



Centre hospitalier de Saintonge

à

Saintes

(Charente - Maritime)

3 au 7 août 2015

SYNTHESE

Le pôle de psychiatrie adulte du centre hospitalier de Saintes est en difficulté pour répondre de façon satisfaisante aux missions qui sont les siennes du fait de moyens sans doute insuffisants ou de locaux, certes neufs, mais en partie inadaptés ; ces difficultés résultent aussi de l'absence de réel projet médical et de prise en compte pragmatique, tant des contraintes que des opportunités liées aux locaux, et des ressources en compétence au sein du pôle.

Le fonctionnement du pôle et le respect des droits fondamentaux des patients sont marqués par de nombreux paradoxes. Ainsi, une réelle attention est apportée à la liberté d'aller et de venir dans un hôpital très ouvert, mais quelques patients ne sortent quasiment pas d'une unité fermée particulièrement exiguë imposant des conditions d'hospitalisation qui apparaissent indignes pour une hospitalisation de plus de 72 heures.

On peut également noter une insuffisante attention aux droits à l'information des patients avec, par exemple, un livret d'accueil quasiment muet sur la psychiatrie et très peu d'informations disponibles dans les unités, alors qu'une campagne importante est faite sur la désignation d'une personne de confiance.

Le pôle a su développer des approches de thérapie familiale mais, en pratique, cette activité est bridée par une absence de supervision et, par ailleurs, des difficultés récurrentes sont signalées dans les relations avec les familles et leurs représentants.

Les équipes médicales et soignantes ont une réticence à hospitaliser certains patients et une attention soutenue à éviter les ruptures sociales et ne garder que pour des séjours courts ; mais de fait, des projets de sortie sont difficiles à élaborer et à dynamiser pour des patients présents depuis longtemps, et peu d'activités thérapeutiques sont déployées dans les unités ; la présence médicale est effective dans les unités d'hospitalisation mais quelques patients ne bénéficient que d'un suivi médical trop épisodique ; un recours fréquent à la contention ou à l'isolement s'accompagne d'une surveillance médicale et soignante apparaissant parfois insuffisante et pas toujours tracée.

Des temps d'échanges cliniques et de concertation existent, mais ils ne permettent pas toujours d'élaborer des projets thérapeutiques (ou de vie pour certains patients au long cours) cohérents et des dynamiques institutionnelles garantissant la qualité des prises en charge et le respect des droits fondamentaux des patients.

La situation peut aussi apparaître paradoxale du fait d'une approche très « centrée » sur une vision sectorielle, alors que plus de la moitié des capacités d'hospitalisation est organisée dans une approche intersectorielle avec, certes, des unités communes mais des projets thérapeutiques flous et peu partagés.

Les médecins sont présents et investis, mais ils exercent de façon cloisonnée avec une vision parfois dogmatique, ce qui les met en difficulté pour élaborer des projets pertinents, réalistes et cohérents et retentit défavorablement sur le travail des équipes soignantes.

OBSERVATIONS

A- Bonnes Pratiques

- 1- La réalisation d'un aide-mémoire remis à chaque soignant, qui résume sur de petites fiches quelques connaissances essentielles sur les soins sans consentement, mérite d'être soulignée (cf. § 4.2.3).
- 2- De nombreuses sorties accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées de moins de 48 heures, de même que les facilités accordées aux patients pour circuler au sein de l'hôpital, attestent de la volonté de l'établissement de laisser de la liberté aux patients hospitalisés sans leur consentement. (cf. § 4.5, 4.6 et 6.2).
- 3- La prise en charge des patients est individualisée et les mesures de restriction de liberté décidées au cas par cas ; ainsi, la liberté est la règle et l'interdiction l'exception.

B- Recommandations

- 1- A leur arrivée au service des urgences, les personnes faisant l'objet d'un arrêté d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat qui sont escortées par des policiers ou des gendarmes, doivent être placées dans une salle d'attente particulière afin de leur éviter d'être exposées au regard des autres patients (cf. § 4.1).
- 2- L'organisation des circuits de prise en charge de certains patients de Saint-Jean-d'Angély devrait éviter le passage itératif par deux services d'urgences afin de réduire les délais de prise en charge par l'équipe spécialisée et d'éviter aux patients d'être interrogés deux fois sur leur histoire clinique (cf. § 4.1).
- 3- Le ministère de la santé devrait établir un document expliquant, en termes simples, les différents types d'hospitalisation sans consentement et les voies de recours offertes aux patients, à charge pour chaque établissement hospitalier de le compléter pour l'adapter aux spécificités locales en y ajoutant, notamment, les adresses des autorités compétentes. Ce document devrait être remis, à son arrivée, à chaque patient admis en soins sans consentement (cf. § 4.2.2.2).
- 4- Les règlements intérieurs de chaque unité pourraient faire l'objet d'une harmonisation encore plus importante en abordant les mêmes sujets, même si les règles elles-mêmes (tels que les horaires) peuvent varier en raison de la spécificité de chacune d'elles.
- 5- Une attention particulière doit être accordée à la rédaction des certificats médicaux pour éviter de recopier le texte des précédents et pour présenter l'évolution de la situation clinique du patient depuis le précédent. La production de certificats complémentaires, à la demande du juge des libertés et de la détention, montre que des progrès doivent être réalisés (cf. § 4.4.1).

- 6- Le tableau de l'ordre des avocats du barreau du ressort, ainsi que les coordonnées téléphoniques de la permanence dédiée, si cette dernière existe, et les informations utiles aux personnes (association des représentants des usagers ou des familles ...) doivent être affichés dans chaque unité.
- 7- Les audiences du juge des libertés et de la détention, qui se tiennent au tribunal de grande instance, doivent avoir lieu dans une salle du centre hospitalier. La situation actuelle, anormale, est contraire aux termes de la loi (article L.3211-12-2-1 du code de la santé publique). L'argument développé selon lequel *qu'« aucune salle ne répond aux exigences techniques spécifiées par la circulaire et partant ne permet pas d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public »* n'est pas recevable, la salle utilisée au sein du tribunal ne répondant pas mieux à ces exigences (cf. § 4.4.4).
- 8- Le recours à la poursuite des soins en programme de soins avec hospitalisation partielle, limitant les sorties à quelques brefs moments, constitue un contournement de la procédure : ces modalités ressemblent à une hospitalisation complète assortie de sorties de courte durée ou de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures telles que prévues par l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique (cf. arrêt de la Cour de cassation du 4 mars 2015) (cf. § 4.4.6).
- 9- Les autorités telles que définies l'article L. 3222-4 du code de la santé publique (représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, président du tribunal de grande instance ou son délégué, maire de la commune ou son représentant) doivent visiter le centre hospitalier une fois par an, ce qu'elles ne font pas. Seul le parquet respecte cette règle. De même, la commission départementale des soins psychiatriques de Charente-Maritime doit effectuer cette visite chaque année (cf. § 4.7 et 4.8).
- 10- L'agence régionale de santé, qui assure son secrétariat, devrait veiller à ce que le rapport annuel de la commission départementale des soins psychiatriques de Charente-Maritime soit envoyé, chaque année, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, comme le prévoit l'article L.3223-1 - 6^{ème}- du code de la santé publique (cf. § 4.8).
- 11- Les médecins doivent mieux prendre en compte les besoins des familles et s'inscrire dans un travail de partenariat avec le secteur associatif concerné. Sous réserve de l'information du patient, de son accord et du respect de ses droits, il convient d'offrir des temps d'information et d'échanges aux familles qui le souhaitent, et en tout état de cause de mettre fin aux fréquentes situations de refus de communiquer avec celles-ci (cf. § 5.10).
- 12- Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent pouvoir faire valoir une aversion alimentaire, comme ceux hospitalisés dans les autres services de l'hôpital (cf. § 6.1.1).
- 13- La pratique imposant le port du pyjama aux patients, assez fréquente dans certaines unités en période d'observation ou à des fins disciplinaires, n'est pas respectueuse de la dignité des personnes et doit être modifiée (cf. § 6.1.4 et 6.2).
- 14- La dimension addictologique des soins doit être développée en prenant en compte la réalité des besoins des personnes, et en intégrant une approche de réduction des risques ; elle doit éviter d'exclure d'un accompagnement soignant les personnes les plus en difficulté du fait de leur dépendance aux produits et mettre fin aux situations de sevrage tabagique sans prise en

compte du consentement des personnes et sans réelle attention portée à l'accompagnement soignant de ce sevrage, souvent réduit à une proposition de patch (cf. § 6.1.4).

- 15- Les conditions de distribution des médicaments au sein de l'unité 5 doivent être revues afin de respecter la dignité des personnes et la confidentialité des soins (cf. § 6.1.9 et 6.2.2.3)
- 16- Les locaux mis à disposition de la psychiatrie doivent être adaptés à cette activité ; les espaces communs doivent offrir des surfaces suffisantes pour développer des activités occupationnelles en dehors des chambres. Les évolutions de la répartition des locaux au sein de l'établissement ne doivent pas aggraver la situation qui est déjà peu favorable. De plus, l'organisation des services doit permettre un accès à l'extérieur au moins quotidien à tous les patients, et prendre en compte les besoins physiologiques d'activité physique (cf. § 6.2 et 6.3).
- 17- Les activités thérapeutiques et occupationnelles, en particulier pour les personnes dont l'hospitalisation se prolonge, doivent être développées.
- 18- Une réponse médicale adaptée aux besoins d'hospitalisation de proximité en psychiatrie des personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Saintes doit être garantie (cf. §7-)
- 19- Le recours aux mesures d'isolement et de contention doit être réduit grâce au développement de stratégies alternatives d'organisation des services comme des prises en charge; la traçabilité de ces mesures (notamment avec la mise en place des dispositions prévues par l'article L3222-5-1 du code de santé publique) doit être assurée ; la surveillance médicale et soignante des personnes concernées, ainsi que le respect des droits fondamentaux des personnes concernées doivent être renforcés (cf. § 8.3).
- 20- Le suivi médical doit être effectif et régulier pour chacun des patients hospitalisés ; les patients hospitalisés au long cours doivent bénéficier de projets de soins ou de vie explicites.

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS.....	3
1- Conditions générales de la visite et contexte	9
2- La psychiatrie dans le département de Charente-Maritime	10
3- Présentation du centre hospitalier.....	11
3.1.1 L'implantation et l'accessibilité.....	12
3.1.2 L'organisation fonctionnelle de la psychiatrie.....	13
3.2 L'activité.....	15
3.3 Le personnel du pôle de psychiatrie générale	17
3.3.1 Le personnel médical	17
3.3.2 La gestion des ressources humaines.....	19
3.4 Les données financières.....	19
4- hospitalisation sans consentement et exercice des droits	20
4.1 L'arrivée des patients admis sans consentement à l'établissement	20
4.2 Les modalités d'admission	21
4.2.1 Les formalités administratives.....	21
4.2.2 Les formalités lors de l'arrivée dans l'unité.....	22
4.2.3 La notification de la mesure d'admission et des voies de recours	24
4.3 Le recueil des observations des patients.....	25
4.4 La levée des mesures de contrainte.....	26
4.4.1 La levée des admissions sans consentement sur avis du psychiatre participant à la prise en charge 26	
4.4.2 L'avis du collège.....	28
4.4.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention	29
4.4.4 Les audiences.....	29
4.4.5 Les décisions du juge des libertés et de la détention	32
4.4.6 Le passage en programme de soins.....	32
4.5 Les sorties de l'établissement.....	33
4.6 La circulation des patients hospitalisés au sein de l'établissement en fonction du statut d'admission ou de l'unité d'accueil	34
4.7 La visite des autorités	35

4.8	La commission départementale des soins psychiatriques.....	35
4.9	Le registre de la loi et son contrôle par les autorités	35
5-	Les droits des patients hospitalisés	36
5.1	La désignation d'une personne de confiance	36
5.2	L'accès au dossier médical	36
5.3	L'accès à l'exercice d'un culte.....	37
5.4	Droit au libre choix du médecin.....	37
5.5	La communication avec l'extérieur.....	37
5.5.1	Les visites	37
5.5.2	Le téléphone.....	38
5.5.3	Le courrier	38
5.5.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	38
5.5.5	La confidentialité de l'hospitalisation	38
5.6	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)	39
5.7	Les plaintes et réclamations.....	40
5.8	Les événements indésirables	42
5.9	Le comité d'éthique.....	43
5.10	Les associations de familles ou d'usagers.....	44
6-	Les conditions d'hospitalisation	45
6.1	Eléments communs aux différentes unités	45
6.1.1	La restauration.....	45
6.1.2	La blanchisserie – linge	45
6.1.3	L'argent des patients	46
6.1.4	La gestion du tabac – cannabis.....	46
6.1.5	Les relations sexuelles	47
6.1.6	La sécurité.....	47
6.1.7	Les activités communes	48
6.1.8	Les soins somatiques.....	49
6.1.9	La pharmacie	50
6.2	Les unités sectorielles.....	50
6.2.1	L'unité d'hospitalisation du secteur 4 (Saint-Jean-d'Angély).....	51
6.2.2	L'unité d'hospitalisation du secteur 5 (Saintes).....	58

6.3	L'unité HPCD - d'hospitalisation psychiatrique de courte durée	62
6.3.1	Les locaux de l'HPCD	62
6.3.2	Les patients.....	64
6.3.3	Fonctionnement de l'unité	64
6.4	L'unité psychiatrique de soins et d'accompagnement (UPSA).....	66
6.4.1	Les locaux.....	66
6.4.2	Les patients.....	67
6.4.3	Fonctionnement de l'UPSA.....	68
7-	L'hospitalisation des personnes détenues.....	69
8-	Le recours à l'isolement et à la contention	70
8.1	La procédure d'isolement.....	70
8.2	La procédure de contention.....	70
8.3	Les pratiques en matière d'isolement et de contention	70

Contrôleurs :

Catherine BERNARD, chef de mission ;

Adidi ARNOULD;

Séverine BERTRAND;

Michel CLEMOT.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Saintonge (Charente-Maritime) du 3 au 7 août 2015.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport provisoire adressé au directeur de l'établissement le 31 décembre 2015. Ce dernier a fait part de ses observations le 16 février 2016. Celles-ci ont été prises en compte pour la rédaction du présent rapport de visite.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE ET CONTEXTE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier sis à Saintes, au 11 Boulevard Ambroise Paré, le 3 août 2015 à 14h. Ils en sont partis le 7 août 2015 à 13h30. Une visite de nuit a eu lieu le 5 août de 22h à minuit.

Dès leur arrivée, en l'absence du directeur des centres hospitaliers de Saintonge et de Saint-Jean-d'Angély, ils ont été accueillis par la directrice référente de site du centre hospitalier (CH) de Saintonge.

Une réunion de début de visite a été organisée le 3 août à 14h en présence d'une quinzaine de participants dont un médecin psychiatre, le cadre supérieur de santé du pôle de psychiatrie adulte, le pharmacien chef du pôle médico-technique, les responsables du secteur qualité et de celui en charge du suivi des admissions, un médecin du département de l'information médicale, des représentants des organisations syndicales des personnels, l'aumônier et la présidente départementale de l'UNAFAM (union nationale des amis et familles des malades ou handicapés psychiques).

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le secrétaire général de la préfecture de Charente-Maritime, la sous-préfète de Saintes, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Saintes, ainsi qu'avec l'agence régionale de santé de Poitou-Charentes (ARS) ; les contrôleurs ont rencontré la conseillère municipale en charge de la délégation « santé » qui participe au conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs malgré l'absence de nombreux professionnels en congés au moment du contrôle.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins de psychiatrie.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 7 août en présence de la directrice, référente

du site du centre hospitalier de Saintonge, du président de la commission médicale d'établissement, de la responsable du service des admissions, du cadre supérieur de santé, de deux cadres de santé et de quatre psychiatres exerçant au sein du pôle de psychiatrie adulte.

Toutefois, les contrôleurs n'ont pas pu rencontrer, du fait des congés cette première semaine d'août, plusieurs interlocuteurs de l'établissement, notamment le directeur, le médecin chef du pôle de psychiatrie adulte, le médecin responsable du secteur 17G05 qui couvre la population de Saintes, ni le chef de pôle de la psychiatrie infanto-juvénile. L'unité d'hospitalisation complète pour les adolescents « Laps'ado » était fermée pendant cette semaine et, de ce fait, n'a pas été concernée par le contrôle.

De plus, le contrôle s'est déroulé dans un contexte particulier, l'établissement ayant reçu en juillet le rapport définitif de l'ARS à la suite de l'inspection du pôle de psychiatrie adulte, réalisée en février dernier. Les personnels sont apparus très inquiets et déstabilisés par ce rapport, perçu par nombre d'entre eux comme « violent », en particulier dans ses conclusions préconisant une nouvelle structuration de l'offre de soins en Saintonge ; elles n'apparaissent pas consensuelles, même si les constats sont partagés par la majorité des professionnels rencontrés. Ces conclusions apparaissant, aux yeux de nombreux professionnels, susceptibles de remettre en cause la pérennisation de l'hospitalisation en psychiatrie à Saintes, donc à revenir à la situation antérieure à 2007 et à pénaliser la population de Saintonge concernée.

Cette inspection faisait elle-même suite à une mission faite en 2011 à la demande de l'ARS, en vue d'analyser l'organisation et les ressources des secteurs et de faire des propositions visant à améliorer la qualité et l'efficacité du dispositif de prise en charge, qui n'ont été que très peu mises en œuvre ; cette mission avait elle-même eu lieu à la suite d'un audit réalisé par l'ARS en 2010 sur l'organisation et le fonctionnement de la psychiatrie générale. C'est dire que la psychiatrie à Saintes a fait l'objet de nombreux travaux mais n'a pas encore, à ce jour, surmonté les difficultés structurelles et conjoncturelles qui sont les siennes.

2- LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DE CHARENTE-MARITIME

Le département est découpé en sept secteurs de psychiatrie générale et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés aux trois centres hospitaliers de La Rochelle (secteurs 17G01, 17G02 et 17G03), Saintes (17G04 et 17G05) et Jonzac (17G06 et 17G07) et qui gèrent chacun un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Cette organisation est relativement récente. Jusqu'en 1971, le CH de La Rochelle assurait seul la couverture de psychiatrie publique du département ; puis le CH de Jonzac a accueilli les équipes qui couvraient le Sud du département et ce, jusqu'au rattachement à la fin des années 70 d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile puis d'un secteur de psychiatrie générale au CH de Saintes. Celui-ci disposait alors d'une unité de dix-huit lits, implantée dans l'ancien hôpital de Saintes, et du maintien, à Jonzac, d'une capacité d'hospitalisation au bénéfice des patients du secteur de Saintes.

Le redécoupage sectoriel réalisé en 2004¹ a conduit à la sectorisation actuelle avec deux secteurs de psychiatrie générale au CH de Saintes. C'est seulement en 2007, au moment de l'ouverture du nouvel hôpital de Saintonge, que le « rapatriement » des lits de ces secteurs, qui avaient été maintenus dans les deux autres hôpitaux en attendant ces nouveaux locaux susceptibles de les accueillir, a progressivement permis l'ouverture des quatre unités actuelles ; ceci a rendu possible l'hospitalisation au CH de Saintes des patients en soins sans consentement.

Ainsi le CH de Saintonge gère le secteur G04, très rural, qui comprend Saint-Jean-d'Angély et les cantons alentours, soit plus de 55 000 habitants, et le secteur G05 qui dessert Saintes et ses alentours, soit plus de 72 000 habitants.

Le secteur infanto-juvénile dessert la même population ainsi que l'île d'Oléron, qui relève de La Rochelle pour la psychiatrie générale, et a développé une réponse pour les adolescents avec notamment une unité d'hospitalisation spécifique « LAPSADO » de cinq places d'hospitalisation complète, fermée au moment du contrôle, et cinq places d'hospitalisation de jour.

Un établissement privé de 108 lits qui n'accueille que des patients en soins libres, sis à Saujon, complète l'offre de soins hospitalière en psychiatrie du département. Un autre établissement privé, de trente-quatre lits, à Jarnac en Charente, à près de quarante-cinq kilomètres de Saintes, accueille également des patients de la Charente-Maritime.

L'offre de psychiatrie ambulatoire libérale s'est réduite ces dernières années sur la zone de recrutement ; il n'y aurait plus actuellement de psychiatre libéral ni à Saintes ni à Saint-Jean-d'Angély ce qui conduit à majorer la demande de soins auprès des médecins des secteurs de psychiatrie de Saintonge notamment par l'intermédiaire des médecins généralistes.

3- PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER

L'hôpital est organisé autour de six pôles qui sont, outre le pôle de psychiatrie adulte et celui de psychiatrie infanto-juvénile, les suivants : le pôle médecine et spécialités, le pôle médico-technique, le pôle parents - enfants et le pôle urgences- SMUR-chirurgie- anesthésie - réanimation. Le laboratoire de biologie médicale est géré par un groupement de coopération sanitaire.

Cet établissement hospitalier dispose de 57 lits et 49 places en psychiatrie adulte et infanto-juvénile, d'un peu plus de 450 lits et places en MCO², 30 en SSR³ et 45 en USLD⁴. Il gère de plus deux EHPAD⁵ (153 places), un foyer occupationnel de 75 places et un foyer d'accueil médicalisé de 30 places. Au total, la capacité est de plus de 800 lits et places.

¹ Le nouveau découpage sectoriel a été arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Poitou-Charentes le 30 juin 2004

² MCO : médecine, chirurgie et obstétrique

³ SSR : soins de suite et de réadaptation

⁴ USLD : unité de soins de longue durée

⁵ EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Plus de 2 100 agents y travaillent dont 168 médecins, alors qu'ils n'étaient que 85 en 2003 ; cette augmentation du temps médical témoigne de l'importance de l'évolution qu'a connue cet établissement ces dix dernières années avec un développement de son plateau technique y compris de la cardiologie interventionnelle depuis 2014. Ceci a des répercussions sur la gestion des locaux avec la recherche d'espaces pour implanter l'extension d'activités comme par exemple la dialyse, ce qui n'est pas sans effet sur la psychiatrie et soumet de fait les acteurs hospitaliers à des injonctions paradoxales.

Depuis 2010, le CH de Saintonge bénéficie d'une direction commune en particulier avec le centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély, chaque établissement gardant ses propres instances de gouvernance.

Depuis la fin de l'année 2014, le centre hospitalier est membre d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) regroupant l'ensemble des établissements hospitaliers du territoire Sud de la Charente-Maritime avec, outre ceux couverts par la direction commune, ceux de Jonzac, Royan et Boscamnant ce qui a permis de mutualiser certaines activités comme celles du département d'informations médicales (DIM) qui assume sa mission sur les cinq établissements.

3.1.1 L'implantation et l'accessibilité

Ouvert en octobre 2007, le nouvel hôpital a été construit dans une zone urbaine à la périphérie du centre de Saintes. Le bâtiment principal accueille toutes les activités MCO ainsi que trois des unités de psychiatrie dans une partie à proximité immédiate des urgences mais bénéficiant d'une entrée extérieure spécifique.



Grande allée principalement piétonne permettant d'accéder au hall d'accueil de l'établissement

Rien ne clôture le parc hospitalier, qui est de fait très ouvert sur la cité, et il est impossible d'identifier la séparation entre le domaine hospitalier et le domaine public. Depuis le parc de stationnement ou l'arrêt de bus, il est aisé de repérer le hall d'accueil de l'établissement auquel on accède par une grande allée principalement piétonne. Une entrée bien identifiée permet d'accéder aux urgences avec une partie du parking dédiée d'où est fléché l'accès spécifique au bâtiment, intégré au bloc principal de l'hôpital, accueillant la psychiatrie.

Ce bâtiment héberge trente-quatre lits de psychiatrie, avec au rez-de-chaussée, outre le secrétariat du pôle de psychiatrie adulte et des bureaux de consultation, une unité d'hospitalisation dite de courte durée (HPCD) fermée et, au premier étage, deux unités (soit une par secteur).



Entrée spécifique du pôle de psychiatrie

L'unité psychiatrique de soins et d'accompagnement (UPSA), qui ne fait l'objet d'aucune signalétique, est implantée à l'arrière du terrain d'emprise de l'hôpital avec dix-huit lits.



Entrée de l'unité UPSA

Dans sa réponse en date du 16 février 2016, le directeur de l'établissement signale : « les psychiatres soulignent que l'unité HPCD n'est pas une unité fermée mais fermable, sur prescription individuelle clairement identifiée pour les soignants ; ils précisent que cette prescription est revisitée à la réunion clinique hebdomadaire du mercredi. Il faut cependant admettre que son accès est très souvent contrôlé et que cela a été le cas lors de la visite ».

3.1.2 L'organisation fonctionnelle de la psychiatrie

A la mise en place des pôles hospitaliers, chaque secteur constituait un pôle. Depuis 2011, les deux secteurs de psychiatrie générale sont regroupés dans un même pôle dont le chef est un des praticiens hospitaliers du secteur G05 (Saintes). Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile est constitué du seul secteur concerné et, en dehors de l'astreinte partagée par les psychiatres, il n'a pas été fait état aux contrôleurs de collaboration particulière entre les deux pôles notamment autour de la réponse aux besoins des adolescents.

Il n'y a pas de contrat de pôle signé avec la direction de l'établissement et les deux secteurs de psychiatrie générale fonctionnent de façon autonome sans que l'on puisse réellement faire référence à un projet de pôle structurant.

Ce pôle dispose de cinquante-deux lits d'hospitalisation temps plein répartis entre quatre unités accueillant des patients indépendamment de leur statut – admis en soins libres ou sans leur consentement :

- deux unités sectorielles, dites unité 4 et 5 par référence au secteur concerné, avec respectivement une capacité de onze et douze lits. Ces unités fonctionnent de façon autonome mais ont mutualisé le fonctionnement des agents des services hospitaliers (ASH) et l'équipe infirmière de nuit ;
- deux unités intersectorielles, l'HPCD et l'UPSA qui relèvent de dynamiques très différentes ; si l'UPSA est héritière d'un projet de réhabilitation pour des patients hospitalisés sur des durées très longues, l'HPCD a été créée sur un projet d'unité d'observation de courte durée mais fait maintenant fonction le plus souvent d'unité fermée contenant, sans pour autant qu'un projet explicite soit élaboré.

Chacun des secteurs dispose d'un centre médico-psychologique (CMP) dans la ville principale du secteur, d'un hôpital de jour (dix places sur le secteur 4 et cinq sur le secteur 5) et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Une équipe de liaison psychiatrique fonctionne au CH de Saintes du lundi au vendredi de 9h à 19h, tandis qu'une activité de liaison peut être mise en œuvre à partir du CMP de Saint-Jean-d'Angély de 9h à 17h. Les médecins sont globalement perçus comme peu enclins à travailler en partenariat avec les différents acteurs de la cité ; toutefois ils ont développé une collaboration avec une maison-relais de huit places qui bénéficie d'un temps d'infirmier du secteur de psychiatrie (0,2 ETP) et dont quelques places sont réservées aux patients suivis par la psychiatrie. Ceci s'est fait dans la continuité de démarches initiées par une association, l'APIC, créée par le secteur 5, qui intervient pour favoriser la réinsertion des patients de ce secteur, le cas échéant avec quelques prêts d'argent y compris pendant leur hospitalisation.

Le fonctionnement médical du pôle est très respectueux de la logique de secteur en ce qu'il favorise la continuité des soins par le même médecin en extra-hospitalier et en intra-hospitalier et ce quelle que soit l'unité d'hospitalisation, le médecin référent du patient est celui qui le suivra et prendra les décisions importantes relatives à son suivi médical.

Les transferts entre unités sont effectués en fonction (i) de la gravité de la pathologie, (ii) du comportement du patient et (iii) du besoin d'encadrement. Il semble que les transferts s'effectuent avec une certaine fluidité selon les besoins. Dans quelques cas, certains patients sont hébergés dans une unité autre que celle qui leur était initialement destinée faute de place.

Le fonctionnement institutionnel du pôle repose sur différentes réunions :

- réunion clinique par unité, hebdomadaire, à laquelle sont susceptibles de participer tous les médecins suivant un patient dans l'unité, tous les infirmiers présents, psychologues, assistants sociaux (mercredi après-midi à l'HPCD, jeudi à l'UPSA et vendredi matin à l'unité 4 et 5) ;

- réunion de synthèse du suivi des patients avec tous les professionnels impliqués dans leur prise en charge passée ou à venir. Une telle réunion est systématiquement organisée préalablement à l'admission d'un patient à l'UPSA ;
- réunion de secteur, une fois par quinzaine, qui permet d'aborder la situation clinique des patients dont la prise en charge apparaît problématique ou nécessitant un temps de concertation ; elle associe l'ensemble des professionnels intervenant au sein du secteur concerné y compris des représentants des unités d'hospitalisation intersectorielles ;
- réunion du CMP, une fois par quinzaine, en alternance avec la réunion de secteur sus-citée, plus centrée sur le suivi des patients en ambulatoire ;
- réunion institutionnelle, mensuelle, non clinique, permettant d'aborder les sujets de fonctionnement du secteur concerné ;
- une réunion des cadres de santé se tient tous les mercredis matins afin d'échanger sur les pratiques et veiller à leur harmonisation au sein des unités d'hospitalisation ;
- les médecins de chaque secteur se réunissent une fois par semaine, et pour les deux secteurs se retrouvent de façon relativement informelle et irrégulière, une heure le vendredi matin, en fonction de l'actualité institutionnelle ; ces réunions n'abordent pas les questions cliniques ;
- le conseil de pôle se réunit trois fois par an.

3.2 L'activité

En ambulatoire et globalement sur le pôle de psychiatrie, le nombre de patients a été, en 2014, de 1765 patients dont 20 en soins sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers. Le nombre moyen d'actes par patient suivi en ambulatoire est de 9 pour les patients ayant un statut « soins libres » et de 57 pour les patients en programmes de soins.

280 ont été hospitalisés en 2014 dont 90 % sont domiciliés dans les secteurs rattachés au CH de Saintes, 18 sont des autres secteurs du département de Charente-Maritime et 10 d'un autre département. Pour ces patients, le nombre d'entrées a été de 498 et de 14 719 journées, soit globalement une durée moyenne de séjour de 29,56 jours par séjour.

Les tableaux joints présentent des données d'activités (un patient ou un séjour n'est comptabilisé qu'une fois pour l'année pour chaque statut d'hospitalisation et par secteur⁶) et seules les journées 2014 sont comptabilisées. Ils rendent compte de durées moyennes de séjour (DMS) variables selon les modalités d'hospitalisation et selon les unités d'accueil.

⁶ Un même patient peut être hospitalisé dans différentes unités dans l'année ou selon différents statuts d'hospitalisation ; le total ne correspond donc pas toujours aux sommes des données présentées en colonne.

Activités 2014						
<i>source DIM</i>	Secteur 4			Secteur 5		
Statut d'hospitalisation	patients	séjours	DMS jours	patients	séjours	DMS jours
Soins libres	121	177	18	150	206	25
SDRE	12	14	27	11	11	65
OPP	1	2	9	1	1	5
SDT et SDT urgence	35	62	29	38	47	38
Péril imminent	7	10	43	5	5	19
Total	146	234	25	173	235	33

Si les données d'activités des deux secteurs apparaissent sensiblement différentes, ces différences sont faibles quand on compare les deux unités 4 et 5 où le nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation par patient est de 23 jours ce qui reflète, peut être, un fonctionnement assez homogène entre ces deux unités. Les pratiques seraient plus différenciées dans les deux unités intersectorielles (HPCD et UPSA).

Si globalement, plus de 80 % des patients sont hospitalisés en soins libres, parmi les 81 patients hospitalisés à l'HPCD en 2014, 44 étaient en soins libres et 37 en soins sans consentement ; en moyenne les patients qui y ont été hospitalisés y sont restés 43 jours dans l'année ce qui rend bien compte du décalage entre le nom de l'unité d'hospitalisation de courte durée et l'utilisation qui en est faite.

A l'UPSA, la majorité des patients sont en soins libres avec 4 patients sur 22 en soins sans consentement sur l'année et des durées d'hospitalisation très prolongées.

HPCD Journées d'hospitalisation en 2014					UPSA Journées d'hospitalisation en 2014			
<i>source DIM</i>	patients	séjours	journées	J2014/Patient	patients	séjours	journées	J2014/Patient
S4	41	55	1 662	40	9	17	1 806	200
S5	40	47	1 867	46	13	21	2 610	200
Total	81	102	3 529	43	22	38	4 416	200

Dans les six mois suivant leur sortie d'hospitalisation complète (pour les 280 patients sortis en 2014), seulement 70 % et 80 % des patients admis respectivement en soins libres et en soins sans consentement ont été suivis en ambulatoire ou ré-hospitalisés. Par ailleurs, 25% des 54 patients admis en soins à la demande d'un tiers et sortis en 2014, ont été ré hospitalisés dans les six mois.

Par ailleurs, il apparaît qu'il y a peu d'informations médicalisées dans les dossiers informatisés et dans les informations transmises au DIM, ce qui prive l'équipe médicale d'éléments pour un suivi objectif des modalités de soins et d'accompagnement des patients en fonction des réalités cliniques et diagnostiques. Ceci permettrait de travailler sur des évolutions du projet médical des unités de soins.

3.3 Le personnel du pôle de psychiatrie générale

3.3.1 Le personnel médical

Le pôle de psychiatrie adulte dispose de sept psychiatres dont :

- pour le secteur 4 : deux praticiens hospitaliers et un psychiatre attaché (un homme et deux femmes) représentant 2,8 ETP⁷ ; un départ à la retraite datant du 1^{er} juillet sera remplacé au 1^{er} septembre ;
- pour le secteur 5 : quatre praticiens hospitaliers (une femme et trois hommes), à temps complet, pour 30 demi-journées de présence au sein de l'unité.

Deux internes en psychiatrie sont affectés sur le pôle (un par secteur).

Un médecin généraliste, praticien hospitalier, intervient à mi-temps dans les unités de psychiatrie.

L'astreinte psychiatrique est assurée conjointement avec les psychiatres exerçant en psychiatrie infanto-juvénile. Les internes y participent mais sont systématiquement doublés par un psychiatre « senior » également en astreinte.

Parmi les psychiatres, deux ont fait leurs études l'un en Chine et l'autre en Argentine et en Espagne ce qui enrichit l'équipe médicale d'expériences différentes mais nécessite quelques adaptations.

3.3.1.1 Le personnel non médical :

Globalement l'effectif pour le pôle est d'un cadre supérieur de santé, quatre cadres de santé (soit deux par secteur), chacun ayant la responsabilité d'une unité d'hospitalisation et d'une unité extrahospitalière et, de 75,5 ETP d'infirmiers, 16 d'ASH, 4 de psychologues, 3,3 d'assistantes sociales et 4,8 de secrétaires médicales.

Les quatre psychologues, soit deux par secteur pour l'intra comme l'extra-hospitalier, ont des pratiques variables pour ce qui concerne la réalisation ou non d'entretiens avec les patients durant le temps de l'hospitalisation et une présence institutionnelle variable selon les unités : par

⁷ ETP : équivalent temps plein

exemple, huit demi-journées à l'unité 4, pour deux psychologues dont un seul a des entretiens avec les patients, pas de psychologue à l'HPCD au moment du contrôle ;

Les quatre assistantes sociales se répartissent en deux sur chacun des secteurs mais pour seulement 1,3 ETP sur le secteur 4.

Pour la partie hospitalière de l'activité de secrétariat, une secrétaire médicale, au secteur 4 et deux pour le secteur 5, sont en relation avec les autres structures de leur secteur respectif. Leurs bureaux sont situés au rez-de-chaussée et leur fonctionnement est totalement indépendant l'un de l'autre.

Trois infirmiers (2,4 ETP) composent l'équipe de liaison au sein du CH de Saintes.

Le personnel des unités d'hospitalisation

Les personnels des unités hospitalières sont exclusivement des infirmiers et des agents des services hospitaliers. Le choix a été fait de ne pas disposer d'aide-soignant dans les équipes.

Les effectifs infirmiers sont:

- pour l'unité 4, de onze infirmiers pour 10,8 ETP, dont trois hommes. La moyenne d'âge est de 43,4 ans,
- pour l'unité 5, de douze infirmiers, dont trois hommes, pour 10,8 ETP,
- pour l'HPCD, de dix-sept infirmiers pour 15,4 ETP ;
- pour l'UPSA, de dix-huit infirmiers dont quatre principalement de nuit pour 15,6 ETP.

Les effectifs d'ASH sont mutualisés pour les unités 4 et 5 avec sept agents assurant 6,6 ETP et sont dans chacune des deux unités intersectorielles de 3,70 ETP. Toutes les ASH sont des femmes.

Les horaires infirmiers sont les suivants :

- le matin de 6h45 à 14h15 ;
- l'après-midi de 13h45 à 21h16 ;
- la nuit de 21h à 7h pour le service de base;
- les horaires d'un soignant de coupure sont de 9h à 16h30 ;
- quand deux infirmiers sont de coupure dans la même unité (HPCD), les horaires sont alors pour l'un de 8h30 à 15h30 et pour l'autre de 12h à 19h, ce qui permet alors la présence de quatre infirmiers dans l'unité de 12h à 15h30.

L'effectif soignant minimal de jour est de deux infirmiers le matin et deux infirmiers l'après-midi dans chacune des unités avec toujours un infirmier de coupure en complément à l'HPCD. Dans la mesure du possible, l'objectif est de compléter cet effectif minimal avec un infirmier en coupure pour toutes les unités et deux infirmiers de coupure pour l'HPCD, selon les horaires indiqués ci-dessus.

Le service de nuit est assuré, pour partie, par du personnel infirmier volontaire permanent de nuit et pour partie par des personnels dits de jour qui assurent régulièrement la couverture de

nuit qui complète les tableaux de service. Toutefois, les personnels fixes de nuit sont tenus, au moins un mois chaque année, de travailler de jour.

La permanence infirmière nocturne est assurée par deux infirmiers à l'HPCD comme à l'UPSA et à l'étage par deux infirmiers qui couvrent les deux unités 4 et 5.

3.3.2 La gestion des ressources humaines

L'établissement gère un institut de formation en soins infirmiers avec promotion de soixante-cinq étudiants. A l'issue de la formation les infirmiers sont essentiellement recrutés sur des contrats à durée déterminée pendant six mois puis en contrat à durée indéterminée pendant deux à trois ans, avant un recrutement au sein de la fonction publique hospitalière (FPH) initiée par une année comme stagiaire de la FPH. Il est notable de constater que si tous les infirmiers qui exercent en extra-hospitalier sont titulaires de la fonction publique, le rapport peut être différent dans les unités d'hospitalisation, où seule la moitié des infirmiers exerçant à l'HPCD ou dans les unités 4 et 5, est titulaire ou stagiaire de la fonction publique.

Il existe des mouvements importants de renouvellement des infirmiers avec des équipes composées d'infirmiers relativement jeunes, en particulier au sein de l'unité HPCD où sont accueillis les patients qui ont le plus besoin d'un cadre de soins contenant ; cette unité a aussi été concernée par des changements d'encadrement ; ceci peut s'analyser au moins pour partie comme étant en lien avec les difficultés spécifiques de cette unité (cf.§ 6.3).

Une formation de six jours est organisée pour tous les professionnels de l'établissement sur la « gestion de la violence et de l'agressivité » mais aucune approche spécifique n'a été développée pour les professionnels exerçant en psychiatrie.

Les remplacements de personnel sont assurés le plus souvent sur la base du volontariat par des heures supplémentaires ou par la mobilisation, sur contrat, d'anciens infirmiers du pôle, ou, de façon exceptionnelle, par le recours à l'intérim.

3.4 Les données financières

L'établissement gère sept budgets, avec en plus du budget principal, les budgets de l'unité de long séjour, de deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), d'un institut de formation en soins infirmiers, d'un foyer occupationnel, d'un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Au compte administratif 2014, le budget principal est de 141 millions d'euros. La dotation annuelle de financement (DAF) pour la psychiatrie est de 12 864 308 euros. La certification des comptes en 2014 a été obtenue sous réserve d'augmenter les provisions d'un million d'euros pour les remboursements d'emprunts et amortissements, faisant ainsi apparaître un déficit consolidé de 1 350 000 euros.

L'endettement actuel de l'établissement, à la suite de la construction de l'hôpital neuf, et une capacité d'autofinancement de 7,5 millions d'euros ne laissent que peu de possibilités d'investissement pour construire de nouveaux bâtiments en vue d'améliorer les conditions d'hospitalisation en psychiatrie, comme cela a pu être évoqué avec les contrôleurs.

En 2011, une étude de coût par habitant de la psychiatrie publique, faite par l'agence régionale de santé à partir des DAF-psychiatrie des différents établissements concernés, aurait montré que la Charente-Maritime était située en dessous des moyennes nationale et régionale et

que le CH de Saintes était en dessous de la moyenne départementale. De plus, un constat partagé entre l'ARS et le centre hospitalier avait permis de conclure à une sous- dotation historique et structurelle, depuis le rattachement des secteurs au CH de Saintes, conduisant à un déséquilibre budgétaire sur ce pôle d'activité ; ceci avait conduit, d'une part, à un rebasage de 900 000 euros sur trois années (soit 3 fois 300 000 euros) et, d'autre part, à la fermeture de sept lits avec la réduction des moyens y afférent. Cette double opération s'avère de fait insuffisante pour garantir un équilibre structurel de l'activité de psychiatrie.

4- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

4.1 L'arrivée des patients admis sans consentement à l'établissement

Les circuits d'admission varient selon l'origine géographique du patient.

Ceux du secteur 5 (Saintes) peuvent se présenter directement au service des urgences, avec ou sans certificat d'un médecin généraliste. Là, le patient est reçu par l'infirmière d'accueil qui ouvre un dossier et, de jour, informe l'infirmière de liaison de la psychiatrie⁸.

L'arrivant est ensuite placé dans la salle d'attente, avec toutes les autres personnes. L'infirmière de liaison se rend rapidement aux urgences et prend en charge le patient. Il a également été précisé que, s'agissant d'une personne faisant l'objet d'un arrêté d'admission en soins psychiatriques signé par un maire et escortée, les policiers ou les gendarmes restaient généralement dans la salle d'attente, à ses côtés ; cette situation ne respecte pas la confidentialité car les regards des autres patients se portent inévitablement vers eux. En fonction de la disponibilité des autres pièces, les patients de psychiatrie peuvent y être placés.

Il a été indiqué toutefois que, lorsqu'une contention ou une injection était nécessaire, le patient était installé dans une salle séparée.

Un examen somatique est impérativement effectué par un médecin urgentiste dans un des boxes disponibles. Le psychiatre de liaison⁹ mène un premier entretien avec le patient avant de le diriger, en l'absence d'une unité d'admission, vers l'unité du secteur ou, lorsque la personne est en crise, vers l'HPCD. Faute de places disponibles, des patients peuvent être temporairement placés dans l'unité ne correspondant pas à leur secteur, voire à l'UHCD, voire encore, de façon plus marginale, à l'UPSA. Selon les informations recueillies, dans quelques cas, un lit n'a pu être trouvé que dans un autre hôpital, proche.

Les patients d'un secteur affectés dans l'unité de l'autre, faute de place, sont suivis par un psychiatre de leur secteur d'origine mais les soins infirmiers sont assurés par les personnels du lieu d'affectation.

De nuit, le psychiatre d'astreinte est informé et se rend aux urgences pour y effectuer ce travail ; il a cependant été précisé que les internes effectuaient généralement cette tâche et que les psychiatres ne se déplaçaient que très rarement.

⁸ Chaque jour, de 8h30 à 19h, deux infirmières de liaison sont de service à l'hôpital.

⁹ Un psychiatre assure également la liaison durant la journée et un autre prend une astreinte à domicile entre 18h30 et 8h30.

Il arrive également que le patient reste aux urgences dans un « lit porte » et que son admission ne soit décidée qu'après l'examen du psychiatre de liaison, au matin ; tel a été le cas le mercredi 5 août 2015 : l'admission de cet homme dans une unité de psychiatrie n'était pas justifiée, a-t-il été indiqué, et une consultation ultérieure chez un addictologue lui a été conseillée.

Certains patients, qui sont admis en soins libres à l'hôpital suite à une consultation avec un psychiatre du centre médico-psychologique de Saintes, peuvent aussi se présenter directement à l'unité, préalablement avisée, sans passer par les urgences.

Les patients du secteur 4 (Saint-Jean-d'Angély) passent d'abord par le service des urgences de l'hôpital général de Saint-Jean-d'Angély. De jour, la personne y est reçue par un médecin urgentiste mais aussi par une infirmière de liaison (présente du lundi au vendredi de 9h à 17h) puis par un psychiatre du secteur, lorsque l'un d'eux est présent au centre médico-psychologique de cette ville. Le patient est ensuite dirigé en ambulance vers l'hôpital de Saintes ; il y passe de nouveau par le service des urgences et un entretien avec un psychiatre a lieu lorsqu'il n'a pas été effectué à Saint-Jean-d'Angély. Il a cependant été précisé que les admissions de nuit étaient peu fréquentes. Dans son courrier, le directeur précise que le passage pour ces patients, par les urgences du CH de Saintonge n'est pas systématique mais dépend de leur situation clinique ou des nécessités de vérification administrative de la conformité des documents d'admission sous contrainte qui ne peut se faire que dans cet établissement.

Selon les informations recueillies, les délais d'attente sont limités car les infirmières de liaison ont pour rôle d'établir le contact avec l'équipe des urgences et de faire effectuer l'examen au plus tôt. Il a été indiqué qu'elles recherchaient fréquemment un tiers pour l'établissement d'une demande d'admission et que cette tâche pouvait parfois prendre beaucoup de temps, rallongeant le temps d'attente aux urgences. Elles prennent également en charge les familles qui accompagnent les patients : « *c'est plus douloureux que compliqué* » et « *il faut alléger la douleur des familles* » ont-elles expliqué.

Aucune durée n'a été précisée car chaque situation dépend du nombre des personnes en attente et de la nature des affections. Les patients du secteur 4 transitent toutefois deux fois par un service des urgences avec, chaque fois, des délais d'attente.

4.2 Les modalités d'admission

4.2.1 Les formalités administratives

Il n'existe pas de service des admissions au sein du centre hospitalier, chaque unité gérant ses propres entrées. Toutefois, l'agent du bureau de gestion des séjours est chargé des procédures d'admission en soins psychiatriques sans consentement¹⁰. Cette personne¹¹ veille ainsi à la régularité des mesures, s'assure des différentes échéances, vérifie l'établissement des différents certificats médicaux, établit les différentes décisions, saisit le juge des libertés et de la détention (JLD) avant les audiences, classe les originaux des documents retraçant la procédure dans un dossier administratif nominatif et tient le registre de la loi. En outre, cette personne est chargée,

¹⁰ Dans les fiches de procédure établies par le centre hospitalier, ce bureau est aussi appelé « bureau de gestion des admissions psychiatriques sans consentement ».

¹¹ Durant ses congés, la titulaire est remplacée par un agent d'un bureau voisin.

pour l'ensemble des services de l'hôpital, de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et des demandes d'accès au dossier médical.

A ce titre, elle est en relation directe avec la directrice référente de l'hôpital et signe les décisions, par délégation du directeur.

Les différents suivis présentés aux contrôleurs, sont tenus avec une grande rigueur : des états dressent un point précis de la situation de chaque patient admis sans consentement et des alertes sont mises en place pour demander, avant les échéances, les pièces requises aux secrétariats des secteurs.

En semaine, de jour¹², informée par l'infirmière de liaison de l'arrivée d'un patient devant faire l'objet d'une admission en soins psychiatriques sans consentement, elle se déplace aux urgences pour examiner les différentes pièces (certificats médicaux, arrêtés), s'assurer de leur conformité¹³ et prononcer les décisions d'admission pour celles prises à la demande d'un tiers. L'administrateur de garde assure cette fonction le reste du temps.

Il arrive parfois que des certificats médicaux établis par des médecins généralistes ou que des arrêtés signés par des maires ne soient pas conformes, certains étant peu habitués à rédiger de tels documents. Des contacts téléphoniques sont alors pris avec eux et les informations nécessaires leur sont données pour qu'un nouveau certificat ou un nouvel arrêté soit transmis. L'admission n'est alors prononcée qu'au reçu du document adressé par télécopie ou par courriel, l'original l'étant ensuite par courrier. Dans quelques cas, selon les informations recueillies, les policiers ou les gendarmes ayant conduit la personne à l'hôpital sont allés directement chercher le document chez le signataire.

Les contrôleurs ont observé que, sur les quatorze dernières admissions sans consentement¹⁴, deux sont des admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, avec deux certificats médicaux (l'un établi par un médecin généraliste de ville et l'autre par un médecin urgentiste de l'hôpital) alors que dix sont des admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (avec un seul certificat médical établi par un médecin urgentiste de l'hôpital) et deux, des admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. Le nombre des admissions en soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence a également été important en 2013 (soixante-neuf ASPDT-U alors que treize étaient des ASPDT) et en 2014 (respectivement quarante-six et dix).

4.2.2 Les formalités lors de l'arrivée dans l'unité

4.2.2.1 Les modalités de l'accueil

Le patient est conduit à l'unité d'affectation par les soignants du service des urgences. A son arrivée, il est accueilli par les infirmiers présents. Après s'être présentés, ceux-ci font visiter les locaux, expliquent les règles de vie et procèdent à l'installation dans la chambre.

¹² De 9h15 à 17h15 par la titulaire et de 17h15 à 18h par un agent du bureau voisin.

¹³ Les infirmières de liaison effectuent une première vérification à l'arrivée du patient aux urgences.

¹⁴ Ce qui correspond aux admissions inscrites sur le registre de la loi ouvert à la date de la visite – cf. paragraphe 4.9.

Le patient est reçu par un psychiatre du secteur dès son arrivée si possible, et au plus tard le lendemain matin, qui prescrit le traitement initial.

Un inventaire des effets et des objets est dressé en présence de l'arrivant qui signe le document.

Les objets jugés dangereux (rasoirs, couteaux, coupe-ongles, eau de Cologne...) sont placés dans une boîte portant le numéro de la chambre, conservée dans une armoire du bureau des infirmiers. Ces objets peuvent être remis au patient le temps strictement nécessaire et restitués aussitôt après leur utilisation.

Les objets de valeurs (le numéraire lorsqu'il est supérieur à 20 euros, les cartes bancaires, les carnets de chèques...), répertoriés, sont placés dans le coffre du bureau dit « de gestion des séjours », en présence des patients.

Les téléphones mobiles sont conservés, sauf décision contraire du psychiatre.

4.2.2.2 Les documents remis

Le livret d'accueil du centre hospitalier général de Saintes est remis à l'arrivant. Ce document de trente pages, de belle présentation, débute par un mot de bienvenue du directeur général, traite du séjour (notamment des formalités d'admission, de la conservation des objets de valeurs et des modalités pratiques), présente globalement les équipes hospitalières, aborde les droits et devoirs (notamment avec la charte de la personne hospitalisée) et décrit l'hôpital (notamment son organisation et la qualité de la prise en charge).

Quelques autres documents sont annexés : un contrat d'engagement pour la prise en charge de la douleur, le guide de l'offre de soins (avec les noms des chefs de service, des cadres de santé et des praticiens), un dépliant de présentation de la maison d'accueil pour les familles d'hospitalisés et une fiche relative à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). La psychiatrie n'est abordée que dans le guide de l'offre de soins, avec les noms des praticiens et des cadres de santé des différentes unités. Les formalités d'admission, les droits et les devoirs ne sont consacrés qu'aux généralités, sans aborder la situation spécifique des patients admis en soins psychiatriques et, en particulier, de ceux admis sans consentement.

Un document d'une page, remis lors de la notification, donne quelques informations sur les droits et les voies de recours (cf. paragraphe 4.2.3). Rien ne présente toutefois le parcours du patient, les différents certificats médicaux qui devront être établis, les arrêtés municipaux et préfectoraux ou les décisions du directeur, les audiences qui ponctueront le séjour, le choix et le rôle de l'avocat...

Il n'existe pas de règlement intérieur de l'hôpital, mais chaque unité a défini le sien, remis à l'arrivée et affiché dans l'unité. Ces quatre règlements abordent les mêmes sujets et la structure est identique (cependant avec onze articles pour l'HPCD, l'UPSA et l'unité du secteur 5 mais dix pour l'unité du secteur 4 qui n'en consacre aucun à la télévision). Ces documents ne diffèrent que sur quelques points ; ainsi :

- des horaires :
 - l'ouverture des portes de 8h à 19h à l'HPCD (mais l'unité est généralement fermée), de 7h30 à 20h à l'UPSA, de 7h30 à 20h à l'unité du secteur 5 et de 7h30 à 22h à l'unité du secteur 4 ;

- le petit déjeuner : à 9h pour l'UHCD et l'UPSA, de 8h à 8h30 à l'unité du secteur 4 et de 8h à 9h à l'unité du secteur 5 ;
- les visites : de 14h à 20h à l'UHCD, à l'UPSA et à l'unité du secteur 5 ; de 14h à 19h à l'unité du secteur 4 ;
- l'arrêt du téléviseur, le soir, n'est pas précisé pour l'unité du secteur 4 ;
- des portes fermées le temps des repas uniquement à l'unité du secteur 4 ;
- la possibilité, si les consignes médicales le permettent, de bénéficier d'un téléphone fixe en chambre et/ou de conserver son téléphone portable n'est mentionnée qu'à l'unité du secteur 4 ;
- des contrôles en cas de suspicion d'alcoolisation ne sont annoncés qu'à l'unité du secteur 4 ;
- la présence obligatoire aux repas n'est indiquée qu'à l'unité du secteur 4 ;
- quelques phrases varient dans un même article, notamment :
 - « *il est interdit d'y stocker des denrées périssables* » à l'HPCD, à l'UPSA et à l'unité du secteur 5 mais « *il est souhaitable de ne pas faire entrer de nourriture ni de boisson dans le service* » à l'unité du secteur 4 ;
 - « *en hospitalisation libre, les sorties même momentanées de l'unité se font en respectant les prescriptions médicales et le contrat de soins établi entre vous, le médecin et l'équipe soignante. En hospitalisation sous contrainte, votre sortie de l'unité ne peut se faire qu'après autorisation du médecin* » à l'HPCD, à l'UPSA et à l'unité du secteur 5 mais « *les sorties même momentanées de l'unité se font en respectant les prescriptions médicales et le contrat de soins. Vos départs et retours doivent être signalés à l'équipe soignante* » à l'unité du secteur 4.

4.2.3 La notification de la mesure d'admission et des voies de recours

Les documents nécessaires à la notification sont préparés au bureau de gestion des séjours et remis au secrétariat du secteur.

La notification de la mesure d'admission est ensuite effectuée par le cadre de santé de l'unité d'affectation dès l'arrivée, si possible, ou dans les quelques jours suivants en fonction de l'évolution de la crise. Lorsqu'elle est impossible en raison de l'état de santé du patient ou de son refus de signer, l'information est actée.

Le document est alors transmis par télécopie au bureau de gestion des séjours et l'original lui est adressé par le courrier interne à l'hôpital.

Les contrôleurs, qui ont examiné plusieurs dossiers, ont constaté la bonne tenue des documents retraçant la notification.

A cette occasion, une information est donnée au patient sur les conditions d'hospitalisation et sur la loi du 5 juillet 2011. Un imprimé, intitulé « information de vos droits et voies de recours » lui est alors remis. Ce document, qui précise le mode d'admission sans consentement, fait référence à la loi du 5 juillet 2011 et énumère différents droits :

- communiquer avec le préfet de Charente-Maritime, le procureur de la République de Saintes, le président du tribunal de grande instance de Saintes, le juge des libertés et de la détention de ce tribunal et le maire de Saintes ; les adresses correspondantes sont mentionnées ;

- saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ; les adresses sont également précisées ;
- prendre le conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté les faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; l'adresse est indiquée ;
- émettre et recevoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur et recevoir des explications ;
- exercer le droit de vote, pour ceux qui ont sont détenteurs ;
- se livrer à des activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Il y est précisé que certains peuvent être exercés par les parents du patient ou les personnes susceptibles d'agir dans son intérêt.

Ces droits sont ceux énumérés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique. Les contrôleurs ont observé que, si le courrier est abordé, rien ne traite du droit de maintenir les liens familiaux au travers des communications téléphoniques ou des visites ; rien non plus n'indique que des restrictions peuvent y être apportées par les psychiatres.

Aucune autre information sur la procédure avec les différents certificats médicaux, les différentes décisions de maintien en hospitalisation complète ou sa transformation en programme de soins et les différentes audiences n'est présentée. Rien n'annonce au patient que le juge des libertés et de la détention va examiner son maintien en hospitalisation complète au plus tard douze jours après son admission. Selon les informations recueillies, ces sujets sont abordés lors des différents entretiens menés à l'arrivée avec les psychiatres et le cadre de santé.

Il convient de noter que l'infirmier référent a réalisé un bref aide-mémoire sur de petites fiches cartonnées¹⁵, rigides, plastifiées, qui se glissent facilement dans une poche ; ce document a été remis à tous les soignants. Outre des numéros de téléphone indispensables, quatre fiches reliées par un anneau abordent successivement les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT), les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (ASPDT-U), les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) et les admissions en soins psychiatriques en cas de péril imminent (ASPPI) ; les références au code de la santé publique, la demande d'un tiers, les certificats médicaux pour l'admission puis ceux des 24 heures et 72 heures, des décisions du directeur de l'hôpital et les arrêtés y sont présentés de façon synthétique en attirant l'attention sur l'essentiel.

4.3 Le recueil des observations des patients

Selon l'article L.3211-3 alinéa 2 du code de la santé publique : « *Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état* ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que de telles observations étaient très rares.

¹⁵ De 9 cm de long et de 6,5 cm de large.

4.4 La levée des mesures de contrainte

4.4.1 La levée des admissions sans consentement sur avis du psychiatre participant à la prise en charge

Les certificats médicaux dits « de 24 heures » et « de 72 heures » sont systématiquement établis par les psychiatres du secteur. L'agent du bureau de gestion des séjours y veille : chaque semaine, elle fait le point et dispose à cet effet d'un tableau récapitulatif, pour tous les patients, le mode d'admission et sa date, son régime (en hospitalisation complète ou en programme de soins), les dates des certificats médicaux de 24 heures et de 72 heures, des derniers certificats médicaux mensuels et les dates à ne pas dépasser pour les suivants, la date prévisionnelle de réunion du collège ainsi que la date limite de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné la situation des quatorze patients admis sans leur consentement depuis le 3 juillet 2015¹⁶. Cinq d'entre eux avaient déjà quitté l'hôpital le 5 août 2015 (soit plus d'un sur trois), dont certains très peu de temps après leur admission :

Numéro d'enregistrement au registre de la loi ¹⁷	Mode d'hospitalisation	Date d'admission	Date de sortie	Décision de maintien du JLD	Transfert	Avant décision de maintien ou d'audience devant le JLD
3	ASPDT-U	3/07/15		13/07/15		
4	ASPDT-U	6/07/15	9/07/15			
5	ASPDT-U	10/07/15	21/07/15			
6	ASPDT	13/07/15	31/07/15			
7	ASPDT-U	13/07/15		24/07/15		
8	ASPDT-U	14/07/15	23/07/15			
10	ASPDT-U	17/07/15		28/07/15		
11	APDT	18/07/15		28/07/15		
12	ASPDT-U	18/07/15			Transfert vers le CH de Jonzac (son secteur de rattachement)	
16	ASPDT	27/07/15				Audience JLD prévue le 8/08/15

¹⁶ Ce qui correspond aux admissions inscrites sur le registre de la loi ouvert à la date de la visite – cf. § 4.9.

¹⁷ Les numéros ne vont pas de 1 à 14 en raison de l'inscription de patients déjà admis – cf. § 4.9.

17	ASPD-T-U	29/07/15				Audience JLD prévue le 6/08/15
18	ASPD-T-U	31/07/15				Certificat de 72 heures établi
19	ASPD-T-U	31/07/15				Certificat de 72 heures établi
20	ASPD-T-U	2/08/15	4/08/15			

Les contrôleurs ont examiné, en particulier, quelques situations.

Les deux premières¹⁸, prises pour des admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence, correspondent aux durées d'hospitalisation complète les plus courtes :

- pour l'une, d'une durée de deux jours :
 - le certificat médical « de 24 heures » fait état d'un entretien avec le médecin traitant et d'un autre avec les parents ;
 - un certificat médical établi le lendemain lève la mesure : le patient, qui avait fugué et rejoint son domicile, était disposé à se faire suivre au centre médico-psychologique ; le médecin a rédigé le certificat après un contact avec le patient, les parents et le médecin traitant ;
- pour l'autre, d'une durée de trois jours :
 - le certificat médical « de 24 heures » conclut au maintien ;
 - le certificat médical établi deux jours plus tard pour prononcer la levée indique : « *aucun trouble comportemental durant la phase d'évaluation* » et « *a pris conscience des conséquences de ses ivresses régulières qu'il décrit comme uniquement festives* ».

Les deux autres cas concernent des mesures levées la veille ou le lendemain de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.

Le premier concerne un patient admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence le 14 juillet 2015¹⁹.

Les certificats médicaux « de 24 heures » (du 15 juillet 2015) et de « 72 heures » (du 17 juillet 2015) ainsi que l'avis médical motivé du 20 juillet 2015 concluent à la nécessité du maintien en hospitalisation complète.

Le 23 juillet 2015, un nouveau certificat médical, de levée cette fois, indique : « *ce jour, monsieur [...] est calme dans le service. Un retour à son domicile est organisé d'où il reprendra ses soins habituels* ».

Le lendemain, jour de l'audience déjà prévue, le juge des libertés et de la détention ne peut que conclure « *qu'il n'y a plus lieu à statuer sur la requête présentée concernant monsieur [...]* ».

¹⁸ Inscrites au registre de la loi sous les numéros 4 et 20.

¹⁹ Inscrit au registre de la loi sous le numéro 8.

Le second cas concerne un patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat le 10 juillet 2015²⁰.

Le certificat médical établi par un médecin généraliste de ville mentionne « *des troubles délirants et hallucinatoires* » et l'arrêté du maire indique également une interpellation par la police en raison de menaces proférées avec une arme blanche.

Le certificat médical « de 24 heures »²¹, établi par un psychiatre du secteur, fait état « *d'agressions aux ciseaux, au tournevis et au couteau sur son père, par deux fois, en 48 heures* » et d'un « *contexte délirant et hallucinatoire* ». Celui « de 72 heures », concluant au maintien en hospitalisation complète, est plus détaillé et plus motivé. L'arrêté du préfet de Charente-Maritime portant admission en soins psychiatriques faisant suite à une décision provisoire d'un maire est daté du 13 juillet 2015 et un autre décidant de la forme de la prise en charge en maintenant l'hospitalisation complète l'est du 15 juillet 2015.

Par un avis motivé du 15 juillet 2015, le psychiatre conclut à la nécessité du maintien en hospitalisation complète et, par ordonnance du 20 juillet 2015, le juge des libertés et de la détention confirme ce maintien.

La mesure est levée le lendemain. Le 21 juillet 2015, le psychiatre établit un certificat médical de levée en argumentant : « *comportement calme et adapté durant son séjour malgré un discours quelque peu étrange. Il est d'accord de continuer son traitement et d'envisager un suivi en CMP* ». Par arrêté du même jour, le préfet décide de la fin de cette hospitalisation complète.

Le souci de limiter la durée du séjour dans les unités de soins au sein de l'hôpital paraît constituer une préoccupation des équipes. Ainsi, dans le rapport d'activité de l'unité sectorielle du secteur 4, constatant la diminution de la durée moyenne de séjour (de 23,91 jours en 2013 à 16,63 jours en 2014), est-il écrit : « *ce qui semble positif pour le patient et éviter la rupture sociale et familiale et favoriser la réinsertion* ».

Les contrôleurs qui ont consulté l'ensemble des pièces regroupées dans plusieurs dossiers tenus au bureau de gestion des séjours ont observé que nombre de certificats médicaux, notamment ceux établis mensuellement, sont des « copiés-collés ». Ainsi, dans le dossier d'un patient, de très nombreux certificats indiquent : « *depuis son retour de l'UMD, son état est stationnaire et monsieur [...] se conforme au cadre de l'hospitalisation* », sans que cette phrase ne varie depuis son retour qui date d'octobre 2013.

4.4.2 L'avis du collègue

Le collège est formé de trois personnes : le psychiatre qui prend en charge le patient, un second psychiatre, en règle générale du même secteur, et le cadre de santé de l'unité.

Les contrôleurs ont observé qu'un tableau prévisionnel indiquait les dates limites²² auxquelles le collège devrait être réuni pour chacun des patients présents concernés²³ au jour de

²⁰ Inscrit au registre de la loi sous le numéro 5.

²¹ Ce certificat n'est toutefois pas daté.

²² Un an après la décision d'admission.

²³ Ici, uniquement des personnes admises depuis plus d'un an en soins psychiatriques sur demande d'un tiers.

la visite.

4.4.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

L'audience du juge des libertés et de la détention étant prévue au plus tard douze jours après l'admission, la saisine adressée par le directeur du centre hospitalier ou par l'ARS (selon le mode d'admission) est réalisée au plus tard huit jours après cette admission, conformément aux dispositions du code de la santé publique. Ainsi, pour tenir compte des week-ends et des jours fériés, certaines peuvent être adressées cinq ou six jours après l'arrivée, avec l'avis motivé du médecin ainsi établi peu après le certificat « de 72 heures ».

Selon les informations recueillies, cette anticipation peut expliquer que des levées soient prononcées peu avant ou peu après la décision du JLD (cf. paragraphe 4.4.1) car quatre à sept jours peuvent s'écouler entre la transmission du dossier et l'audience.

La juge des libertés et de la détention a indiqué que les certificats médicaux étaient désormais mieux motivés et lui permettaient de statuer. Lors de la consultation des pièces de procédure retraçant le parcours de plusieurs patients, les contrôleurs ont cependant observé quelques avenants à des certificats médicaux trop laconiques. La juge des libertés et de la détention a indiqué contrôler les dossiers à leur arrivée et demander des compléments avant les audiences pour disposer de toutes les informations utiles pour décider ou non du maintien en hospitalisation complète ; ces cas sont rares, a-t-elle précisé.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les certificats médicaux d'exemption de présence à l'audience sont peu fréquents et ne sont établis que pour des situations parfaitement justifiées : le dernier patient ainsi exempté avait lourdement chuté dans sa chambre et devait être opéré. De même, il a été indiqué que rares étaient les patients refusant de se rendre à l'audience.

Le greffe de la juge des libertés et de la détention saisit le barreau lorsqu'un avocat commis d'office est demandé. Les demandes d'assistance par un avocat nommément désigné sont très rares, a-t-il été précisé. Les contrôleurs ont toutefois observé qu'aucune affiche présentant la liste des avocats du barreau de Saintes n'est apposée dans les locaux des unités de psychiatrie, privant les patients de cette information.

Les dates d'audience sont communiquées au bureau de gestion des séjours qui en informe les secrétariats des secteurs. Elles sont transmises aux patients et les cadres organisent le déplacement au tribunal, faute de salle d'audience au sein de l'établissement.

4.4.4 Les audiences

Dès que la loi de 2011 a organisé le contrôle du juge, il a été décidé que les audiences se dérouleraient au palais de justice de Saintes. Les dispositions introduites par la loi du 27 septembre 2013 qui pose désormais le principe selon lequel « *le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé* » (article L.3211-12-2-1 du code de la santé publique) n'y ont rien changé. **La possibilité dérogatoire de statuer au sein du tribunal de grande instance est ainsi utilisée pour chaque audience.**

Les différents interlocuteurs rencontrés semblent avoir des intérêts convergents :

- la juge des libertés et de la détention et les avocats n'ont pas à se déplacer²⁴ ;
- le centre hospitalier indique ne pas avoir trouvé un espace suffisant pour installer une salle d'audience conforme aux exigences, affectée à ce seul usage, et ne pas avoir obtenu de crédits pour financer les travaux ;
- l'agence régionale de santé qui, selon les informations recueillies, a indiqué ne pas accorder de crédits supplémentaires pour cette installation.

Une convention entre le tribunal de grande instance de Saintes et l'agence régionale de santé de Poitou-Charentes a été signée le 1^{er} juillet 2014 par le président du tribunal de grande instance de Saintes, le directeur général de l'agence régionale de santé de Poitou-Charentes et les directeurs des centres hospitaliers de Saintes et de Jonzac. Ce texte mentionne :

« Par circulaire du ministère chargé de la santé n°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, la salle d'audience au sein d'un établissement de santé doit répondre à des spécificités techniques et conditions particulières.

Au sein de chacun des établissements de santé associés à la présente convention, aucune salle ne répond aux exigences techniques spécifiées par la circulaire et partant ne permet pas d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public.

Ainsi, en ce qui concerne les établissements associés à la présente convention, les audiences du juge des libertés et de la détention se tiendront au sein du tribunal de grande instance de Saintes ».

Cette situation nécessite donc l'organisation d'un déplacement à bord d'un véhicule avec un infirmier.

Lors de la visite des contrôleurs, deux audiences étaient prévues : l'une, le jeudi 6 août 2015, pour deux patients et l'autre, le vendredi 7 août 2015, pour deux autres patients. L'information en est parvenue au bureau de gestion des séjours le mardi 4 août, en fin de matinée. Une modification a été transmise le jeudi 6 août 2015, en fin d'après-midi, l'audience d'un patient étant reportée du vendredi au mardi suivant ; cette nouvelle date permettait de respecter le délai imposé pour le contrôle du JLD.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience organisée le jeudi 6 août 2015. Les deux patients devaient être présentés, l'un à 14h et l'autre à 14h15.

En fin de matinée, dans une unité, les infirmières se sont organisées pour savoir qui ferait l'accompagnement en l'absence du cadre de santé (en congé). La patiente avait préalablement été informée de l'audience (la première après l'admission) et le sujet avait de nouveau été évoqué avec elle, dans la matinée. Au moment du déjeuner, l'infirmière désignée a rappelé l'heure de départ pour le tribunal mais la patiente, refusant de s'y rendre, est alors entrée dans une crise dont l'ampleur a nécessité de la placer sous contention, dans sa chambre, jusqu'en fin de journée. Un seul patient s'est donc présenté.

A l'arrivée au palais de justice, le véhicule de l'hôpital accède par l'entrée réservé aux personnels et stationne dans la cour. Le patient et l'infirmier (sans sa blouse blanche) accèdent

²⁴La distance entre le tribunal de grande instance et le centre hospitalier est de 2,5 km.

ainsi non pas par la porte affectée au public mais par l'entrée des professionnels, plus discrète. Ils attendent alors sur un banc du couloir longeant la salle d'audience.

Celle-ci, située dans une aile du rez-de-chaussée du bâtiment, est rapidement accessible sans avoir à traverser le tribunal. Au sein du palais de justice, rien n'identifie cette salle et aucun fléchage n'en désigne le lieu alors même que l'audience est réputée être publique. Entrant par l'accès du public, les contrôleurs ont dû demander aux agents de surveillance chargés des contrôles où se trouvait cette salle ; eux-mêmes l'ignoraient et il a fallu l'arrivée du directeur du greffe pour être orientés.

La salle d'audience se présente comme une salle de réunion ordinaire, avec une grande table centrale et des chaises placées autour. Nulle fenêtre donnant sur l'extérieur, nulle estrade, nulle barre de justice, nul emplacement réservé aux uns et aux autres. Les exigences imposées pour la réalisation des salles d'audience dans les hôpitaux n'y sont pas respectées.

Avant l'audience, le patient a rencontré son avocate commise d'office dans le couloir. Cette dernière avait préalablement pris connaissance du dossier en passant au greffe. Elle a précisé que l'entretien avec son client avait été fort peu constructif en raison de son état.

La juge des libertés et de la détention (en tenue de ville, sans sa robe de magistrate) et sa greffière ont pris place d'un côté de la table. Le patient entouré de son avocate (en robe d'avocate) et de l'infirmier (sans blouse blanche), se sont installés en face. Alors que, précédemment, l'infirmier ne pénétrait dans la pièce que si le patient le souhaitait, la juge demande désormais que l'infirmier se tienne aux côtés du patient et ne reste pas dans le couloir. Il a été précisé que l'infirmier n'était pas sollicité sur le fond mais que sa présence ne se justifiait que pour lui permettre être en mesure de faire face à une éventuelle crise.

La juge a ouvert la séance en rassurant le patient et en lui expliquant les raisons de cette audience qui intervenait six mois après la précédente. Elle lui a indiqué les motifs conduisant le psychiatre du secteur à demander son maintien en hospitalisation complète et a cherché à dialoguer avec lui. L'homme comprenait difficilement ce qui se passait et s'exprimait de façon à peine compréhensible. L'avocate a ensuite pris la parole en remarquant ne pas avoir trouvé d'erreur de procédure et en se rangeant à l'avis du psychiatre qui concluait à la nécessité de poursuivre les soins en hospitalisation complète.

A l'issue de cette audience, qui a duré moins de quinze minutes, la juge et la greffière sont restées dans la salle pour préparer et éditer l'ordonnance alors que les trois autres personnes ont rejoint le couloir. Très rapidement, la juge a rendu sa décision de maintien en hospitalisation complète et a expliqué les modalités de recours. Le patient et son avocate ont signé, la juge expliquant au patient que sa signature signifiait qu'il avait pris connaissance de la décision mais ne constituait pas une acceptation de la mesure.

Après un bref échange avec l'avocate, le patient et l'infirmier ont rejoint leur véhicule pour retourner à l'hôpital.

L'audience suivante s'est déroulée sans la présence de la patiente. Elle était représentée par la même avocate commise d'office. Le dialogue s'est limité à un échange entre la juge et elle. La juge a décidé du maintien de la patiente en hospitalisation complète et l'ordonnance devait être transmise au centre hospitalier pour être notifiée à l'intéressée.

4.4.5 Les décisions du juge des libertés et de la détention

Depuis le 1^{er} janvier 2015 (soit en sept mois), le juge des libertés et de la détention a examiné quarante-six situations : trente-neuf concernaient des patients admis depuis moins de douze jours et les sept autres étaient des examens semestriels.

Aucune décision de mainlevée n'a été prononcée. Un seul patient a fait appel et la Cour d'appel de Poitiers (Vienne) a confirmé la décision de maintien en hospitalisation complète prononcée par le juge des libertés et de la détention.

Il a été indiqué que les mainlevées étaient rares : deux en 2014.

Lors de la consultation des dossiers retraçant la procédure, les contrôleurs ont constaté que des erreurs matérielles avaient été relevées dans une ordonnance : le nom du médecin ayant signé le certificat médical de 72 heures n'était pas le bon ; un paragraphe correspondait à une autre affaire et évoquait « une patiente suivie depuis plus de trente ans » alors que la personne concernée était âgée de 21 ans. Ces erreurs avaient perturbé la patiente qui avait refusé de signer. Le centre hospitalier en avait saisi le juge des libertés et de la détention et l'avocat en avait fait de même, ne demandant qu'une rectification d'erreurs matérielles. Cette rectification avait été effectuée.

4.4.6 Le passage en programme de soins

A la date de la visite, dix-sept patients suivaient un programme de soins : six pour le secteur 4 et onze pour le secteur 5. Les contrôleurs ont noté que quatre d'entre eux étaient hospitalisés au centre hospitalier de Saintes : trois au secteur 4 et un au secteur 5 ; les autres bénéficiaient d'un programme de soins en séjournant à leur domicile.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné deux situations.

La première patiente a été admise en ASPDT-U le 24 mars 2014, en hospitalisation complète. Sa prise en charge a été modifiée le 25 août 2014 : l'hospitalisation complète a été remplacée par un programme de soins : « *des sorties en ville accompagnées tous les mardis de 9h à 11h30 ; le reste du temps elle sera hospitalisée* ». Cette décision avait été prise à la suite d'un séjour de vacances passé en Vendée qui s'était bien déroulé, compte tenu de « *son comportement satisfaisant au retour* ».

Elle a ensuite bénéficié de sorties supplémentaires de moins de 12 heures : par exemple, trois autres sorties au cours du mois de juin 2015, dans l'après-midi ou en soirée.

Le 27 juillet 2015, le programme de soins a été élargi avec « *des sorties non accompagnées pour se rendre en ville tous les mardis de 9h à 11h30 et des sorties non accompagnées pour se rendre à une activité en ville tous les mardis de 14h à 15h30. Le reste de la semaine, elle sera hospitalisée* ».

Le vendredi 31 juillet 2015, elle a aussi bénéficié d'une sortie accompagnée de moins de 12 heures de 9h30 à 15h30.

La deuxième patiente a été admise en ASPDRE le 1^{er} juin 2015, en hospitalisation complète. Après les certificats médicaux de 24 heures et de 72 heures, l'arrête préfectoral du 4 juin 2015 puis celui du 26 juin 2015 ont décidé son maintien en hospitalisation complète. Le juge des libertés et de la détention a confirmé ce maintien le 11 juin 2015.

Début juillet 2015, elle a bénéficié de deux sorties accompagnées de moins de 12 heures. Le 16 juillet 2015, la prise en charge a été modifiée et le psychiatre a indiqué : « *actuellement, madame [...] est plus calme et posée ; elle a déjà bénéficié d'une permission à domicile* ». Un programme de soins a été établi : « *une sortie à domicile du lundi 14h30 au jeudi à 14h30 et d'une hospitalisation le reste de la semaine* ». L'arrêté du préfet a validé ce changement.

Le 27 juillet 2015, le psychiatre qui établit un nouveau certificat médical indique qu'elle va mieux et que le programme de soins doit lui permettre de faire des démarches pour sa sortie, organiser un logement personnel et reprendre des soins en hôpital de jour. Il ajoute que son état de santé justifie la poursuite des soins psychiatriques en « *hospitalisation à la demande du représentant de l'Etat avec le même programme de soins* ». Le préfet prend ainsi un arrêté « *modifiant la prise en charge d'une personne faisant déjà l'objet des soins psychiatriques sous une autre forme qu'une hospitalisation complète* » le 31 juillet 2015.

Les deux autres personnes hospitalisées tout en suivant un programme de soins respectent le rythme suivant :

- l'une rejoint son domicile du vendredi soir au mardi et est hospitalisée le reste de la semaine ;
- l'autre est hospitalisée mais sort tous les après-midi de 14h à 17h.

Ces situations qui consistent à hospitaliser à temps partiel avec un programme de soins est prévu à l'article R.3211-1 du code de la santé publique²⁵.

Il a été indiqué que cela permettait une sortie progressive du patient, accordant des sorties supérieures à 48 heures (ce que ne prévoit pas la loi en cas d'hospitalisation complète) ou des sorties de moins de 12 heures chaque jour, en évitant de devoir établir des demandes quotidiennes.

Toutefois, certains programmes de soins ressemblent à une hospitalisation complète avec une sortie quotidienne de moins de 12 heures. Cette modalité contourne le contrôle par le juge des libertés et de la détention, compétent pour les hospitalisations complètes.

4.5 Les sorties de l'établissement

Les contrôleurs, qui ont examiné la situation de plusieurs patients, ont constaté que les sorties accompagnées de moins de 12 heures et les sorties non accompagnées de moins de 48 heures étaient très fréquentes et pouvaient être accordées très rapidement après l'admission. Là encore, le souci de redonner de la liberté aux patients placés sous contrainte est patent.

Pour ces sorties, au vu du certificat médical établi par le psychiatre, l'autorisation est accordée par le directeur pour les patients admis à la demande d'un tiers ; la décision est signée, par délégation, par l'agent du bureau de gestion des séjours. La procédure peut ainsi être très rapide et une demande peut être transmise le matin pour une sortie dans l'après-midi. Les contrôleurs ont consulté en particulier le dossier d'une patiente admise en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence depuis le 24 mars 2014, qui avait bénéficié de sorties avant que

²⁵ « I.- Le programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 ...

II.- Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes :

1° Une hospitalisation à temps partiel ;

2° - »

sa prise en charge se transforme en programme de soins : rien, dans le dossier administratif, ne faisait état de l'information du tiers ayant demandé l'admission, telle qu'elle est prévue à l'article L.3211-11-1 (dernier alinéa). Il a été précisé qu'une lettre lui était adressée par courrier lorsque la sortie était non accompagnée de plus de 48 heures ; compte tenu des courts délais séparant la demande de sortie et la décision et des délais d'acheminement du courrier, il est probable que le tiers ne reçoive l'information que postérieurement à la sortie.

Pour les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat, le certificat médical est adressé à l'agence régionale de santé au moins 48 heures à l'avance, comme prévu par l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, et, de mémoire, aucun refus n'a été signalé.

La situation d'un homme admis depuis juin 2011, qui a effectué un séjour en unité pour malades difficiles (UMD) et en est revenu en octobre 2013, peut permettre d'illustrer ces propos :

- en juin 2015, il a obtenu six sorties accompagnées de moins de 12 heures pour aller en ville et une sortie non accompagnée de moins de 48 heures pour se rendre chez ses parents ;
- en juillet 2015, il a obtenu cinq sorties accompagnées de moins de 12 heures pour aller en ville et une sortie non accompagnée de moins de 48 heures pour se rendre chez ses parents.

Dix des onze sorties de moins de 12 heures ont été autorisées pour 8 heures et la onzième pour 3 heures ; les deux sorties de moins de 48 heures l'ont été pour 47 heures 45 minutes.

4.6 La circulation des patients hospitalisés au sein de l'établissement en fonction du statut d'admission ou de l'unité d'accueil

Si les patients de l'UHCD sont généralement contraints de rester dans les locaux de l'unité (cf. paragraphe 6.3), tel n'est pas le cas pour ceux des trois autres unités où les portes sont ouvertes (sauf cas particuliers).

Sauf décision médicale contraire, les patients admis en soins libres peuvent circuler librement au sein de l'établissement pour se rendre notamment au *Relais H* situé dans le hall d'accueil de l'hôpital, y acheter des revues ou consommer une boisson. Il convient d'observer que ce déplacement impose normalement de cheminer par l'extérieur du bâtiment car le couloir intérieur dans lequel donnent les trois unités (UHCD, unité du secteur 4 et celle du secteur 5), situé au rez-de-chaussée, est réservé aux professionnels.

Le cas des patients admis sans leur consentement est différent. Ainsi, à l'unité du secteur 4, les quatre patients dans cette situation respectaient le cadre et ne sortaient pas de l'unité. Il a été indiqué que les fumeurs pouvaient aller dans le patio du rez-de-chaussée en étant accompagnés. A l'unité du secteur 5, deux patients admis sans consentement, en pyjama, ne pouvaient pas se rendre seuls dans le patio mais cette règle était appliquée avec souplesse ; un homme a ainsi expliqué qu'il se déplaçait souvent, sans utiliser l'ascenseur, pour maintenir une activité physique minimale.

Durant leur visite, les contrôleurs ont observé, notamment à l'unité du secteur 4, que le nombre de patients présents dans l'unité était très restreint : certains avaient bénéficié d'une sortie, un autre était « en vacances », d'autres circulaient dans l'établissement. A plusieurs reprises, ils ont croisé des patients de l'UPSA qui se promenaient hors de leur unité. L'ensemble donnait l'impression d'une grande fluidité.

4.7 La visite des autorités

Seul le vice-procureur de la République se rend dans les unités de psychiatrie chaque année ; ce magistrat y est ainsi venu le 19 septembre 2012, le 29 novembre 2013 et le 4 décembre 2014. Contrairement aux dispositions prévues à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique²⁶, aucune des autres autorités citées ne s'y est déplacée, comme le montre le registre de la loi.

4.8 La commission départementale des soins psychiatriques

Un arrêté portant renouvellement de la composition de la commission départementale des soins psychiatriques de Charente-Maritime a été signé par la préfète le 4 avril 2013. Cette commission est composée, conformément aux dispositions de l'article L.3223-2 du code de la santé publique, d'un vice-président chargé de l'instruction au tribunal de grande instance de La Rochelle, d'un psychiatre du centre hospitalier Marius Lacroix de La Rochelle, d'une psychiatre libérale, d'un médecin généraliste et de deux représentants d'associations de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux. L'un de ces derniers en assure la présidence.

La CDSP n'a pas visité les unités de psychiatrie du centre hospitalier de Saintes depuis plus de deux ans, sa dernière venue datant du 4 juin 2013. Selon les informations recueillies, la commission a alors examiné les dossiers retraçant la procédure ainsi que le registre de la loi et a reçu quelques patients.

Contrairement aux dispositions de l'article L.3223-1 du code de la santé publique²⁷, aucun rapport d'activité n'a été transmis au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

4.9 Le registre de la loi et son contrôle par les autorités

Les registres de la loi se trouvent dans le bureau de l'agent du bureau de gestion des séjours chargé du suivi des admissions sans consentement (cf. paragraphe 4.2.1).

Ces mesures sont enregistrées dans un seul livre renseignant de manière chronologique l'ensemble des titres pris aussi bien dans le cadre de décisions de SDRE que de SDT, sans distinguer entre les femmes et les hommes.

Les contrôleurs ont consulté deux registres :

²⁶ « Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11 ».

²⁷ « La commission prévue à l'article L. 3222-5 :

1°

6° - Adresse, chaque année, son rapport d'activité, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

7° - ... »

- l'un, ouvert le 6 octobre 2014, avec des mesures toujours en cours ;
- l'autre, ouvert le 3 juillet 2015.

Le 4 décembre 2014, lors de sa visite, le vice-procureur de Saintes y avait inscrit : « *registre correctement tenu* ».

Les contrôleurs ont constaté que ce document était tenu avec rigueur. Les renseignements concernant les patients étaient complets et des photocopies (en taille réduite mais lisible) des différents certificats, arrêtés et ordonnances du juge des libertés et de la détention y étaient collés, sans chevauchement, dans l'ordre chronologique. Lorsque les feuillets disponibles pour une mesure sont complets, une nouvelle page est ouverte pour y poursuivre le collage des pièces ; ainsi, le registre ouvert le 3 juillet contenait six reprises de mesures figurant dans un précédent registre, un renvoi permettant de retrouver rapidement le feuillet d'origine.

Les contrôleurs ont observé cependant que les décisions du directeur prises à l'égard des personnes admises à la demande d'un tiers n'y étaient pas collées. Il a été indiqué que seuls les certificats médicaux et les arrêtés devaient l'être, selon les informations portées sur le registre. L'article L3212-11 du code de la santé publique, qui traite des ASPDT, ne cite effectivement pas ces décisions, n'évoquant que celles prises par le juge des libertés et de la détention.

Ainsi globalement la rigueur du travail mené au sein du bureau de gestion des séjours mérite d'être soulignée. La situation juridique de chaque patient admis en soins psychiatriques sans consentement fait l'objet d'un suivi très attentif, les notifications sont parfaitement tracées et le registre de la loi est très bien tenu.

5- LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

5.1 La désignation d'une personne de confiance

La désignation d'une personne de confiance a fait l'objet d'une campagne de sensibilisation au sein de l'ensemble de l'établissement. Un document informatif à ce sujet est affiché dans chaque chambre et le cadre supérieur de santé du pôle de psychiatrie a fait une présentation sur ce sujet à la CRUQPC en décembre 2014 (cf.§ 5.7)

La proposition de désigner une personne de confiance est faite systématiquement par le psychiatre lors de l'admission. Toutefois, le personnel soignant a indiqué aux contrôleurs qu'une grande partie des patients n'était pas en mesure de comprendre les enjeux de cette problématique. Il en résulte que tous les patients hospitalisés n'ont pas désigné une personne de confiance.

5.2 L'accès au dossier médical

Les modalités de communication du dossier médical sont conformes aux dispositions des articles L. 1111-7 et 1112-1 du code de la santé publique (CSP) et font l'objet d'une procédure écrite au sein de l'établissement.

Les patients qui veulent accéder à leur dossier doivent remplir un formulaire et indiquer leur identité, les services concernés par la demande, les modalités de communication du dossier (assistés au non par un médecin). La seule pièce justificative demandée est un document d'identité en cours de validité. Les coûts de reprographie sont indiqués sur le formulaire.

La demande est transmise au médecin qui suit le patient afin qu'il puisse émettre un avis sur l'opportunité et les modalités de communication. A la connaissance des personnes interrogées, il n'est jamais arrivé qu'un médecin émette une quelconque réserve et l'hôpital n'a pas été confronté à un recours de patients.

Il a été indiqué que l'hôpital faisait en sorte de respecter les délais légaux (huit jours pour les dossiers de moins de cinq ans, deux mois pour les dossiers plus anciens) et que le service faisait face à peu de demandes émanant de personnes hospitalisées sans consentement.

5.3 L'accès à l'exercice d'un culte

Un aumônier catholique est présent à temps plein au sein du centre hospitalier. Il est assisté d'une équipe de sept bénévoles. Sa présence et les heures d'ouverture de l'aumônerie sont précisées dans le livret d'accueil (du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h30 à 17h30).

L'aumônier est en contact avec des référents, qui interviennent à la demande, pour les religions musulmane, protestante, juive et orthodoxe. Il a toutefois indiqué faire face à peu de demandes pour ces religions.

L'aumônier intervient au sein des unités psychiatriques à la demande des patients. Il reçoit également les patients qui ont le droit de circuler librement dans le centre hospitalier.

Il n'y a pas d'office religieux au sein de l'établissement, mais celui-ci dispose d'une salle de culte située à côté du bureau de l'aumônier où les patients peuvent venir se recueillir et prier. L'aumônier n'a jamais été confronté à la demande d'un patient qui souhaiterait obtenir une autorisation de sortie pour assister à un office.

L'aumônier a indiqué que les relations avec les soignants étaient bonnes et qu'il était bien intégré dans le fonctionnement de l'hôpital. Il était effectivement présent lors de la réunion d'ouverture avec les contrôleurs.

5.4 Droit au libre choix du médecin

Lorsqu'il est hospitalisé, le patient continue à être suivi par le même psychiatre qu'il le suivait au CMP s'il en avait un, et ce, quelle que soit l'unité à laquelle il est affecté. A défaut, le patient est suivi par le psychiatre de liaison qui l'a accueilli lors de son hospitalisation.

Le changement de médecin est possible mais long et difficile car discuté et évalué entre les médecins. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il fallait qu'il existe des divergences graves entre le patient et le médecin pour que la demande de changer de psychiatre soit acceptée.

5.5 La communication avec l'extérieur

5.5.1 Les visites

Les visites sont autorisées dans les conditions et les plages horaires définies par le médecin. Les unités sont accessibles aux visiteurs de 14 h à 20 h (19 h pour l'UPSA) selon des modalités horaires un peu différentes de ce qui apparaît dans le règlement intérieur de chacune des unités (cf. § 4.2.2.2). Les patients reçoivent leurs visiteurs dans les espaces communs ou dans leur chambre.

L'âge minimal des visiteurs est fixé à 16 ans dans les unités d'hospitalisation. Dans le cas de visites d'enfants, le cas échéant, une autorisation médicale est fournie pour permettre d'organiser une rencontre (au *Relais H* la plupart du temps).

Les situations de limitation des visites par le psychiatre sont relativement rares mais en pratique, sauf dans l'unité 5 où neuf patients sur douze recevaient des visites, au moment du contrôle, ce sont au plus 50 % des patients présents qui en reçoivent et seulement cinq sur quatorze à l'UPSA. L'éloignement géographique ainsi que les durées de séjour peuvent, au moins en partie, expliquer cette situation contrastée.

Compte tenu de la configuration ouverte des unités 4, 5 et de l'UPSA, les familles accèdent librement aux locaux et par là même à leur proche hospitalisé, sans contrôle. Pour les patients hospitalisés à l'HPCD, elles doivent s'adresser au secrétariat et attendre que la porte leur soit ouverte.

5.5.2 Le téléphone

La règle est la liberté d'accès au téléphone et les patients peuvent conserver leur téléphone portable, sauf consigne médicale contraire explicite. De plus les chambres sont équipées d'une fiche téléphonique permettant la mise à disposition d'une ligne fixe comme dans toutes les autres unités de l'hôpital (un patient hospitalisé dans le pôle en disposait au moment du contrôle).

Au moment du contrôle, huit patients, dont trois à l'unité 5 (dont deux en soins libres) et cinq à l'HPCD (tous en soins sans consentement), étaient concernés par une interdiction de téléphoner. Les téléphones portables étaient systématiquement retirés au sein de cette dernière unité.

Toutefois les modalités et les plages horaires peuvent être encadrées. Ainsi par exemple, au sein de l'UPSA, une patiente n'a le droit d'appeler son mari que deux fois par semaine seulement. Les appels sont gratuits et se font depuis le téléphone situé dans un bureau ou la salle de repos.

5.5.3 Le courrier

Il n'y a pas de boîte aux lettres au sein des unités. Les lettres sont conservées au poste infirmier et sont ramassées par le vaguemestre quotidiennement. Si des enveloppes ou du papier peut être donné à un patient, les timbres restent à sa charge. En cas de besoin, celui-ci peut recourir à une association, l'APIC, pour l'octroi d'un prêt. Il a été indiqué aux contrôleurs que le courrier n'est jamais contrôlé par les soignants.

5.5.4 L'informatique et l'accès à l'internet

Un ordinateur avec un accès internet restreint est accessible aux patients dans chaque unité sur autorisation du médecin et en fonction de la disponibilité des soignants. Ceux-ci peuvent aider le patient dans la navigation si besoin.

5.5.5 La confidentialité de l'hospitalisation

Un patient qui sollicite que son hospitalisation reste confidentielle, peut l'indiquer au bureau des admissions, ce qui conduit à faire apparaître un signal particulier au regard du nom du patient sur le logiciel hospitalier « attirant ainsi l'attention » sur le caractère confidentiel de l'hospitalisation. Dans cette situation, aucune information n'est donnée à un tiers extérieur sur cette hospitalisation, soit au standard, soit à l'accueil des visiteurs. Cette situation est tout à fait exceptionnelle mais s'est présentée une fois cet été.

5.6 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Conformément aux documents communiqués aux contrôleurs, la CRUQPC, a pour mission de « veiller au respect des droits des usagers et faciliter leurs démarches pour exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leur demande » mais également de « contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge par des avis et propositions ».

La CRUQPC s'est réunie à trois reprises en 2014 et deux fois en 2015 : les 11 juillet 2014, 19 septembre 2014, 12 décembre 2014, 27 mars 2015 et 19 juin 2015. Des comptes rendus ont été établis.

S'agissant de sa composition, la CRUQPC compte quatre représentants des usagers (deux titulaires et deux suppléants) et la représentante de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM). Ces représentants n'ont pas le temps de tenir des permanences pour le public. Ils ne vont pas à la rencontre des usagers dans l'établissement et ils n'ont pas d'échanges organisés avec les équipes soignantes, selon ce que révèle l'un des comptes rendus de réunion de la CRUQPC : « les choses vont évoluer, mais il faut être patient. C'est assez normal, étant donné que cette représentation des usagers est encore assez récente ».

Sont notamment à l'ordre du jour de ces réunions, l'analyse des questionnaires de satisfaction, l'examen attentif des doléances et réclamations ainsi que les réponses apportées, les questions liées aux droits des usagers, la démarche de sécurité des systèmes d'information.

Dans les comptes rendus des réunions des 19 septembre 2014 et 27 mars 2015, il est fait état « de nouveaux courriers de mécontentements relatifs aux difficultés relationnelles entre les patients, leurs proches et les médecins » ; il y est indiqué que « la psychiatrie est concernée par ces difficultés, sans remettre en cause les compétences professionnelles des médecins psychiatres de l'établissement » et il est souhaité que « les psychiatres reconnaissent l'importance de l'entourage proche (...) et cessent de tenir les familles à l'écart ».

Les membres de la commission interrogent le fait que les médecins psychiatres n'aient pas répondu ou tardivement sur deux dossiers. A ce propos, la direction indique que le médecin n'a pas « refusé de répondre mais attend que les entretiens familiaux soient réalisés pour le faire ». Néanmoins, « elle reconnaît que les médecins psychiatres ont tendance à ne pas vouloir apporter d'éléments de réponse sur la prise en charge de leur patients, mettant en avant le secret professionnel ».

A nouveau, lors de la réunion du 19 juin 2015, la représentante de l'UNAFAM « émet le souhait de pouvoir enfin instaurer un dialogue entre les parents des jeunes patients de psychiatrie adulte et les médecins psychiatres. Elle souhaiterait vivement qu'une rencontre ait lieu afin d'exposer aux praticiens concernés combien il est primordial pour ces parents de ne pas être tenus à l'écart de la prise en charge de leurs enfants. Conscients qu'il s'agit de jeunes adultes, ils ne souhaitent pas que le secret médical soit violé ou même qu'il soit donné le nom de la maladie, mais simplement être entendus, compris et aidés ».

L'analyse des questionnaires de satisfaction est soumise à la commission. En ce qui concerne la psychiatrie, le taux de réponse était de 8 % (39 sur 484 entrées) en 2014 et de 10 % en 2015 (10

sur 107). Le taux de retour pour l'ensemble du centre hospitalier est de 18 % pour un taux global de satisfaction de 86 %.

Les comptes rendus et bilans, transmis aux contrôleurs, font état d'une volonté d'animation et d'échange avec les membres représentants des usagers sur des sujets ayant trait à la bonne prise en charge des patients.

Lors de la réunion du 12 décembre 2014, le cadre supérieur de santé du pôle de psychiatrie a présenté le travail réalisé par le groupe issu de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique (CSIRMT) autour de la désignation « de la personne de confiance ». L'objectif du pôle étant de favoriser une augmentation du taux de désignation en sensibilisant tant les professionnels que les usagers. Pour ce faire, une journée d'information-animation a été organisée dans le hall d'entrée de l'établissement en janvier, l'affichage d'une plaquette d'information a été systématisé dans chaque chambre, salles d'attentes et accueils, et des actions d'informations ponctuelles seront menées.

Le rapport annuel de la CRUQPC de 2014, indique comme objectifs de poursuivre les efforts accomplis relatifs à la prise en charge de la douleur et à améliorer les relations avec les patients et leur familles.

5.7 Les plaintes et réclamations

La procédure suivie en la matière est la suivante : dès qu'un appel est réceptionné, la personne est invitée à écrire au directeur d'établissement. A réception de la réclamation, le courrier est enregistré au secrétariat de la direction des relations avec les usagers. Un accusé réception est adressé au plaignant avec éventuellement proposition de rencontre avec le médiateur médical ou non médical en fonction du motif des griefs.

Une enquête est menée auprès des acteurs concernés. Une synthèse est faite puis une réponse du directeur d'établissement est adressée au plaignant. Il arrive que la direction rencontre les auteurs de la réclamation afin de mieux cerner leurs griefs avant de leur adresser une réponse circonstanciée.

Dans le compte rendu de la CRUQPC du 19 juin 2015, les représentants des usagers demandent s'il est parfois fait appel aux représentants des usagers. La direction indique que cela s'est très rarement produit et « pense que cela pourrait davantage se produire, à l'avenir, lorsqu'un local dédié aux représentants des usagers sera mis à leur disposition. Elle précise qu'un local a été aménagé dans ce but, à la demande du CISS (collectif inter-associatif sur la santé), et que c'est lui qui organisera les permanences des représentants des usagers, membres de associations agréées ».

Pour 2014, sur quatre-vingts dossiers pour tout le CH de Saintonge, six ont concerné le pôle de psychiatrie. Pour 2015, vingt et un dossiers de réclamations ont été enregistrés, cinq concernant la psychiatrie adulte. Le nombre global de sollicitations pour le CH est constant et le délai moyen de réponse est de vingt-deux jours en 2014.

L'analyse des comptes rendus des réunions de la CRUQPC fait apparaître l'étude de huit réclamations pour l'année 2014 et neuf pour 2015. Le tableau ci-dessous reprend de façon synthétique les principaux éléments relatifs à ces réclamations. Il éclaire des difficultés dont il a été fait cas à plusieurs reprises devant les contrôleurs notamment dans les relations avec les proches des malades.

Tableau récapitulatif des réclamations des années 2014 et 2015 pour les services de psychiatrie

Objet de la réclamation	Réponse apportée
Parents questionnant le traitement médicamenteux de leur fille hospitalisée sous contrainte.	<ul style="list-style-type: none"> - invitation à être reçus par le psychiatre après accord et en présence du patient ; - rappel du secret professionnel ; - rappel qu'en vertu de la loi du 5 juillet 2011 ce n'est pas la maladie qui fait l'obligation de soins mais la dangerosité liée à la maladie.
Mère dénonçant la perte de la carte vitale et demandant une attestation.	<ul style="list-style-type: none"> - reçu par la direction, conseil pour déclarer la perte ; - courrier du service pour confirmer la perte.
Ami qui dénonce la prise en charge inadaptée d'une malade alcoolique et des gestes et attitudes inadaptés du psychiatre.	<ul style="list-style-type: none"> - invitation à prendre contact avec la curatrice, à déposer plainte contre le médecin, à rencontrer l'équipe soignante ; - redemander une évaluation au juge des tutelles ; - rappel de l'incompétence du directeur à juger d'une orientation de patient dans une spécialité.
Parents qui mettent en cause la qualité de la prise en charge du patient, le manque d'écoute de l'équipe soignante et du psychiatre, l'interdiction de rencontrer ou voir leur fils, une mise sous contention sept jours mal vécue.	Le psychiatre n'a pas souhaité répondre, le jeune patient étant majeur : « les parents n'ont pas tout à connaître de sa prise en charge ».
Un mari dénonce des propos déplacés vis-à-vis d'une patiente fragile, suicidaire.	Personnel non identifié. Mais le chef de service a sensibilisé les personnels pour éviter ce type de dysfonctionnement.
Parents mettant en cause le refus d'hospitalisation de leur fils par deux fois. Le médecin traitant dénonce « les méthodes de la psychiatrie adulte ».	<ul style="list-style-type: none"> - admission du patient sur décision du directeur ; - transmission des informations du suivi au médecin traitant.
Parents qui refusent l'hospitalisation suite à une tentative de suicide.	Transmission du dossier médical et courrier du psychiatre à l'ARS.
Propos non clairs d'un parent qui demande à la fois la mainlevée et la poursuite de soins d'un patient sous contrainte	Mainlevée.
Parents qui demandent des explications et des sanctions pour la perte d'un patient lors d'une sortie thérapeutique (trois infirmiers- IDE - pour cinq patients) et le fait de n'avoir été prévenus que le lendemain soir	<ul style="list-style-type: none"> - reçus par la direction et le cadre supérieur de santé - excuses de l'établissement et sanctions des IDE
Parents mettent en cause la qualité relationnelle et le dialogue avec le médecin, la prescription importante de médicaments encourageant l'addiction, et demandent l'hospitalisation.	<ul style="list-style-type: none"> - les décisions médicales se traitent principalement avec le patient ; - une autre personne ne peut imposer son désir sur la prise en charge ; - respect du secret médical ; - demande possible d'entretien au CMP ; - sevrage possible que si le sujet a la volonté authentique ; - après vérification pas d'excès dans la prescription.
Parents mettent en cause le retour prématuré au domicile.	Invitation à contacter le psychiatre.

Parents (du patient perdu lors de la sortie thérapeutique) mettent en cause le retour au domicile du patient hospitalisé depuis septembre 2013 et l'information tardive par courrier.	<ul style="list-style-type: none"> - les parents étaient informés depuis longtemps que le patient ne relevait pas de la psychiatrie ; - démarches auprès de la maison départementale des personnes handicapées – MDPH – entreprises ; - invitation à prendre contact avec les services sociaux.
Parents refusent le changement de secteur donc de médecin suite à un déménagement.	Le patient a accepté librement.
Parent se plaint du comportement et des propos d'un psychiatre et souhaite une orientation autre.	<ul style="list-style-type: none"> - étonnement du psychiatre du souhait d'orientation refusée jusqu'alors par le parent ; - rencontre proposée avec le psychiatre ; - entretien de médiation s'est tenu en présence d'un médecin.
Parents mettent en cause la sortie prématurée et le type d'accompagnement en ambulatoire pour un patient qui s'est suicidé (14 jours après).	Courrier étayé et argumenté du médecin psychiatre.
Epoux met en cause la prise en charge et le manque d'informations.	<ul style="list-style-type: none"> - plusieurs contacts ont été tentés en vain ; - patiente n'est plus hospitalisée ; - médiation avec un autre médecin.
Patient demande à changer de praticien et dénonce les propos du médecin qui lui indique « que s'il est mécontent, il peut quitter l'établissement »	<ul style="list-style-type: none"> - rappel que l'hospitalisation a été rapide, traitement selon son désir, changement impossible compte tenu de l'activité ; - transmission des coordonnées du CMP.

Aucune réclamation ou plainte en secteur psychiatrique n'a engendré de contentieux²⁸.

5.8 Les événements indésirables

Un logiciel a été mis en place pour recueillir les informations liées à des événements indésirables. Grâce à ce logiciel, des bilans annuels des événements indésirables peuvent être établis. Les contrôleurs ont ainsi obtenu la communication du bilan des événements indésirables du pôle de psychiatrie, pour l'année 2014.

Il en ressort sur l'ensemble de l'établissement que, seulement cinq événements indésirables ont concerné la psychiatrie, dont deux pour l'unité 4 et trois pour l'UPSA. Ils étaient relatifs à deux dysfonctionnements du système d'alarme de protection pour travailleur isolé (PTI), un accident du travail, un incident dans la gestion d'un patient sous contention et un problème de restauration. Ces événements indésirables font l'objet d'un traitement qui diffère ensuite selon leur gravité et leur type. Le délai de réponse varie entre le jour même et sept jours. Toutefois, aucun élément d'information complémentaire n'a pu être fourni par les personnels présents pour préciser la nature de l'incident concernant le patient sous contention.

En ce qui concerne le défaut de fonctionnement du PTI, les services techniques ont immédiatement été mobilisés. Les appareils défectueux ont été remplacés et une procédure de contrôle mensuel a été instaurée, ainsi qu'une procédure de signalement en urgence en cas de

²⁸ Le centre hospitalier est globalement concerné par cinq recours gracieux et sept recours juridictionnels, en 2014, et par six transmissions en commission de conciliation et d'indemnisation.

repérage d'un appareil défectueux. Les personnels présents, interrogés à ce sujet, ne font pas état de nouvelles difficultés.

Les échanges avec le personnel laissent apparaître que de nombreux événements ne sont pas signalés. Les personnels interrogés indiquent que le quotidien de la psychiatrie entraîne une exposition constante aux événements indésirables et que leur signalement prendrait trop de temps et serait parfois décalé compte tenu des nécessités de prise en charge des patients.

Il est à noter que des cas de passages à l'acte graves de patients sur un personnel n'ont pas fait l'objet d'un tel signalement. Néanmoins, une procédure d'accompagnement du personnel a été mise en œuvre par la direction. Ainsi, les agents ont reçu un courrier leur faisant part de la possibilité de déposer plainte et de solliciter un accompagnement auprès de la médecine du travail.

5.9 Le comité d'éthique

Il existe un espace local d'éthique créé en 2012 au sein de l'établissement. Il est présidé par un cadre supérieur du service de rééducation.

Selon les informations recueillies, les psychiatres n'ont jamais été sollicités pour y participer et ne s'en sont pas saisis comme lieu potentiel de réflexion sur les questions éthiques concernant leur exercice professionnel. Néanmoins, le cadre supérieur de santé, une cadre de santé et une infirmière du pôle de psychiatrie participe aux réunions. Pour l'année 2014, ce groupe s'est réuni cinq fois et les thèmes retenus ont été :

- la réflexion sur les convictions personnelles et les obligations professionnelles ;
- l'implication des laboratoires et prestataires privés dans la formation continue au centre hospitalier sur saisine de la direction.

En 2015, tous les personnels ont été questionnés anonymement sur le refus de soins dans le cadre d'un travail sur les évolutions législatives, à venir, relatives à la fin de vie. Un travail a été mené sur les sorties des patients contre l'avis médical. Cinq réunions sont prévues cette année avec pour thématiques :

- traiter la situation d'un patient posant problème au centre hospitalier. Réflexion *a posteriori* ;
- la valeur du choix chez les patients ayant des troubles cognitifs ; quelles réponses pour un personnel agressé par un patient ?
- la loi en projet sur la fin de vie.

Presque tous les membres du groupe ont reçu une formation pour leur permettre de mieux appréhender la démarche éthique. La volonté du groupe est de tenir des réunions qui restent sur des problématiques de terrain.

Des conférences sont proposées tous les ans.

Trois conférences ont été proposées de septembre à novembre 2014 :

- un philosophe et ancien président national du comité éthique belge a fait une conférence sur le thème de : *L'éthique organisationnelle et la souffrance du soignant : quelques pistes concrètes ;*

- un infirmier, docteur en santé publique, a fait une conférence sur le thème de : *L'éthique au quotidien : de faire des soins à prendre soin ;*
- un psychiatre, responsable du comité éthique local d'une clinique belge, a fait une conférence sur le thème : *Quand l'enfer du soigné est pavé de bonnes intentions du soignant.*

L'ensemble du personnel du CH de Saintonge et du CH de Saint-Jean-d'Angély était invité mais les conférences ont attiré peu de monde.

Il a été déclaré aux contrôleurs que ce groupe s'interrogeait actuellement pour savoir s'il devait se transformer en comité d'éthique pour compléter ses missions telles que l'aide à la décision au sein des différents services.

5.10 Les associations de familles ou d'usagers

L'UNAFAM a son siège départemental basé à la Rochelle et intervient sur les sept secteurs de psychiatrie de Charente-Maritime. L'association ne tient pas de permanence au sein de l'hôpital, mais elle est représentée tant au conseil de surveillance qu'à la CRUQPC et participe à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), dont elle a assuré la présidence effective d'octobre 2013 à octobre 2014.

L'UNAFAM a récemment saisi le directeur de l'hôpital, conjointement avec l'association Autisme 17, pour demander que les moyens alloués à la psychiatrie soient maintenus, en particulier les locaux dont une partie devait être réaffectée à d'autres disciplines médicales. L'engagement de l'UNAFAM dans un contexte de fragilisation n'a pas permis, pour autant, d'améliorer les relations avec l'équipe médicale, l'association continue à déplorer :

- les difficultés, voire l'exclusion, de relations avec les familles en raison de la majorité du patient ou au motif du secret médical ;
- la pratique de l'isolement prolongé, sans traçabilité de son utilisation ni des visites médicales ;
- un système d'accueil par les urgences « classiques » soumettant un patient en crise à de longs délais d'attente ;
- peu d'orientation des familles vers l'UNAFAM.

Les contrôleurs ont constaté qu'aucune affiche indiquant les coordonnées et les différentes activités proposées par l'UNAFAM n'était visible dans les unités. Aucune information n'est disponible, directement, pour les patients hospitalisés ou leurs familles, le besoin étant repéré éventuellement par un soignant qui orientera vers cette association.

Seul le secrétariat du secteur 5 est en possession d'un dépliant et en remet des photocopies aux soignants qui en font la demande. Ce dépliant fait état des coordonnées de tous les correspondants départementaux, des lieux et dates des permanences d'écoute et des groupes de parole.

Il existe un GEM (groupe d'entraide mutuelle) à Saintes dont les coordonnées sont transmises au patient du secteur 5 par les soignants, quand ces derniers en repèrent le besoin.

6- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

6.1 Eléments communs aux différentes unités

6.1.1 La restauration

La cuisine centrale prépare 3 200 repas par jour (y compris pour des clients externes comme le centre communal d'action sociale - CCAS) livrés en liaison froide qui sont réchauffés à l'office de chacune des unités d'hospitalisation. Des repas tampons sont prévus à l'HPCD pour un arrivant potentiel (jambon pâtes ou poulet purée).

Si les patients hospitalisés dans les autres services de l'établissement peuvent exercer un choix dans la nourriture qui leur est servie²⁹, cette possibilité n'a pas été retenue en psychiatrie au motif que les patients prennent leur repas en salle à manger et ce même si chacun reçoit un plateau à son nom, individualisé le cas échéant en fonction de son régime alimentaire prescrit médicalement (diabétique, sans sel, mixé...).

Les tables sont le plus souvent de quatre convives. Le placement est libre, sauf pour certains patients de l'HPCD qui doivent se placer en face des infirmiers. A l'exception de l'HPCD, les repas sont pris avec les soignants (repas thérapeutiques).

Les menus sont affichés. Les horaires des repas sont les suivants : petit déjeuner à 8h, déjeuner à 12h, collation à 16h et dîner à 19h.

Les avis des patients divergent sur les repas qui semblent toutefois s'inscrire, tant dans la quantité que dans la qualité, dans la lignée de ce qui est habituellement servi à l'hôpital où le taux de satisfaction est globalement de 69 % en 2014.

Le règlement intérieur prévoit que les patients ne peuvent recevoir de l'extérieur des denrées périssables. En pratique, les aliments en provenance de l'extérieur doivent être autorisés par le médecin.

6.1.2 La blanchisserie – linge

Le linge (draps, serviettes, pyjamas) est fourni et entretenu par l'établissement. Il est changé chaque semaine et à chaque fois que cela est nécessaire. Il n'a pas été signalé de problème particulier à ce sujet.

Une machine à laver est mise à la disposition des patients en présence d'un agent dans chacune des unités afin qu'ils puissent laver leur linge personnel qui est toutefois principalement pris en charge par les familles.

²⁹ Le patient indique s'il souhaite un régime végétarien ou d'éventuelles aversions alimentaires ; quand un des aliments refusés par le patient est présent dans le menu du jour, il est systématiquement remplacé par un autre de même nature sur le plan diététique (ainsi peut être servi en substitution, selon les jours, pour les légumes un plat de haricots verts ou carottes ou courgettes ou haricots-beurre, et pour les protides, poisson, steak haché, poulet etc.). Le choix est fait par le patient en J-1 ou J-2 en fin de semaine.

6.1.3 L'argent des patients

A l'HPCD comme dans les unités 4 et 5, l'argent des patients est conservé dans un casier dans le bureau infirmier comportant leur numéro de chambre. A partir de 100 euros, l'argent est transféré au coffre de l'hôpital où il est conservé pendant quinze jours. Au-delà de ce délai, l'argent est transféré au Trésor public. Compte tenu de cette organisation, peu de vols sont recensés au sein de l'HPCD.

Les patients de l'UPSA ont, dans la majorité des cas, une carte de retrait. Le personnel les accompagne au distributeur et l'argent est stocké dans leur placard personnel situé dans leur chambre. L'unité a été confrontée à des problèmes de vol, pour lesquels des plaintes ont été déposées, mais cela ne semble plus être le cas aujourd'hui.

Il existe une banque des patients qui est ouverte deux fois par semaine à l'accueil de l'hôpital. Ce dispositif, permettant la gestion administrative et comptable des majeurs protégés, permet à ceux-ci de percevoir de l'argent à partir d'un compte alimenté par leur tuteur *via* le Trésor Public, selon des modalités définies à l'avance.

Le personnel a évoqué de nombreux problèmes avec les tuteurs concernant des retards dans l'alimentation des comptes des patients.

6.1.4 La gestion du tabac – cannabis

Il semble qu'il n'existe pas d'approche particulière concernant la prévention des risques liés au tabac, qui se fait au cas par cas et en fonction de la personnalité de chaque soignant ; l'accompagnement médical pour un sevrage tabagique peut être proposé par le médecin généraliste.

La majorité des patients étant autorisée à sortir peut sans difficulté aller acheter du tabac, et ponctuellement les patients qui ne sont pas autorisés à sortir seuls peuvent bénéficier d'un accompagnement infirmier à cette fin.

Les deux patios sont ouverts nuit et jour. Les patients, même ceux qui sont hospitalisés à l'HPCD, ont donc la possibilité d'aller fumer quand ils le souhaitent, à l'exception des patients hospitalisés aux unités 4 et 5 situées à l'étage qui n'ont pas le droit de sortir. Dans ce cas, ils sont dépendants d'un infirmier qui voudrait bien les accompagner.

Il a été signalé aux contrôleurs qu'il arrivait aux infirmiers de laisser un patient fumer en chambre d'isolement. Dans ce cas, ils alertent le poste de sécurité afin qu'ils n'interviennent pas en cas de déclenchement du détecteur de fumée. Cette pratique se comprend difficilement, un patio interne à l'unité étant accessible et le patient pourrait donc y être accompagné par un infirmier.

Il n'existe pas de réel contrôle sur le nombre de cigarettes consommées sauf consommation manifestement excessive pour les patients qui, compte tenu de leurs ressources, ne peuvent acheter qu'un nombre limité de cigarettes. Dans ce cas, celles-ci sont conservées dans le bureau des infirmiers. Les patients sont autorisés à conserver leur briquet sauf problèmes spécifiques où à l'unité 5 où tabac et briquets sont gardés par les soignants et remis à la demande au patient.

Parfois des contrôles de l'alcoolémie ou des toxiques peuvent être faits sur prescription médicale. En cas de résultats positifs, cela peut être considéré comme une rupture du contrat de

soin entraînant une réponse médicale, allant de la mise en pyjama à l'exclusion de l'hospitalisation (pour le régime de soins libres).

Les informations recueillies auprès des personnels soignants témoignent d'une approche variable des sujets d'addiction ; si, à l'unité 4, il est fait référence à un travail conjoint avec le CSAPA de Saint-Jean-d'Angély, ceci n'est pas évoqué pour les unités intersectorielles où des médecins du secteur 4 interviennent également, ni pour le secteur 5. Le travail conjoint avec un alcoologue de Jonzac ou avec l'équipe mobile d'addictologie est évoqué pour des interventions ponctuelles et la consommation de cannabis semble peu prise en compte, le personnel soignant indiquant y être peu confronté et que, lorsque c'était le cas, la situation était gérée au cas par cas.

6.1.5 Les relations sexuelles

Il n'existe aucune approche explicite et homogène relative à la question de la sexualité quelles que soient les unités. Un membre du personnel a même indiqué aux contrôleurs que le sujet était « *tabou* ». La question est donc traitée au cas par cas, au bon vouloir et en fonction de la pratique propre de chaque personnel soignant ; certains professionnels ont indiqué que le sujet n'était jamais abordé ou que les patients ne faisaient part d'aucune sollicitation en la matière.

En théorie les relations sexuelles sont interdites dans les chambres. Une difficulté a cependant été soulevée au sujet du respect de la sphère privée et publique, qui peut être différemment appréhendé quand il s'agit de visiteurs extérieurs.

Le personnel distribue des préservatifs à la demande (ils sont fournis par la pharmacie et disponibles en dotation dans les unités 4 et 5 et à l'UPSA), même si certains agents interrogés semblaient ignorer cette possibilité.

Les problématiques de rapprochement entre patients sont gérées au cas par cas ; « *On surveille les patients vulnérables et on les met en garde, et on insiste sur le consentement libre nécessaire des deux partenaires* ».

Certains cas sont discutés au sein de l'équipe afin de favoriser le maintien des liens familiaux. A titre d'exemple, il a déjà été envisagé la mise à disposition d'une chambre d'hôtel afin qu'une patiente puisse y retrouver son mari, lui-même vivant dans un établissement médico-social.

Le médecin généraliste oriente toutes les femmes qui n'ont pas de contraception vers un gynécologue hospitalier pour la prescription de contraceptif.

6.1.6 La sécurité

Le service de psychiatrie adulte, à l'exception de l'HPCD, est totalement ouvert, sur le centre hospitalier qui est lui-même situé en ville.

Il ne comporte ni grille ni caméra de surveillance. Il n'existe aucun contrôle des entrées et sorties et les patients qui ont le droit de circuler au sein de l'hôpital, vont et viennent librement durant les horaires d'ouverture, de 8h à 22h (19 h pour l'UPSA).

Les patients qui doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée sont hospitalisés au sein de l'HPCD qui est la majeure partie du temps fermée. Les rares patients de l'HPCD qui ont le droit de sortir (deux sur onze au moment de la visite des contrôleurs) demandent à un infirmier de leur ouvrir et peuvent circuler librement au sein de l'hôpital.

6.1.7 Les activités communes

6.1.7.1 La cafétéria

Il n'existe pas de « bar thérapeutique ». Les patients, qui y sont autorisés, vont à la cafétéria « *Relais H* » située à l'entrée de l'hôpital et ouverte de 8h à 19h. Ils peuvent y trouver du café, des friandises et des journaux aux prix du marché. Les employés de la cafétéria ont indiqué que les relations étaient bonnes avec les patients.

Les patients ne se sont pas plaints d'avoir des difficultés d'accès à certains produits.

6.1.7.2 La bibliothèque

Le centre hospitalier dispose d'une bibliothèque ouverte trois après-midi par semaine de 14h30 à 16h. Les personnes qui peuvent se déplacer librement au sein de l'établissement peuvent s'y rendre. Les soignants ont indiqué qu'ils pourraient y accompagner les patients non autorisés à circuler mais qu'ils avaient peu de demandes.

Les bénévoles de la bibliothèque se déplacent deux fois par semaine au sein des unités afin que les patients puissent avoir accès facilement aux ouvrages dont le fonds, alimenté par des dons, est composé de livres et de magazines.

6.1.7.3 Les activités thérapeutiques mutualisées

Il existe des activités thérapeutiques inter-sectorielles, exclusivement sur prescription médicale et d'autres qui sont spécifiques à chaque unité (cf. § 6.2).

L'activité de thérapie familiale, développée initialement par le secteur 5 mais devenue inter-sectorielle, dispose de locaux adaptés mais cette activité est actuellement suspendue en l'absence de mise en place d'une supervision clinique, avec une situation qui apparaît bloquée.

L'art-thérapie bénéficie d'une salle spécifique. Cette activité se déroule sur deux demi-journées par semaine. Elle est dispensée par un infirmier art-thérapeute qui est accompagné d'un autre infirmier ou d'un psychologue.

Une salle d'approche corporelle permet la réalisation de différentes activités :

- l'activité *pack* (pratiques d'enveloppement humide) est dispensée dans une salle spécialement aménagée (lit, point d'eau...). Elle a lieu deux demi-journées par semaine et est mise en œuvre par une équipe de cinq infirmiers spécialement formés. Il serait nécessaire que cette activité s'inscrive dans une démarche de recherche clinique et ou d'évaluation au regard de l'absence de recommandation sur son utilisation thérapeutique par la Haute autorité de santé ;
- des soins esthétiques susceptibles d'être mis en œuvre par quelques infirmiers qui se sont formés à cette approche thérapeutique ;
- une table de massage non utilisée actuellement en l'absence de professionnels formés ;
- le sport (gymnastique, jeux de ballon) a lieu durant quatre-vingt-dix minutes tous les vendredis après-midi soit au gymnase situé près de l'hôpital, soit dans le jardin de l'UPSA, et une sortie à la piscine est organisée une fois par semaine ;
- une activité « théâtre » avait lieu une fois par semaine. Elle a été suspendue durant six mois à la suite d'une sortie au théâtre durant laquelle un patient a disparu

provisoirement et qui a donné lieu à des mesures disciplinaires pour les infirmiers. Elle devrait reprendre sous peu ;

- une activité d'équi-thérapie hebdomadaire a été suspendue pendant l'été.

Le nombre et les caractéristiques des patients bénéficiant de chacune de ces activités sur l'année n'a pas été accessible aux contrôleurs.

6.1.8 Les soins somatiques

Depuis juin 2013 et à la suite de la démarche de certification par la HAS³⁰, un médecin généraliste, praticien hospitalier à temps plein qui a exercé pendant de nombreuses années en gériatrie, a été recruté pour répondre aux besoins de la prise en charge somatique dans les unités de psychiatrie et pour la prise en charge de la douleur. Cette activité en psychiatrie est organisée sur la base d'un mi-temps.

Sauf exception, tout patient arrivant en psychiatrie passe par le service des urgences où un examen somatique est systématiquement réalisé. L'intervention du somaticien n'est pas prévue de façon systématique pour tout patient hospitalisé mais à la demande du psychiatre ou de l'équipe infirmière, soit en cas de pathologie intercurrente aiguë soit en cas de maladie somatique chronique.

En pratique, ce médecin passant dans chacune des unités d'hospitalisation chaque jour de présence, a des relations fluides avec les équipes infirmières et connaît de fait la quasi-totalité des patients. Il peut proposer un accompagnement pour les sevrages tabagiques et ne prend contact avec le médecin traitant que si besoin et sous réserve de l'accord du patient.

Une évaluation de la douleur est faite systématiquement dans le cadre de la prise en charge infirmière.

Son intervention n'est pas non plus prévue dans le cadre du suivi systématique des patients placés en chambre d'isolement ou mis sous contention, situations dont le somaticien n'est le plus souvent pas informé, et ce d'autant que les prescriptions des psychiatres en la matière ne sont que rarement faites sur le logiciel de gestion des dossiers des patients.

Si ce médecin généraliste participe à certaines réunions de service, en fonction de ses disponibilités, et est susceptible d'attirer l'attention sur des effets secondaires liés aux traitements neuroleptiques, il apparaît qu'il n'existe que peu d'interactions avec les médecins psychiatres ; l'un d'entre eux a d'ailleurs indiqué aux contrôleurs, « *il faudrait du temps et l'envie* » pour une meilleure coordination entre les soins somatiques et les soins psychiques.

Pendant les absences de ce médecin, pour congés ou formation, il est fait appel en tant que de besoin aux urgentistes ou aux spécialistes hospitaliers d'organes.

Les soins dentaires sont assurés, le plus souvent sur indication du médecin généraliste, par le chirurgien-dentiste hospitalier qui offre une bonne palette de réponse (soins de conservation ou soins prothétiques) ; il est présent dans l'établissement deux demi-journées par semaine, les mardis et jeudis, avec un délai de rendez-vous inférieur à trois semaines et rapide en situation

³⁰ HAS : Haute autorité de santé

d'urgence. Les patients ont également la possibilité de se rendre chez un stomatologue situé à Rochefort.

En cas d'urgence, l'équipe fait appel au SMUR. Un chariot d'urgence est disponible dans chaque unité (commun aux unités 4 et 5) et vérifié de façon hebdomadaire par un infirmier de nuit. Un incident est intervenu en mars 2015 à l'occasion de l'intervention du SMUR à l'UPSA pour un agent victime d'un malaise avec un délai d'intervention important lié à la méconnaissance par les urgentistes de la localisation de cette unité (ce point aurait été abordé lors du CHSCT de mars 2015 mais le compte rendu de cette réunion n'est pas disponible au moment du contrôle). Dans son courrier le directeur indique que « dans le cas d'urgence cité, il n'y a pas eu "méconnaissance par les urgentistes de la localisation" de l'UPSA qu'ils connaissent très bien. En cas d'urgence vitale, le SMUR dit « pédestre » ne se déplace qu'à l'intérieur du bâtiment hospitalier principal où se situe le service des urgences. Si l'urgence survient dans un bâtiment indépendant, même périphérique au sein de la cité hospitalière, le principe est d'appeler le 15 qui assurera la régulation et qui mobilisera les moyens nécessaires. Une procédure est venue depuis préciser la conduite à tenir dans de telles circonstances. Le CHSCT a pris acte de cette procédure parue en janvier 2016. »

6.1.9 La pharmacie

Les prescriptions médicales se font, en fonction des prescripteurs et des prescriptions, soit de façon manuscrite dans le dossier papier du patient soit dans le logiciel Crossway® ; ceci est de nature à entraîner une certaine confusion et perte de temps lorsque l'on cherche une information voire des erreurs. La validation pharmaceutique des prescriptions informatisées se fait quasiment en temps réel et chaque unité d'hospitalisation est suivie par un préparateur en pharmacie référent.

Dans l'ensemble des unités, la distribution des médicaments se fait avant le repas dans le poste infirmier, un patient après l'autre, celui-ci étant seul avec l'infirmier lors de la prise des médicaments, ce qui permet que dignité des personnes et confidentialité des soins soient respectées, sauf dans l'unité 5 (cf. § 6.4). Avant le coucher, l'infirmier de nuit distribue les médicaments au fur et à mesure des demandes des patients quand ils veulent se coucher.

Il est d'usage, au sein de l'établissement, de prescrire des médicaments, de la contention voire de l'isolement « *en cas de besoin* », ainsi que des durées de traitement longues (la plus longue constatée était de 460 jours mais a été à plusieurs reprises modifiée). Cette pratique a été expliquée au motif que, sur le logiciel de prescription, sauf indication particulière et par défaut, la prescription est de 30 jours avec une faible visibilité de la période de fin de traitement ; ainsi, il y aurait un risque de laisser passer la date de renouvellement d'une prescription essentielle pour le traitement d'un patient. Cette pratique conduit à dissocier la consultation de la prescription, à ne pas vérifier régulièrement la pertinence de chacune des prescriptions, voire comme cela a pu également être constaté par les contrôleurs, à ne pas examiner certains patients chroniques pendant plusieurs mois alors même que des stratégies alternatives devraient permettre de veiller au risque identifié.

6.2 Les unités sectorielles

Au premier étage du pôle de psychiatrie adultes de l'hôpital, se situent les deux unités des secteurs 4 (Saint-Jean-d'Angély) et 5 (Saintes). Si l'une des unités est complète, il arrive qu'un patient relevant de l'autre secteur soit accueilli sur l'unité voisine, en attendant qu'une place se libère.

L'arrivée se fait par le même accès, soit par les ascenseurs, soit par l'escalier. En proximité de ces accès, les deux unités partagent les toilettes du personnel, un local réserve de stockage du matériel de nettoyage et des draps. Une buanderie de 3,7 m² est équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge, dans laquelle sont stockées les couvertures, les pyjamas (classés par taille) et des vêtements pour les indigents.

Une salle commune aux deux unités, « le jardin d'hiver », est disponible à la droite des ascenseurs, attenante à la buanderie des patients.



Pyjamas dans la buanderie



Buanderie commune des patients

L'état général des locaux du premier étage est très bon, il n'y a quasiment aucune dégradation. Tous ces locaux sont climatisés et des horloges sont positionnées dans tous les espaces communs.

6.2.1 L'unité d'hospitalisation du secteur 4 (Saint-Jean-d'Angély).

6.2.1.1 Les locaux

L'unité d'hospitalisation du secteur 4 dispose de onze lits (trois lits sont gelés depuis juin 2011 - cf. § 3.4) répartis en dix chambres, toutes accessibles aux personnes à mobilité réduite, une chambre double et neuf chambres individuelles.

Les locaux sont répartis de part et d'autre de deux couloirs en L :

- la première partie est occupée par le bureau de la cadre de santé (une ancienne chambre destinée aux patients), une chambre de patient, la salle de détente-réunion du personnel et la salle de bain ;
- le virage central est occupé par le bureau de soins ;
- dans la deuxième partie du couloir, se trouvent une salle commune (une ancienne chambre double), une chambre accueillant deux patients, le bureau des infirmiers, le bureau médical, huit chambres individuelles, une seconde salle commune et la salle à manger.

Les équipements des deux chambres qui sont utilisées à d'autres fins (salle commune et bureau) perdurent dans l'espoir d'un « dégel » de trois lits d'hospitalisation.

La surface de la chambre à deux lits est de 22 m², celle des chambres individuelles varie de 15 m² à 17 m². Toutes les portes de chambres sont pleines et ne permettent pas de voir à l'intérieur depuis l'extérieur. Elles sont renforcées, dans le bas, contre les coups de pieds.

Les chambres sont peintes de couleur claire et équipées de sol en linoléum. Les placards sont intégrés aux murs. Bien qu'une prise télévision soit disponible, les patients ne peuvent pas disposer de postes de télévision. Au pied d'un lit médicalisé, on trouve une table de nuit, un fauteuil, une table de lit avec des roulettes utilisée pour écrire ou lire (les repas sont pris en salle à manger). L'éclairage, par deux tubes à néon et une veilleuse, est situé au-dessus des lits. Cette barre est équipée par ailleurs d'une prise téléphonique, un bouton d'appel d'urgence, quatre prises électriques et la commande des volets roulants ; une prise d'oxygène et de vide.

Une fenêtre est munie d'un bloque-fenêtre, équipée d'un volet que les patients ouvrent et ferment à loisir.

Chaque chambre bénéficie d'un local sanitaire attenant, séparé par une porte. D'une surface correcte, il dispose : d'une douche à bouton pressoir (sans flexible) ; de deux barres d'appui et d'une patère ; d'un lavabo avec un mitigeur et un large miroir ; d'un WC à l'anglaise avec abattant, une balayette et un dévidoir de papier WC ; de deux poubelles. Ce local est éclairé par un tube de néon disposant d'une prise électrique. L'intimité est totalement respectée puisque les portes ne disposent pas de lucarne.

Dans les chambres à deux lits, les équipements sont doublés mais le local sanitaire est le même, avec un seul lavabo.



Lavabo sanitaire et toilettes-douche dans une chambre individuelle

L'utilisation de la chambre double se fait toujours en dernier recours ; quand un problème de mixité se pose lors de la dernière entrée, une solution est trouvée par les soignants qui « négocient » avec des patients qui ont des affinités pour être installés ensemble dans cette chambre. Les patients ne sont jamais contraints.



Chambre patient-placard mural



Fenêtres volets roulants

Les patients ont à leur disposition :

- le « jardin d'hiver » d'une surface de 46 m². Cette salle verrière dispose de deux tables de ping-pong, un vélo d'intérieur, un baby-foot et est agrémentée de deux plantes vertes et fleuries. Il est déclaré que, hormis lors des fortes chaleurs ou des grands froids, les patients utilisent volontiers cette salle et les équipements mis à disposition en présence d'un infirmier. Le jour de la visite des contrôleurs, la température élevée ne permettait pas l'utilisation de cette salle. Les tables de ping-pong sont renversées et le vélo est sorti dans le couloir pour pouvoir être utilisé ;



Salle commune unité 4 « jardin d'hiver » et vélo dans le couloir

- un salon d'activités et musique d'une surface de 32 m², équipé de cinq fauteuils, de deux tables, d'un poste de télévision pour le lecteur de DVD et d'une chaîne hifi. Les télécommandes (à la disposition des patients) sont sur la table, ainsi que des crayons et feuilles à dessiner. Ce salon étant prévu initialement pour être une chambre double, les éléments des chambres se retrouvent pour l'éclairage, les fenêtres...et les deux placards sont utilisés pour stocker des jeux à disposition des patients. Les WC sont condamnés et servent pour le stockage de matériel.



Salle d'activité commune de l'unité 4

- une salle de télévision, d'une surface de 16,40 m², équipée de six fauteuils, d'un poste de télévision, d'une bibliothèque agrémentée de livres anciens et du programme de télévision. La télécommande, laissée aux patients, est sur le fauteuil.



Salle TV commune avec ses fauteuils dans l'unité 4

- une salle à manger-salon, d'une surface de 27 m², équipée d'un poste de télévision (éteinte pendant les repas), d'une chaîne hifi, d'un four à micro-ondes, d'un lavabo, d'un distributeur de savon, d'une fontaine à eau, de quatre tables et de seize chaises.



Deux vues de la salle à manger de l'unité 4

- une salle de bain (11 m²) avec baignoire (avec un tuyau flexible), équipée d'armoires avec des stocks de produits d'hygiène et du linge pour les personnes indigentes, provenant de dons (de ce fait, toutes les tailles ne sont pas disponibles et tous les besoins ne sont pas satisfaits) ; ce local dispose d'un lavabo avec miroir, d'une poubelle et de bacs à linge sale.



Salle de bain unité 4

Le bureau du cadre de santé (15 m² dont une salle de douche qui sert de lieu de stockage) est équipée comme une chambre de patient et numérotée comme telle sur la porte d'entrée (l'étiquette indiquant le nom de la cadre a été décrochée par un patient).

Une salle de détente et de réunion du personnel (21 m²) dispose d'un tableau d'affichage (communication institutionnelle, communication du pôle, notes de service, syndicats, formations-conférences).

Le bureau de soins (21 m²) avec la pharmacie est équipé d'un grand bureau face à la vitre donnant dans le couloir. Le bureau des infirmiers (11 m²) dans lequel se trouve un ordinateur avec une connexion internet, qui peut être mis à disposition d'un patient.



Bureau des soins de l'unité 4

Il est envisagé une restructuration des locaux de l'unité. Alors que les locaux de psychiatrie ne bénéficient pas d'une grande superficie d'implantation, certains espaces doivent être attribués au service d'hémodialyse, à hauteur de 80 m². La buanderie commune, « le jardin d'hiver », une salle de détente et la salle à manger devraient être déplacés. Un plan, en cours d'élaboration, prévoit que 50 m² supplémentaires soient attribués à l'unité 4, dont deux chambres de l'unité 5 qui devra « retransformer » deux salles d'activités en chambres de patient. Deux salles d'activités seraient prévues en rez-de-chaussée, isolées et au calme.

6.2.1.2 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, onze patients étaient présents – huit hommes et trois femmes – aucun n'était en contention ou en pyjama. Parmi ces patients, quatre patients avaient été admis en soins sans consentement et le patient le plus âgé avait 72 ans.

6.2.1.3 Le fonctionnement de l'unité

La passation de consignes entre soignants s'effectue à chaque relève, y participent le cadre et les psychologues, à la mi-journée elles durent 30 minutes. Le matin et le soir, il n'est prévu que 15 minutes.

Une réunion d'unité, pluridisciplinaire, se tient le vendredi matin, de 9h30 à 11h30, avec les psychiatres, les psychologues, l'assistante sociale et l'équipe infirmière. Un des infirmiers de service reste avec les patients.

Un personnel de l'équipe du CMP de Saint-Jean-d'Angély est présent ; sont évoqués les cas des patients dits « inter-services » et envisagées les orientations de prise en charge en ambulatoire. De même, une fois par mois, un personnel de l'unité d'hospitalisation participe à la réunion du CMP, qui se tient le lundi après-midi à Saint-Jean-d'Angély, afin d'avoir des informations sur les suites du parcours de soins des patients ayant été hospitalisés. Cette collaboration permet que les deux équipes se rencontrent régulièrement et se connaissent, ce qui facilite les transmissions sur les situations des patients.

L'unité 4 d'hospitalisation bénéficie d'un règlement intérieur qui lui est propre, affiché dans le couloir d'entrée (cf. paragraphe 4.2.2).

L'ensemble du personnel pratique le vouvoiement envers les patients et les appellent « monsieur ... » ou « madame ... ».

Les entretiens (psychiatres, infirmiers) avec les patients sont lieu le plus souvent dans les bureaux de l'étage. Le rythme d'entretiens est défini par le médecin. Un infirmier est toujours présent lors des entretiens avec les psychiatres.

Les rendez-vous avec l'assistante sociale ou le psychologue sont gérés par les infirmiers ou par les patients eux même ; ils peuvent se dérouler à l'étage ou dans leur bureau du rez-de-chaussée. La prise en charge des personnes toxicomanes se fait en lien avec l'équipe de soins en addictologie, qui intervient deux demi-journées par semaine aux urgences, le médecin reçoit les patients sur rendez-vous et avec le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Saint-Jean-d'Angély.

Lors de l'accueil, aucune mise en pyjamas « d'office » n'est prévue. Le recours au protocole « pyjamas » et à la contention est rare. Quand l'état de santé d'un patient nécessite la mise en chambre d'isolement, il est admis à l'unité d'hospitalisation de courte durée. Dans les six derniers mois, l'unité a procédé à deux contentions de quelques heures.

Un contrat de soins est établi pour chaque patient, quelle que soit sa pathologie et le type d'admission. Ce contrat indique si le patient peut ou non sortir de l'unité, voire de l'hôpital.

La porte de l'unité est ouverte de 7h30 à 20h, sauf dans le cas où une personne ne respecterait pas les interdictions de sortir (ce qui arrive rarement d'après les déclarations faites aux contrôleurs). Dans ce cas, les personnes autorisées à sortir doivent demander à se faire ouvrir la porte individuellement.

Une fermeture de 30 minutes est opérée à 12h et 19h pour empêcher les sorties pendant le temps du repas et obliger les patients à rester le plus longtemps possible dans un espace de vie collective, en présence des infirmiers.

Lors de la visite des contrôleurs, quatre patients avaient été admis sous contrainte et, selon les informations recueillies, ces derniers respectaient leurs obligations. Il est toléré, comme pour les patients sous un autre régime, mais pour lesquels existe une restriction de sortie, que les patients descendent fumer dans un patio au rez-de-chaussée. Un seul des quatre patients sous contrainte ne bénéficie pas d'autorisation de sortie. Ce dernier n'utilise pas la tolérance admise, de fumer dans le patio. Tous les autres patients sont autorisés à sortir : les uns dans l'enceinte de l'hôpital (ils vont souvent devant la porte du bâtiment ou à la cafétéria), les autres en ville ou au domicile. Lors de la visite, un patient était en vacances dans un centre de loisirs. Les contrôleurs ont pu constater l'absence de très nombreux patients dans l'unité, notamment les après-midi (trois patients présents sur onze, deux après-midi de suite).

Les portes de cette unité comme celles de l'unité 5 sont fermées la nuit et une porte, permettant de passer d'une unité à l'autre, est maintenue ouverte. Les deux soignants effectuent un ronde toutes les quatre-vingt-dix minutes munis, d'une lampe torche.

Le réveil est progressif et laissé au rythme des patients, la seule exigence étant la fin de service du petit déjeuner à 8h30.

Les patients prennent leur repas dans la salle à manger accompagnés des infirmiers de service (repas thérapeutique). Les plateaux, chauds et au régime adapté, sont distribués nominativement à l'entrée de la salle à manger. Les patients choisissent leur place, puis les infirmiers s'installent chacun à une table de patients. Les couverts en métal et pichets sont posés par les infirmiers ; chaque patient apporte son verre après sa prise de médicaments.

Les horaires et menus sont affichés à l'entrée ; au recto sont affichés les plats susceptibles de contenir de l'alcool afin d'expliquer aux patients concernés, pourquoi ils ne se voient pas servir certaines denrées.

L'horaire du repas du soir à 19h et la pratique des infirmiers de nuit autorisant des sorties des unités pour aller fumer dans le patio, permettent aux patients de bénéficier d'une soirée prolongée. Lors d'une visite nocturne, les contrôleurs ont pu rencontrer quelques patients qui se déplaçaient dans l'unité et au patio du rez-de-chaussée jusqu'à 23h.

Il est expliqué aux contrôleurs que, dans cette unité, les patients sont aidés dans le processus d'autonomisation et de resocialisation. Ainsi soutenus par les infirmiers, ils sont incités à effectuer leurs tâches ménagères dans leur chambre et font leur lit. Les draps ne sont pas lavés à jour fixe mais soit à la demande du patient, soit en cas de nécessité (ce qui fait l'objet d'une attention particulière des soignants le week-end).

L'unité d'hospitalisation ne dispose pas de salon réservé aux visites ; les patients reçoivent leurs visiteurs dans les espaces communs ou dans leur chambre.

Les chambres restent accessibles durant toute la journée et les patients peuvent y retourner quand ils le souhaitent. La configuration de lieux, avec une unité à l'étage, sans cour et avec des locaux de détente de taille fortement restreinte, explique aussi ce mode de fonctionnement. Ces portes sont cependant fermées à clé en cas d'absence longue du patient du service.

Des cadenas sont fournis à tous les patients qui peuvent mettre en sécurité leurs affaires personnelles dans le placard mural. Les clés sont conservées par ces derniers. En cas de perte, le cadenas est détruit et un autre est fourni.

L'unité ne dispose pas d'espace extérieur, ce qui suscite l'expression d'un manque, tant par les personnels que par les patients.

Aucune activité programmée n'est proposée aux patients en dehors des activités thérapeutiques prescrites qui sont celles proposées à l'ensemble des hospitalisés du pôle de psychiatrie (cf. paragraphe 6.1.7). De manière exceptionnelle, une activité thérapeutique, collective et extérieure, est organisée en intersectoriel.

Quatre infirmiers de cette unité participent à l'animation de ces activités intersectorielles. Lors de la visite, les activités citées n'étant pas maintenues durant l'été, les patients présents entraient et sortaient de l'unité, allaient de leur chambre aux salles communes ou s'isolaient dans leur chambre.

Les patients du secteur 4 peuvent aussi se voir prescrire des activités en hôpital de jour ou au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) de Saint-Jean-d'Angély, ce qui pose la difficulté d'organiser le déplacement compte tenu de l'éloignement. Lors du premier contact, le patient est systématiquement accompagné par un soignant puis il se déplace en véhicule sanitaire léger. A la date de la visite, six patients étaient inscrits à des activités en hôpital de jour (fermé deux semaines en début août) ou au CATTP, qui ne fermait pas et recevait un patient de l'unité.

Chaque patient a un infirmier référent. La notion d'infirmier référent recouvre seulement les démarches d'accompagnement au domicile ou de rencontres des familles (pour ne pas multiplier les interlocuteurs). Tous les infirmiers sont amenés à connaître les situations et à effectuer des démarches pour tous les patients. En fin de prise en charge, un accompagnement par le référent et l'infirmier du CMP est organisé pour mettre en œuvre la sortie du patient.

6.2.2 L'unité d'hospitalisation du secteur 5 (Saintes)

6.2.2.1 Les locaux

Les locaux d'hospitalisation du secteur 5 sont très comparables à ceux de l'unité 4 mais bénéficient de douze lits répartis en onze chambres (une chambre double avec un seul espace sanitaire et dix chambres individuelles) répartis le long de trois couloirs en U:

- dans la première partie : la salle de détente et de réunion du personnel, une salle de détente commune pour les patients et la salle à manger ;

- dans la deuxième partie : deux chambres transformées en lieu de stockage et en salle de détente, la salle de bain, trois chambres individuelles, une salle d'activités (arts plastiques) et une chambre accueillant deux patients ;
- dans la troisième partie : le bureau de soins (dans un virage) attenant aux deux bureaux infirmiers et médical et face à sept chambres individuelles.

Compte tenu de cette configuration il est constaté que les soignants occupent moins le bureau de soins que dans l'unité 4 et sont plus régulièrement dans les espaces communs où sont présents les patients.

Les espaces de cette unité sont très investis, très chaleureusement et joliment décorés par les productions réalisées par les patients accompagnés de deux infirmières en ateliers d'arts plastiques.



Couloirs décorés de l'unité 5

Les patients ont à leur disposition :

- une salle de télévision, d'une surface de 14 m², équipée de six chaises, d'un poste de télévision, d'une bibliothèque agrémentée de livres et magazines récents, destinés à des publics variés en âges et centres d'intérêt. La télécommande est sur la table ainsi que des jeux et du matériel pour dessiner ;



Salle commune de télévision de l'unité 5

- une salle à manger-salon d'une surface de 40 m², équipée d'un poste de télévision, d'une chaîne hifi, d'un four à micro-ondes, d'un lavabo, d'un meuble bas, d'un mini-réfrigérateur, d'une fontaine à eau, de quatre tables et de seize chaises. Dans un des coins de la pièce, quatre chaises près d'une table basse permettent aux patients d'être ensemble dans cet espace, hors des temps de repas. Cet espace (le plus grand et le plus clair de l'étage) apparaît comme le plus fréquenté par les patients qui ne sortent pas ;



Salle à manger unité 5

- une salle d'activités avec une « console de jeux » à disposition des patients, dans une ancienne chambre ;
- une salle d'activité arts plastiques, ancienne chambre double, équipée de deux grandes étagères de stockage de matériel pour les créations manuelles et artistiques (de la récupération assurée par les soignants ou achats sur une ligne budgétaire spécifique). Une grande table, au centre, permet de laisser les créations en cours. Neuf chaises sont disponibles ;



Salle d'activité « arts-plastiques » unité 5

- le poste infirmier (21 m²) avec la pharmacie.

Dans la restructuration envisagée des locaux de l'étage (évoqué *supra* pour l'unité 4), il est prévu que les deux dernières chambres en bout de couloir soient attribuées à l'unité 4 et donc

deux chambres de l'unité 5 devront être réaffectées aux patients (actuellement la salle d'activités « console de jeux » et la salle de stockage). La porte de séparation des deux unités serait déplacée.

6.2.2.2 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, douze patients – quatre hommes et huit femmes – était présents ; neuf avaient été admis en soins sans consentement dont un sur décision du représentant de l'Etat. La durée d'hospitalisation la plus longue était de sept mois et une semaine ; le patient le plus âgé avait 75 ans.

6.2.2.3 Le fonctionnement de l'unité

Globalement le fonctionnement est identique à l'unité 4. Néanmoins, quelques différences de pratiques sont à noter.

Le recours au protocole « pyjamas » et à la contention sont plus fréquents. Trois patients, qui n'étaient pas des arrivants, portaient le pyjama de couleur bleue, lors de la visite des contrôleurs. Malgré cela, l'un d'entre eux est autorisé à fumer devant la porte de l'établissement.

Il a été déclaré aux contrôleurs que ces décisions médicales faisaient suite au constat de risque suicidaire, de refus de respecter le contrat de soins ou de fugue. Le taux de mise en pyjamas peut être plus élevé en fonction des personnalités au sein du groupe de patients. Cette décision peut perdurer de quelques jours à plusieurs semaines, elle est vécue comme une sanction par les patients ; à titre d'illustration et, selon les informations recueillies, un patient en voyant un autre en pyjama lui a demandé quelle bêtise il avait commis pour être ainsi. Quand l'état de santé d'un patient « nécessite » la mise sous contention, elle est décidée par le psychiatre, généralement pour une courte durée, et entraîne la fermeture de la porte de la chambre. Des surveillances régulières sont assurées, les repas sont servis dans la chambre et pris en présence d'un infirmier. Trois patients avaient une prescription de « contention en cas de nécessité », le jour de la visite des contrôleurs, mais aucun n'était sous contention.

En cas de crise aiguë hétéro ou auto-agressive, le patient peut être accueilli quelques jours à l'UHCD puis réintégrer sa chambre à l'unité 5.

Pour ce qui concerne la dispensation des médicaments, les patients sont alignés dans le couloir, les uns derrière les autres, et les échanges, mêmes intimes, ne sont pas confidentiels.

Les patients prennent aussi leur repas dans la salle à manger accompagnés des infirmiers de service (repas thérapeutique), comme à l'unité 4. Les plateaux sont toutefois distribués à la table où sont déjà installés les patients.

Les visites des familles, quand elles sont accordées, sont autorisées jusqu'à 20h. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette différence de pratique avec l'unité 4 permettait aux personnes qui travaillaient de venir en soirée. Ainsi, contrairement à la pratique de l'unité voisine, la porte n'est pas fermée durant le temps de repas. Si la famille se présente pendant le temps de repas, il lui est simplement demandé de patienter. Sur ce point, l'affichage au rez-de-chaussée indique une autorisation jusqu'à 20h30. Il est difficile de comprendre l'intérêt de ces trois différenciations théoriques, alors que, dans les faits, les pratiques sont très proches.

Aucune activité programmée n'est proposée aux patients, néanmoins plusieurs activités peuvent être organisées (loisirs créatifs, cuisine, esthétique) au dernier moment, selon la disponibilité et les compétences des infirmiers. A titre d'exemple, le week-end précédent la visite des contrôleurs, les patients ont pu participer à un atelier de confection de crêpes. Seule la salle

permettant de jouer aux jeux vidéo est accessible aux patients. Cependant, les patients font état de leur ennui car, durant la semaine, aucune activité n'a été proposée.

Parmi les patients, huit bénéficiaient d'autorisation de sorties de moins de 12 heures accompagnées ; aucune de sorties non accompagnées. Ceci explique une présence plus soutenue des patients de cette unité dans les locaux.

Les patients ne sont pas soutenus dans une démarche d'autonomisation pour l'entretien de leur chambre qui est entièrement fait par la femme de ménage et la propreté des draps est vérifiée individuellement tous les week-ends.

Les entretiens avec les patients ont aussi lieu dans les bureaux médicaux de l'étage, la fréquence des rendez-vous, comme à l'unité 4, varie en fonction du praticien mais est *a minima* une fois par semaine. La seule différence porte sur la pratique des psychologues qui ne rencontrent jamais les patients. Ces derniers interviennent lors des temps d'échanges professionnels (transmissions, réunions) pour apporter leur éclairage aux soignants sur la situation des patients.

6.3 L'unité HPCD - d'hospitalisation psychiatrique de courte durée

Cette unité d'hospitalisation est située au rez-de-chaussée de l'aile réservée à la psychiatrie adulte, à proximité du service des urgences. D'une capacité de onze lits, elle héberge la seule chambre d'isolement thérapeutique de l'hôpital. Elle accueille des patients des deux secteurs 4 et 5. Une lumière bleue, au dessus de la porte d'accès de l'unité, signale si l'unité est fermée, ce qui est généralement le cas ; il n'y a pas de traçabilité de la fermeture de cette unité.

6.3.1 Les locaux de l'HPCD

Les locaux communs comportent :

- une salle à manger de 25 m², comprenant trois tables de quatre places, (par juxtaposition de deux petites tables), douze chaises, un évier avec une desserte et un réfrigérateur cadenassé destiné à recevoir les repas tampons ;



Salle à manger de l'HPCD

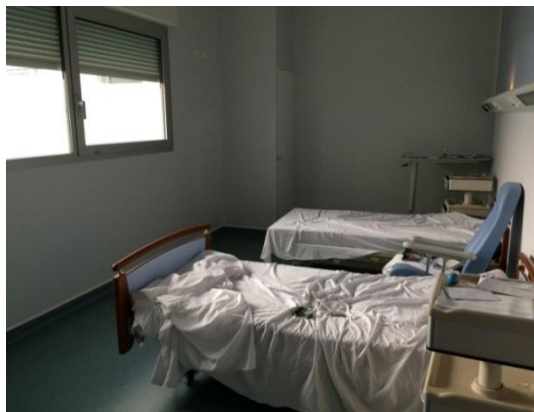
- une salle de détente pour les patients de 16 m², comprenant un poste de télévision, trois chaises et une armoire fermée à clef contenant des jeux de société ;
- une salle de détente pour le personnel de 17 m² ;

- le poste de surveillance de 23 m² et le bureau des infirmiers attenant de 12 m² ;
- une salle de bains de 12 m² comprenant une baignoire ;
- une salle de 12 m² comprenant un ordinateur et un téléphone ;
- le bureau du cadre de santé de 12 m² ;
- un office, des salles de réserve et une buanderie avec une machine à laver;
- un patio intérieur de 33 m², non verrouillé, accessible maintenant aux patients 24h/24 alors qu'il ne l'était pas les deux premières années de fonctionnement, et difficilement accessible aux personnes à mobilité réduite. La porte d'accès ne dispose pas de poignée à l'extérieur.

Sept chambres individuelles donnent sur la rue et deux chambres doubles sur le patio.

Les chambres individuelles, comparables à celles de l'unité 4, sont spacieuses (18 m²) et sont meublées d'un lit, d'une table de nuit et d'une chaise. Le placard ferme avec une clef qui, en fonction des prescriptions du médecin, peut être conservée au bureau des infirmiers. Elles sont équipées d'un bouton d'appel. Une lumière est visible de l'extérieur lorsque des soins sont dispensés dans la chambre. Elles sont équipées de larges fenêtres aux vitres opaques dans leur partie basse qui sont systématiquement verrouillées. La porte ne peut se verrouiller de l'intérieur.

Les chambres doubles ont une superficie de 24 m² et sont meublées sur le même modèle que les chambres simples. Dans la mesure où elles donnent sur le patio, elles sont dotées de fenêtres toujours recouvertes d'un film opacifiant dans leur partie basse mais qui, contrairement aux chambres individuelles, peuvent s'ouvrir.



Chambre double à l'HPCD

Chaque chambre est équipée d'une salle d'eau attenante qui peut se verrouiller de l'intérieur et qui comprend un lavabo, une douche et des toilettes.

- **La chambre d'isolement est la seule de tout le pôle de psychiatrie**

La chambre d'isolement n'est pas située à proximité immédiate du poste infirmier. Située dans un couloir perpendiculaire au couloir principal, elle en est séparée par la salle de bains et une chambre. D'une superficie de 17 m², elle est précédée d'un sas mais ne comporte pas de double entrée.

Elle est équipée d'un lit scellé au sol avec draps, oreiller et couverture et doté d'anneaux permettant de fixer les sangles de contention.

Elle comporte une large fenêtre en verre cathédrale qui ne s'ouvre pas et un détecteur de fumée. Le local sanitaire attenant, qui ne se verrouille pas de l'intérieur, comprend une douche, des toilettes et un lavabo. Le hublot de la porte d'entrée permet de visualiser l'ensemble de la chambre et du local sanitaire, y compris lorsque la personne est sous la douche ou sur les toilettes. La chambre n'est équipée ni de placard ni de bouton d'appel, ni de pendule. Il a été indiqué aux contrôleurs que celle-ci avait été « empruntée », l'horloge de la salle de repos des infirmiers étant en panne.

Si les locaux de l'HPCD sont parfaitement propres et bien entretenus, ils sont sombres et exigus. Outre leur chambre, dont les fenêtres ne peuvent s'ouvrir ou, si elles le peuvent, sont enclavées côté patio, les patients n'ont d'autre choix que d'errer dans les couloirs, aller dans le patio ou la « salle de détente ». Or, celle-ci est étriquée, sombre et triste ressemble à une salle d'attente. Comme décrit ci-dessus, elle n'est composée que de trois chaises alignées contre le mur et d'un téléviseur. Elle ne comporte ni décoration ni élément d'appropriation.

A la date de la visite, plus de la moitié des personnes sont hospitalisées à l'HPCD pendant des durées longues (supérieure à un an) dont deux depuis plus de six ans avec des projets de soins peu évolutifs. Or, compte tenu de leur configuration, ces locaux n'ont pas vocation à accueillir ces personnes dans le respect de leurs droits et de leur dignité. Ce constat est partagé par le personnel soignant interrogé, certains d'entre eux ayant d'ailleurs qualifié le lieu d'« inadapté » voire d'« infernal ».

Au total, comme son nom l'indique, l'HPCD avait initialement été conçue pour être une unité d'observation destinée à accueillir des patients, pour une durée de 72 heures au maximum et nommée selon ce projet médical ; dès son ouverture en 2007, alors que le médecin chef qui en avait conçu le projet n'était plus là, elle a été utilisée bien différemment, sans pour autant qu'un nouveau projet médical explicite soit élaboré ; si les locaux pouvaient être adaptés au projet initial, leur inadéquation apparaît majeure compte tenu de leur utilisation actuelle.

6.3.2 Les patients

Dix personnes étaient hospitalisées à l'HPCD au moment du contrôle, dont l'une bénéficiait de permission de sortie sur la période. Deux patients, avec un statut de soins libres, sortaient librement de l'unité, en journée, en demandant l'ouverture de la porte aux soignants.

Les critères d'admission dans l'unité ne sont pas explicites. Y seraient hospitalisés les patients qui ont besoin d'un cadre contenant et ce quel que soit leur secteur de rattachement, ceci indépendamment de leur statut d'hospitalisation.

Près d'un tiers des patients ne bénéficie d'aucun projet permettant une perspective d'évolution de leur prise en charge.

6.3.3 Fonctionnement de l'unité

Lors de l'admission, l'inventaire des affaires du patient est effectué en présence de deux infirmiers et du patient s'il est en état de le faire. Un tri est opéré entre les objets autorisés et les objets interdits. Ceux-ci sont stockés dans la bagagerie. Le reste est placé dans un placard situé dans la chambre qui ferme à clef. Le patient conserve la clef, sauf s'il est mis en pyjama.

La mise en pyjama semble systématique durant la période d'observation, sans que cela soit explicitement indiqué dans les règles de l'unité. Au-delà de cette période, dont la durée n'est pas précisée, le port du pyjama est assez fréquent et concernait trois patients sur les onze présents au moment de la visite. Les justifications varient en fonction des professionnels interrogés. Pour certains, il s'agit de contrer les éventuelles fugues, pour d'autres, il s'agit de rappeler l'existence d'un cadre aux patients indisciplinés ou de leur rappeler leur statut de patient, ce qui pourrait contribuer à renforcer l'investissement d'une démarche de soins.

Le patient est suivi par le psychiatre qui le suit déjà au centre médico-psychologique ou par le psychiatre de liaison qui l'a reçu le jour de son arrivée. Le psychiatre précise sur une feuille pré-imprimée les consignes importantes concernant la vie du patient : droit aux visites, modalités d'accès au téléphone, droit aux sorties (au patio, au *Relais H* ou en ville), l'accompagnement pour des activités extérieures ; ces consignes sont actualisées sur la même feuille pré-imprimée.

C'est également lui qui va signer les certificats exigés par la loi du 5 juillet 2011. Un médecin somaticien intervient également en cas de besoin, à la demande du psychiatre ou des infirmiers (cf. § 6.1.8).

Une réunion hebdomadaire regroupe les sept psychiatres concernés par la prise en charge de patients dans l'unité, les internes, le cadre de santé, tous les infirmiers présents (celui de coupure reste présent dans l'unité avec les patients) y compris un infirmier de l'équipe de liaison ainsi que l'assistante sociale et la secrétaire du secteur concerné (selon le début ou la fin de réunion et que l'on traite des patients d'un secteur ou de l'autre). Un des psychologues du secteur 4, référent pour l'unité, y participe également mais était en congé maladie au moment du contrôle.

Tous les psychiatres interviennent à l'HPCD pour y suivre leurs patients mais aucun n'en a la responsabilité institutionnelle et aucun projet médical ni harmonisation entre les différentes pratiques n'y sont développés et ce bien que certains soignants soient venus y travailler pour contribuer au projet initial qui n'a jamais été mis en œuvre.

Cette unité est au cœur des paradoxes du pôle de psychiatrie et sa gestion ne fait l'objet d'aucun consensus au sein de « l'équipe soignante ». A l'exception de quelques activités improvisées ponctuellement par les soignants avec les moyens dont ils disposent (dessins, jeux de société, cuisine), il n'y a pas d'activité thérapeutique ni occupationnelle et les patients sont totalement inactifs. Compte tenu de leur pathologie, ils communiquent peu entre eux et la plupart sont très renfermés sur eux-mêmes. Les patients interrogés ont exprimé leur ennui et leur lassitude aux contrôleurs, d'autant que certains sont « enfermés » dans cette unité depuis de nombreuses années. Cela témoigne également du peu d'attention portée aux conditions de vie des patients et du peu de prise en compte de leurs besoins de base notamment en matière d'activités physiques malgré les conséquences effectives.

Le personnel de l'HPCD a également fait part de son découragement du fait du manque d'encadrement et de désaccords récurrents avec l'équipe médicale sur les modalités de prise en charge des patients. Cette atmosphère délétère a entraîné un grand nombre de départs.

D'une manière générale, si certains s'accordent sur le fait qu'il serait nécessaire de se réinterroger sur le fonctionnement de l'HPCD, l'inertie et le désenchantement qui règnent au sein de l'équipe médicale font qu'aucune réflexion commune n'est menée sur le sujet. Chacune des unités fonctionnant de façon isolée et autonome, aucune réflexion n'est menée pour permettre,

par exemple, aux personnes hospitalisées à l'HPCD de bénéficier de sorties encadrées dans le jardin de l'UPSA. Pourtant, des initiatives ont existé en ce sens. Ainsi, il a été indiqué aux contrôleurs qu'une année, l'UPSA avait organisé un barbecue avec les patients des quatre unités mais que l'opération n'avait pas été réitérée, faute d'autorisation.

6.4 L'unité psychiatrique de soins et d'accompagnement (UPSA)

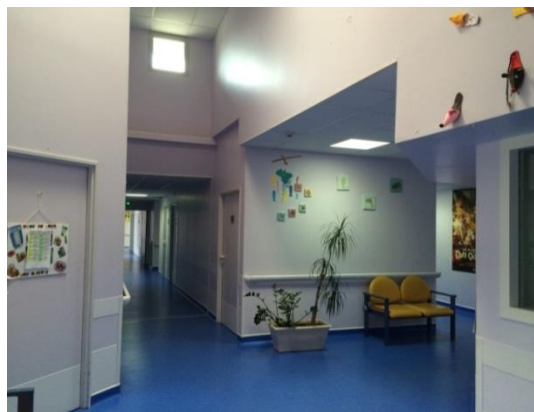
6.4.1 Les locaux

L'UPSA a été ouverte en 2007 ; elle est située dans un pavillon isolé du reste de l'hôpital, au milieu d'un vaste espace vert avec un petit jardin potager, librement accessible aux patients, clôturé par un grillage, et ouvert sur le parc de l'hôpital, la journée, par deux portails.

Unité intersectorielle accueillant principalement des patients pour des séjours longs, dans dix-huit chambres individuelles, elle est beaucoup plus spacieuse que les trois autres unités avec des espaces de jour et de nuit bien différenciés et bénéficie d'« espaces pour respirer » pour reprendre des propos tenus aux contrôleurs.



Plan de l'UPSA avec les deux ailes rectangulaires qui accueillent les chambres



Vue partielle du hall d'entrée de l'UPSA

Un poste de surveillance central, de 19 m², permet d'avoir un regard sur les trois ailes du bâtiment, deux accueillant chacune neuf chambres et la troisième accueillant les locaux de jour :

- une salle à manger de 36 m² comportant six tables de quatre places ;
- une cuisine de 21 m², destinée à accueillir l'activité « cuisine » ;

- une salle de 13 m², équipée de tables, chaises et téléphone pour les entretiens avec les familles ou le médecin ;
- une salle d'activité thérapeutique « jardin » de 20 m² ;
- une salle de sport de 20 m², équipée d'un vélo, de matériel de musculation et de matériels pour sports collectifs (ballons et cages de but de football) ;
- une salle d'activité « arts plastiques » de 20 m² ;
- une salle d'activité « esthétique » de 19 m² avec un point d'eau, un espace maquillage et une table de massage ;
- deux salles de télévision de 17 et 18 m² ;
- une salle de bain avec baignoire de 13 m² ;
- un bureau infirmier de 21 m² ;
- une salle de détente pour le personnel de 18 m² ;
- plusieurs espaces de réserves, buanderies et vestiaires.



La salle à manger et la salle d'activité « jardin »

Les dix-huit chambres individuelles sont spacieuses avec une superficie de 14 m². Elles sont meublées d'un lit, d'une table de nuit, d'une chaise, d'une commode et d'un placard, dont la clef est la plupart du temps conservée par le patient, sauf prescription médicale particulière. Le mobilier est moins médicalisé que dans les autres unités. Elles sont claires, propres, en bon état et équipées d'une large fenêtre qui peut s'ouvrir. Elles comprennent un local sanitaire attenant qui se verrouille de l'intérieur avec douche, toilette, lavabo.

6.4.2 Les patients

L'UPSA accueille des patients « stabilisés » et toutes les décisions d'affectation sont prises en réunion d'équipe après présentation de la situation clinique par un des infirmiers de l'unité d'hospitalisation d'origine. Cette unité a vocation à travailler la réinsertion et l'orientation vers une vie en milieu ouvert ou semi-ouvert. Par conséquent, et sauf exceptions dues à des problèmes de surcapacité au sein des autres unités, il n'y a pas d'admission directe (trois depuis 2007 dont deux en 2015) et les durées de séjour sont très prolongées ; ainsi, quatre patients y sont

hospitalisés depuis l'ouverture de l'unité, dont trois sont arrivés par transfert de l'hôpital de Jonzac où ils séjournent depuis plusieurs années, l'un d'entre eux étant hospitalisé depuis 45 ans.

Au moment de la visite des contrôleurs, trois patients étaient « en attente » d'une orientation vers un établissement médico-social : deux au sein d'une maison de retraite, un au sein d'un foyer occupationnel mais pour lequel aucun dossier n'a été déposé dans ce sens à la maison départementale des personnes handicapées. Toutefois, le personnel a indiqué la difficulté d'orienter certains patients vers d'autres structures, soit par manque de place, soit compte tenu du refus du patient et, parfois, en l'absence de stratégie partagée entre le médecin référent du patient et l'équipe soignante.

Le suivi médical assuré par le psychiatre référent est parfois tenu. Ainsi, certains patients **n'ont vu leur psychiatre que cinq fois dans les douze mois précédents** et, pour certains patients, il n'y a pas de projet thérapeutique précis et explicite. Le personnel a indiqué que certains médecins se désintéressent de leurs patients et qu'il est nécessaire de les relancer fréquemment afin qu'ils honorent leurs rendez-vous.

6.4.3 Fonctionnement de l'UPSA

Les portails d'accès au parc propre à l'UPSA sont ouverts de 8h à 19h. Les patients ont le droit de circuler librement au sein du centre hospitalier, y compris ceux qui sont hospitalisés sans leur consentement (six sur dix-huit au jour de la visite des contrôleurs) ; le bâtiment est fermé la nuit à partir de 22h environ, mais ouvert à la demande de tout patient qui souhaite fumer ou profiter de la douceur vespérale.

Les patients sont médicalement suivis par leur psychiatre référent du secteur d'origine ; cinq psychiatres différents interviennent à ce titre à l'UPSA selon des modalités variables et peu concertées. Le suivi institutionnel est assuré par un médecin du secteur 4 et une réunion hebdomadaire est organisée avec, le plus souvent, un médecin par secteur, le cadre et les infirmiers de l'unité et un des psychologues du secteur 5.

L'UPSA prévoit un certain nombre d'activités bien que le planning qui a été présenté aux contrôleurs soit obsolète :

- jardinage, mais cette activité a été quelque peu délaissée faute de personnel intéressé depuis que l'infirmier qui l'avait initiée est parti ;
- aquabulle, une fois par semaine, sur prescription médicale, pour deux patients ;
- cuisine, sur inscription tous les week-ends (fixation du menu et courses le samedi ; confection des plats le dimanche) pour trois ou quatre patients maximum,
- cinéma, le dimanche sur inscription (trois patients maximum) ;
- esthétique, deux fois par semaine ;
- activités manuelles, tous les jours ;
- karaoké et danse, de façon ponctuelle.

Les activités « piscine » et « expression corporelle » ont été supprimées.

Il en résulte qu'entre les activités supprimées ou laissées en déshérence et celles qui comportent un nombre de participants relativement réduit, les patients sont relativement peu occupés. Certes, ils paraissent moins désœuvrés que ceux de l'HPCD car ils ont l'autorisation de se

déplacer au sein de l'hôpital et de se regrouper dans le jardin, ce qui est d'autant plus aisé que la météo est favorable.

Il serait souhaitable de disposer d'un programme d'activités plus précis et que leur pérennité ne soient pas dépendantes des seuls goûts et affinités des personnels infirmiers ce qui pourrait être facilité par des collaborations entre les équipes infirmières des différentes unités et par la mutualisation des compétences.

De plus, les activités dans cette unité devraient permettre d'accueillir sur des projets et des créneaux horaires précis des patients hospitalisés dans les trois autres unités et en particulier de l'HPCD.

Ceci suppose qu'une démarche d'harmonisation et d'élaboration d'un projet médical commun soit mise en œuvre. Le personnel a d'ailleurs regretté que les projets ne soient pas forcément partagés et concertés entre les membres de l'équipe médicale.

Il n'en demeure pas moins que les infirmiers de l'UPSA sont là depuis longtemps pour la plupart, connaissent très bien les patients qu'ils accompagnent et avec lesquels ils semblent bien communiquer et sont impliqués.

Enfin il existe dans cette unité un groupe de parole avec un psychologue et des infirmiers référents une fois par mois ainsi qu'une réunion soignants/soignés en début d'année où les patients peuvent exprimer leurs satisfactions et frustrations concernant le fonctionnement du service.

7- L'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES

Le CH de Saintes a la responsabilité de l'organisation des soins, notamment psychiatriques, au sein de la maison d'arrêt de Saintes où sont incarcérés plus de 100 personnes détenues ; le protocole prévoit pour cela l'intervention d'un psychologue (0,20 ETP), d'infirmiers de liaison psychiatrique (0,20 ETP) et d'un psychiatre (0,05 ETP).

Toutefois, l'activité psychiatrique, au sein de la maison d'arrêt, est très modeste avec, pour l'année 2014, soixante-quatre actes infirmiers pour trente-quatre patients et quatorze entretiens médicaux pour treize patients. Ceci indique que le constat effectué en 2013 par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté lors de la visite de la maison d'arrêt **n'a pas évolué** malgré les observations alors faites demandant notamment que le protocole soit effectivement appliqué et que l'organisation des soins permette de répondre aux besoins de soins psychiatriques des personnes détenues (cf. rapport de visite d'avril 2013)³¹.

Ce sujet n'a pu être approfondi par les contrôleurs, en l'absence du médecin responsable de cette activité et du directeur de l'établissement (cf. § 1), mais leur attention a été attirée par plusieurs interlocuteurs sur les difficultés de prise en charge par le secteur de psychiatrie des

³¹Le rapport de visite de la maison d'arrêt de Saintes est disponible sur le site www.cgjpl.fr.

patients détenus avec une pathologie psychiatrique tant au sein de la maison d'arrêt que pour ceux dont l'état de santé pourrait justifier une hospitalisation.

Aucune hospitalisation de personnes détenues ne serait intervenue depuis janvier 2014 au CH de Saintes.

8- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

8.1 La procédure d'isolement

Un protocole daté du 1^{er} mars 2008 et révisé le 15 janvier 2014, est intitulé « Mise en chambre d'isolement thérapeutique - Psychiatrie pour adultes ». Il a été réalisé sous le timbre de la direction des soins et a été validé par les médecins responsables des deux secteurs. Il est connu des soignants et des médecins.

Il précise les textes de référence, les bonnes pratiques à respecter en matière de prescription, les modalités de la mise en chambre, la surveillance médicale et la surveillance infirmière ainsi que les modalités de sortie. Il fait état de l'existence d'une feuille de surveillance spécifique du patient en chambre d'isolement thérapeutique.

Il y est notamment prévu des prescriptions médicales horodatées, une surveillance médicale dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement et, au moins, deux visites médicales par jour. La feuille de surveillance prévoit au minimum une surveillance horaire et identifie de façon spécifique les différents niveaux de surveillance (surveillance visuelle, surveillance impliquant une relation avec le malade et paramètres à surveiller) et leur fréquence.

8.2 La procédure de contention

Un protocole intitulé « Contention physique en psychiatrie : surveillance infirmière des soignants » est daté du 15 septembre 2011 et a été révisé le 1^{er} octobre 2014. Réalisé également sous le timbre de la direction des soins, il est visé par les différents cadres de santé mais n'est pas visé par un médecin.

Il précise que la contention physique est un acte de soins qui relève d'une prescription médicale horodatée, valable 24 heures et qui doit être motivée. Il précise également que la surveillance médicale doit être assurée au moins toutes les 24 heures ainsi que les points sur lesquels doit porter la surveillance infirmière (état psychologique, somatique, satisfaction des besoins fondamentaux). Une feuille de surveillance journalière spécifique est jointe au protocole.

Il n'y a pas de protocole médical sur la contention.

8.3 Les pratiques en matière d'isolement et de contention

Une seule chambre dite d'isolement thérapeutique est disponible dans l'établissement ; elle est située au sein de l'unité HPCD (cf. § 6.3.1). Ni son occupation, ni la surveillance des patients qui y sont soignés ne sont tracées dans un registre spécifique ou dans le dossier du patient informatisé et donc pas, non plus, dans le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P). Il a été porté à la connaissance des contrôleurs soixante et un jours en chambre d'isolement au cours du

seul premier semestre 2015 pour des patients n'étant plus actuellement hospitalisés à l'HPCD, donc non compris les séjours concernant des patients toujours hospitalisés dans cette unité.

L'information d'un placement en chambre d'isolement n'est pas systématiquement communiquée au médecin généraliste, qui n'assure donc pas de suivi médical somatique des patients concernés.

Le placement d'un patient dans cette chambre entraîne effectivement la création de la feuille de surveillance spécifique prévue par le protocole, dans le dossier « papier » du patient sur laquelle les infirmiers doivent indiquer, heure par heure, les éléments de surveillance clinique des patients concernés en complétant théoriquement les rubriques correspondantes. La chambre classique du patient lui est conservée pendant son placement en isolement.

En pratique, il apparaît que les protocoles sont loin d'être systématiquement respectés. De fait, il apparaît, à travers l'analyse de différents dossiers, que :

- la prescription a quasiment toujours été anticipée avec une « prescription si besoin » **qui n'est pas toujours confirmée dans des délais brefs par une nouvelle prescription à la suite d'un examen médical du patient concerné,**
- le suivi médical psychiatrique quotidien n'est pas effectif notamment les fins de semaine ou quand la mesure dure ; elle n'est, le plus souvent, pas tracée quand l'isolement thérapeutique se fait sur un mode séquentiel. Le médecin généraliste n'intervient que ponctuellement à la demande expresse du psychiatre ou des infirmiers,
- la surveillance infirmière n'apparaît pas systématique sur certaines plages horaires diurnes ou nocturnes sans pour autant qu'il soit possible d'affirmer que la mesure de contention ou celle de mise en chambre d'isolement thérapeutique a été levée ; la surveillance des différents paramètres prévus par le protocole n'est pas toujours tracée dans la feuille prévue à cet effet, sans qu'il soit possible de savoir si cela reflète l'absence de surveillance ou l'absence de traçabilité de celle-ci,
- le recours à la contention en chambre ordinaire serait fréquent, d'après des propos rapportés aux contrôleurs, mais ne ferait pas systématiquement l'objet d'une traçabilité ; si un malade est placé sous contention dans sa chambre, celle-ci sera systématiquement fermée à clef pendant toute la durée de la contention et s'il était initialement en chambre double, il sera préalablement transféré en chambre individuelle. Le PC sécurité est systématiquement informé de cette situation ;
- **les contentions peuvent être prolongées durant 48 heures, voire cinq et six jours pour les situations étudiées, et un patient mis ponctuellement sous contention avec une prescription « si besoin » mais non vu par un médecin depuis quarante-cinq jours ;**
- les infirmiers ne maîtrisent pas toujours, à l'issue de leur formation initiale, ces techniques de soins ; ceci a conduit à la mise en place d'un « tutorat non formalisé » au sein des unités de soins qui mériterait d'être mieux formalisé et systématisé.

Trois situations d'isolement relevées

- prescription « si besoin » du 7 juillet ; Mise en CIT³² le 9 juillet à 13h; information selon laquelle le patient a été vu par un psychiatre le lendemain à 18h soit vingt-neuf heures après le placement en CIT. Sur le dossier on ne trace que deux entretiens médicaux pendant les cinq premiers jours en CIT ;
- prescription de « contention si besoin » le 17 juin, mise sous contention du 18 au 23 juin avec inscription sur la feuille de surveillance de la suspension de la contention pour le repas le 20 juin (pas de prescription explicite) ; le 23 juin prescriptions de « de contention», mise en chambre d'isolement thérapeutique, et contention « si besoin ». Pas de prescription médicale explicite mais passage d'un médecin noté quotidiennement du 18 au 26. Pas de visite médicale les 27 et 28 juin, levée de CIT le 29 juin avec notée une sortie de CSI le 29 juin à 10h sur le dossier papier du patient mais rien sur la feuille de surveillance infirmière depuis le 28 juin 20h30 ;
- mise en CIT avec contention pendant 53 heures et pendant cette période un dimanche sans trace de passage d'un médecin ni de surveillance infirmière entre 7 et 13 h ce même dimanche.

³² CIT chambre d'isolement