



RAPPORT DE VISITE

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE

16 au 18 septembre 2008

Visite effectuée par :

- *Mme BRAHMY*
- *M. BOLZE*
- *M. LANDAIS*
- *M. LE GOURIEREC*

INTRODUCTION

Présentation de l'établissement

Le CHS de la Savoie est située sur la commune de Bassens dans l'agglomération de Chambéry. Il est le seul établissement psychiatrique du département qui compte une population de 400 000 habitants.

L'hôpital est composé de locaux de construction contemporaine et d'édifices du 19^{ème} siècle séparés par une route départementale.

Son environnement est vaste et arboré. Son accès est commode grâce à une bonne signalétique des voies routières et une desserte par les transports en commun.

L'hôpital dispose de 257 lits d'hospitalisation complète et 10 « chambres de soins obligés » (chambres d'isolement). Le CHS de la Savoie compte 5 secteurs géographiques d'hospitalisation pour adultes (chacun réparti en 2 unités distinctes), 3 secteurs pour enfants et un service départemental pour les adolescents.

En 2007 le taux d'occupation a été de 98,54% et a atteint 112% sur le secteur de Chambéry Sud.

Le nombre de journées d'hospitalisations complètes a augmenté de 3,46% par rapport à l'exercice précédent.

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (47 jours) a, aussi, augmenté, en 2007, de 2,26%, avec de grandes disparités entre les secteurs (l'unité Charcot qui est une unité pour patients chroniques a une DMS de 332 jours).

Les patients admis sous contrainte représentent 32% des hospitalisations, proportion en augmentation de 12,4% par rapport à 2006. Il y a eu 95 entrées en Hospitalisation d'Office (HO) et 433 entrées en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) en 2007.

L'établissement a recensé, en 2007, 38 HO de détenus en provenance de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton. Ces hospitalisations ont une durée moyenne de 9,2 jours.

Les hommes représentent 58% des patients. Les tranches d'âge les plus représentées sont les 31/40 ans puis les 41/50 ans.

Le directeur du CHS de Savoie cite une enquête de l'ARH qui estime à 68 le nombre de patients « inadéquats », hospitalisés à défaut de places disponibles, en aval, dans les structures médico-sociales.

En 2007, 7 décès de patients ont été constatés, dont 3 par suicide. En 2005 et 2006, il y avait eu respectivement 5 et 7 décès, aucun n'étant lié à un suicide.

L'établissement fonctionne avec 40 médecins (sous effectif de 3 ETP) et 859 personnels non médicaux, dont 75% de personnels soignants et éducatifs.

Déroulement de la mission

La mission était composée de Mme Brahmy et de MM. Bolze, Landais et Le Gouriérec. L'accueil et la disponibilité des personnels ont été parfaits.

Une salle (équipée d'un téléphone, d'un poste informatique et d'un photocopieur fax) a été mise à la disposition des contrôleurs durant tout le temps de la mission ainsi que l'ensemble des documents demandés.

Les contrôleurs ont procédé à deux réunions d'ouverture et de clôture de la mission en présence du directeur de l'établissement et de son équipe de direction, du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME), du médecin membre de la Délégation Qualité, du directeur des soins et des secrétaires des organisations syndicales CFDT et FO.

Les contrôleurs ont rencontré les représentants du CHS-CT et de deux associations représentantes des usagers, Mme MAREC (UNAFAM) et M. BETBEDER (UDAPEI).

L'information de la présence des contrôleurs a fait l'objet d'une large diffusion dans l'ensemble des unités. 29 patients ont ainsi demandé à être entendus et ont été reçus individuellement par les contrôleurs.

Ceux-ci ont pu circuler librement de jour comme de nuit et ont visité les 5 secteurs et toutes les unités à l'exception de Pinel et de l'unité spécifique pour les adolescents.

Le préfet de la Savoie a reçu les contrôleurs le jeudi 18 septembre.

Le procureur de la République près le TGI de Chambéry a transmis à la mission les comptes-rendus des visites du CHS effectuées en 2007 en application de l'article 3222 -4 du Code de la santé publique.

Un contact avec l'ARH a été pris par téléphone pour faire le point sur la situation du CHS.

Le président du conseil d'administration du CHS (conseiller général), informé de la visite, ne s'est pas manifesté.

Le présent rapport intègre les remarques écrites du directeur du CHS, transmises le 30 octobre 2008, sur le rapport de constat du 15 octobre 2008.

1 INFORMATION DONNEE AUX MALADES ET EXERCICE DES DROITS

1.1 Informations données aux malades arrivant en HO/HDT :

Le directeur du CHS (ou, par délégation, un membre de la direction) adresse, en cas d'hospitalisation en HO/HDT, un courrier au patient admis, par l'intermédiaire de l'équipe soignante de l'unité d'accueil. Le patient doit signer ce courrier afin de bien souligner qu'il a été effectivement informé des conditions de son admission, de son régime d'hospitalisation et de ses droits. Si l'état du patient ne lui permet pas de signer le document en toute lucidité,

celui-ci est signé par deux témoins clairement identifiés et il lui sera remis par un « soignant » dès qu'il sera en état de le recevoir et de le comprendre.

Ces formalités s'effectuent au bureau des entrées, pendant ses heures d'ouverture, ou dans l'unité de soins en dehors de ces horaires. Des cadres de santé ont appelé l'attention des contrôleurs sur le délai qui court entre la signature de l'arrêté d'hospitalisation et sa notification par le bureau des entrées.

Tant que la notification de l'arrêté d'HO/HDT n'a pas eu lieu, le patient n'est pas en mesure d'exercer ses voies de recours. De fait, les contrôleurs ont constaté que les notifications des arrêtés n'étaient pas faites à bref délai.

1.2 Remise du livret d'accueil

Le livret d'accueil doit, en principe, être remis à tout patient dès son arrivée au CHS. En fait, il ne l'est pas automatiquement parce que l'état des patients, à leur arrivée, ne leur permettrait généralement pas d'en prendre une connaissance éclairée. La remise est, alors, différée jusqu'à ce qu'elle puisse utilement intervenir, un exemplaire étant, en attendant, toujours disponible, en consultation, auprès du service de l'unité pour les patients qui le souhaitent.

Mais il ne s'agit pas, là, de la distribution systématique, dès leur arrivée, à tous les patients, telle qu'elle est prévue par les textes. Et de nombreux patients entendus par les contrôleurs ont déclaré qu'ils n'étaient pas en possession du livret et qu'il fallait le réclamer sans que cela soit toujours suivi d'effet pour l'obtenir.

Certes, à l'intérieur des chambres, un résumé succinct des dispositions appliquées dans l'unité de soins est affiché sur la porte, mais il ne s'agit pas du livret d'accueil regroupant toutes les règles de vie et de soins applicables dans l'ensemble de l'établissement.

Le livret d'accueil, document de 24 pages, donne des renseignements précis sur tous les aspects des conditions de vie et de soins dans l'établissement, au risque de ne pas être réellement lu et compris par tous les patients. Ses développements exhaustifs, malgré leur utilité, ne peuvent convenir, en raison de leur style trop technique, pour s'adresser à un public peu habitué à la lecture et peu capable de comprendre de tels textes, à supposer, même, que l'état mental des intéressés leur permette de comprendre ce que représente ce document.

De plus, cette brochure élégante, sur papier glacé (dont le coût unitaire doit être élevé), constitue un document dont la forme est figée et ne permet pas, sauf à multiplier les feuilles volantes à y intégrer (et qui se perdront facilement) une actualisation facile de telle ou telle information lorsqu'elle s'avère nécessaire.

C'est pourquoi, son attention ayant été attirée sur ce point par la mission, la direction a décidé de réunir un groupe de travail pour mettre au point un document allégé et plus accessible pour le public auquel il est destiné.

Tout patient a le droit de connaître le nom des médecins et cadres de santé qui le prennent en charge et d'être informé des modalités de déroulement du séjour à l'hôpital. Le livret d'accueil doit être élaboré de manière à permettre une mise à jour de ces informations en temps réel.

1.3 Information donnée aux familles :

La réponse à cette question doit tenir compte de plusieurs facteurs :

-si le patient est majeur, son autorisation est requise pour que des informations le concernant puissent être données par l'administration de l'hôpital.

-la qualité des personnes demandant les informations: si les conditions sont réunies pour donner des informations, celles-ci ne peuvent être fournies qu'à ceux qui ont un titre juridique pour les obtenir : parents, titulaires de l'autorité parentale, tuteurs ou curateurs. Et encore faut-il que ceux-ci soient en mesure de fournir, obligatoirement, les preuves de leur qualité et de leurs titres selon des procédures détaillées dans le livret d'accueil.

-l'autorisation du médecin est nécessaire.

Si toutes ces conditions ne sont pas remplies, l'hôpital ne peut donner les renseignements demandés.

En toute hypothèse, aucune information n'est donnée par téléphone.

1.4 Accès au dossier médical par le patient :

Les patients peuvent avoir accès à leur dossier médical, mais seulement sur demande écrite adressée à la direction de l'établissement.

La communication doit intervenir dans un délai de 8 jours et après un délai de réflexion de 48 heures.

Si les informations demandées datent d'au moins 5 ans, le délai de communication est de 2 mois.

Selon le mode d'hospitalisation, un avis de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) peut être nécessaire.

Le demandeur aura accès à son dossier, soit directement, soit en présence d'une tierce personne, soit par l'intermédiaire d'un médecin.

1.5 Confidentialité de l'hospitalisation :

Il ne s'agit pas des seules personnes ayant un titre valable pour obtenir un tel renseignement, en cas de demandes d'informations tendant à savoir si une personne est ou non hospitalisée au CHS, il ne peut être fait droit à une telle demande.

Par ailleurs, aucune information n'est donnée par téléphone. Il n'est, dans les faits, consenti qu'une seule exception à cette règle au profit des services de police (qui, normalement, devraient avoir une commission rogatoire au moment où ils demandent l'information) et pour les besoins de leurs missions. Mais il est, alors, demandé que la personne qui appelle s'identifie clairement et indique son numéro de téléphone. Après vérifications, c'est l'hôpital qui rappelle.

Les procédures suivies ont pour but de protéger le patient, car ce type d'information pourrait être de nature à porter gravement préjudice au patient en raison de l'utilisation qui pourrait en être faite (par exemple, un employeur pourrait, ensuite, licencier un employé considéré

comme « malade mental », donc « peu employable », du seul fait de son hospitalisation au CHS ainsi révélée).

1.6 Organisation des visites des familles pour les malades en HO/HDT :

La possibilité de telles visites est soumise à l'autorisation du médecin ayant la responsabilité du patient. Il peut s'y opposer s'il estime qu'elles ne seraient pas favorables pour le patient, soit pendant un temps limité en début d'hospitalisation, soit pour des périodes plus longues définies en fonction de l'évolution de l'état du patient. Il peut, également, fixer les conditions dans lesquelles les visites autorisées peuvent avoir lieu : dans la chambre du patient, à l'intérieur du service (dans l'un des salons- parloirs), à la cafétéria, dans le parc, etc. ainsi que la durée et les horaires possibles (généralement entre 14 h et 18h30).

Le patient, lui-même, peut dire qui il souhaite voir et qui il refuse de voir.

1.7 Règles appliquées en matière de courrier entrant et sortant ainsi que de téléphone :

Pour le courrier entrant, la règle est qu'il est distribué, chaque jour, dans les unités de soins, sauf contre-indication médicale en fonction de l'expéditeur s'il risque de perturber le patient.

Pour le courrier départ, les patients le confient, affranchi, aux cadres infirmiers du service dans lequel ils sont soignés. La même règle de précaution est appliquée dans la mesure où il peut être craint que les lettres adressées (éventuellement sous le coup d'une impulsion) à certains destinataires pourraient avoir, ultérieurement, des conséquences fâcheuses pour l'expéditeur en raison de leur contenu supposé.

Quant au téléphone, les pratiques sont très variables selon les unités. Dans certaines, comme Daquin, une ligne personnelle est autorisée dans la chambre (moyennant facturation) si le médecin est d'accord, la demande devant en être faite auprès du cadre infirmier de l'unité. Ailleurs, des cabines téléphoniques existent et peuvent être utilisées par les patients, soit pour appeler, soit pour être appelés, selon des modalités diverses (en libre utilisation ou avec intervention du personnel soignant afin de pouvoir faire respecter des interdictions concernant certains correspondants, ou en utilisant des cartes, selon certains horaires pour ne pas perturber les patients, etc.).

D'une manière générale, les téléphones mobiles cellulaires ne sont pas autorisés dans l'établissement, sauf dérogations exceptionnelles accordées par le médecin ou le cadre infirmier. Il n'est pas certain que cette interdiction de principe ne soit pas, aux dires de certains patients, relativement théorique.

Un certain nombre de patients ont fait part aux contrôleurs de leur souhait de pouvoir communiquer plus librement et plus simplement avec leurs proches par téléphone. Des considérations d'ordre thérapeutique ne peuvent, toutefois, être ignorées pour apporter une réponse à ce problème, compte tenu de la nature de l'établissement.

Sauf contre-indication médicale justifiée par des motifs de sécurité ou liés à la prise en charge (isolement momentané de l'entourage par exemple), les patients devraient avoir le droit de conserver leur téléphone cellulaire, comme cela se passe dans d'autres CHS.

1.8 Informations sur les possibilités de recours (CDHP, JLD, Procureur)

Cette information est donnée par la direction, dans le courrier adressé en réponse, aux patients qui ont formulé une plainte (souvent dirigée contre le fait qu'ils sont, injustement selon eux, hospitalisés sous contrainte, mais, aussi, contre ce qu'ils estiment être des dysfonctionnements divers du service).

1.9 Information sur les visites des autorités : CHDP, Procureur

Cette information est portée à la connaissance des patients dans chaque service afin que tous ceux qui souhaitent être entendus par ces autorités puissent le faire savoir et les rencontrer. La même diffusion a été faite au sujet de la venue de la mission du Contrôle général et les contrôleurs ont eu, de ce fait, la possibilité d'entendre un nombre important de patients heureux de pouvoir trouver une écoute extérieure et qui se sont exprimés en toute liberté.

1.10 Allégations de mauvais traitements :

Lorsque la direction reçoit une plainte d'une personne hospitalisée (une lettre-type permettant d'expliquer l'objet de la plainte a été élaborée) ou d'une famille, elle en saisit le médecin-chef et le cadre infirmier de l'unité en cause en leur demandant de lui fournir une réponse dans un délai de 7 jours. En fonction des explications reçues, une solution satisfaisante est recherchée. Si l'on n'y parvient pas, la réponse du service est communiquée à l'auteur de la plainte auquel la direction indique les divers recours et procédures dont il dispose s'il n'est pas satisfait et s'il entend donner une suite à sa plainte.

2 CONDITIONS MATERIELLES D'HOSPITALISATION

2.1. Etat des locaux

Les unités de soins du CHS de la Savoie se répartissent dans un vaste espace arboré d'une quarantaine d'hectares. La partie historique de l'établissement date de 1858. Les bâtiments contemporains ont été construits entre les années 1960 et 1980 et font, à tour de rôle, l'objet de travaux de rénovation depuis le début des années 2000. Chaque unité visitée (Unité 1, pavillons Bachelard, Charcot, Unité 3, Unité 4) donne à voir des chambres et des espaces de vie, de soins ou d'activités clairs et propres. Les unités disposent de 24 à 30 lits installés.

Le service adolescents en compte 8. Les chambres comportent habituellement un ou deux lits, plus rarement trois. Ainsi le Pavillon Bachelard (secteur Aix-les-Bains) dispose de 9 chambres simples, de 8 chambres doubles et d'une chambre d'isolement.

Les contrôleurs ont constaté que les patients étaient hébergés dans des conditions de promiscuité contraires au droit à l'intimité. Alors qu'elles peuvent séjourner durablement à l'hôpital, les personnes doivent subir dans la même chambre la pathologie d'autrui, sans possibilité de s'isoler.

2.2. Linge et literie, mobilier

Il nous a été indiqué que les draps étaient changés quotidiennement dans les chambres de chaque patient. Ce dernier a la charge de faire son lit, dans la mesure où il en est apte, dans le

cadre d'un processus de resocialisation. Chaque chambre dispose d'un ou deux lits, d'une table et du nombre de chaises correspondant au nombre des occupants. La présence d'une table de nuit est aléatoire. Une lampe murale est appliquée au dessus du lit. L'ensemble du mobilier est de facture sobre et contemporaine. Il en est de même pour le mobilier des espaces collectifs : salle à manger, salle de télévision, petits bureaux.

2.3. Fenêtres

Les fenêtres de l'ensemble des pièces (et quel que soit leur usage) sont vastes, sans vis-à-vis, donnant sur les espaces verts. Elles peuvent être ouvertes. Seules les fenêtres des chambres d'isolement sont munies de grilles de couleur blanche, d'un aspect peu contraignant et fermées à l'aide de cadenas. Les fenêtres peuvent parfois laisser la possibilité d'une modeste ouverture pour l'aération. Ces grilles peuvent être déposées d'un simple mouvement, depuis l'extérieur, par les pompiers.

2.4. Chambres

Les patients n'ont pas le choix de la chambre qu'ils occupent mais le personnel veille à la compatibilité d'humeur des personnes qui y résident. En cas de suroccupation, des patients peuvent être contraints à séjourner la nuit à l'extérieur de leur unité qu'ils réintègrent le matin. Cette nécessité est mal vécue par les patients concernés et par les personnels. Elle peut être source de conflits et d'angoisses.

Les chambres disposent toutes d'un placard pour chaque occupant, normalement muni d'un cadenas. Il arrive que le mécanisme de fermeture soit défectueux ou manquant. Des patients s'en sont plaints : des vols d'effets personnels ont été signalés aux contrôleurs.

Le respect de l'intimité et de la propriété individuelle exige que tout patient soit en mesure de déposer ses effets personnels dans un meuble fermant à clef.

Les chambres ne disposent d'aucune serrure et la liberté de circuler dans l'unité semble entière. La plupart des patients étaient hors de leur chambre au moment de nos visites et l'intimité de chacun apparaît respectée. L'absence de mécanisme intérieur de fermeture de ces portes est pour certains patients, des femmes en particulier, un motif d'inquiétude la nuit. La direction justifie cette situation pour des raisons de sécurité incendie.

Dans le respect des obligations liées à la sécurité incendie et dans des conditions permettant au personnel d'intervenir aisément, le patient doit avoir la liberté de s'enfermer le soir dans sa chambre.

Les chambres se caractérisent enfin par la propreté des murs et par l'absence de décoration ou d'éléments personnalisants. Nous avons constaté que dans l'une d'elles (à Charcot) la présence d'un panneau de liège autorisant la fixation de photos personnelles ou autres documents. Cela confère à l'ensemble un sentiment de nudité et de dépersonnalisation important.

Les chambres d'isolement (10 pour l'ensemble du CHS) sont accessibles par un sas, muni d'une ouverture vitrée qui permet de voir l'ensemble de la pièce et le bloc sanitaire sans y pénétrer. Nous avons constaté l'occupation de deux de ces chambres au moment de notre passage. Le lit est scellé au milieu de la pièce qui est entièrement dépourvue de mobilier et de décoration. Les murs sont blancs et propres. Les chaussures des patients isolés sont déposées

dans le sas. Sur prescription médicale, le patient isolé est parfois autorisé à sortir ponctuellement de sa chambre, accompagné par du personnel. Les patients installés dans les chambres d'isolement visitées ne disposent pas de système d'appel des personnels mais les chambres jouxtent les salles de soins et la surveillance visuelle s'établit à travers un hublot. Les chambres d'isolement sont climatisées. Au moment de la visite, la climatisation de l'unité 4 était en panne.

La chambre d'isolement a vocation à être utilisée de manière exceptionnelle pour une situation de crise, pendant une période la plus limitée possible. Le corps médical doit alors assurer une surveillance quotidienne et une révision périodique de cette mesure.

Les contrôleurs ont fait le constat que la visite médicale n'était pas systématique le dimanche et les jours fériés et que les médecins ne s'interrogeaient pas de manière régulière et organisée sur la nécessité de lever ou de prolonger l'isolement. Il en résulte une banalisation du séjour en chambre d'isolement aggravée par le recours qui peut être fait à la contention physique.

2.5. Toilettes et douches

Les toilettes et douches des unités visitées nous sont apparues propres et entretenues. Les douches sont au nombre de quatre par unité, et, pour une unité, complétées d'une baignoire.

Les douches sont accessibles le matin et en fin d'après midi, ce qui apparaît ne pas être pénalisant. Il peut arriver que certaines douches soient momentanément inaccessibles pour des raisons techniques.

Les chambres d'isolement sont munies d'une douche sans pommeau ni tuyau et d'une cuvette de wc dont le dispositif de chasse d'eau est extérieur.

2.6. Nourriture

Les repas sont au nombre de trois par jour et servis aux heures habituelles : 8h 30, 12h et 19h. Ils sont pris collectivement dans la salle à manger de l'unité, sauf pour les patients en chambre d'isolement. Les personnels prennent leurs repas dans un local séparé. La préparation des repas est effectuée dans les cuisines du CHS et ne se distingue pas des repas servis au self à l'intention des personnels et des visiteurs. Chaque unité dispose d'un office comportant réfrigérateurs et fours de réchauffement.

Les repas pris par les contrôleurs au self service ont été jugés bons et n'ont appelé aucune remarque de leur part. Des patients se sont plaints de repas trop peu abondants, contredits par leurs voisins. Une cafétéria vaste et lumineuse, agrémentée d'une vaste terrasse en plein air propose des boissons diverses et de la confiserie pour un coût très modeste.

On ne peut que regretter que l'établissement ait abandonné la pratique des repas thérapeutiques des patients avec les personnels soignants qui pourraient être organisés dans les unités, au restaurant ou à la cafétéria.

2.7. Habillement

La pratique en matière d'habillement veut que le pyjama ne soit imposé qu'aux arrivants (pendant une durée qui est fonction de leur état clinique) et aux personnes en HO ou HDT susceptibles de fuguer.

La raison invoquée pour expliquer le port du pyjama pour les entrants est de signifier le statut de patient et la notion d'hospitalisation. Certains médecins indiquent que le port du pyjama n'est pas un handicap à la fugue mais qu'il permet de repérer plus rapidement les personnes assignées quand les portes de l'unité demeurent constamment ouvertes. D'autres médecins indiquent que le pyjama permet de rappeler le cadre soignant au patient. La déambulation dans les différents pavillons ne fait pas apparaître d'uniformisation de l'habillement des patients.

Le retrait des vêtements de ville constitue une forme de dépossession de soi qui ne se justifie que par des motifs sérieux et dans la mesure où l'unité est ouverte sur l'extérieur. Si le port du pyjama peut s'admettre pour un entrant à l'hôpital, il en va autrement lorsque le séjour se prolonge. Le cadre thérapeutique doit être ici posé autrement aux patients que par le retrait des vêtements personnels, mesure susceptible de porter alors atteinte à la dignité des personnes.

2.8. Accessibilité de l'établissement

La venue depuis le centre ville de Chambéry en voiture ou en transports en commun ne pose aucune difficulté particulière. Le CHS est situé à 3 km de la ville. La commune de Bassens est indiquée en centre ville et le CHS figure sur des panneaux indicateurs dès l'entrée sur le territoire de la commune. Un parking vaste et gratuit est à la disposition de tous. Aucun mur ne cerne le site et une partie du parc est ouverte au public. Une école de musique et une école de dessin communales sont situées dans le périmètre du CHS, ce qui entraîne et génère le passage des usagers, notamment des enfants.

L'ensemble du site est accessible aux personnes à mobilité réduite.

3 VIE COLLECTIVE ET VIE SOCIALE

3.1 Les lieux collectifs dans les unités d'hospitalisation

Chacune des unités est dotée de lieux de convivialité confortables: salons spacieux, lumineux, aux murs décorés d'affiches ou de reproductions de tableaux, équipés d'un nombre suffisant de fauteuils et, parfois, de présentoirs de journaux et de revues.

Dans chaque unité, au moins un salon (voire deux) est équipé d'un téléviseur sur lequel peut être branché un lecteur de DVD.

Les salons sont utilisés par les patients, notamment pour y recevoir les personnes qui leur rendent visite. Les groupes de paroles s'y déroulent également.

Les réfectoires, qui existent dans toutes les unités, sont installés dans des endroits vastes, clairs et bien entretenus.

Chaque unité est dotée d'une ou plusieurs salles d'activités dont l'aménagement et l'état témoignent de leur utilisation fréquente par les patients.

3.2 La possibilité pour un malade de s'isoler

L'accès aux chambres, libre en journée, permet au malade de s'isoler, au moins lorsqu'il dispose d'une chambre individuelle.

La configuration des lieux autorise, pour les autres, cette possibilité de rester seul dans les espaces communs (à noter que bon nombre de salons sont libres de téléviseur et conservent, ainsi, un caractère apaisant et reposant) ou à l'extérieur, dans le parc pour ceux qui ont la possibilité de s'y rendre ou sur les cours internes à chaque unité d'hospitalisation.

La situation est, cependant, moins favorable dans certaines unités qui cumulent les handicaps d'une configuration confinée, d'un taux d'occupation des lits maximal et d'une faible offre d'activités ou de prise en charge. Les patients sont alors très nombreux à stationner (« à traîner ») dans les couloirs.

Lorsque l'effectif d'une unité dépasse sa capacité d'hébergement, le malade réside, dans la journée, dans son unité et est hébergé, le soir, dans une autre. Il ne peut, ainsi, plus aller se retirer en journée dans sa chambre, ni accéder à son placard de rangement. Il est donc contraint de conserver en permanence les effets personnels dont il a besoin.

Lors des entretiens, les contrôleurs ont pu noter que ce point était très fréquemment évoqué par les malades comme inconfortable et déstabilisant.

La pratique tendant à déplacer les personnes pour la nuit est à proscrire.

L'établissement pourrait s'inspirer d'autres expériences telles que les structures d'urgence et d'orientation mises en œuvre dans certains hôpitaux, qui permettent la mise en place de mécanismes régulateurs facilitant la gestion des lits.

3.3 Les règles appliquées pour les malades fumeurs

L'application de la législation relative à l'interdiction du tabac au sein des bâtiments est très disparate d'une unité à une autre. Les modalités diffèrent en fonction de la configuration des locaux, de l'ouverture permanente en journée ou non de l'unité et de l'appréhension de la question par le chef de service et les équipes soignantes.

L'interdiction de fumer dans les chambres est la seule règle commune à l'ensemble des secteurs de l'hôpital.

Dans la journée, les patients ont la possibilité de fumer dans l'espace extérieur attenant à l'unité (terrasse, cour et jardins intérieurs).

Néanmoins certaines unités ne disposent pas de tels espaces à la libre disposition des patients, qui doivent, alors, sortir de l'unité pour fumer. Lorsque l'unité est ouverte, il est possible de sortir pour les patients en Hospitalisation Libre (HL), dès lors que ceux-ci y sont autorisés par le médecin. Lorsque l'unité est organisée selon un mode fermé, l'accès à l'extérieur est conditionné à la vérification du statut du malade et à la disponibilité des équipes pour procéder à l'ouverture de la porte.

Les abords sont équipés de bancs, mais pas toujours de cendriers.

La nuit, les patients ne peuvent plus se rendre dans les espaces extérieurs.

Dans certaines unités, l'interdiction du tabac la nuit est clairement affichée. Les personnels ont indiqué que cela ne causait pas de difficulté et que les patients respectaient cette disposition. Les patients fumeurs rencontrés dans ces unités ont semblé admettre qu'on ne puisse fumer le soir dans un hôpital, mais il s'agissait, en l'occurrence, de personnes hospitalisées depuis peu de temps et n'ayant pas vocation à rester très longtemps. Il semble toutefois que bon nombre de patients fument dans leur chambre ou dans les toilettes.

Une unité au moins a conservé un salon qualifié de fumoir, non équipé des systèmes prévus par la réglementation, et dont les fenêtres sont entrouvertes. Les contrôleurs ont pu sentir en milieu de matinée une forte odeur de tabac qui témoigne de l'utilisation intensive de cet espace bien que le climat de la nuit précédente fût encore clément.

Présents en soirée au sein d'une unité d'hébergement de malades chroniques, les contrôleurs ont constaté une troisième pratique : dès la relève à 21 heures par l'équipe de nuit, les malades, n'ayant pas fumé depuis au moins deux heures, se précipitent auprès des infirmières qui remettent à chaque patient fumeur, une par une, les cigarettes dont elles conservent le paquet dans leur bureau. Les infirmières contrôlent elles-mêmes l'allumage de la cigarette. Les patients fument dans une salle commune, la porte de la terrasse étant ouverte afin d'aérer l'espace. Cette phase, qui s'insère entre la prise de poste et la distribution des traitements, crée une tension palpable au sein de l'unité.

Sans remettre en cause le bien-fondé de la réglementation concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics, force est de constater que son application est inadaptée aux réalités des personnes hospitalisées en psychiatrie. Les expédients imaginés localement, non homogènes d'une unité à l'autre et d'un secteur à l'autre, ne sont pas des solutions satisfaisantes. Le recours à l'inhaler et au substitut nicotinique notamment en chambre d'isolement ne sont pas des solutions acceptables.

Une application sans précaution de la loi conduit à des dysfonctionnements graves. Il appartient aux autorités d'en tirer les conséquences.

3.4 Les sorties à l'extérieur des unités : modalités pour les malades en HO/HDT

Les unités sont fermées de 18H30 environ (avant le dîner) à 8H30 (après le petit-déjeuner). Dans la journée, la circulation des patients placés sous un régime de contrainte HO/HDT s'effectue différemment selon que l'unité est gérée en mode ouvert ou fermé.

Les sorties des patients placés en chambre de soins obligés (chambre d'isolement) ne sont possibles que sur décision médicale et en présence de personnel soignant, hormis pour les détenus en HO qui ne quittent pas la chambre. La possibilité de fumer constitue un motif important de sortie.

Les restrictions de liberté attachées au statut de HO peuvent avoir des répercussions sur les personnes librement hospitalisées, ce qui pose question.

3.5 Les procédures mises en œuvre en cas de comportements violents ou d'agitation

Les comportements de violence ou d'agitation sont, avant tout, gérés par les équipes en place au sein de chaque unité. A défaut de résolution par la parole, la situation est traitée par le placement sous un régime de contrainte décidé par le médecin, pouvant conduire un patient en chambre de soins obligés, voire à l'utilisation des moyens de contention.

Si l'isolement d'un patient est une mesure qui relève de la compétence et de la responsabilité médicale, la décision de placement, en cas d'urgence et pour assurer la sécurité des patients, peut être prise par l'équipe soignante. Un médecin doit, alors, être informé sans délai d'une telle initiative. Une observation doit être aussi rédigée afin de préciser les circonstances ayant amené à prendre cette décision.

La procédure d'utilisation des chambres d'isolement et/ou de contention est définie dans un document daté du 30 mai 2005.

Depuis le 8 janvier 2007, une équipe constituée de 12 hommes (ASH, aides-soignants et infirmiers) a été créée afin d'apporter une aide, un soutien aux équipes soignantes et aux patients, en assurant, par sa présence, soit des actes de contention, soit un effet préventif de dissuasion.

Le « service d'accompagnement des situations à risques » (SASR) participe à la gestion des situations de violence et à sa prévention, sous la responsabilité de chaque chef de service de soins. Le SASR ne se substitue pas aux forces de l'ordre. Il est opérationnel tous les jours de 7h à 21h30. Le personnel est unanime pour souligner le caractère positif de la création de ce service qui a sécurisé les équipes soignantes.

Le SASR est une réponse appréciée par les personnels qui apparaît adaptée aux difficultés du CHS.

3.6 La bibliothèque

Un espace de bibliothèque a été aménagé dans un bâtiment situé à l'entrée des édifices anciens de l'hôpital. Il est disposé en 3 pièces : un bureau central d'accueil où est installé le bibliothécaire et deux salles comportant des rayonnages de livres et des présentoirs de bandes dessinées. Une de ces salles est meublée de quelques fauteuils dont la disposition atteste de l'organisation d'animations collectives.

La bibliothèque est gérée par un infirmier de l'unité Bachelard (secteur Aix-les-Bains) qui lui consacre un mi-temps. Le stock d'ouvrages est alimenté et renouvelé par des achats financés par le budget de l'hôpital et par des dépôts de la part de la bibliothèque départementale.

Les patients viennent, seuls ou accompagnés, quatre après-midi par semaine. Les ouvrages peuvent être consultés sur place ou faire l'objet de prêts.

L'infirmier bibliothécaire est motivé par cette fonction. Il distribue aussi des livres dans les unités pour les malades qui ne se déplacent pas. De surcroît, il assure personnellement l'animation de séances collectives, notamment autour de la lecture de contes.

Au sein de chaque unité, des armoires contiennent des livres à disposition des malades. Une patiente, agrégée de lettres, a fait état auprès d'un contrôleur du large choix d'ouvrages proposés et de la facilité de s'en procurer.

La bibliothèque ne propose aucun journal ou magazine : ils permettent pourtant de garder contact avec la réalité.

3.7 Les animations culturelles

L'hôpital est doté d'une gamme importante d'espaces propices à l'organisation d'activités culturelles : salles d'activités au sein des unités, auditorium, bibliothèque

L'« *îlot de rêve* » qui est rattaché à l'unité Charcot mérite d'être cité, dans la mesure où il associe des patients hospitalisés de jour et des patients atteints de lourdes pathologies et des malades chroniques et où il développe un projet ambitieux : les patients chroniques sont stimulés par des activités diversifiées, correspondant à leur état clinique, au lieu d'être livrés à eux-mêmes. L'espace est lumineux, propre, chaleureux et l'environnement est propice à l'épanouissement des personnels soignants et des patients.

Néanmoins, ces espaces sont très peu utilisés, notamment en raison de l'insuffisance de l'effectif de personnel disponible pour encadrer ces activités. Les patients ont fait part aux contrôleurs de leurs longues périodes d'ennui du fait de l'insuffisance d'activités mais aussi du caractère inadapté de celles-ci.

L'insuffisance de personnels est une réalité pour le CHS qui ne suffit toutefois pas à expliquer la carence d'activités.

3.8 Les modalités d'accès aux cultes

La seule assistance religieuse est assurée par l'église catholique. Des officiants, notamment laïques, interviennent très régulièrement dans les différentes unités et pas seulement auprès de malades de confession catholique.

Un office est célébré le dimanche matin dans la chapelle. Les patients se rendent seuls ou accompagnés (par des membres de l'aumônerie et non par des personnels soignants) à la messe qui est aussi ouverte à toute personne de la commune.

4 PROJET THERAPEUTIQUE

Chaque secteur a 2 unités de soins ;

Il faut noter que le projet thérapeutique dépend, non seulement du choix thérapeutique du médecin responsable du secteur, mais aussi du pavillon au sein du secteur : Il n'y a donc pas de projet thérapeutique global.

4.1 Le médecin référent

De manière générale, chaque patient a son médecin référent ; toutefois, il faut noter que dans certains services, beaucoup de psychiatres interviennent dans chaque unité, créant pour les

soignants un certain désordre, tandis que, dans d'autres, seuls deux psychiatres fonctionnent au sein de chaque unité.

Il faut noter, de manière générale, que, de l'avis exprimé directement par les patients et plus allusivement par les soignants, le temps médical est insuffisant (sauf dans un secteur).

Les patients ont fait part aux contrôleurs de leur sentiment d'être abandonnés, dans les entretiens qu'ils ont eus lors de la visite du CGLPL. Certains patients ont demandé à être placés en chambre d'isolement pour pouvoir rencontrer un médecin...

4.2 Réunions de synthèse

Il existe partout des réunions de synthèse hebdomadaires ; cependant dans le pavillon où les contrôleurs se sont rendus la nuit, les infirmières constatent leurs difficultés à y être associées. C'est la même remarque qui a été faite par le médecin rééducateur qui se sent un peu loin de la réflexion clinique autour des patients souvent difficiles qu'elle prend en charge ; même remarque pour la coiffeuse qui fait un travail régulier avec les patients, notamment psychotiques, à travers son activité et qui souhaiterait être associée à la réflexion clinique au cas par cas.

L'organisation de la continuité des soins et des transmissions semble satisfaisante, mais on note partout, malgré une énorme motivation des personnels, un sentiment d'épuisement en raison de l'impossibilité d'accomplir certaines activités et de l'impression de « gérer » son travail plus que d'effectuer des gestes soignants.

Il y a plutôt des réunions de gestion portant sur l'organisation et le fonctionnement de l'unité que des réunions de synthèse portant sur l'évolution clinique des patients.

4.3 Suroccupation

Il arrive fréquemment (moins en 2008, mais cela se produit encore) que l'unité où un patient doit être admis en fonction de son secteur soit pleine. Dans ce cas, on admet le patient en urgence dans son unité et on transfère, y compris le soir, un patient « stabilisé » dans une autre unité pour la nuit.

Pendant une période, la direction du CHS avait ouvert une « annexe de 10 lits » pour y mettre ces patients ; cette annexe n'était ouverte que la nuit ; elle n'est plus en service depuis le début de 2008.

Il apparaît souhaitable de ne pas ouvrir de nouveau une telle structure préjudiciable à l'équilibre personnel des patients.

4.4 Soins somatiques

Ils sont regroupés au sein d'une unité de soins somatiques qui regroupe la médecine générale, les consultations spécialisées, la rééducation avec une salle de rééducation, un cabinet dentaire í

Autant que faire se peut, le CHS fait venir du CH de Chambéry les médecins spécialistes ou passe des conventions avec des médecins libéraux. Il manque actuellement un ORL .

Le dispositif semble assez efficace, sauf en ce qui concerne la kinésithérapie :

- le kiné n'est présent que pour un temps de 0,4 ETP, faute de trouver un kiné qui accepte de travailler au CHS
- le kiné doit se déplacer dans les unités de soins pour prendre en charge le patient (donc sans profiter des installations de la salle de rééducation) faute de temps de personnel soignant pour amener le patient de l'unité d'hébergement à la salle du kiné. La salle de celle-ci, pourtant bien équipée, est apparue aux contrôleurs peu utilisée.

Il y a décalage entre, d'une part, les équipements en place et les moyens en kiné et, d'autre part, l'utilisation qui en est faite.

4.5 Chambres d'isolement (ou de soins obligés)

Au niveau des locaux, la plupart sont correctes (la chambre d'isolement de Pinel n'a pas été visitée), sauf celle de l'U4 qui aurait besoin d'être refaite.

Par rapport au protocole de la Haute Autorité de Santé (HAS), la discussion reste ouverte au sein de l'établissement quant à la visite du psychiatre les dimanches et jours fériés.

Actuellement, la solution consiste à ce que le médecin de permanence le samedi dans l'unité décide de la nécessité (ou pas) que le médecin de garde (interne, pouvant être de peu d'expérience) passe le dimanche ; parfois, il sera demandé au praticien hospitalier d'astreinte à domicile de se déplacer, mais il semble que ce cas soit rare. Par conséquent, il arrive que les malades en chambre d'isolement ne soient pas vus par un médecin pendant 48 heures.

Ceci constitue un non respect du protocole HAS qui impose la visite quotidienne du médecin en chambre d'isolement, y compris le dimanche.

La durée du séjour en chambre d'isolement est très variable : de quelques heures, à plusieurs mois (hors les cas de chambre d'isolement considérée comme lieux de vie pour deux patients extrêmement difficiles).

On a signalé qu'il arrive que des patients souhaitent commettre des actes violents pour se retrouver en chambre d'isolement et qu'ainsi on s'occupe d'eux sur le plan médical.

Deux chambres d'isolement sont considérées comme des « lieux de vie ». Elles se situent chacune dans une unité d'un secteur différent. Elles sont réservées à des patients âgés d'une quarantaine d'années, hospitalisés à Bassens depuis plus de 30 ans. Ces patients sont incapables d'exécuter les moindres gestes de la vie quotidienne, n'ont pas la moindre autonomie, ne parlent que par des sons que seuls les soignants parviennent à interpréter. Ils sont attachés par 5 points de contention car ils peuvent se montrer agressifs, voire violents, l'un d'eux ne peut se tenir assis sans l'aide d'une sangle.

Ils passent la journée à écouter de la musique (réclamée par un patient, car l'intensité avait été baissée à l'occasion de notre passage) et à voir les images de la télévision. A ce sujet, il faut signaler que l'écran est dorénavant en face du lit du patient, alors qu'il fut longtemps sur le

côté du lit, déclenchant ainsi des troubles du rachis cervical qu'un agent du personnel a qualifié de définitifs.

Le projet est de construire bientôt un véritable espace de vie à l'unité Charcot pour l'un des deux patients. Ces deux unités de vie se trouveront ainsi dans le même pavillon et immédiatement voisins.

La question qui se pose au sujet de ces patients est celle de l'adéquation de leur séjour en chambre fermée pour toute leur vie ainsi que de leur parcours antérieur.

La qualité des relations du personnel et des soins prodigués n'est pas en doute mais le fonctionnement de ces chambres, au milieu des unités, nous a paru problématique, même si on peut aussi considérer que cela apporte de la vie aux patients.

On peut s'interroger sur la pertinence de la construction d'une nouvelle structure qui va pérenniser, de fait, le maintien de ces personnes à l'hôpital psychiatrique alors que leur séjour paraîtrait plus justifié dans une structure médico-sociale. Néanmoins on connaît la difficulté de trouver des places pour de tels patients dans ces structures dont le nombre est insuffisant. Ce sujet n'a pu être évoqué avec le président du conseil d'Administration, faute d'entretien.

L'installation d'une personne dans un lieu de vie en isolement est lourde de sens : elle renvoie à un constat d'échec a posteriori, aucune prise en charge adaptée n'ayant été trouvée.

La décision d'ouvrir un second lieu de vie en isolement est également lourde de conséquences puisqu'elle crée une situation irréversible en considérant comme un fait acquis cette forme extrême de gestion. C'est pourquoi la question du maintien de ces personnes à l'hôpital ou d'une alternative dans une structure médico-sociale doit être, préalablement, posée avant ouverture.

4.6 HO d'origine pénitentiaire (article D.398 du code de procédure pénale)

Le CHS reçoit dans ce cadre des patients en provenance de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton.

Le protocole est parfaitement prévu et signé par tous les partenaires. Cependant, des difficultés demeurent dans la mise en œuvre pratique :

- ce sont des infirmiers du CHS qui vont chercher le patient à l'établissement pénitentiaire ;
- il arrive fréquemment que ces admissions interviennent le vendredi en fin de journée, source de difficultés importantes pour le CHS ;
- il semble qu'il y a peu de contacts entre les médecins des UCSA des établissements pénitentiaires et les psychiatres ;
- ces transferts sont très mal vécus par les personnels soignants car ils sont effectués par 3 hommes et qu'ils dégarnissent les équipes restant sur place, laissant parfois une sensation d'insécurité pour le personnel soignant, le plus souvent féminin, restant dans les unités de soins ;
- durant le séjour du patient détenu, celui-ci reste tout le temps dans la chambre d'isolement, ce qui peut se justifier durant les premiers jours mais devient insupportable, tant pour le patient que pour les équipes, dès lors que l'état clinique du patient ne justifie plus son maintien à l'isolement. On voit ici que l'isolement est utilisé pour éviter une évasion et non sur un plan thérapeutique ;

- de ce fait les patients demandent à revenir à l'établissement pénitentiaire car les conditions de leur vie quotidienne y sont largement plus favorables, alors que leur état clinique ne le justifie pas forcément, et le retour se fait, au grand soulagement de tout le monde à l'hôpital.

Dans ce département (comme ailleurs) se manifeste la difficulté soulevée par la direction du transport des HO (détenus ou non), le décret en Conseil d'Etat organisant les modalités de garde, d'escorte et de transfèrement des personnes détenues (mentionné à l'article L.3214-5 du code de la santé publique) n'ayant pas été publié, faute d'accord entre les administrations concernées. Cette situation met en difficulté les acteurs locaux.

4.7 Mode d'administration des traitements

De manière générale, dans l'ensemble des secteurs, on tend à consacrer le temps nécessaire pour convaincre les patients de prendre leur traitement par voie orale (sauf nécessité).

Le recours aux injections n'est pas une tendance forte dans tous les secteurs (sauf en isolement et encore, là aussi, si possible, le traitement par voie orale est privilégié)

4.8 Activités thérapeutiques

Il existe souvent des salles permettant d'effectuer des activités thérapeutiques. Il existe aussi, en dehors des unités au sein du CHS, des lieux où les patients peuvent se rendre pour faire des activités (Ormelune, Ariane..). La difficulté réside dans le fait que les personnels disent clairement qu'ils n'ont plus le temps d'effectuer ces activités ou d'accompagner les patients qui ne peuvent se rendre seuls aux lieux extérieurs ; cela est vrai aussi pour la bibliothèque.

Les patients se plaignent souvent de s'ennuyer, fait qui a été, aussi, repris par les représentants des familles de malades.

Concrètement, ceux qui peuvent sortir vont à la cafétéria ; les autres sont devant le pavillon ou dans la salle télévision ou dans la salle d'attente de leur unité, ou dans leur chambre.

Dès que le nombre de soignants le permet, ils organisent des sorties accompagnées, notamment sportives, voire des séjours thérapeutiques. On sent néanmoins une certaine nostalgie à l'évocation de la période où toutes ces activités étaient régulièrement mises en œuvre (tant de la part des soignants, que des patients).

4.9 Permissions de sortie

Des permissions de sortie sont accordées sur prescription médicale.

Le problème réside dans le fait que le cadre supérieur de santé tente de garder le lit de la personne partie en permission mais que, s'il y a trop d'admissions durant la période, le patient, à son retour de permission, ne retrouvera pas son lit et sera transféré provisoirement dans une autre unité. Cela est vécu comme une souffrance par les patients et par les personnels.

Il y a un certain nombre de patients en sortie d'essai sous HO qui sont suivis au CMP.

4.10 Projet de sortie

68 patients hospitalisés sont déclarés « inadéquats à la structure CHS » faute de structure médico-sociale pour les placer.

Ce chiffre est à prendre en compte, avec le taux de suroccupation chronique de l'établissement et les conséquences sur les patients et les personnels.

La sortie est qualifiée de situation problématique par les associations des familles rencontrées lors de la visite. Elles se disent très démunies quand le patient retourne au domicile familial ou conjugal avec son ordonnance de sortie et son rendez-vous au CMP, mais qu'il n'a pas la moindre intention ni de prendre son traitement, ni de se rendre au RV. Elles pensent qu'elles ne sont pas assez associées au projet de sortie.

4.11 Tabac

Chaque unité a son propre règlement et son propre fonctionnement par rapport à cette question et, de plus, la solution peut être différente le jour ou après le dîner.

En effet la réglementation en vigueur (loi du 1^{er} février 2007) interdit de fumer dans les établissements de santé

Or la solution est facile dans les unités ouvertes toute la journée y compris pour les patients hospitalisés sous contrainte (HO ou HDT). Le soir, on le comprend, tous les pavillons sont fermés : certains dès 18h30, d'autres ouvrent temporairement pour une cigarette à 20h puis à 22h, d'autres sont ouverts jusqu'à 20h.

Mais certains pavillons sont toujours fermés.

Certaines unités ont laissé des « salons fumeurs », pour la journée et la soirée, d'autres pour la soirée seulement, d'autres proposent systématiquement des substituts nicotiques (à des patients qui n'ont pas manifesté du tout le souhait d'arrêter de fumer).

En chambre d'isolement, on propose, soit des gommes à mâcher soit d'inhaler et certains soignants accompagnent le patient dehors pour aller fumer, dès que son état clinique le permet.

5 RAPPORTS AVEC LES PERSONNELS

5.1. Communication avec les patients

Il ressort des informations recueillies que le vouvoiement est de rigueur dans les unités visitées. Un cadre de santé nous a indiqué vouvoyer l'ensemble des personnels sous son autorité, excepté les personnes avec qui il avait pu être en formation antérieurement. Il arrive que le tutoiement soit d'usage chez les patients chroniques arrivés jeunes dans l'établissement ou lors d'activités extérieures à l'établissement (escalade par exemple).

5.2. Vie dans l'unité

Aucun agent entendu par les contrôleurs n'a fait état de difficultés relatives à son affectation dans un service.

Il semble que cette question repose sur un équilibre entre, d'une part, l'objectif de fixer les agents dans une unité afin qu'ils en maîtrisent le fonctionnement et qu'ils connaissent les patients et, d'autre part, le souci de ne pas les installer dans une routine en les laissant trop longtemps sur le même poste.

La pratique des repas collectifs soignés/soignants n'a pas cours dans l'établissement. Celle des activités, notamment à l'extérieur, est handicapée par l'effectif réduit qui entrave le bon fonctionnement du service. Plusieurs personnes ont fait part de leur désappointement dû à l'impossibilité d'organiser des sorties extérieures, ou au fait de ne pouvoir le faire que beaucoup trop rarement, en raison d'une insuffisance des effectifs.

5.3. Relations entre soignants et patients

Pour autant qu'un passage annoncé dans un service puisse permettre de s'informer exactement des relations soignants/soignés, de leur très grande complexité et de leur variabilité, les situations observées n'ont pas mis en évidence une dégradation particulière.

Beaucoup de patients nous ont fait part, cependant, de rencontres trop peu fréquentes avec les thérapeutes. Le bureau, utilisé notamment par les travailleurs sociaux du Pavillon Bachelard, apparaît neuf et vide, comme inutilisé.

Il n'y a pas de groupes de paroles avec les patients.

5.4. Rapports avec les familles

Les familles disposent de plages quotidiennes de visite. Elles sont tenues à l'horaire 14h-18h au pavillon Bachelard. Cet horaire peut être aménagé en cas de nécessité. Les familles peuvent rencontrer le médecin en présence du patient. Dans ce même pavillon les portables sont interdits « pour éviter les stimulations extérieures ». Une cabine téléphonique est accessible après avis médical de 9h à 11h30 et de 15h à 18h. Certains patients disposent d'une ligne téléphonique dans leur chambre. L'Unité 4 accepte que les patients disposent de leur téléphone portable.

Les responsables des associations de familles de patients rencontrés font état de quinze à vingt réclamations adressées par des patients à la direction chaque trimestre. Ces réclamations visent notamment leur placement en HO ou HDT. Ils constatent la diminution du nombre de ces plaintes depuis 2 à 3 ans.

Ces responsables, largement associés au fonctionnement de l'établissement dans le cadre des réunions de la Commission de la Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, du Comité Stratégique Qualité et du Conseil d'Administration, n'en affirment pas moins : « Le CHS est un grand trou noir. On ne sait pas 90 % des choses qui s'y passent. Pas parce que l'on nous cache quelque chose, mais parce que beaucoup de patients ne sont pas en mesure de nommer ce qui leur arrive ». Les associations réclament que les familles soient davantage associées à la sortie, qu'il existe une véritable continuité des soins et un suivi de la famille.

6 CONDITIONS DE TRAVAIL ET FORMATION DES AGENTS

6.1 La formation continue des agents

Le budget formation pour l'année 2007 s'élève à près de 750 000 euros. Il permet le financement d'actions de formation institutionnelle et individuelle. La quantité et la qualité de l'offre de formation a été soulignée par l'ensemble des personnels qui se sont exprimés sur ces questions.

Les contrôleurs ont pu noter que la politique de formation de l'établissement poursuivait particulièrement l'objectif d'enrichir les parcours de formation individuelle et de développer les actions permettant la promotion au sein même de l'hôpital, ce qui contribue à fidéliser et à conserver les agents sur place.

6.2 Les agressions des personnels

46 agressions de personnel ont été recensées en 2007, ce qui représente plus de 30% des incidents donnant lieu à un rapport écrit au directeur de l'hôpital.

Les questions relatives aux situations de violence sont examinées au sein d'une instance interne à l'hôpital : le comité de suivi des événements indésirables liés aux soins. Un événement spécifique a, de surcroît, été analysé avec l'aide d'un consultant extérieur en ergonomie qui a déterminé les causes de l'incident et formulé des propositions dans le but d'atténuer et de prévenir les situations à risque.

Les causes principales de violences identifient des déficits de formation pour les personnels soignants, l'absence de projet thérapeutique et de consignes pour les médecins et le caractère impulsif des patients dû à leur pathologie, mais aussi à la présence d'alcool et de cannabis. Les contrôleurs ont eu confirmation de ces constats lors de la rencontre avec les membres du CHSCT qui ajoutent la suroccupation et le défaut de certaines installations techniques.

6.3 La peur ressentie par les agents

Les agents rencontrés par les contrôleurs, tant dans la journée que durant la nuit, n'ont pas exprimé d'emblée un sentiment de peur dans l'exercice de leur activité. Leur attitude détendue et empathique avec les patients contribue à l'apaisement au sein des unités.

Néanmoins ils sont attentifs aux réflexions et aux solutions apportées pour prévenir et gérer au mieux les problèmes d'agitation et de violence. Dans cet état d'esprit, ils apprécient notamment les initiatives d'actions de formation à la contention non violente et de constitution d'équipes de renfort, le SASR évoqué plus haut.

Le dispositif de protection du travailleur isolé développé pour les personnels soignants exerçant la nuit (le DATI) fait l'unanimité. Il contribue à rassurer les deux agents (le plus souvent féminins) qui sont seuls de 21h à 6h30 dans chaque pavillon hébergeant sur plusieurs niveaux entre 20 et 30 patients. Les boîtiers d'alarme sont simples d'utilisation, fiables et solides. Un projet d'extension de ce dispositif sur la journée est en cours de réalisation.

6.4 Le taux de rotation du personnel

La majorité des agents sont installés définitivement dans la région. A titre d'exemple, les personnels soignants ayant moins de 10 années d'ancienneté dans l'établissement ne représentent que le tiers de l'ensemble des agents et leur proportion a diminué de 3,15% en 2007 par rapport à l'année précédente.

Les raisons données sont l'attrait géographique de la région, non seulement pour les personnes qui y ont leurs origines mais aussi pour celles qui sont venues s'y installer. La politique de promotion interne développée par l'établissement contribue à renforcer ce phénomène.

Loin d'installer les agents dans la routine, il semble que cet enracinement développe chez les personnels une culture d'établissement, cet attachement à l'institution ayant comme corollaire une inquiétude quant à son devenir par rapport aux perspectives annoncées de suppressions de postes.

6.5 Le choix du service

L'affectation des personnels soignants dans un secteur repose aussi sur l'adhésion au projet thérapeutique défini par le chef de service.

Les conditions de changement de service et de secteur paraissent bien identifiées par l'ensemble des acteurs.

L'établissement dispose d'une palette d'emplois et d'organisations de travail diversifiée qui permet une fluidité interne dans les affectations des agents.

6.6 L'intégration des nouveaux agents

Les nouveaux infirmiers bénéficient d'un dispositif de tutorat dès leur affectation à l'établissement. 35 infirmiers diplômés d'Etat ont ainsi été encadrés en 2007 par 53 tuteurs.

Le projet social de l'hôpital développe des actions tendant à une meilleure intégration dans l'établissement : livret d'accueil, accompagnement, journées d'accueil.

6.7 L'absentéisme

20948 jours d'absence, concernant l'ensemble des personnels et tous motifs confondus, ont été enregistrés pour l'année 2007, soit un taux d'absentéisme de 11,02% (sur les 9 premiers mois de l'année 2008, le taux moyen est de 9,15%).

Les congés de longue maladie et de maladie de longue durée constituent le type d'absence le plus important (38%).

Les motifs de maladie et d'accident du travail enregistrent respectivement des hausses de 30,36% et 44,35% par rapport à 2006.

Néanmoins le nombre d'accidents du travail a diminué en 2007.

Les membres du CHS CT expliquent ce paradoxe en mettant en évidence, d'une part, les reprises différées du service par les agents victimes de violences et, d'autre part, par le stress résultant de l'évolution des pathologies des patients et les moyens en personnels de plus en plus restreints rendant plus difficiles les conditions de travail.

CONCLUSION

À l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

- 1/ Le bureau des entrées doit procéder à bref délai à la notification de l'arrêté d'HO/HDT, afin que le patient soit en mesure d'exercer ses voies de recours (point 1.1)
- 2/ Le livret d'accueil doit être élaboré de manière à permettre une mise à jour des informations en temps réel. Tout patient a le droit de connaître le nom des médecins et cadres de santé qui le prennent en charge et d'être informé des modalités de déroulement du séjour à l'hôpital (point 1.2)
- 3/ Les patients ont le droit de conserver leur téléphone cellulaire, sauf contre-indication médicale justifiée par des motifs de sécurité ou liés à la prise en charge-(isolement momentané de l'entourage par exemple- (point 1.7)
- 4/ Les patients sont hébergés dans des conditions de promiscuité contraires au droit à l'intimité. Sans méconnaître les charges budgétaires d'une rénovation, les personnes, surtout celles qui peuvent séjourner durablement à l'hôpital, ne doivent pas subir, en partageant une chambre, la pathologie d'autrui sans possibilité de s'isoler (point 2.1)
- 5/ Le respect de l'intimité et de la propriété individuelle exige que tout patient soit en mesure de déposer ses effets personnels dans un meuble fermant à clef (point 2.4)
- 6/ Le patient doit avoir la liberté de s'enfermer le soir dans sa chambre, sans méconnaître les obligations liées à la sécurité incendie et la nécessité pour le personnel de pouvoir intervenir (point 2.4)
- 7/ L'établissement doit remédier à l'absence d'éléments de décoration et de personnalisation dans les chambres (point 2.4)
- 8/ La visite médicale en chambre d'isolement n'est pas systématique le dimanche et les jours fériés. De surcroît, les médecins ne s'interrogeaient pas de manière régulière et organisée sur la nécessité de lever ou de prolonger l'isolement. Il en résulte une banalisation du séjour en chambre d'isolement aggravée par le recours à la contention physique qui peut être fait (point 2.4)
- 9 / L'abandon de la pratique des repas thérapeutiques des patients avec les personnels soignants est à déplorer (point 2.6)
- 10/ Le retrait des vêtements de ville constitue une forme de dépossession de soi qui ne se justifie que par des motifs sérieux et dans la mesure où l'unité est ouverte sur l'extérieur. Si le port du pyjama peut s'admettre pour un entrant à l'hôpital, il en va autrement lorsque le séjour se prolonge. Le cadre thérapeutique doit être ici posé autrement aux patients que par le retrait des vêtements personnels, mesure susceptible de porter alors atteinte à la dignité des personnes (point 2.7)

- 11/ La pratique tendant à déplacer les personnes pour la nuit est à proscrire. L'établissement pourrait s'inspirer d'autres expériences telles que les structures d'urgence et d'orientation mises en œuvre dans certains hôpitaux, qui permettent la mise en place de mécanisme régulateur facilitant la gestion des lits (point 3.2)
- 12/ L'application de la réglementation concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics est inadaptée aux réalités des personnes hospitalisées en psychiatrie. Les expédients imaginés localement ne sont pas des solutions satisfaisantes. Le recours à l'inhaler et au substitut nicotinique notamment en chambre d'isolement ne sont pas des solutions acceptables. Il appartient aux autorités d'en tirer les conséquences (point 3.3)
- 13/ Les restrictions de liberté attachées au statut d'HO peuvent avoir des répercussions sur les personnes librement hospitalisées, ce qui pose question (point 3.4)
- 14/ Le service d'accompagnement des situations à risques (SASR) est une réponse appréciée par les personnels qui apparaît adaptée aux difficultés du CHS (point 3.5)
- 15/ La bibliothèque ne propose pas de journaux et de magazines qui permettent pourtant de garder contact avec la réalité (point 3.6)
- 16/ L'insuffisance de personnels est une réalité pour le CHS qui ne suffit toutefois pas à expliquer la carence d'activités culturelles (point 3.7)
- 17/ Les patients expriment le sentiment de ne pouvoir rencontrer suffisamment un médecin (point 4.1)
- 18/ Les réunions de gestion portant sur l'organisation et le fonctionnement de l'unité prédominent par rapport aux réunions de synthèse portant sur l'évolution clinique des patients (point 4.2)
- 19 / Il apparaît souhaitable de ne pas ouvrir en cas de nouveau pic de sur occupation l'annexe d'hébergement préjudiciable à l'équilibre personnel des patients (point 4.3)
- 20/ Il y a décalage entre, d'une part, les équipements en place et les moyens en kiné et, d'autre part, l'utilisation qui en est faite (point 4.4)
- 21/ L'absence de visite quotidienne du médecin en chambre d'isolement constitue une violation du protocole HAS (point 4.5)
- 22/ L'ouverture d'un second lieu de vie en isolement, qui crée une situation irréversible, impose que soit préalablement posée la question du maintien de ces personnes à l'hôpital ou la recherche d'une alternative dans une structure médico-sociale (point 4.5)
- 23/ Le transport des HO (détenus ou non) est une question non résolue sur le plan général qui met en difficulté les acteurs locaux (point 4.6)
- 24/ Le maintien en permanence dans les chambres d'isolement des détenus placés en HO est problématique dans la mesure où la prise en charge thérapeutique est secondaire par rapport aux impératifs d'ordre public (point 4.6).