gynécologie du CH de Saint-Dizier. La plupart des consultations spécialisées se déroulent au CH de Saint-Dizier avec une possibilité d'adresser les patients au CHU de Nancy pour les urgences ophtalmologiques et neurologiques et au CH de Chaumont pour les avis neurologiques. Toutefois, les hospitalisations en MCO au CH de Saint-Dizier des patients en SSC mobilisent le personnel soignant de l'hôpital André Breton⁴⁵.

A Chaumont, les consultations spécialisées se déroulent au CH de Chaumont. Les équipes ont fait état d'une ostracisation sensible des patients adressés au SAU de Chaumont pour une symptomatologie aiguë, voire une urgence. Une écoute moindre, des bilans allégés et une absence de suivi altèrent la qualité des soins et font courir un risque de perte de chance pour les patients⁴⁶.

Recommandation 22

Les patients atteints de troubles psychiatriques doivent bénéficier des mêmes prises en charge médicales que la population générale.

9.2.3. L'accès aux autres soins

Les médecins examinent la dentition des patients. Les soins dentaires sont prodigués en cabinet de ville dans les deux à trois semaines suivant la demande. En cas d'urgence, le médecin généraliste temporise avec un traitement et téléphone à l'odontologue qui se montre généralement très réactif pour la prise en charge.

Les prélèvements biologiques sont effectués par les IDE des services et adressés aux laboratoires. Les résultats sont lus dès réception par les médecins. Les examens d'imagerie médicale se déroulent dans les CH de Saint-Dizier et Chaumont ou dans un cabinet privé à Saint-Dizier sous des délais identiques à ceux des patients de ville avec une priorisation des urgences.

⁴⁵ Au jour du contrôle, un service de MCO exigeait la présence permanente d'un soignant au lit d'un patient SDTU hospitalisé le 26 janvier 2024.

⁴⁶ Pour exemple, un patient adressé en janvier 2024 au SAU pour un bilan de chute et un état douloureux. En l'absence de radiographie, le patient a été renvoyé sur l'unité Maine de Biran. Devant la persistance de son état d'impotence douloureuse, il a été réadressé au SAU deux semaines plus tard pour des clichés qui montraient une fracture humérale non recherchée lors de son premier passage.

Pour les patients hospitalisés en psychiatrie adulte, les séances de kinésithérapie, pédicurie, podologie, se déroulent en ville auprès de professionnels libéraux.

Pour les lunettes de vue et les prothèses auditives, les patients se rendent également dans les commerces en ville.

À Maine de Biran, il est fait appel à l'équipe mobile du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et, au CH André Breton, la prise en charge des addictions relève de la compétence des psychiatres.

9.2.4. La fin de vie

À l'hôpital André Breton, les médecins sollicitent l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Saint-Dizier qui se déplace voir le malade, évalue son état et propose un protocole qu'elle instaure ou à appliquer par l'équipe soignante. Par la suite, la surveillance est assurée par les médecins généralistes et les soignants. Cette équipe rencontre au moins une fois la famille. Par ailleurs, le recueil des directives anticipées relatives à la fin de vie a fait l'objet d'un travail conduit par les équipes médicales et soignantes et sont prises en compte. Des soignants ont créé une bande dessinée sur ces directives à destination des patients, éditée en janvier 2024.



Extrait de la bande dessinée sur les directives anticipées créée par les soignants

9.3. LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT EST PARTIELLEMENT INTEGREE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS

La désignation de la personne de confiance participe de la prise en charge des patients. Les informations sur son rôle figurent dans les règles de fonctionnement des unités et dans la plaquette « *Droits des usagers du système de santé* », documents remis à l'admission et affichés dans les services. Au besoin, les IDE ou les cadres de santé reprennent les explications auprès des patients. Au moment du contrôle, sur l'unité Maine de Biran (2^{ème} étage), les 11 patients avaient désigné une personne de confiance dont 2 avaient donné leur accord par écrit et 2 autres oralement. Aux Iris, une majorité de patients (15 sur 22) avait désigné une personne de confiance qui s'était déplacée pour signer son accord, mais en pratique deux seulement intervenaient effectivement.

Le projet de soins individualisé comporte un paragraphe rempli par un IDE à l'admission « plan de prévention partagé », qui recueille les desiderata du patient⁴⁷. Il est de nature à favoriser l'alliance thérapeutique, tout comme la prise en compte des directives anticipées (cf. § 7.2 et 9.2.4).

Les patients connaissent leur traitement bien qu'il n'existe pas d'éducation thérapeutique en psychiatrie adulte. Toutefois, l'examen des prescriptions avec la pharmacienne montre la persistance de prescriptions de psychotropes injectables si besoin dont l'administration est laissée à l'appréciation des IDE tant chez les adolescents (cf. § 10.2) que chez les adultes en psychiatrie. Ainsi, au moment du contrôle, dix prescriptions de Loxapac[®] existaient aux Iris, et trois à Maine de Biran, outre une prescription de Valium[®]. De plus, une fois rédigées, ces prescriptions ne sont pas rediscutées. Aux Iris, la plus ancienne date de 2019.

Recommandation 23

La prescription des injections de psychotrope en « si besoin » doit être proscrite, a fortiori en ce qui concerne les enfants. Seul le médecin est habilité à examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de son état clinique, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.

9.4. LES SORTIES D'HOSPITALISATION SONT ANTICIPÉES ET ACCOMPAGNÉES MAIS LA SITUATION DE CERTAINS PATIENTS DITS « AU LONG COURS » EST PREOCCUPANTE

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé n'apparaît pas assorti de garanties suffisantes. Si sa composition est formellement conforme, et les avis consultés généralement substantiels et motivés, il ressort des entretiens conduits et des avis consultés que la réalité de sa réunion collégiale, du recueil de l'avis du patient par le collège sont sujets à caution sur l'unité des Iris. Il a été indiqué que l'essentiel des éléments fondant l'avis du collège pouvait parfois être tiré des synthèses régulières organisées. Le recueil de l'avis du patient n'est en tout état de cause pas systématiquement tracé, y compris en substance, même si certains avis peuvent évoquer le point de vue du patient sur l'hospitalisation et la nécessité de soins.

À Maine de Biran, le collège des professionnels de santé se tient aux dates prévues par les textes et en présence du psychiatre traitant, d'un psychiatre « expert » et du cadre de santé. Le patient est effectivement vu et entendu par les médecins lors de ce collège.

Recommandation 24

Le collège des professionnels doit se réunir systématiquement pour entendre le patient, recueillir ses observations et les mentionner dans l'avis.

Les sorties accompagnées de moins de 12 h et non accompagnées de moins de 48 h sont globalement encouragées et organisées, dès que les conditions semblent réunies, dans une perspective de réhabilitation sociale et de sortie. L'effectif des soignants permet de les organiser.

⁴⁷ Extrait plan de prévention partagé : « Me connaître : ce qui peut m'agacer quand je suis hospitalisé ? ce qu'il ne faut pas faire et/ou me dire quand je ne suis pas bien ? /Si je ne vais pas bien : ce qui m'aide quand je ne vais pas bien ? Les endroits où je peux trouver de l'apaisement et par quelles activités je peux m'apaiser ? Si je n'arrive pas à m'apaiser, ce que l'on peut faire de plus pour moi ? ».

Des difficultés ont été relevées ces dernières années (en 2021 et 2022 notamment) pour les patients en SDRE, avec des oppositions du représentant de l'État à des sorties accompagnées, notamment pour « risque de fugue » et y compris pour des démarches se rattachant aux soins ou utiles à l'autonomie des patients dans leurs démarches ; ou encore des réponses tardives, n'en facilitant ni l'organisation par les soignants ni l'anticipation par les patients eux-mêmes. Ces difficultés étaient à date du contrôle, et de l'avis de plusieurs interlocuteurs, moins fréquentes. À défaut de réponse, les sorties sont bien organisées.

Les équipes soignantes bénéficient de l'appui des assistantes sociales qui interviennent dans la recherche et l'organisation des solutions de sortie, y compris pour des personnes ne pouvant réintégrer leur logement personnel. Elles rencontrent les patients dès l'admission, peuvent participer à certains entretiens avec le médecin et sont associées aux synthèses mensuelles, où les projets de sortie peuvent être discutés. Les appuis personnels dont peuvent disposer les patients sont mobilisés, de même que les mandataires, *a minima* pour le déblocage des fonds si une solution d'hébergement est trouvée. Les patients peuvent être accompagnés dans des demandes auprès de l'office public de l'habitat, pour des logements sociaux et des liens existent avec quelques bailleurs privés, pour des patients bénéficiant aussi des aides personnalisées au logement (APL). Le service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) est sinon sollicité pour des hébergements en centre d'hébergement et de réhabilitation sociale (CHRS), ou maison relais. Il est aussi fait appel au 115 en cas d'urgence. Des sorties temporaires peuvent être dédiées à la visite de structures d'accueil, avec parfois un accompagnement assuré par l'assistante sociale et un infirmier.

Le recours relativement fréquent aux programmes de soins, y compris pour des patients en SDRE, s'avère, dans certaines situations, utile à une sortie étayée et à une évolution vers la levée complète des mesures de SSC. Ces programmes sont individualisés et prévoient des temps de venue sur l'hôpital pour consultations, le suivi des traitements, ou encore des visites à domicile. On relèvera néanmoins que les décisions relatives aux programmes de soins ne renseignent pas substantiellement les observations du patient, mais comportent simplement une mention standard à cet égard⁴⁸. Les certificats mensuels suivants sont également silencieux sur ce point, même si le positionnement du patient y est parfois évoqué.

Pour la levée des mesures d'hospitalisation complète des patients en SDRE, des difficultés subsistent dans la temporalité des décisions comme des secondes expertises qui peuvent être sollicitées par le représentant de l'État. Comme constaté à l'occasion du contrôle, des patients peuvent rester plusieurs mois dans l'attente de cette expertise.

De manière générale, une « check-list » de sortie comportant une vingtaine d'items permet notamment de veiller au lien avec l'extra-hospitalier. Des informations relatives à la sortie figurent dans le livret d'accueil et dans les règlements de fonctionnement des unités, notamment sur la remise des ordonnances, d'un courrier de liaison pour le médecin traitant, ou encore sur les options pour regagner son domicile ou lieu d'hébergement. Des entretiens médicaux peuvent

⁴⁸ Il est régulièrement indiqué « lors d'un entretien du XX, l'avis de XX a été recueilli et il a pu faire valoir ses observations. L'information prévue à l'article L3211-3 lui a été dispensée. Il a également été informé que son programme de soin pouvait être modifié à tout moment pour tenir compte de son état de santé et que l'inobservance du programme de soins était susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé (...) » ; et, sur les certificats médicaux : « le patient a été informé du programme de soins, aussi que de ses droits, voies de recours et garanties. Ses observations ont pu être recueillies ».

associer des professionnels extérieurs en anticipation de la sortie, éventuellement à la demande des patients. Les ressources de l'ancienne association de l'hôpital (« Club Aréthuse ») sont parfois mobilisées au bénéfice de patients, notamment avec une prise en charge partielle des frais d'emménagement dans un nouvel hébergement.

En 2022, l'établissement comptait 11 patients en SSC hospitalisés depuis 292 jours ou plus avec une orientation à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). En 2023, ils étaient 15 dans cette situation dont 12 avec une telle orientation.

La situation des patients dits « au long cours », dont ceux regroupés dans la zone de l'unité des Iris, appelle une attention particulière. À la date du contrôle, un patient était hospitalisé depuis 2016 du côté des patients dits « au long cours », un autre du côté des patients dits « aigus » depuis 2020 et la dernière sortie enregistrée datait de plus d'un an. Ont été évoqués différents freins à la sortie dont la complexité des états cliniques et des situations d'anosognosie persistantes, mais aussi le déficit de solutions de logement dans des structures adaptées pour une prise en charge médico-sociale, notamment pour des patients sans soutien extérieur et familial suffisants. Si les initiatives en vue de sorties existent, plusieurs patients étaient néanmoins sans réel projet. Par ailleurs, l'unité ne dispose pas elle-même d'un véritable projet de service traduisant la recherche de solutions autres que le maintien en hospitalisation complète. Enfin, l'accueil exclusif sur le site de Saint-Dizier de patients en SDRE relevant d'autres secteurs est préjudiciable à ces derniers (cf. § 3.1.1). Leurs éventuels appuis familiaux peuvent être maintenus à distance et l'environnement dans lequel peuvent s'organiser des sorties de courte durée n'est pas nécessairement celui qu'ils aspirent à réintégrer et où la reprise de repères leur serait utile. De même, le déficit actuel en matière d'actions d'éducation thérapeutique et de suivi en addictologie ne permet pas non plus nécessairement de travailler avec des patients sur la compréhension de leurs troubles et la gestion qu'ils peuvent en faire, de même que sur les addictions pouvant mettre en péril les projets de sortie.

Recommandation 25

L'unité accueillant des patients en soins dits « au long cours » doit se doter d'un projet de service, favorisant les projets de réinsertion et les partenariats extérieurs ouvrant des perspectives de prises en charge autres qu'en hospitalisation complète.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1. LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS, SEMBLABLE AUX AUTRES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, EST COMPROMISE PAR LE MANQUE D'INFORMATIONS COMMUNIQUEES PAR LA MAISON D'ARRET

Une convention relative à la prise en charge des détenus hospitalisés d'office en provenance de la maison d'arrêt de Chaumont a été conclue le 31 janvier 2007 entre la direction de celle-ci et celle du CHHM et est désormais obsolète⁴⁹. Cette convention régit les modalités de transfert et le séjour à l'hôpital et prévoit la remise d'une fiche de liaison et d'une copie de permis de visite par l'administration pénitentiaire.

Alors que le CHHM dispose d'une unité accueillant des patients en SSC à Chaumont, les personnes incarcérées sont systématiquement admises à Saint-Dizier, situé à une heure de route, au sein de l'unité des Iris (cf. § 3.1.1).

Aux termes de la convention précitée, le transfert de la maison d'arrêt vers le CHHM est à la charge de celui-ci, dès notification de l'arrêté préfectoral d'hospitalisation. Le transport soulève parfois des difficultés en terme de disponibilités tant d'ambulances que d'escortes de sécurité. Le patient ne sera mis sous contention le temps du transport que si son état l'impose.

Le CHHM n'accueille un patient détenu que si l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy (Meurthe-et-Moselle) ne dispose pas de lit ou en cas d'urgence. En 2022, quatre détenus ont été hospitalisés au sein de l'établissement contre deux en 2023, et, pour la dernière fois, en juillet 2023.

Des éléments médicaux sont communiqués aux soignants par la maison d'arrêt, mais aucune fiche de liaison pénitentiaire ne l'est, en méconnaissance de la convention conclue en 2007. Avant leur départ, les patients n'ont pas subi d'examen somatique.

Les soignants du CHHM ne disposent d'aucune information relative à la date de fin de peine, aux autorisations de correspondante écrite et par téléphone et aux droits de visite. Ils ont le réflexe d'appeler le greffe de la maison d'arrêt pour tout besoin. Les patients sont démunis de vêtements de rechange, de tabac, d'argent⁵⁰. Les besoins matériels liés à l'hygiène personnelle sont assumés par le CHHM⁵¹ et des substitutifs nicotiniques sont fournies en patchs et comprimés.

Recommandation 26

Pour la prise en charge d'une personne détenue pendant son hospitalisation, l'établissement pénitentiaire doit remettre aux soignants du CHHM une fiche de liaison comportant des éléments compréhensibles, utiles et complets de façon à mettre en œuvre son droit au maintien des liens familiaux. Le respect des droits de la personne détenue doit être assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre : le patient doit pouvoir se vêtir et user de ses effets

⁴⁹ Elle vise notamment des articles du code de procédure pénale et du code de la santé publique qui ont été abrogés.

⁵⁰ La convention mentionne qu'un pécule est attribué au détenu pour son séjour à l'hôpital.

⁵¹ La convention prévoit que la MA fournit à chaque détenu une trousse de toilette contenant des produits de base.

personnels, dont il doit se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire.

Dès son arrivée dans l'unité, le patient détenu est considéré comme tout autre patient et n'est placé à l'isolement que si son état clinique le nécessite. Il est installé dans une chambre analogue à celle des autres personnes hospitalisées et bénéficie des mêmes modalités de séjour. Il prend ses repas avec les autres patients, peut bénéficier des activités proposées au sein de l'unité et est autorisé à sortir pour fumer dans le fumoir et dans l'espace extérieur de l'unité, sous réserve de la difficulté à se procurer du tabac. En revanche, il n'accède pas à celles qui se déroulent à l'extérieur.

Il a été indiqué que le séjour des détenus n'excédait pas une semaine, le retour en maison d'arrêt est souhaité, voire demandé par le patient. Il ressort toutefois des données produites par l'établissement que la DMS d'un patient détenu a été de 35 jours en 2022 contre 6 en 2023.

À la levée de l'hospitalisation, des surveillants pénitentiaires viennent chercher la personne détenue dans l'unité. Le personnel soignant veille à écarter les autres patients et demande que les menottes ne soient mises au patient détenu, le cas échéant, que dans le sas d'entrée du bâtiment. Avant le départ, une fouille est pratiquée par un agent pénitentiaire dans un local mis à disposition par le CHHM, situé hors des regards, après le sas d'entrée.

10.2. L'UNITE POUR ADOLESCENTS SOUFFRE D'UNE EQUIPE SOIGNANTE INSTABLE ET D'UN DEFICIT MEDICAL QUI ENTRAINE UN RECOURS EXCESSIF AUX PRESCRIPTIONS « SI BESOIN »

10.2.1. L'organisation du service

a) Les ressources humaines

L'unité Modado dispose d'une équipe complète et pluridisciplinaire qui comprend un cadre supérieur à 0,2 ETPT, une IDE faisant fonction de cadre de santé à mi-temps sur le service, 11 ETPT d'IDE, un psychologue à temps plein, une assistante sociale à 0,1 ETPT, un éducateur sportif une demi-journée par semaine, un agent d'administration et une secrétaire médicale à temps plein. Le projet médico-soignant prévoit la création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie et la création de trois lits de crise dans l'unité, conditionnée par la réalisation de travaux d'extension. Sur les 11 IDE, 5 ont moins d'un an d'expérience dans l'unité, et si l'ensemble des professionnels rencontrés s'est montré bienveillant, investi et soucieux de la prise en charge des mineurs, le *turn over* des équipes, depuis de nombreuses années, démontre la nécessité de stabiliser, de former et d'accompagner les soignants, en lien avec les problématiques spécifiques des enfants. Des agents de service hospitalier sont présents tous les matins et l'équipe d'auxiliaires de soins en charge de la sécurité, positionnée aux Iris, peut renforcer l'équipe en cas de crise. L'organisation du service prévoit la présence de deux IDE le matin et l'après-midi et ponctuellement d'une IDE en journée. L'équipe peut être renforcée les lundis, jour de la réunion d'équipe et les jours d'équithérapie ou lors de sorties exceptionnelles sur l'extérieur. L'organisation des nuits prévoit la présence d'un seul IDE sur le service alors que les angoisses des enfants sont majorées le soir. Des faits de violences sur un soignant et de dégradations des locaux ont particulièrement été signalés en soirée ou la nuit, ce qui constitue une source d'insécurité tant pour les professionnels que pour les enfants.

Au niveau médical, un somaticien se rend régulièrement dans l'unité, à la demande et à l'arrivée du mineur. Une pédopsychiatre, présidente de la CME et cheffe de pôle de la pédopsychiatrie, est affectée à temps plein sur l'unité, mais la situation de la pédopsychiatrie dans la Haute-Marne ne lui permet pas d'être présente tous les jours sur l'unité. Elle est présente le lundi, le mardi et le vendredi. Elle peut recevoir des mineurs ponctuellement en fin d'après-midi le jeudi, dans la continuité de ses consultations au centre des Laschats⁵². Un stagiaire associé, arrivé en janvier 2024, effectue quelques consultations et est présent lors des transmissions le mercredi en début d'après-midi. Cette situation a généré la fermeture de l'unité durant les périodes d'absence de la pédopsychiatre. Si un suivi régulier a été réalisé par les IDE sur le lieu de vie des enfants, cette situation a grandement fragilisé les enfants pour qui le retour était précipité, générant de nouvelles hospitalisations à l'issue.

De même, les contrôleurs ont observé un usage récurrent de l'injection en « si besoin », plusieurs fois par semaine et sur plusieurs mois, faute de médecin disponible dans l'unité de manière continue. Au jour de la visite, tous les patients mineurs, de 14 ans, avaient des prescriptions d'injections en « si besoin » en cas d'agitation et de refus du *per os*. Des témoignages recueillis attestent de la violence et du traumatisme résultant de l'administration forcée des traitements par ce biais sur un enfant, majorés lorsque la décision repose sur la seule décision de l'IDE (cf. § 9.3).

Des transmissions ont lieu plusieurs fois par jour et une réunion d'équipe est organisée en présence de tous les professionnels le lundi après-midi. L'équipe bénéficie d'une supervision par un intervenant extérieur tous les deux mois depuis le mois de septembre 2023, mise en place à la suite des difficultés traversées par l'équipe courant mai et juin 2023.

Recommandation 27

Pour assurer la sécurité des enfants et des soignants, l'effectif de nuit à Modado doit être composé d'au moins deux agents.

Cette unité doit bénéficier d'une équipe stable et d'un personnel médical et non-médical en nombre suffisant et suffisamment formé à la prise en charge spécifique des enfants.

b) L'activité et le profil des mineurs accueillis

L'unité peut accueillir cinq adolescents, garçons ou filles, âgés de 12 à 18 ans, en hospitalisation complète ainsi que deux jeunes en hospitalisation de jour. Il s'agit de la seule unité d'hospitalisation complète pour adolescents dans le département. Au jour du contrôle, deux jeunes filles de 14 ans étaient accueillies.

La file active des mineurs hospitalisés à temps plein est passée de 28 en 2022 à 25 en 2023, soit une baisse de 11 % pour une occupation de 16,8 %. Sur la même période, la durée moyenne d'hospitalisation a augmenté de 24,5 à 28,8 jours selon les données communiquées, soit une augmentation de 18 %. La durée moyenne de séjour est passée de 13,7 jours en 2022 à 16,8 jours en 2023. Au jour du contrôle, une jeune fille était accueillie depuis plus d'un an dans l'unité. Les mineurs accueillis sont généralement des filles allant de 12 à 16 ans. Les adolescents sont principalement hospitalisés à la demande des titulaires de l'autorité parentale, plus rarement par

⁵² CMP Les Laschats, 16 rue des Laschats, à Saint-Dizier, bâtiment se trouvant de l'autre côté de l'allée de l'unité Modado.

une ordonnance de placement provisoire du procureur de la République (deux en 2023). Les mineurs présentent principalement des pathologies en lien avec des troubles du comportement et de l'attention, des décompensations psychotiques, des troubles du spectre autistique combinés à des troubles du comportement, des phobies scolaires avec des éléments dépressifs. Le premier semestre 2023 a été décrit par les professionnels comme une période particulièrement difficile au regard des profils accueillis, de la violence des mineurs et des actes de transgression. Au jour du contrôle, les deux enfants accueillis étaient suivis par l'aide sociale à l'enfance avec laquelle les liens, bien qu'existants, sont complexes. Des visites entre les éducateurs référents et les mineurs étaient organisées tout comme des réunions de synthèse en présence des différents professionnels de santé et de la protection de l'enfance. Les visites parent/enfant étaient également médiatisées par l'aide sociale à l'enfance. Les professionnels ont fait le constat que les maisons d'enfants à caractère social (MECS) étaient réticentes à l'accueil des mineurs lorsque des retours étaient tentés. Cependant, et à ce jour, aucune solution de prise en charge pérenne n'est trouvée pour la jeune fille accueillie depuis un an.

c) Les locaux

Les constats réalisés en 2016 par les contrôleurs n'ont pas évolué⁵³. L'unité est adossée à celle des Iris. Le pavillon est entouré d'un jardin clos par un grillage ne laissant plus la vue sur le parc. Les locaux sont conviviaux et bien entretenus, mais le manque d'espace reste une difficulté importante dans la prise en charge des enfants. Le bureau des soignants est d'une surface inférieure à 10 m². La salle de soins est de taille réduite, tout comme l'espace d'apaisement qui se compose d'un pouf, d'un fauteuil à bascule, de couvertures enveloppantes, d'oreillers, d'un matelas au sol et d'un ballon de boxe et de gants. Une petite fenêtre permet de voir l'enfant depuis le bureau des soignants.



Espace d'apaisement



Jardin arrière

Au regard de la taille du bureau des soignants, les réunions d'équipe se déroulent le lundi au centre des Laschats. Les secrétaires, le médecin, la psychologue, les deux cadres et l'assistante sociale ont leur bureau dans ce bâtiment et les consultations médicales, psychologiques et familiales s'y tiennent également. Le salon de visite se situe dans le sas d'entrée et son espace est très réduit. Il est aménagé d'une table et de quatre fauteuils. Le tableau d'affichage se situe dans cette pièce. Un piano synthétiseur y est également installé. L'endroit est peu investi.

⁵³ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de la Haute-Marne, fév. 2016, p. 81 à 82.

L'unité est composée de cinq chambres individuelles, dont trois avec salle d'eau. Les patients ne disposant pas de salle d'eau ont accès à une salle de bains commune, utilisée également par l'ensemble des enfants notamment en vue de s'apaiser ou pour profiter du bain. Des verrous dans les salles d'eau ont été installés durant la visite, mais au premier jour de la visite, l'adolescent devait demander au soignant d'être enfermé dans la salle d'eau pour préserver son intimité et appelait par le bouton d'appel pour en sortir.

Les chambres sont propres, claires et personnalisées. Les fenêtres occupent toute la largeur du mur et les volets sont ouverts ou fermés par un soignant à la demande du patient. L'ameublement se compose d'un lit une place en plastique dur, d'une table-bureau, d'une chaise et d'une table de nuit dans le même matériau. Les enfants peuvent ranger leurs affaires dans une armoire qui ne ferme pas à clé. Aucun verrou de confort n'a été installé mais la chambre peut être fermée à la demande du mineur. Un dispositif d'appel est présent dans toutes les chambres.

Recommandation 28

Les chambres de l'unité pour adolescents doivent être équipées d'un verrou de confort et des travaux doivent être réalisés en vue d'agrandir les espaces, notamment ceux des professionnels, afin de favoriser la qualité de la prise en charge des enfants.



Salle de bain



Chambre inoccupée

Deux espaces communs sont situés de part et d'autre de l'entrée. La salle d'activités est située à proximité du bureau des soignants, qui a vue sur l'ensemble. La pièce est équipée de deux tables, d'un baby-foot cassé, de deux armoires fermées à clé comprenant des jeux de société et du matériel d'activité, d'une bibliothèque, d'une télévision, d'un canapé, d'un pouf et de couvertures enveloppantes. La pièce donne vue sur la terrasse.

*Salle commune**Réfectoire et cuisine*

La salle à manger est divisée en deux par un comptoir. Un côté est occupé par une cuisine totalement équipée et de l'autre, l'espace repas est composé de deux tables et huit chaises fixées au sol, de placards et d'un buffet de rangement destiné aux denrées alimentaires des enfants. L'ensemble est de couleur claire et les locaux sont en parfait état.

10.2.2. Les modalités de prise en charge des mineurs

a) Les modalités d'accueil

Toutes les hospitalisations sont programmées à la suite d'une consultation de pré-admission par le pédopsychiatre. L'objectif est d'obtenir le consentement de l'adolescent et de ses parents et de créer une alliance thérapeutique. Les adolescents peuvent être orientés après avis d'un pédopsychiatre du département ou des départements limitrophes de la Marne et de la Meuse ou par le service de pédiatrie dans le cadre des urgences après orientation et entretien de pré-admission avec le pédopsychiatre du CHHM. Exceptionnellement, une mineure a été accueillie dans l'unité après avoir fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire prise par le procureur de la République après son défèrement devant le juge d'instruction. Toute hospitalisation fait l'objet d'un contrat de soins qui fixe les modalités de prise en charge et d'interruption des soins.

À l'arrivée, lors de l'entretien d'admission, l'équipe remet à l'enfant un livret d'accueil et un livret « médiations thérapeutiques ». Outre les autorisations parentales en lien avec les sorties et le droit à l'image, le ou les parents et l'enfant sont invités à signer un règlement appelé « formulaire d'engagement », engagement à respecter les règles de fonctionnement remis aux parents et à l'enfant. Un questionnaire « Adolescents et substances psychoactives » et un questionnaire de Beck⁵⁴ sont réalisés avec l'enfant et le soignant. Le projet de soins personnalisé est également rempli par l'enfant avec un professionnel et un plan de prévention partagé peut être réalisé en fonction de la situation de l'enfant. Une enquête alimentaire est faite. Chaque enfant fait une visite de l'unité, mais les parents ne sont pas autorisés à visiter les lieux afin de préserver la confidentialité des autres enfants accueillis. Cependant, au jour de la visite, les dossiers des mineurs étaient incomplets et deux tiers de ceux consultés ne comprenaient pas la signature des deux parents, sans que figure l'acte de naissance de l'enfant ou un jugement fixant l'exercice de l'autorité parentale exclusive au seul parent signataire. De même, un dossier était signé par l'aide

⁵⁴ Un questionnaire à choix multiples de 21 questions, servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique.

sociale à l'enfance sans qu'un jugement de délégation d'autorité parentale soit versé au dossier. Néanmoins, la cadre supérieure de santé élabore un nouveau document d'admission permettant de veiller à l'obtention de tous les documents requis.

Recommandation 29

Dans l'intérêt de l'enfant, toute admission ou nouvelle admission à la demande des représentants légaux doit faire l'objet d'une demande spécifique, signée par les deux parents lorsque l'exercice de l'autorité parentale est conjoint. Lorsqu'un seul parent est titulaire de l'autorité parentale, l'autre parent doit être informé de la mesure sauf à avoir été privé de ce droit par un juge. De même, l'aide sociale à l'enfance ne peut se substituer à l'autorité parentale, sauf jugement la déléguant à ce service. À cette fin, les établissements doivent s'assurer de l'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale.

Par ailleurs, durant l'année 2023, deux ordonnances de placement provisoires ont été prises sur le fondement de l'article 375-9 du code civil⁵⁵ par le procureur de la République de Chaumont, sans avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, les certificats reposant sur l'avis d'un médecin psychiatre du CHHM.

Recommandation 30

Les hospitalisations sur ordonnance de placement provisoire doivent, conformément aux dispositions légales, se fonder sur un avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement.

Un inventaire est réalisé avec l'enfant et le téléphone portable est retiré sur prescription médicale et placé dans le casier de l'enfant dans le bureau des soignants. L'enfant peut confier ses objets de valeurs aux infirmiers, et notamment son maquillage, accessibles à la demande.

Les parents peuvent autoriser leur enfant à consommer du tabac dont la consommation sera régulée par les soignants.

b) Le quotidien et les restrictions de liberté

La porte du service est fermée à clé. La porte permettant d'accéder au jardin est fermée, ce dernier n'est accessible qu'en présence d'un soignant. Les sorties dans le parc s'organisent accompagnées d'un soignant et sur prescription médicale.

Les repas sont source d'insatisfaction exprimée par les enfants dans les questionnaires de satisfaction (retournés dans 85 % des situations). Des repas thérapeutiques et des ateliers cuisine et pâtisserie sont cependant régulièrement organisés et les soignants peuvent demander le changement d'un repas en fonction de l'enquête alimentaire réalisée avec le jeune à son arrivée. La diététicienne du CHHM se rend également disponible pour rencontrer les enfants.

⁵⁵ Art 375-9 du code civil : « La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable ».

Au jour de la visite, aucun cours scolaire n'était dispensé dans l'unité, mais l'une des mineures accueillies se rendait tous les jours au collège. D'après les soignants, le service d'accompagnement pédagogique à domicile a pu régulièrement intervenir en fonction du profil des mineurs accueillis, mais de nombreux mineurs ne bénéficient pas de scolarité durant l'hospitalisation au regard de leur état de santé et de la durée de l'hospitalisation. L'assistante sociale et la psychologue accompagnent les parents ou les éducateurs dans la réalisation du projet d'accueil individualisé auprès des collèges et des lycées et le médecin peut réaliser le dossier MDPH selon les besoins.

De nombreuses activités sont organisées par les soignants à l'hôpital (affirmation de soi, sport, bien-être, soin esthétique, mosaïque, atelier, écriture, intervention du CSAPA, etc.) ainsi qu'à l'extérieur (cinéma, randonnées, société protectrice des animaux, équithérapie, etc.). Les enfants ont également accès à une bibliothèque, à la télévision, à la musique ou à l'espace d'apaisement sans restriction. Un temps de repos en chambre est prévu de 13h10 à 14h30 avec un temps d'usage du téléphone portable, sur prescription médicale.

Un emploi du temps est remis à l'enfant toutes les semaines, dans lequel sont intégrés les activités, les sorties, les rendez-vous médicaux, les consultations hebdomadaires avec la psychiatre et avec la psychologue. Les contrôleurs ont observé une grande souplesse dans l'emploi du temps et une adaptation des soignants aux besoins de l'enfant, en fonction de son état clinique. Des entretiens réguliers avec les infirmiers ont également lieu et permettent d'échanger autour de la maladie ou du traitement. L'enfant est très impliqué dans les soins, tant par le pédopsychiatre que par les soignants. Un bilan de la réunion clinique le concernant lui est fait tous les lundis en fin d'après-midi soit par le médecin soit par les IDE et le projet de soin personnalisé est adapté au besoin.

Bonne pratique 7

La remise d'un emploi du temps permet à l'enfant de se projeter sereinement dans sa semaine et permet d'organiser au mieux son hospitalisation.

Sur prescription médicale, un temps d'appel de 20 minutes maximum avec la famille est prévu tous les jours entre 18h00 et 19h00. Les appels peuvent être passés dans l'espace d'apaisement ou dans la chambre. Les soignants restent très disponibles pour médier ou pour revenir sur les échanges téléphoniques, à la demande du jeune.

Après une semaine, une visite médiatisée est organisée avec la famille selon l'état clinique de l'enfant puis des visites libres et des sorties de moins de 48 h peuvent rapidement se mettre en place. Les parents sont impliqués dans les soins et dans la sortie de l'enfant. Ils ont un accès 24 h/24 aux soignants par téléphone et peuvent contacter les professionnels lors des permissions de sortir. Un rendez-vous dans une structure ambulatoire est donné à la famille dès la sortie de l'enfant, afin de s'assurer de la continuité des soins.

Les soignants rappellent l'interdiction des relations sexuelles et une surveillance particulière est posée en cas de rapprochement. Aucun temps d'éducation sexuelle n'est proposé, les soignants expliquant que la sexualité est abordée dans le cadre thérapeutique, de nombreux enfants accueillis ayant subi des violences sexuelles. Des temps d'échange autour de l'estime de soi, des réseaux sociaux et des addictions sont cependant régulièrement organisés.

10.2.3. Les pratiques d'isolement et de contention

L'unité Modado ne dispose pas de chambre d'isolement. L'enfant est transféré sur la chambre d'isolement des Iris en cas d'isolement, malgré l'indignité de ces chambres (cf. § 7.1). L'analyse des isolements des mineurs montre que trois patients ont fait l'objet d'un isolement en 2023, soit 10 % des mineurs accueillis, contre un en 2022 et en 2021. Dix-huit isolements ont eu lieu et 100 % ont fait l'objet d'une contention sur des mineurs âgés de 12 ans, 14 ans et 17 ans pour des durées ne dépassant pas 2 h, hormis une mesure d'isolement de 7 h. Les soignants de Modado expliquent se rendre régulièrement auprès de l'enfant isolé bien que n'ayant pas la charge de la surveillance.

Recommandation 31

Les mesures d'isolement et de contention d'un mineur hospitalisé en soins libres sont dépourvues de base légale. Considérant en outre que de telles mesures sont contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant, elles doivent être proscrites, y compris pour les enfants placés en SDRE.

Les professionnels attestent d'un usage très régulier et sans limitation de l'espace d'apaisement, de la salle de bain, des balades extérieures, de la musique et du ballon de boxe afin d'apaiser l'enfant. Le projet de soins personnalisé est utilisé et investi par l'équipe et par le mineur.

Annexes

SUIVI DES ACTIONS VISITE DU CGLPL									
N°	REMARQUES	ACTIONS FINALISEES	ACTIONS D'AMELIORATION QUI EN COURS	RESPONSABLE	Priorité	AVANCEMENT	Début	Fin	MODALITE DE SUIVI
REMARQUE 1	Afin de préserver les liens familiaux et favoriser la sortie du patient, les mineurs et les adultes hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat doivent accéder à une hospitalisation de proximité dans les mêmes conditions que les autres patients en soins sans consentement.	Rencontre le 25 mars entre la direction et médecins : annonce de l'accueil des SPDRÉ faite auprès des médecins, dès la finalisation de formaton finale des auxiliaires de soins (compte rendu de la rencontre + copie de l'agenda) Hébergement d'un SPDRÉ du 5 au 13 juin 24 suite à une tension en lits sur le territoire : une patiente en SPI est arrivée au centre médical de Maine de Biran puis après renseignements à la sœur que la patiente est en fugue depuis 3 semaines de l'hôpital Saint Anne de Paris et elle était hospitalisée en SPDRÉ.	Rencontre le 5 juillet 24 de la direction, des psychiatres de Saint-dizier en appui pour rencontrer les psychiatres de Maine de Biran pour finaliser l'accueil des SPDRÉ à Chaumont. Les patients en SPDRÉ du secteur de Chaumont et Langres seront hospitalisés à Chaumont (existence d'une structure d'hospitalisation) Concernant les hospitalisations des mineurs : Il n'y a pas de structure, ni de lit de crise dans le secteur de Chaumont et Langres. Les mineurs sont hospitalisés en "greenier" lieu en pédiatrie à Chaumont. Une demande de consultation est demandée au services des Lachats auprès d'un pédopsychiatre. Lors de cette évaluation, si une hospitalisation est retenue par les pédopsychiatres, une hospitalisation sera programmée à MODADAO à Saint-dizier.	Direction des soins-QGDR	Elevé	En cours	12/02/2024	01/09/2024	
REMARQUE 2	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention		Ces indicateurs seront repris lors de la réalisation du nouveau CPOM. Le CPOM actuel est pour une durée de 5 ans.	Direction des soins-QGDR	Moyenne	Non initié	12/02/2024		
REMARQUE 3	Des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, dans un cadre confidentiel non hiérarchique, sur leur vécu et leurs pratiques.		Des supervisions sont déjà en cours de programmation avec le budget CUACT de 2022 (facture à l'appui) supervision à MODADAO, MAS, George Heuyer et Winicott	direction Direction des achats GHT	Elevé	Finalisé	12/02/2024	en continue	Annexes
REMARQUE 4	Le CHHM doit engager une refonte de l'organisation du transport des patients entre les établissements sanitaires afin de ne pas retarder leur prise en charge.		Convention avec le transporteur Juséou (ACCORD-CADRE DE FOURNITURES COURANTES ET SERVICES- Transports sanitaires terrestres de nuit)			Finalisé	12/02/2024	12/06/2024	Annexes
REMARQUE 5	Afin d'éviter les pertes de chances, les patients pris en charge par les services d'urgence doivent bénéficier systématiquement d'un bilan somatique.		Rencontre entre directeurs délégués CH CHHM et directeur CH de Chaumont afin d'améliorer le parcours patient a eu lieu le 20/06/2024	Médecin chef du service des urgences					
REMARQUE 6	Au SAU, seuls les membres de l'équipe médicale et paramédicale sont habilités à participer à la mise en place de la contention. De plus, la mesure initiale de contention ne peut être prise pour une durée excédant six heures. Par ailleurs, les patients placés sous contention doivent bénéficier d'au moins deux évaluations médicales par vingt-quatre heures et d'une appréciation de leur état psychique par les équipes soignantes au moins toutes les heures. Enfin, chaque établissement 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 l'ayant surveillée.		Faire un rappel auprès des urgences différents directeurs du GHT Rappel de la procédure Orientation des patients des le SAU MO 463 Faire un rappel auprès des urgences	Urgence du CH GDGA équipe médicale					

REMARQUE 7	L'activité d'accueil des patients en soins sans consentement doit être recensée et analysée.	La pertinence des hospitalisations des plus de 288 jours sont en cours d'analyse et un recueil en vue de l'analyse des hospitalisations des soins sans consentement.	Renforcer l'analyse des pertinences d'hospitalisation	DIM équipe médical direction qualité	Elevé	En cours	01/06/2024	31/12/2024	
REMARQUE 8	Le recours aux procédures dérogatoires (soins en cas de péril imminent et soins à la demande d'un tiers en urgence) doit être quantifié et rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement.	Analyse des SPI au sein des urgences via le CHHM Certificat modifié: ajout de la recherche d'un tiers de la famille (certificat en PJ)	action de sensibilisation et de formation par des psychiatres aux urgences à organiser action de la psychiatrie de liaison	DIM équipe médical direction qualité	Moyenne	En cours	01/06/2024	31/12/2024	Annexes
REMARQUE 9	Le livret d'accueil et les règles de fonctionnement des unités doivent être retravaillés afin d'inclure des informations synthétiques, fiables et accessibles sur les droits.	Règlements de fonctionnement, livret d'accueil mis à jour après la visite du CGPLP, coordonnées, adresse réalisation 2 affiches 1 affiche sur les droits des patient hospitalisés en soins sans consentement (PJ) - 1 affiche listant les avocats (PJ)	les règles de fonctionnement des unités ont déjà été retravaillées en lien avec les remarques formulées à la restitution (jointe le RI en PJ) livret d'accueil modifié (PJ)	qualité CSS	Moyenne	Finalisé	28/06/2024	01/07/2024	Annexes
REMARQUE 10	Les personnes hospitalisées en soins sans consentement doivent pouvoir prendre connaissance des raisons qui motivent les décisions les concernant et accéder sans délai aux certificats médicaux qui s'y attachent. Elles doivent être informées de l'ensemble de leurs droits après chaque décision. La notification des décisions doit se dérouler de façon confidentielle. Une traçabilité rigoureuse doit être assurée, y compris en cas de notification différée des décisions comme des droits.	une modification au niveau des certificats de la notification de la décision sur le même document Les patients en programme de soins ont accès à leurs certificats convocation aux juges : pas transmise aux patients car agression (sous pli confidentielle)	les patients vont pouvoir accéder à leur certificat BDA / envoi des pochettes d'accueil Instruction à faire (redonner les droits en même temps que le certificat à chaque fois) pédopsy (info aux délégués de l'autorité parentale) + psy procédure en cours par réalisation Monsieur FRANCOIS	responsable du BDA CSS (BF-CL-ST)	Moyenne	Finalisé	28/06/2024	01/07/2024	
REMARQUE 11	Toutes les chambres doivent disposer d'un verrou de confort. La température des chambres et des locaux doit être abaissée, pour le confort de tous.	Les salles communes possèdent une climatisation comme la loi le prévoit. Des ventilateurs sont disponibles pour les chambres lorsque les patients en demandent. Nous avons un stock conséquent de ventilateurs. La demande est en cours pour le retrait des pleigias	Pas de verrou dans les chambres : voir pour généraliser le système d'ouverture des chambres par carte pour badge Température des chambres exposées en plein soleil, il faut prévoir le retrait des pleigias (mail envoyé le 5/07/24 pour le retrait du pleigias)	Direction des soins- QGDR	Elevé	En cours	28/06/2024	01/09/2024	
REMARQUE 12	L'admission en soins sans consentement ne doit pas entrainer systématiquement un hébergement en unité fermée, qui ne doit résulter que de l'état clinique du patient. Un fonctionnement ouvert des unités pour accueillir des patients en SSC doit être envisagé.	un patient SSC est hospitalisée en SL au 1er étage à Maine de Biran: une réflexion a été menée sur les programmes de soins qui sont hospitalisés en SL même s'ils sont en SSC au centre médical de Maine de Biran. Cette année, le centre médical de Maine de Biran a accueilli au total 4 patients SSC dans le secteur libre: 02/06/24 au 15/06/24 : 14 jours 16/06/24 au 27/06/24 : 11 jours 24/06/24 au 27/06/24 : 4 jours (Justificatifs joints le 05/07/24)	organiser les SPDR qui ont des heures de sortie, mettre en place impliquer la préfecture	Direction des soins- QGDR	Elevé	En cours	28/06/2024	31/12/2024	Annexes
REMARQUE 13	Afin de faciliter l'information et les communications, un accès à des postes informatiques reliés à internet et à un réseau Wifi doit être possible.	Le directeur général du GHT envisage un accès à la wi-fi et à la télévision gratuite, une étude est en cours par le Directeur des achats du GHT. En attendant, tous les flux ne sont pas ouverts en lien avec la cyberattaque de 2022.	direction général du GHT direction informatique	Moyenne	Non initié	28/06/2024	1er trimestre 2025		

REMARQUE 14	<p>Des messages de santé publique sont disponibles auprès des patients. Nous avons mis à disposition depuis la visite du CGPL des préservatifs disponibles dans la salle de soins dans toutes les unités sur demande aux soignants (en attendant des distributeurs).</p> <p>Une réflexion institutionnelle doit être engagée pour que les patients conservent leur liberté sexuelle. Ils doivent bénéficier de mesures d'information et de prévention.</p>	<p>Une étude sur la mise en place de distributeurs dans des endroits stratégiques (mail envoyé pour un devis pour 3 distributeurs à Mme POINTEAUX le 27 juin 24- relance auprès de M MENEGOT le 5/07/24; 1 caféteria laux tris, 1 à l'extérieur de la cafétéria, dehors à l'extérieur du regard pour le WE lors de la fermeture de la cafétéria - procédure en cours pour le réapprovisionnement) Prévoir la pose avec les services techniques à l'arrivée des distributeurs</p>	Direction des achats GHT	Moyenne	En cours	28/06/2024	01/09/2024	Annexes
REMARQUE 15	<p>Les chambres d'isolement de l'unité des tris doivent avoir une fenêtre donnant sur l'extérieur être équipées d'un point d'eau et de sanitaires individuels directement et constamment accessibles de la chambre. Le patient isolé doit pouvoir accéder à un espace extérieur. Le mobilier doit être adapté.</p> <p>La chambre d'isolement de l'unité Maine de Biran (2e^e étage) doit être équipée d'un point d'eau et les toilettes, munis d'un abriant et d'une lunette. Les patients doivent pouvoir accéder à un espace extérieur.</p>	<p>CHAMBRE ISOLEMENT SD: étude de faisabilité de reconstruction des chambres d'isolement en cours. Lancement des AMO pour la mise en route. Récupérer le PTD avant le 11/07/24</p> <p>CHAMBRE ISOLEMENT CHAUMONT: inclus dans le projet de restructuration de maine de Biran pour 2025-2026</p>	Direction des achats GHT	Moyenne	En cours	28/06/2024	2ème trimestre 2025	Annexes
REMARQUE 16	<p>Toutes les unités doivent disposer d'un espace d'apaisement.</p>	<p>les instructions sur les modalités d'utilisation de l'espace d'apaisement Instruction + formulaires sur les modalités d'utilisation de l'espace d'apaisement (en PJ) Le questionnaire sur le vécu du patient est une expérience patient</p>	Direction des achats GHT	Moyenne	En cours	28/06/2024	2ème trimestre 2025	Annexes
REMARQUE 17	<p>La commission départementale des soins psychiatriques doit se réunir au moins une fois par trimestre et visiter au moins deux fois par an l'établissement, en tenant compte du fait que les patients sans consentement sont accueillis sur deux sites distincts.</p> <p>Elle doit pouvoir accéder sans délai au registre des mesures d'isolement et de contention. La participation des psychiatres membres aux travaux de la commission doit être régulière.</p>							
REMARQUE 18	<p>Le registre de la loi doit être tenu à jour quotidiennement et comporter systématiquement l'ensemble des mentions prévues par le code de la santé publique.</p>							
REMARQUE 19	<p>Les autorités compétentes, et notamment le président du tribunal judiciaire ainsi que le maire, sinon leurs représentants respectifs, doivent, au même titre que le procureur et la commission départementale de soins psychiatriques, assurer annuellement le contrôle du registre de la loi.</p>							
REMARQUE 20	<p>Des réunions soignants-soignés doivent être organisées dans chaque unité.</p>	<p>Planification des réunions soignants-soignés (engagement des soignants-patients + CR + planification)</p>	qualité CSS	Moyenne	Finalisé		en continue	Annexes
REMARQUE 21	<p>L'intervention des médecins généralistes au sein des unités de Maine de Biran doit être réorganisée de manière à offrir aux patients un accès à des examens somatiques réguliers, respectueux des enjeux liés à l'hospitalisation en soins sans consentement.</p>	<p>L'organisation a été revue, un médecin généraliste est présent et affecté à Maine de Biran H24 tout l'année Nous proposons un document de l'agence d'intégrim et le planning médical (document des agences d'intégrim)</p>	DAM direction des soins et de la qualité	Moyenne	Finalisé		en continue	Annexes

REMARQUE 22	Les patients atteints de troubles psychiatriques doivent bénéficier des mêmes prises en charge médicamenteuses que la population générale.																			
REMARQUE 23	La prescription des injections de psychotrope en « si besoin » doit être prosaïque, à l'instar de ce qui concerne les enfants. Seul le médecin est habilité à examiner le patient, physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de son état clinique, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.	Nous avons revu toutes les prescriptions médicales en pédopsychiatrie et les si besoin ont été motivés. Il n'y a pas de systématisation (hors de la visite de la HAS du 24 au 28 juin 2024 aucun si besoin n'a été retrouvé).	qualité CSS	Moyenne	Finalisé	12/02/2024	12/02/2024	en continue												
REMARQUE 24	Le collège des professionnels doit se réunir systématiquement pour entendre le patient recueillir ses observations et les mentionner dans l'avis.	réunion physique avec le médecin, trace le médecin référent sait que c'est le jour pour se rencontrer, cadre, le médecin-chef signataire lit et signature des professionnels	qualité CSS	Moyenne	Finalisé	12/02/2024	12/02/2024													
REMARQUE 25	L'unité accueillant des patients en soins dits « au long cours » doit se doter d'un projet de service favorisant les projets de réinsertion et les partenariats extérieurs ouvrant des perspectives de prises en charge autres qu'en hospitalisation complète.	projet de service	qualité CSS	Moyenne	En cours	12/02/2024	12/02/2024	31/12/2024												
REMARQUE 26	Pour la prise en charge d'une personne détenue pendant son hospitalisation, l'établissement pénitentiaire doit remettre aux soignants du CHHM une fiche de liaison. Elle doit comporter des éléments compréhensibles, utiles et complets de façon à mettre en œuvre son droit au maintien des liens familiaux. Le respect des droits de la personne détenue doit être assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre : il doit pouvoir se vêtir et user de ses effets personnels, dont il doit se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire.	mail fait pour améliorer les prises en charges des détenus : fiche de liaison, effets personnels																		
REMARQUE 27	Pour assurer la sécurité des enfants et celles des soignants, l'effectif de nuit à Modado doit être composé d'au moins deux personnes médicales et non-médicales, d'une équipe stable et d'un suffisamment formés à la prise en charge spécifique des enfants.	En attendant de recruter 3 ETP, nous postons des hubs de poste AS pour toutes les nuits. (hubo-demande-justificatifs) Publication de 3 postes à MODADO sur tous les réseaux sociaux avec la fiche de poste (mettre les annexes) intégration du poste AS dans les cadres de fonctionnement	direction des soins DRH	Moyenne	Finalisé	12/02/2024	12/02/2024	en continue												Annexes
REMARQUE 28	Les chambres de l'unité pour adolescents doivent être équipées d'un verrou de confort et des travaux doivent être réalisés en vue d'agrandir les espaces, notamment ceux des professionnels, afin de favoriser la qualité de la prise en charge des enfants.	verrou sur la salle de bain	direction des soins DRH	Moyenne	Non initié	12/02/2024	12/02/2024	31/12/2025												
REMARQUE 29	Dans l'intérêt de l'enfant, toute admission ou nouvelle admission à la demande des représentants légaux doit faire l'objet d'une demande spécifique, signée par les deux parents lorsqu'ils exercent l'autorité parentale est conjointe. Lorsqu'un seul parent est titulaire de l'autorité parentale, l'autre parent doit être informé de la mesure sauf à avoir été privé de ce droit par un juge. De même, l'aide sociale à l'enfance ne peut se substituer à l'autorité parentale, sauf jugement la déléguant à ce service. À cette fin, les établissements doivent s'assurer de l'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale.	formulaire de consentement aux soins qui a été revu (preuve à donner)	direction des soins DRH	Moyenne	Finalisé	12/02/2024	12/02/2024	01/06/2024												Annexes

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