

	<h2 style="color: #00A09A;">Comité Local d’Ethique (CLE)</h2>
	OBJET Saisine N° 6 : Prévention du risque suicidaire en UHSA

Contexte :

L’UHSA d’Orléans (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) est une structure rattachée au CEPOS (Centre pénitentiaire Orléans Saran). C’est un lieu de soins intensifs psychiatriques où sont admis des patients détenus des Etablissements Pénitentiaires del ‘inter région Centre Ouest.

Ces lieux répondent à un double objectif :

- Assurer des soins appropriés sans délai aux personnes détenues présentant des troubles psychiatriques relevant de l’hospitalisation en milieu spécialisé.

Les dispositions relatives aux droits des malades ainsi qu’à la qualité et à la sécurité des soins s’appliquent pleinement aux personnes détenues hospitalisées (loi du 4 mars 2002) :

- Egalité d’accès aux soins ;
- **Respect de la dignité et de l’intimité des personnes ;**
- Respect du secret médical et de la confidentialité ;
- Principe d’aller et venir dans la limite du programme thérapeutique et en respect des règles pénitentiaires.
- Sécuriser ces soins dans le cadre de l’exercice de la mission pénitentiaire :
 - o Concilier les contraintes liées à la détention: sécurité des détenus et du personnel et impératifs soignants ;
 - o Proposer des conditions d'hospitalisation et de prise en charge proches de celles de l'hospitalisation psychiatrique classique.

L’ajustement de la double prise en charge sanitaire et pénitentiaire implique une coordination forte entre les personnels de la santé et de la pénitentiaire.

Contexte de la saisine :

De nombreuses réflexions ont eu lieu au sein des équipes des 2 unités de l’UHSA suite à une série de 3 décès par suicide en 2018.

Les 3 suicides en question ont eu lieu dans les chambres des patients. Le mode opératoire était toujours la pendaison (qui représente également le mode opératoire de 95% des suicides en détention).

La façon la plus fréquemment rencontrée dans notre unité, ainsi que dans les autres UHSA consultées, consiste pour les patients à se pendre avec leurs draps en se servant de la porte de la salle de bain.

2 de 3 suicidés étaient en hospitalisation libre sans qu'aucun signe ne laisse présager l'imminence d'un passage à l'acte. Ces patients n'étaient pas, ou plus, sujets à des mesures de surveillance rapprochée ou de prévention d'un éventuel risque suicidaire. L'un de ces patients était d'ailleurs en fin de peine et, bien qu'identifié comme à risque à l'entrée, son état clinique semblait s'être stabilisé depuis un certain temps et de façon durable. Un projet d'admission en SMPR était organisé et devait d'ailleurs aboutir à sa sortie du service quelques jours plus tard.

L'imprévisibilité de ces événements a rajouté une part traumatisante non négligeable au sentiment de culpabilité ressenti au sein des équipes. Nous parlons de sentiment de culpabilité car ces suicides ont en effet pu s'apparenter à des « échecs » et venaient questionner entre autre les notions de surveillance et de soin : Y a-t-il eu un défaut de surveillance ? Ces gestes s'apparentent-ils à un refus de soin du patient ?

Dans ce contexte de répétition de ces événements tragiques, les pratiques de prévention et de surveillance ont été remises en question par les équipes qui s'interrogent encore aujourd'hui sur les risques environnementaux et sur les moyens d'éviter les tentatives de suicide, en particulier par pendaison.

C/R échanges avec les membres du Comité Ethique et Equipe UHSA :

La demande est motivée par le nombre de tentatives de suicides (dont deux abouties l'année dernière) par pendaison.

En effet, les patients utilisent les portes (angles et gonds) pour suspendre drap ou autre lien solide.

L'équipe se demande s'il serait possible d'ôter les portes de salle de bain ? (En faire des **chambres** dites **lisses**, chaque unité en possédant déjà une)

Si cette option doit être choisie, est-ce dans chaque chambre ? ou bien dans un nombre de chambre défini et limité ? »

Le fait d'enlever les portes expose les personnes, mais seulement à la vue des gardiens du service pénitentiaire lors des rondes.

A noter aussi que chaque détenu dispose d'un store qu'il peut baisser et que ceux-ci sont autonomes pour réaliser ce geste.

La question est :

« Le fait d'enlever les portes de salle de bain serait-il une atteinte à l'intimité des détenus ? »

La question éthique pourrait être formulée ainsi :

« Comment, en UHSA, appliquer le principe de surveillance tout en respectant le droit à l'intimité de chaque détenu ? »

Lors des échanges des membres du comité d'éthique, il est souligné qu'une surveillance très régulière (chaque heure, voire plus dans certains cas) revient au même que si, la porte de la salle de bain était enlevée.

Une porte sert « à fermer » et que le détenu, dans ce cas, la détourne et en fait une arme...il est donc légitime d'enlever une arme !

De plus, on génère seulement un **risque mineur** d'atteinte à l'intimité alors que l'UHSA parle de détenus présentant un **risque majeur** de suicide.

L'idée de brise vue sur les vitres est évoquée (idée à priori réfutée par l'administration)

Il faut également rajouter le stress des soignants lors de la surveillance quand la porte de la salle de bain est fermée et que le détenu ne répond pas.

Le fait d'ôter les portes permettrait de diminuer le stress soignant.

Au final :

Il apparaît aux membres du CLE qu'il faut appliquer le principe « du moindre mal », le risque suicidaire étant à prendre en compte de façon supérieure à l'atteinte de l'intimité des personnes étant donné les possibilités architecturales des chambres.

En conséquence, il serait donc possible de réaliser des chambres « lisses » pour une meilleure surveillance des personnes détenues à risque ; ce qui diminuerait le stress des soignants et éviterait le passage à l'acte suicidaire.