



**Centre hospitalier d'Alès-
Cévennes**
(Gard)

30 novembre - 4 décembre 2015

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier (CH) d'Alès-Cévennes (Gard) du lundi 30 novembre au vendredi 4 décembre 2015. A l'issue de leur visite, les contrôleurs ont rédigé un rapport de constat, qui a été transmis le 9 juin 2016 au directeur du centre hospitalier. Celui-ci a formulé des observations dans un courrier adressé au Contrôle général des lieux de privation de liberté le 6 juillet 2016.

L'établissement public de santé s'inscrit avec six autres établissements du Gard dans la communauté hospitalière de territoire Cévennes-Gard-Camargue. Cet hôpital récent, objet d'une rénovation en 2011, regroupe de nombreuses spécialités au sein de six pôles d'activité¹.

Le pôle de psychiatrie comprend deux secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, pour la prise en charge de la population de la ville d'Alès et celle du bassin alésien. Le CH ne dispose pas de structure pour hospitaliser à temps complet des enfants et des adolescents. La psychiatrie de l'adulte est organisée autour de trois unités ouvertes de 66 lits dont une unité intersectorielle de 18 lits pour les patients chroniques de longue durée. Les deux autres unités dites « entrantes » sont dédiées à l'accueil des patients de leur secteur. Le taux d'occupation des unités d'hospitalisation était entre 80% et 100% en 2014 et 2015.

Le pôle psychiatrie est implanté dans un bâtiment à proximité immédiate des services administratifs et logistiques du centre hospitalier.

Des points forts, parmi ceux cités dans le rapport, sont ressortis de la visite des contrôleurs concernant :

Les locaux :

- l'agencement fonctionnel des locaux en concertation avec les équipes soignantes et la luminosité des locaux collectifs et individuels (baies vitrées) offrant aux patients un espace de vie convivial (la cafeteria au rez-de-chaussée est le passage obligé vers le patio central) ;
- la propreté des locaux collectifs et des locaux d'hébergement ;
- les chambres individuelles normales et des chambres fermables fermées (CFF) avec un cabinet de toilette dont l'équipement et la fermeture possible de l'intérieur, préservent l'intimité et la dignité des patients ;

La formation :

- le personnel infirmier bénéficie d'une offre de formation spécialisée et adaptée à la prise en charge des patients en psychiatrie, notamment à des ateliers thérapeutiques animés par des soignants selon une rotation semestrielle.

¹ Le pôle génie médical, le pôle chirurgie mère-enfant, le pôle médecine, le pôle soins aigus, le pôle psychiatrique et le pôle hébergement personnes âgées.

Le projet de soins :

- la qualité du projet de soins orienté vers l'autonomisation et la resocialisation des patients (des activités diversifiées au pôle psychiatrie, la création d'un groupe de « soignants-soignés » à l'unité intersectorielle).

Les activités :

- le dynamisme de l'association locale finançant l'essentiel des activités thérapeutiques en faisant participer quelques patients et apportant un soutien financier aux patients en tant que de besoin.

Certains points restent cependant à améliorer.

Le pôle psychiatrie adulte ne dispose pas de structure pour hospitaliser à temps complet un enfant-adolescent. Il arrive qu'à la demande de l'unité psychiatrique de liaison et d'urgence (UPLU), une unité accueille en urgence et dans un temps court un patient mineur de 16 à 18 ans² dans l'attente de son transfert dans les unités de pédopsychiatrie d'Uzès ou de Nîmes.

Au plan des ressources humaines, les contrôleurs ont relevé un manque de personnel médical alors que l'activité était plutôt en augmentation. Au moment de leur visite, deux postes de médecins psychiatres étaient vacants. Cette situation oblige le chef de pôle à se partager entre ses activités de chef de pôle, les consultations ambulatoires en centre médico-psychologique (CMP) et la prise de permanence à tour de rôle des psychiatres à l'UPLU. En dépit de leur engagement personnel, le temps de présence des médecins auprès des patients n'est pas continu, ce qui nuit à la qualité de la prise en charge. En l'absence de médecin généraliste au pôle psychiatrie, les infirmiers font appel à des internes de garde en dehors des heures ouvrables de travail. Il est indispensable d'ouvrir un ou plusieurs postes de médecin généraliste dans le service de psychiatrie.

Quant au personnel non médical, le cadre supérieur de santé se montre dynamique et très présent auprès des équipes de soignants, les absences ponctuelles n'étant pas compensées par des agents extérieurs.

Les arrêtés préfectoraux et les décisions du directeur de l'hôpital ne sont pas accompagnés de l'information complète sur les droits et les recours des patients hospitalisés sous contrainte.

Les contrôleurs ont relevé un important retard dans le classement des dossiers et dans la tenue du registre de la loi, retard résultant d'une gestion défailante du service général des admissions. La reprise récente par le secrétariat du pôle psychiatrie est de bon augure ; la résorption du retard, considérée comme prioritaire, devrait être vite solutionnée tant le personnel est apparu motivé, compétent et très réceptif aux recommandations des contrôleurs.

² Les mineurs de 16 ans sont admis en pédiatrie sauf en cas d'agitation extrême

L'établissement hospitalier devrait mettre en œuvre les moyens nécessaires pour assurer l'information des patients hospitalisés sous contrainte (diffusion, affichage) ainsi que pour prendre en compte la spécificité de la psychiatrie dans le règlement intérieur de l'établissement et le livret d'accueil.

Un projet de construction d'une salle pour la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention au centre hospitalier est à l'étude ; il doit se concrétiser pour ainsi être en conformité avec les exigences de la loi de septembre 2013.

La politique du pôle psychiatrie est de ne pas pratiquer la contention physique. Le recours à l'isolement est toutefois fréquent, encadré par un protocole pour les chambres d'isolement. A son arrivée dans l'unité, la mise en pyjama est systématique mais le patient n'est pas obligatoirement placé en chambre d'isolement. L'utilisation des chambres « fermables fermées » comme des chambres d'isolement pose également question, d'autant qu'aucun protocole n'est formalisé concernant ces pratiques, attentatoires à la liberté d'aller et venir. Les mineurs y sont ainsi placés provisoirement afin d'être séparés des adultes. L'ouverture d'un registre d'isolement et de contention tant pour les chambres d'isolement que pour les chambres « fermables fermées » est à mettre en œuvre sans délai.

De manière générale, la prescription du port du pyjama pour les patients hospitalisés dans une des trois unités ouvertes est certes un moyen de repérer des sorties non autorisées, mais porte gravement atteinte à la dignité du patient.

L'aménagement des chambres d'isolement, sans accès permanent aux toilettes, sans bouton d'appel, avec un matelas posé à même le sol, n'est pas conforme au respect dû aux patients qui y sont placés.

Les contrôleurs ont constaté une attention forte des équipes soignantes malgré le déficit de poste de médecins psychiatres.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. **Bonne pratique** 14
La conception des locaux a été faite en concertation avec les équipes soignantes
2. **Bonne pratique** 19
La politique de formation du personnel améliore la prise en charge spécifique en psychiatrie..... 19
3. **Bonne pratique** 36
La taille des chambres et des cabinets de toilette attenants, ainsi que leur aménagement sont respectueux de la dignité et de l'intimité des personnes. Le fait qu'elles soient fermables de l'intérieur est une bonne pratique.
4. **Bonne pratique** 48
L'affectation d'infirmiers formés et dédiés à l'animation des activités thérapeutiques permet la pérennité de celles-ci et offre aux patients une prise en charge de soins diversifiée.
5. **Bonne pratique** 48
La socialisation et la participation institutionnelle des patients dans des groupes soignants-soignés à l'unité C est à souligner.
6. **Bonne pratique** 54
La lingère facilite, avec pédagogie et convivialité, l'autonomisation, voire l'apprentissage, des patients à l'entretien régulier de leurs effets personnels.
7. **Bonne pratique** 56
La conservation des téléphones portables par les patients est la règle, la non conservation l'exception. Ceux prenant des photos ou recevant Internet sont autorisés comme les autres.
8. **Bonne pratique** 60
La mise en place au sein de l'aumônerie d'un répondeur téléphonique unique pour les trois cultes, exploité toutes les deux heures, permet de donner une réponse rapide à une demande d'entretien, il serait plus accessible si le numéro complet (dix chiffres) était donné aux patients qui souhaitent appeler d'un portable.
9. **Bonne pratique** 71
L'association *Sauto Cabre* finance l'essentiel des activités thérapeutiques en faisant participer aux décisions quelques patients. Elle apporte également un soutien financier de dépannage aux patients qui en ont besoin, après examen de leur situation. Le principe de la rotation semestrielle des animateurs d'activités parmi les soignants assure une garantie thérapeutique à ces activités.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

10. **Recommandation** 17
L'effectif de médecins psychiatres doit être remis à un niveau suffisant pour assurer la qualité de la prise de charge des patients.
11. **Recommandation** 19
Une réflexion mérite d'être engagée par le comité d'éthique sur les questions liées à la psychiatrie.

- 12. Recommandation** 25
 Les modèles d'arrêtés préfectoraux et de décisions du directeur du centre hospitalier pour les soins sans consentement devraient comporter une information complète sur les droits et recours ouverts aux patients, même si cette information n'est pas fournie dans les modèles proposés par l'administration.
- 13. Recommandation** 27
 Il est urgent d'effectuer la mise à jour des registres de la loi puis d'en maintenir la tenue régulière.
- 14. Recommandation** 29
 Le règlement intérieur de l'établissement est conçu principalement pour répondre aux besoins des patients hospitalisés dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) et non à ceux des patients admis en psychiatrie. La création d'un règlement intérieur à caractère général adapté au pôle psychiatrie est nécessaire (voir également la recommandation suivante).
- 15. Recommandation** 30
 Des règlements intérieurs spécifiques au pôle psychiatrie ou à ses unités sont nécessaires. Une seule unité dispose d'un tel règlement intérieur qui n'est ni diffusé aux patients hospitalisés ni affiché.
 Les règlements intérieurs devraient être soumis à l'avis de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), comme cela a été recommandé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans le rapport d'activité 2013.
- 16. Recommandation** 32
 Le livret d'accueil du centre hospitalier doit traiter aussi de l'hospitalisation en psychiatrie (chambres individuelles sans téléphone, téléviseur, accès à internet, ni sonnette ; remise des objets de valeur aux infirmiers ; charte de l'utilisateur en santé mentale, voies et les moyens de recours avec les coordonnées des autorités concernées, procédure de passage devant le juge des libertés et de la détention) et être remis à chaque patient hospitalisé.
- 17. Recommandation** 32
 L'affichage des règles de vie, autres que les horaires, est à développer.
- 18. Recommandation** 33
 La remise en place d'une procédure permettant de vérifier que les patients ont eu connaissance de leurs droits et de leurs devoirs apparaît nécessaire, car la procédure mise en place en 2009 n'est plus appliquée.
- 19. Recommandation** 37
 La mise en place de bouton d'appel dans les chambres et les cabinets de toilette attenants est nécessaire. Un dispositif pour poser les vêtements pendant la douche doit être installé.
- 20. Recommandation** 38
 L'équipement des chambres d'isolement est insuffisant : le matelas est posé à même le sol, sans sommier ; en l'absence de sonnette et d'interphone, le patient ne peut pas appeler dignement un soignant ; la présence d'un seau hygiénique au lieu d'un accès libre à des toilettes est également une atteinte à la dignité.
- 21. Recommandation** 43
 Il est nécessaire qu'un médecin généraliste soit à la disposition des unités de psychiatrie.

| | |
|--|----|
| 22. Recommandation | 46 |
| La prescription de port du pyjama d'hôpital, porte atteinte à la dignité du patient. | |
| 23. Recommandation | 48 |
| L'accompagnement actif à la socialisation et à la participation institutionnelle des patients de l'unité C tel que le travail d'accompagnement effectué par la lingère, les accompagnements extérieurs et les groupes de paroles soignants-soignés, devraient être plus amplement déployé pour les patients des unités A et B. | |
| 24. Recommandation | 50 |
| Il serait souhaitable que la pratique du placement de patient en chambre « fermable fermée » (CFF) soit encadrée par un protocole mentionnant le but de cette mesure et que son utilisation soit évaluée et tracée dans un registre. | |
| 25. Recommandation | 50 |
| Le recours à l'isolement, en chambre d'isolement dans des conditions matérielles indignes (cf. § 6.2.1.2) et dans les chambres « fermables fermées » est fréquent dans les unités A et B. Il convient de rechercher une alternative à cette pratique, qui devrait être de dernier recours. | |
| 26. Recommandation | 51 |
| La distribution des médicaments, notamment dans les unités A et C, doit être organisée de manière à protéger la confidentialité des soins vis-à-vis des autres patients et à permettre un temps d'échange individualisé. | |
| 27. Recommandation | 57 |
| Les règles de vie de chaque unité devraient formaliser les pratiques de conservation de l'argent et des objets de valeur à usage quotidien. | |
| 28. Recommandation | 60 |
| L'information des patients sur l'aumônerie pourrait être améliorée par l'indication de ses locaux à l'accueil et la remise du formulaire leur demandant s'ils souhaitent la visite d'un aumônier (circulaire du 20 décembre 2006 et circulaire du 5 septembre 2011). | |
| 29. Recommandation | 60 |
| L'établissement d'une procédure ou d'un protocole visant à formaliser le recueil des demandes des patients afin de leur permettre d'exercer, selon différentes modalités, leur droit de vote serait utile. | |
| 30. Recommandation | 62 |
| Il est nécessaire d'afficher la liste des avocats inscrits au barreau. | |
| 31. Recommandation | 63 |
| Une salle d'audience doit être rapidement aménagée au sein du CH d'Alès conformément à la loi de septembre 2013. | |
| 32. Recommandation | 65 |
| La présence de représentant(s) d'utilisateur du pôle psychiatrie ou d'association de familles dans la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) du centre hospitalier est nécessaire, comme cela a été recommandé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans le rapport d'activité 2013. | |
| 33. Recommandation | 66 |
| La diffusion d'un questionnaire de satisfaction au sein du pôle psychiatrie, à défaut de questionnaire e-Satis, est une nécessité. | |

-
34. **Recommandation** 67
Les documents de clôture des événements indésirables (EI) devraient d’être adressés de façon systématique au moins au cadre supérieur de santé et éventuellement aux cadres de santé du pôle psychiatrie pour les événements concernant le pôle.
35. **Recommandation** 69
Le livret de l’association d’usagers habilitée à intervenir en psychiatrie devrait être diffusé aux familles des patients hospitalisés ainsi qu’être mis à l’affichage. Une information plus large sur les structures d’accueil et d’activités, autre que l’hospitalisation, telles que les GEM est à assurer auprès des patients.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| OBSERVATIONS | 5 |
| 1- Conditions générales de la visite | 10 |
| 2- Présentation générale de l'établissement..... | 11 |
| 2.1 <i>La psychiatrie dans le département du Gard</i> | <i>11</i> |
| 2.2 <i>Présentation générale du centre hospitalier d'Alès</i> | <i>12</i> |
| 3- Le personnel..... | 15 |
| 4- L'activité des unités d'hospitalisation en psychiatrie | 20 |
| 5- l'arrivée et les droits des patients admis sans consentement | 23 |
| 5.1 <i>Les modalités d'admission</i> | <i>23</i> |
| 5.2 <i>La notification de la décision d'admission et les voies de recours</i> | <i>25</i> |
| 5.3 <i>Le registre de la loi</i> | <i>26</i> |
| <i>Le directeur, dans sa réponse écrite du 6 juillet 2016, précise que le retard constaté au moment du</i> | |
| <i>contrôle a été résorbé.</i> | <i>27</i> |
| 5.4 <i>L'information des patients admis.....</i> | <i>27</i> |
| 6- locaux | 33 |
| 6.1 <i>L'organisation architecturale générale des unités est adaptée.....</i> | <i>33</i> |
| 6.2 <i>Les chambres, toutes individuelles, sont claires et bien conçues à l'exception des chambres</i> | |
| <i>d'isolement.....</i> | <i>34</i> |
| 7- La prise en charge des patients | 42 |
| 7.1 <i>Les soins somatiques.....</i> | <i>42</i> |
| 7.2 <i>Les soins psychiatriques</i> | <i>44</i> |
| 8- Les mécanismes de contrôle | 61 |
| 8.1 <i>L'intervention du juge des libertés et de la détention.....</i> | <i>61</i> |
| 8.2 <i>La commission départementale des soins psychiatriques</i> | <i>63</i> |
| 8.3 <i>Les autorités.....</i> | <i>64</i> |
| 8.4 <i>Les incidents et leur traitement n'appellent que peu d'observations du point de vue du respect</i> | |
| <i>des droits fondamentaux</i> | <i>64</i> |
| 8.5 <i>Les associations.....</i> | <i>68</i> |
| 9- La sortie | 71 |

Contrôleurs :

- Muriel Lechat, chef de mission ;
- Virginie Brulet ;
- Marie-Agnès Credoz ;
- Vianney Sevaistre.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier d'Alès-Cévennes (Gard) du 30 novembre au 4 décembre 2015.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier le lundi 30 novembre à 16h30. Ils ont quitté l'établissement le vendredi 4 décembre à 10h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission en présence du vice-président du conseil de surveillance, de la directrice référente en psychiatrie, de la présidente de la commission médicale de l'établissement (CME), du médecin chef de pôle de psychiatrie, du cadre supérieur de santé du pôle de psychiatrie, du médecin chef des urgences, du médecin responsable de l'information médicale, de la pharmacienne responsable de la pharmacie, de la directrice des ressources humaines et de la responsable de la gestion administrative des patients.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Les contrôleurs ont bénéficié d'une salle de travail ainsi que d'un ordinateur portable permettant l'accès au site intranet.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

Ont été avisés de leur visite :

- le directeur de cabinet du préfet du Gard;
- la direction de l'agence régionale de santé (ARS) de Nîmes ;
- le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) d'Alès.

Les contrôleurs se sont, en outre, entretenus avec des représentants syndicaux (FO).

Ils ont rencontré les autorités judiciaires (procureur et président du TGI).

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 4 décembre en présence du directeur, du

médecin chef de pôle, du vice président du conseil de surveillance, de la directrice référente en psychiatrie, de la directrice des soins infirmiers, de la cadre supérieure de santé du pôle, du président et d'une représentante de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), de la responsable de la gestion administrative des patients.

Les contrôleurs ont accompagné un patient à l'audience du juge des libertés et de la détention le 8 décembre 2015 et, à cette occasion, ont rencontré le président du tribunal de grande instance et le procureur de la République.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport qui a été transmis au directeur du centre hospitalier d'Alès le 9 juin 2016. Celui-ci a fait part de ses observations dans un courrier adressé au Contrôle général des lieux de privation de liberté le 6 juillet 2016.

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 La psychiatrie dans le département du Gard

La ville d'Alès compte 40 000 habitants et le bassin alésien, 180 000 habitants.

Les deux secteurs de psychiatrie générale et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile du pôle psychiatrie du CH de Alès prennent en charge la population de la ville d'Alès, ainsi que celle du bassin alésien.

Le centre hospitalier Alès-Cévennes est un établissement public de santé à vocation multiple qui assure, outre les soins et l'hébergement de personnes nécessitant une prise en charge hospitalière, la formation des personnels, des programmes de recherche et des actions de prévention.

Le CH d'Alès comprend une gouvernance tripartite conforme à la loi HPST (hôpital patients, santé, territoire)³. Dans une logique de complémentarité de soins et de mutualisation des moyens pour une meilleure qualité de service public rendu, l'établissement travaille en étroite collaboration avec les six autres établissements publics de santé du Gard, dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire Cévennes Gard Camargue : le centre hospitalier régional universitaire (CHU) de Nîmes, le centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze, le centre hospitalier de Pontails et Bressis, le centre hospitalier de Pont-Saint-Esprit, le centre hospitalier d'Uzès et le centre hospitalier du Vigan.

Outre la psychiatrie d'Alès, le département du Gard comprend :

- le centre hospitalier spécialisé (CHS) d'Uzès avec la psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et la gérontopsychiatrie ;
- le CHU de Nîmes avec la psychiatrie de l'adulte, la pédopsychiatrie et la gérontopsychiatrie.

³ Références site internet CH Alès

Il comprend en outre quatre cliniques (clinique de Quissac, des Sophoras, du Mont Duplan, du Pont du Gard) ;

2.2 Présentation générale du centre hospitalier d'Alès

Le CH d'Alès est un hôpital récent compte tenu à la rénovation dont il a fait l'objet en 2011.

Le CH d'Alès, hôpital récent dont la construction date de 2011, s'étend sur 10 ha avec les espaces verts. Avec 292 lits et places, il regroupe les services de médecine, chirurgie et obstétrique, le plateau technique ainsi que les services administratifs et logistiques. Le CH regroupe de nombreuses spécialités au sein de six pôles d'activité : le pôle génie médical, le pôle chirurgie-mère-enfant, le pôle médecine, le pôle soins aigus, le pôle psychiatrie, le pôle hébergement personnes âgées.

Le pôle hébergement des personnes âgées comprend six établissements spécialisés (EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

A proximité immédiate du bâtiment accueillant les services administratifs et logistiques, se trouve le service de la psychiatrie.



L'entrée du bâtiment MCO inauguré en 2011



*Vue aérienne du bâtiment
d'hospitalisation du pôle psychiatrie*



Vue aérienne du nouveau bâtiment**

** Photos fournies par le centre hospitalier Alès-Cévennes*

2.2.1 L'organisation fonctionnelle

La psychiatrie regroupe la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ainsi que la psychiatrie de l'adulte.

La pédopsychiatrie propose, au cas par cas, une activité d'hospitalisation de jour de 10 places ou d'hospitalisation à domicile de 14 places. Ce service dispose pour les soins et traitements ambulatoires de trois centres médico-psychologiques (CMP) pour l'enfant et l'adolescent (Alès, St Ambroix et Le Vigan), d'un centre médico-psychologique adolescents pour les soins spécifiques aux adolescents à Alès ainsi que d'un hôpital de jour « La rose verte » à Alès.

Pour l'hospitalisation, la psychiatrie de l'adulte dispose de trois unités ouvertes (les unités A, B et C) comprenant 66 lits en chambres individuelles dont 48 pour les patients entrants en situation aiguë. Les patients entrants sont hébergés dans les unités A et B et ceux hospitalisés de longue durée le sont dans l'unité C comportant 18 lits.

Au sein de l'unité A, sont regroupés les patients du secteur Nord (30 G 03) comprenant Alès, la Grand'Combe et Génolha ; au sein de l'unité B, ceux du secteur Sud (30 G 04) comprenant Alès, Bessèges, St Ambroix, Barjac, Vézénobres. Quant à l'unité C, il s'agit d'une unité intersectorielle. L'offre de service des deux secteurs de psychiatrie adulte propose trois centres médico-psychologiques pour les soins et traitements ambulatoires (à Alès, St Ambroix, La Grand'Combe), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel à Alès et l'hôpital de jour « Le Mas Chalon » à Alès.

Il convient de préciser que les structures actuelles ne permettent pas l'hospitalisation à temps complet d'un enfant-adolescent au pôle psychiatrie de l'adulte. Hors, il arrive exceptionnellement, selon les informations recueillies, **qu'une telle hospitalisation se produise à la demande de l'unité psychiatrique de liaison et d'urgences (UPLU). Cette situation s'effectue dans l'urgence ; elle est provisoire dans l'attente du transfèrement de l'enfant-adolescent au CH de Nîmes ou au CHS d'Uzès. Afin de l'isoler des patients adultes, l'adolescent est alors placé dans une chambre d'isolement ou dans une chambre fermée, fermable (CFF) (cf. § 5.1).**

2.2.2 L'implantation du pôle de psychiatrie adulte

Le bâtiment d'hospitalisation du pôle psychiatrie forme un quadrilatère de 110 m de longueur sur 40 m de largeur. Il est situé au 811, avenue du Docteur-Jean-Goubert. Ce bâtiment, d'une surface de 5 200 m², a été construit en 2002 sur trois niveaux (un sous-sol, un rez-de-chaussée et un étage). L'entrée des patients et des visiteurs est située au rez-de-chaussée du milieu de la façade Ouest, la plus longue.

Le rez-de-chaussée est occupé au Sud et au Nord respectivement par les unités A et B, dont les architectures sont symétriques. Les locaux entre les deux unités sont destinés à l'accueil et aux activités communes à l'ensemble des patients. Un étage, au-dessus de l'unité A et des locaux communs, accueille l'unité C, des bureaux et des salles d'activité.

Le bâtiment étant construit sur une pente, un sous-sol occupe une partie de l'Est du bâtiment et accueille les services techniques (arrivée de la restauration, départ des poubelles, etc.).

Le bâtiment est ceint par un grillage, sur la quasi-totalité de son périmètre. Un jardin thérapeutique a été aménagé dans la partie du Sud, il recouvre environ 2 000 m².

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que l'architecture avait bien pris en compte le besoin de convivialité ou de socialisation et que l'ensemble des locaux et du mobilier était en excellent état, même si les décorations murales étaient rares. **Selon les informations recueillies, les équipes de soignants ont été associées à la conception et à l'agencement des locaux.**

Les anciens locaux, situés à l'arrière du bâtiment, sont occupés par un service de soins de suite et de rééducation.

Situé au Nord d'Alès, le CH est le terminus de deux lignes régulières de bus qui transitent notamment par la gare routière ; la ligne 2 fonctionne du lundi au samedi à partir de 6h31 et la ligne 5 les dimanches et fêtes seulement à partir de 14h35. Dans le centre ville, des panneaux directionnels indiquent le centre hospitalier.

Les personnes véhiculées peuvent bénéficier d'un parking visiteurs gratuit, commun au CH. Le pôle psychiatrie dispose de quelques places de stationnement devant le bâtiment.

Il n'existe qu'un accès pour pénétrer dans le bâtiment de la psychiatrie ; l'entrée est libre de 8h à 19h. Un sas vitré permet de pénétrer dans un hall d'entrée arboré, meublé de deux chaises. Sur la gauche de l'entrée, le bureau de la cadre supérieure de santé et dans le prolongement, le secrétariat du pôle comportant un guichet d'accueil. Sur la droite, un ascenseur ainsi qu'un escalier permettent d'accéder à l'étage.

Face à l'entrée, la cafétéria ainsi qu'une salle d'activités constituées de baies vitrées. De par et d'autre, un couloir dessert sur la gauche, les locaux de l'unité B et sur la droite, ceux de l'unité A.

La sécurité du centre hospitalier est principalement constituée d'un service de sécurité incendie, fonctionnant 24h sur 24. Il comprend cinq agents sous la responsabilité d'un chef de service, pour assurer l'accueil, le poste de sécurité et des rondes pédestres de surveillance sur l'emprise du CH.

Le CH est équipé d'une quarantaine de caméras de vidéosurveillance ; aucune n'est installée à l'intérieur du pôle psychiatrique. Selon les informations recueillies, il est prévu en 2016, l'installation d'une caméra à la sortie du bâtiment et deux à l'arrière sur le parking de l'ancien bâtiment.

Le personnel en psychiatrie n'est pas doté de protection du travailleur isolé (PTI) ; dans la pratique, le personnel soignant des unités se regroupe en cas de situation d'urgence pour intervenir en renfort.

La nuit, une ronde de surveillance est effectuée en psychiatrie. En cas de problème, le cadre d'astreinte est contacté.

Bonne pratique

La conception des locaux a été faite en concertation avec les équipes soignantes.

2.2.3 Les données financières

Le budget annuel du centre hospitalier est de l'ordre de 150 millions d'euros, avec 125 millions d'euros pour le budget principal et de 25 millions d'euros pour les budgets annexes.

Le pôle psychiatrie émerge sur le budget principal du centre hospitalier qui inclut les budgets de l'ensemble des unités relevant du pôle (centres médico-psychologiques, hôpital de jour, etc.).

Lorsque des patients appartenant aux secteurs psychiatriques relevant de la compétence du centre hospitalier Alès-Cévennes sont transférés vers le centre hospitalier d'Uzès – pour les adultes – ou vers le centre hospitalier de Nîmes –, ils sont sortis de la comptabilité du centre hospitalier Alès-Cévennes. Lorsque ces patients sont réhospitalisés au centre hospitalier Alès-Cévennes, ils sont repris en compte dans sa comptabilité.

| <i>Montants exprimés en milliers d'euros</i> | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 prévision |
|--|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------|
| Montant des dépenses Budget général | 95800 | 104 100 | 108 800 | 108 900 | 119 600 | 121 600 |
| Résultat comptable Budget général | 13 | 138 | 36 | - 457 | - 1 020 | - 747 |
| Montant de la DAF* Psy (recettes) | 11600 | 12 100 | 12 500 | 12 507 | 12 575 | 12 600 |

* DAF : dotation annuelle de financement

La DAF est stable depuis 2012, avec une légère augmentation de 0,54 % en 2014.

Si le budget général du centre hospitalier fait apparaître un déficit d'exploitation en 2013 et en 2014, la comptabilité analytique fait apparaître des résultats positifs de 683 000€ pour 2013 et de 54 000€ pour 2014 pour le pôle psychiatrique.

3- LE PERSONNEL

Le tableau suivant présente les effectifs des unités d'hospitalisations en psychiatrie de du CH d'Ales-Cévennes au moment de la visite, selon les données fournies par l'établissement :

| | Service commun aux unités d'hospitalisation | | Unité A | | Unité B | | Unité C | |
|----------------------------------|---|-------------------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | Nombre | ETPR ⁴ | Nombre | ETPR | Nombre | ETPR | Nombre | ETPR |
| Praticien hospitalier psychiatre | | | 2 | 0,65 | 2 | 0,65 | 1 | 0,5 |
| Praticien contractuel psychiatre | | | 1 | 0,6 * | | | | |
| Praticien attaché des hôpitaux | | | | | 1 | 0,9 | | |
| Total temps médical | | | | 1,25 | | 1,55 | | 0,5 |
| Cadre supérieur de santé | 1 | 1 | | | | | | |
| Cadre de santé | | | 1 | 0,80 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| IDE ⁵ | | | 17 | 16,86 | 17 | 16,97 | 18 | 16,70 |
| Psychologue | | | | | 1 | 0,3 | 1 | 0,5 |
| Personnel socio-éducatif | 1 | 0,5 | | | | | 1 | 0,5 |
| Assistante sociale | | | 1 | 0,60 | 1 | 0,6 | 1 | 0,5 |
| ASH ⁶ | 3 | 3 | 6 | 6 | 6 | 6 | 8 | 8 |
| Assistant médico-administratif | 3 | 0,9 | 1 | 0,50 | 1 | 0,49 | 1 | 0,2 |

* Ce praticien était en réalité absent lors de la visite, car il était dans une période d'écoulement de ses congés avant son départ en retraite.

⁴ ETPR = Equivalent temps plein rémunéré

⁵ IDE : Infirmier diplômé d'Etat

⁶ ASH : agent de service hospitalier

L'effectif médical des unités d'hospitalisation est marqué par une instabilité et un manque de personnel. Entre 2013 et 2014, le nombre d'ETP⁷ moyens annuels de psychiatres des secteurs de psychiatrie générale est passé de 7 à 5,24 ETP, alors même que l'activité augmentait sur la même période (cf. § 4). **Lors de la visite, il a été indiqué que deux postes de psychiatres étaient vacants pour le secteur de psychiatrie générale. L'unité A souffrait d'un manque de médecin psychiatre, compte tenu des modalités de départ en retraite d'un des praticiens. Cette absence était partiellement compensée par l'activité du chef de pôle partageant son activité entre l'unité C, l'unité de placement familial, l'activité de consultations ambulatoires de secteur en CMP et ses activités de chef de pôle.**

Par ailleurs, les médecins des unités assurent, avec les praticiens du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, la permanence de l'unité psychiatrique de liaison et des urgences UPLU (cf. § 5.1) en charge des urgences et des avis de liaison sur l'hôpital ; ils effectuent également des consultations en CMP. Il a été indiqué aux contrôleurs que les médecins ne pouvaient pas prendre des repos de récupération après les astreintes à l'UPLU, étant donné qu'ils étaient en nombre insuffisant et que la pose de leurs congés, notamment sur la période estivale, leur était restreinte.

Enfin, un psychiatre de l'unité B devait quitter ses fonctions au 1^{er} Janvier 2016. Selon les informations recueillies, des recrutements de psychiatres pour le secteur de psychiatrie adulte étaient en cours pour compléter l'effectif en début d'année 2016. **Dans cette transition, le manque de médecins psychiatres se répercutait sur la prise en charge hospitalière** comme sur la prise en charge ambulatoire du secteur dans les CMP.

Recommandation

L'effectif de médecins psychiatres doit être remis à un niveau suffisant pour assurer la qualité de la prise de charge des patients.

Quant à l'effectif non médical, il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était stable. Aucun poste de soignant n'était vacant lors de la visite.

En 2013, le taux d'absentéisme pour maladie du personnel médical était de 0 % et de 2,84 % pour le personnel non médical (contre 6,68 % sur l'ensemble de l'établissement). En 2014, le taux d'absentéisme pour maladie du personnel non médical s'était élevé à 4,45 %.⁸

Lors de la visite, cinq infirmiers de l'unité A étaient absents dont deux en arrêt maladie, un en congé paternité, un en congé maternité et un écoulant ses congés avant son départ à la retraite. Il a été mentionné que cette situation était exceptionnelle. Cependant, cette situation accentuait la tension dans cette unité, déjà affectée par un manque de médecin et par la présence de dix patients hospitalisés sous contrainte parmi les vingt-trois qu'elle hébergeait lors de la visite.

⁷ ETP : équivalent temps plein. Données provenant de statistique d'activité d'établissement (SAE)

⁸ Les données concernant le taux d'absentéisme du personnel médical en 2014 et le *turn-over* du personnel n'ont pas été transmises aux contrôleurs

Aucun recours à l'intérim ou à des agents extérieurs aux unités de psychiatrie n'est utilisé pour le remplacement des absences. Il a été indiqué que **le service préfère compenser les absences en utilisant les ressources internes au service plutôt que de faire appel à un personnel non formé, extérieur au service.**

Chaque unité est encadrée par un cadre de santé. Les contrôleurs ont pu par ailleurs noter **la présence active, aux côtés des équipes, du cadre supérieur de santé du pôle.**

Les infirmiers de l'unité A et de l'unité B travaillent sur un roulement de type « trois huit », assurant des horaires de matin⁹, de soir¹⁰ et nuit¹¹ et exceptionnellement de jour. Les agents interrogés par les contrôleurs sur ces roulements ont tous exprimés leur satisfaction, indiquant que ce système permettait d'offrir une continuité des soins satisfaisante pour les patients, puisque le même personnel travaillait de jour comme de nuit.

Les infirmiers de l'unité C fonctionnent différemment avec une équipe de trois infirmiers dédiée à l'activité de nuit, remplacés occasionnellement par des infirmiers habituellement de jour. Il a été indiqué que ce fonctionnement différent des autres unités était lié à la différence d'activité de l'unité C. L'équipe de jour de l'unité C effectue un roulement « matin-soir » pour la prise en charge des patients du service. Par ailleurs, quatre infirmiers de cette unité sont dédiés à l'animation des activités thérapeutiques où peuvent être inclus les patients des trois unités d'hospitalisation ; ces infirmiers assurent cette fonction pendant six mois.

Les contrôleurs ont pu examiner les plannings infirmiers des trois derniers mois précédant la visite (de septembre à novembre 2015).

| Nombre d'IDE présents simultanément, (WE et jours fériés compris) | Unité A (24 lits) | Unité B (24 lits) | Unité C (18 lits) |
|---|--|--------------------------------|--|
| de nuit | de 1 à 2 sur la période, à huit reprises, un seul IDE de l'unité était affecté la nuit | 2 | 1 (exceptionnellement 2) |
| de matin | de 2 à 5 / en majorité 3 | de 2 à 3/ en majorité 3 | de 1 à 4/ en majorité 3 |
| de soir (ou de jour exceptionnellement) | de 2 à 6 / en majorité 3 | de 2 à 4/ en majorité 3 | de 1 à 4 / en majorité 2 |
| Infirmiers affectés aux activités thérapeutiques | | | 4 IDE du lundi au vendredi (hors congés) |

⁹ Dans les unités A et B, les horaires de matin sont de 6h50 à 14h10 ou 14h30 et dans l'unité C de 6h40 à 14h20

¹⁰ Dans les unités A et B, les horaires de soir sont de 13h30 ou 13h50 à 21h10 et dans l'unité C de 13h40 à 21 h20

¹¹ Dans toutes les unités, les horaires de nuit sont de 21h à 7h

Les équipes d'infirmiers de chaque unité sont composées d'une proportion presque équivalente d'hommes et de femmes. Il a été indiqué que quotidiennement, il était fait en sorte que les équipes de jour et de nuit soient mixtes.

Selon les informations recueillies, confirmées par les constatations des contrôleurs, les médecins psychiatres étaient présents quotidiennement dans les unités, du lundi au samedi matin. Toutefois, leur présence n'est pas continue dans la journée, étant donné leurs déplacements aux urgences lorsqu'ils sont d'astreinte à l'UPLU, ou encore du fait du temps partiel affecté à l'unité C et du manque de médecins, évoqué précédemment.

En dehors de la présence des psychiatres en journée et le samedi matin, les gardes médicales de nuit et de week-end sont assurées par les internes de garde de l'hôpital et l'intervention des psychiatres seniors d'astreinte à l'UPLU.

Des réunions institutionnelles ont lieu tous les deux mois dans chaque unité. Par ailleurs, un « conseil de secteur » a lieu tous les six mois pour chacun des secteurs de psychiatrie adulte mais aucune réunion institutionnelle n'est régulièrement organisée pour réunir l'ensemble du personnel hospitalier du pôle de psychiatrie.

L'offre de formation spécialisée à la prise en charge des patients en psychiatrie est importante dans le pôle. En 2015, les agents du pôle de psychiatrie ont pu notamment bénéficier de formations individuelles, de formations de groupe, au sein du CH d'Alès comme à l'extérieur, concernant les pratiques professionnelles, la formation à des outils thérapeutiques ou encore la connaissance en psychiatrie. En 2015, deux infirmiers des unités d'hospitalisation avaient suivi un diplôme universitaire de psychiatrie à Paris. Les infirmiers de l'unité C assurant l'animation des ateliers thérapeutiques sont formés spécifiquement à cette fonction.

Bonne pratique

La politique de formation du personnel améliore la prise en charge spécifique en psychiatrie.

Les unités d'hospitalisations ont mené en 2014 des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) relatives à la prise en charge des adolescents suicidants hospitalisés, en 2012 relatives à la fiche de surveillance en chambre d'isolement et, en 2011, liées à la prise en charge des syndromes métaboliques des patients traités par antipsychotiques (effets secondaire des traitements).

Le groupe de coordination d'éducation thérapeutique de l'hôpital inclut du personnel des unités de psychiatrie parmi ses membres.

Le comité d'éthique du centre hospitalier ne mène aucune réflexion sur les questions liées à la psychiatrie et indique ne jamais avoir été saisi par le personnel du pôle de psychiatrie.

Dans sa réponse écrite du 6 juillet 2016, le directeur indique que le comité d'éthique n'a pas été saisi jusqu'à présent de questions touchant spécifiquement à l'éthique des soins en psychiatrie, ce constat ne peut pas être interprété négativement. Le cadre assistant du pôle de psychiatrie est membre de ce comité depuis décembre 2015.

Recommandation

Une réflexion mérite d'être engagée par le comité d'éthique sur les questions liées à la psychiatrie.

Une réunion de régulation du personnel par un psychanalyste, extérieur au pôle, est effectuée une fois par mois pour les unités A et B et une fois tous les deux mois dans l'unité C.

4- L'ACTIVITE DES UNITES D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Les unités A et B, dites « entrantes », sont dédiées à l'accueil des patients de leur secteur et l'unité C, dite « d'inter-secteur » accueille des patients chroniques, nécessitant la poursuite de leur hospitalisation, suite à leur passage dans les unités A ou B, et dont le projet d'alternative à l'hospitalisation demande du temps.

Les 66 lits d'hospitalisation à temps complet se répartissent de façon suivante :

- 24 lits pour chacune des unités entrantes A et B,
- 18 lits pour l'unité d'hospitalisation inter-secteur C.

Il convient d'ajouter que les trois unités prennent en charge des patients en hospitalisation de jour (huit places pour chacune des unités) en plus des patients hospitalisés à temps plein. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en moyenne, trois à quatre patients étaient admis en hospitalisation de jour pour chaque unité.

L'activité de l'UPLU, permettant un accueil permanent, et le bassin d'intervention des urgences du CHAC étant différent de la zone géographique couverte par les secteurs de psychiatrie générale, il a été indiqué que l'unité A et l'unité B admettaient régulièrement des patients relevant des secteurs des hôpitaux voisins.

Lorsqu'un patient, relevant du secteur de l'unité A ou B, doit être admis en urgence, et que celle-ci est complète, l'autre unité accueille le patient jusqu'à ce qu'un lit se libère dans l'unité relevant de son secteur. Ainsi, certains patients débutent leur hospitalisation dans une unité, puis sont transférés quelques jours plus tard dans l'autre unité ou vers un autre hôpital relevant de son secteur.

Le taux d'occupation des unités d'hospitalisations se situait entre 80 % et 100 % en 2014 et 2015.

Il a été indiqué que le lit d'un patient placé en chambre d'isolement n'était jamais affecté à un autre patient le temps de son isolement afin que le patient isolé retrouve sa chambre dès la levée de la mesure. Par ailleurs, il a été mentionné que la place d'un patient sortant de l'unité C était gardée quelques jours, le temps de s'assurer que sa sortie se passe bien et afin de pouvoir le réadmettre, en cas de difficulté hors du pôle. Enfin, il a été indiqué que lorsque les unités d'admission sont complètes, les patients relevant des secteurs du CHAC et admis en urgence peuvent être orientés sur l'hôpital d'Alès ou dans une clinique du secteur.

Les unités reçoivent des patients présentant l'ensemble des pathologies psychiatriques rencontrées dans la population de son secteur, avec principalement des patients présentant des troubles psychotiques ou bipolaires et aussi, dans une moindre mesure, des patients souffrant de névroses ou de problèmes d'addiction (alcool principalement). L'unité C, étant donné son orientation, prend particulièrement en charge des patients psychotiques chroniques.

Selon la statistique d'activité d'établissement (SAE) pour le CHAC relevée dans le tableau suivant, le nombre de patients pris en charge en 2013 et 2014 montre une légère élévation du nombre de patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale et une augmentation du nombre de séjours et de jours d'hospitalisation à temps complet.

| Pôle de Psychiatrie – secteurs de psychiatrie générale | 2013 | 2014 |
|--|-------------|-------------|
| File active totale* | 2 861 | 2 977 |
| File active exclusivement ambulatoire* | 2 242 | 2 347 |
| File active hospitalisée à temps plein* | 562 | 538 |
| Personnes présentes en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an | 18 | 12 |
| Nombre de séjours en hospitalisation temps plein | 938 | 1143 |
| Nombre de journées d'hospitalisation temps plein | 20 676 | 21 782 |
| Nombre de lit d'hospitalisation temps plein | 66 | 66 |

* La « file active » correspond au nombre patients pris en charge au moins une fois dans l'année.

L'activité de 2015, du 1^{er} Janvier au 30 octobre 2015, montrait les caractéristiques suivantes :

| Pôle de Psychiatrie – Hospitalisation à temps complet | 2015 Du 1/01 au 30/10 |
|--|----------------------------------|
| Nombre de lits | 66 |
| Nombre de patients hospitalisés temps plein | 474 |
| Nombre de séjours | 682 |
| Durée moyenne de séjour (DMS) | 34,6 jours |
| Durée moyenne d'hospitalisation par patient pour la période en cours (DMH) | 30,3 jours |
| Age moyen des patients | 46,83 ans |
| Patients de sexe masculin (%) | 53,62 % |

Le tableau suivant donne quelques éléments démographiques des patients hospitalisés à temps complet lors de la visite, le 30 novembre 2015 :

| | Unité A | Unité B | Unité C | TOTAL |
|------------------------------|---------|---------|---------|-------|
| Nombre d'hommes | 12 | 10 | 12 | 34 |
| Nombre de femmes | 11 | 12 | 5 | 28 |
| Age du patient le plus jeune | 22 ans | 21 ans | 20 ans | |
| Age du patient le plus âgé | 85 ans | 76 ans | 66 ans | |

Bien que les unités soient dédiées à la psychiatrie générale adulte, elles reçoivent parfois des patients mineurs, hospitalisés en urgence, dans l'attente de place adaptée dans les services de pédopsychiatrie d'Uzès ou de Nîmes. En 2015, les statistiques hospitalières relevaient que 2,49 % des séjours étaient effectués par des patients de moins de 18 ans (du 1^{er} janvier au 30 novembre 2015).

Il a été indiqué que **généralement, les mineurs de 16 ans admis en urgence pour des troubles psychiatriques, étaient admis en pédiatrie (en lien avec l'équipe de pédopsychiatrie de secteur) et que les patients de 16 à 18 ans allaient dans les unités de psychiatrie adulte.** Cependant, il est arrivé que **des mineurs de 16 ans soient admis dans les unités de psychiatrie générale étant donné des états d'agitation trop importants qui ne pouvaient être contenus dans le service de pédiatrie.** Il a été mentionné que **le temps d'admission de mineurs présentant des troubles psychiatriques, au CHAC en pédiatrie ou en psychiatrie, était court, et ne durait que le temps d'attendre une place pour leur transfert dans les unités adaptées de pédopsychiatrie à Nîmes ou à Uzès.**

Le tableau suivant indique le nombre de patients hospitalisés lors de la visite, le 30 novembre 2015, par unité et par type de statut d'hospitalisation ainsi que le nombre de patients en programme de soin :

| Statuts | Unité A 24 lits | Unité B 24 lits | Unité C 18 lits |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| | Nombre de patients | Nombre de patients | Nombre de patients |
| Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) | 8 | 2 | 1 |
| Dont soins psychiatriques à la demande d'un tiers - Urgence - (SPDTU) | 5 | 2 | 1 |
| Dont soins psychiatriques à la demande d'un tiers – péril imminent | 1 | 0 | 0 |
| Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) | 2 | 3 | 0 |
| Dont à la demande du maire | 2 | 2 | 0 |
| Total des patients hospitalisé sous contrainte | 10 | 5 | 1 |
| Soins libres (SL) | 13 | 17 | 16 |
| TOTAL des patients hospitalisés | 23 | 22 | 17 |

| | | | |
|---|----|---|---|
| Nombre de patients en programme de soins en SPDT | 12 | 4 | 0 |
| Nombre de patients en programme de soins en SPDRE | 4 | 4 | 0 |

Parmi les patients du tableau ci-dessus, les durées d'hospitalisation les plus longues étaient de 11 mois pour un patient admis à la demande d'un tiers à l'unité C et de 90 jours pour un patient en soins libres à l'unité B.

Le tableau suivant indique l'activité globale des unités d'hospitalisation par type de mesure de contrainte de soins :

| Nombre de mesures | 2015 Jusqu'au 27/11 | 2014 |
|---|------------------------|-----------|
| SPDRE | 11 | 7 |
| SPDT | 90 | 99 |
| Soins en cas de péril imminent (sans tiers) | 9 | 4 |
| Nombre de réadmissions | 12 | 20 |
| Nombre de programme de soins | 25 | 36 |

5- L'ARRIVEE ET LES DROITS DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT

5.1 Les modalités d'admission

Le centre hospitalier (CH) d'Alès bénéficie d'une unité d'accueil au sein du service des urgences ; ce service, dénommé unité psychiatrique de liaison et des urgences (UPLU) est une véritable interface entre l'accueil et l'orientation des malades nécessitant une hospitalisation psychiatrique et notamment ceux qui sont en soins sous contrainte.

Située au rez-de-chaussée de l'hôpital, à distance de 300 mètres du pavillon réservé au pôle psychiatrique, l'UPLU est accessible par une entrée indépendante qui dispose d'un parking réservé aux véhicules ambulanciers ou policiers.

Seules les personnes qui se présentent librement aux urgences, évoquant une pathologie psychiatrique, attendent dans le hall d'accueil.

Les autres patients, qu'ils soient admis sur décision du représentant de l'Etat ou sur demande d'un tiers, notamment en raison d'un péril imminent, sont, sans délai et après que leurs identités aient été communiquées au bureau des entrées générales (localisé dans le hall d'accueil) introduites dans l'espace médical du service des urgences. Suivant le cas, ils sont accompagnés des pompiers avec le médecin du SMUR voire des forces de l'ordre ou tout simplement du tiers demandeur de l'hospitalisation.

Accueillis dans un bureau dédié garantissant la confidentialité par un infirmier psychiatrique chargé de la vérification du dossier administratif et de l'intégration des informations concernant le statut et la situation du malade dans le logiciel informatique, le patient est ensuite emmené dans un box spécifiquement aménagé et réservé aux malades en soins sans consentement.

Cette salle (box numéro 3 dans l'aile dite « chaude ») contrairement aux autres, est équipée d'une porte qui peut non seulement être fermée mais aussi être fermable, si l'équipe des soignants le juge opportun, pour rendre impossible la sortie de la personne et éviter ainsi qu'elle ne déambule dans le service.

Très vite et dans un délai qui, selon ce qui a été précisé aux contrôleurs, varie de quelques minutes à deux heures, la personne arrivante est vue par un psychiatre et par le médecin somaticien.

La contention par ceinture abdominale n'est utilisée que dans des cas rarissimes lorsque l'agitation est extrême et le patient n'est jamais mis en pyjama tant qu'il est à l'UPLU.

C'est à l'issue de la consultation psychiatrique que l'orientation se fait, le plus souvent pour le pôle psychiatrique de l'hôpital d'Alès, mais parfois pour l'hôpital psychiatrique d'Uzès dans l'hypothèse où le médecin psychiatre prescrit une hospitalisation en unité fermée.

Le transfert vers l'hôpital d'Uzès s'effectue alors en véhicule médicalisé, le patient étant installé en position allongée avec contention.

Il est accompagné obligatoirement, outre les ambulanciers, d'un infirmier de l'UPLU.

Concernant l'admission au pavillon psychiatrique d'Alès, elle s'organise après que l'équipe de service au pavillon ait envoyé deux soignants qui, assistés de l'infirmier de l'UPLU prennent en charge le malade pour le conduire, en voiture médicalisée, dans l'unité A ou B du pôle psychiatrique.

A l'arrivée, le patient est systématiquement mis en pyjama et placé, soit en chambre d'isolement soit en chambre fermable pendant une période de 24 heures à l'issue de laquelle le psychiatre établit le contrat de soins.

Au moment de l'arrivée dans l'unité, les soignants s'assurent que le patient est informé de la mesure de placement.

Il peut lui être proposé de prendre une douche (rarement demandée d'initiative par le patient) avant que ne soit réalisé l'inventaire des objets pour écarter les matériels dangereux ou interdits et préserver les valeurs.

Une boîte nominative dans le bureau des infirmiers sert à conserver les rasoirs, ciseaux, parfums, coupe-ongles, tandis que les malades peuvent conserver dans leur armoire de chambre fermée à clef les objets auxquels ils tiennent.

Il est à préciser que l'UPLU est ouvert 24h sur 24, tous les jours de l'année.

Dans l'hypothèse d'une admission de nuit, le dossier administratif sera ouvert par le cadre de santé de garde et vérifié dès le lendemain par l'agent en service au bureau de l'UPLU avant transmission au bureau du secrétariat de l'unité. Les contrôleurs ont pu constater l'excellente tenue et le suivi régulier des dossiers qui, constitués de diverses chemises, assurent une lisibilité totale des décisions administratives et judiciaires couvrant l'ensemble du parcours médical.

Pendant la semaine de mission, personne n'a fait l'objet d'une hospitalisation sous contrainte, alors que la semaine précédente, deux admissions à la demande d'un tiers avaient été réalisées à l'unité B, tandis qu'une personne, admise sur décision de représentant de l'Etat avait été transférée à Uzès.

5.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

- les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat

L'arrêté préfectoral est préparé par un agent de l'agence régionale de la santé (L'ARS) conformément, quant à son contenu, aux exigences légales visés dans la décision (article 3211-2-2 alinéa 1, 3211-12-1, 3213-1 et 3213-2 du code de la santé publique). Signé par le préfet, il est adressé *via* l'ARS, directement au patient sous pli fermé. Ce courrier, dont la provenance est identifiable est remis au patient par le cadre de santé, voire l'infirmier. Il a été dit aux contrôleurs qu'une attention particulière était portée à l'ouverture et à la lecture du courrier qui, dans la plupart des cas, amène le soignant à apporter des explications orales sur les motifs et la nature juridique de l'hospitalisation.

Dans l'hypothèse où l'état de la personne est critique, priorité est donnée aux soins, la remise du courrier étant différée. Cette conjoncture fait l'objet d'une mention dans le dossier du malade.

Les constatations des contrôleurs font apparaître que l'accusé de réception joint à l'arrêté est, sur incitation des soignants, généralement retourné par le patient à l'ARS.

En revanche, les copies des accusés de réception ne sont jamais retournées par l'ARS au secrétariat des admissions. Ils ne figurent donc pas au dossier du patient.

Si l'arrêté préfectoral fait mention des voies de recours devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance d'Alès et devant la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDSP), il ne précise pas les coordonnées du contrôleur général lieux de privation de liberté, ni celles de la CRUCQPC.

- concernant les personnes admises à la demande d'un tiers ou sur « péril imminent », la décision du directeur, signée en « temps réel » est notifiée immédiatement, au patient dans son unité. Toutefois, lorsque l'entrée intervient le week-end, la décision d'admission ne parvient à l'unité que le lundi matin suivant. Elle est, en sus, transmise par fax, doublé d'un envoi courrier, à l'ARS.

L'original de cette décision est conservé au secrétariat des entrées tandis qu'une copie est versée au dossier médical.

A l'instar de l'arrêté préfectoral, la décision du directeur de l'hôpital mentionne les voies de recours devant le JLD, sans autre précision quant aux droits fondamentaux des patients.

Les arrêtés ou décisions de maintien de la mesure de placement ou les sorties sont notifiées selon le même mode, c'est-à-dire oralement.

Dans sa réponse écrite du 6 juillet 2016, le directeur indique que les décisions préfectorales et celles des directeurs qui en sont le reflet ont été élaborées dans le prolongement de la loi de juillet 2011 à partir d'une réflexion nationale visant à harmoniser les documents. Si des améliorations sont à apporter, celles-ci ne peuvent l'être au niveau local.

Recommandation

Les modèles d'arrêtés préfectoraux et de décisions du directeur du centre hospitalier pour les soins sans consentement devraient comporter une information complète sur les droits et

recours ouverts aux patients, même si cette information n'est pas fournie dans les modèles proposés par l'administration.

5.3 Le registre de la loi

Les vingt-quatre registres de la loi sont, depuis novembre 2015 conservés au secrétariat des admissions dans le bâtiment du pôle psychiatrique, alors qu'auparavant ils étaient tenus au service central de l'hôpital.

Il n'existe pas de registre distinct pour l'enregistrement des mesures prises sur décision à la demande du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers.

Toutes les décisions sont ainsi enregistrées sur un unique registre qui renseigne de manière chronologique l'ensemble des documents relatifs aux admissions sous contrainte des hommes et des femmes.

D'un modèle standard (43 cm de long, 30 cm de large et toilés de couleur vert foncé) au nombre de vingt-quatre, ils sont rangés par ordre chronologique depuis la date de leur ouverture ; chaque registre comporte 100 folios dont la première et la dernière page doivent être paraphées.

Toutes les pièces concernant les patients sont photocopiées en format réduit, puis collées sur le folio dans l'ordre de leur réception, de façon à être consultables le plus aisément possible, même si la taille du registre, dont le poids moyen est de 20 kg, implique une manipulation délicate.

Les contrôleurs ont plus particulièrement consulté, après avoir parcouru une dizaine de registres, le dernier en date (numéro 24), ouvert au mois de mai 2015 et rempli jusqu'au feuillet numéro 72 à la date du 27 novembre 2015.

Ils ont constaté un important retard de classement des documents qui doivent obligatoirement figurer dans le registre, retard accumulé alors que la gestion en était assumée par le service général des admissions ; au jour du contrôle, le retard n'était absolument pas résorbé.

En outre, il est à signaler qu'un nombre important de décisions de mains levées ne sont pas collées dans les registres ; après vérification, elles figurent dans le dossier du malade.

En outre, les décisions du juge et de la liberté (JLD) ne sont jamais mentionnées dans les registres et ce, contrairement aux prescriptions de l'article 3212-11 du code de la santé publique (CSP). Il a été immédiatement répondu aux contrôleurs, après qu'ils en aient fait la remarque, qu'il y serait sans délai remédié, cette obligation n'étant pas, jusqu'à ce jour, connue des personnes en charge de la tenue des registres.

Il apparaît opportun de signaler que l'implication de la secrétaire administrative, responsable du bureau de la loi, est sans faille ; cette personne s'est particulièrement investie, encouragée et aidée par la cadre de santé du pôle psychiatrique, pour une mise en œuvre performante de la loi de 2011 modifiée par celle de septembre 2013 cherchant à mettre en place des pratiques professionnelles destinées à éviter des risques d'erreurs majeures.

Le directeur, dans sa réponse écrite du 6 juillet 2016, précise que le retard constaté au moment du contrôle a été résorbé.

Recommandation

Il est urgent d'effectuer la mise à jour des registres de la loi puis d'en maintenir la tenue régulière.

5.4 L'information des patients admis

5.4.1 L'information relative à la situation juridique du patient et aux droits y afférents

Il a été indiqué supra (cf. § 5.2) que les décisions d'admission notifiées aux patients ne les informaient pas complètement de l'ensemble de leurs droits.

C'est pourquoi, pour respecter les dispositions de l'article 3211-3 du CSP, le formulaire suivant a été mis au point :

« vous êtes hospitalisé au centre hospitalier Alès-Cévennes, en soins psychiatriques sur demande d'un tiers, en application de l'article L 3212-3 du code de la santé publique.

Conformément au code de la santé, j'ai l'honneur de vous informer que vous disposez du droit :

- *de communiquer avec les autorités (préfet, juge du tribunal d'instance, président du tribunal d'instance, maire, procureur de la république)*
- *de saisir le juge des libertés et de la détention*
- *de saisir le contrôleur des lieux de privation des libertés*
- *de saisir la commission départementale des soins psychiatriques : ARS 6, rue du Mail 30034 Nîmes cedex (tél 04 66 76 80 11)*
- *de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de votre choix*
- *d'émettre ou de recevoir des courriers*
- *d'exercer votre droit de vote*
- *de vous livrer aux activités religieuses ou philosophiques de votre choix*
- *de faire part de vos observations écrites ou orales au directeur.*
- *Conformément à la loi du 5 juillet modifiée par la loi du 27 septembre 2013, si votre hospitalisation se prolonge, votre situation sera examinée par le juge de la détention et des libertés avant le douzième jour. Vous pourrez lui faire part de vos observations écrites et orales. »*

Ce document est remis par le soignant au malade au moment où son état le rend apte à en comprendre le sens.

Les soignants disent prendre le temps d'en commenter et d'en expliquer les termes, rappelant au patient qu'il peut demander à faire usage des droits ci-dessus énoncés.

Le pôle psychiatrique ne met pas à disposition des patients un registre de réclamations. Ces derniers, quand ils l'estiment nécessaire, en font part oralement au médecin, au cadre de santé, ou aux soignants ; dans l'hypothèse d'une réponse insatisfaisante il leur est conseillé de transmettre un courrier à la direction de l'établissement.

5.4.2 Les règlements intérieurs de l'établissement font l'objet d'une réflexion à poursuivre en relation avec celle sur le livret d'accueil.

Le centre hospitalier possède un règlement intérieur applicable à l'ensemble des structures. Pour le pôle psychiatrie existent de plus un règlement intérieur spécifique à l'unité A et deux projets de règlement intérieur pour les unités B et C.

5.4.2.1 Le règlement intérieur de l'établissement

Le « *Règlement intérieur du centre hospitalier d'Alès-Cévennes (CHAC)* » est disponible sur le site Internet du centre hospitalier à l'adresse <http://www.ch-ales.fr/Accueil/> via l'« espace de téléchargement » ainsi que sur le portail intranet. Le document remis à jour en 2013 était ainsi accessible sur le site Internet lors de l'arrivée des contrôleurs ; lors de leur départ, la version remise à jour en septembre 2015 avait remplacé celle de 2013. Ce document est également accessible aux patients auprès du secrétariat de chaque chef de pôle sur demande.

Les contrôleurs ont relevé les contradictions suivantes entre le règlement intérieur et la pratique quotidienne du pôle psychiatrie :

- aucun livret d'accueil n'est remis aux personnes hospitalisées ;
- le règlement intérieur ne mentionne pas le terme de « personne de confiance », même s'il prévoit que « le patient ou son représentant légal désigne la ou les personnes qu'il souhaite voir informées » (cf. article 3.1.8) ;
- la conservation d'objets courants tels que les téléphones portables et de faibles sommes d'argent n'était pas conforme aux termes du règlement intérieur mais permettait aux patients hospitalisés en psychiatrie de conserver de l'autonomie ;
- la rédaction du règlement intérieur (article 3.2.10.1) laisse penser que la décision de l'hospitalisation à la demande d'un tiers pour des soins sans consentement est prise par le tiers après avis d'un médecin ; cette rédaction ne fait pas apparaître le rôle du directeur d'établissement ;
- bien que l'interdiction de fumer soit générale au sein du centre hospitalier, les patients sont autorisés à fumer en psychiatrie dans des pièces équipées d'extracteur de fumée ou à l'extérieur ;
- les portes donnant vers l'extérieur sont fermées à partir du début du service de nuit, ce qui conduit en effet les patients à s'abstenir de tout déplacement hors du service ;
- les contrôleurs ont constaté que les patients portaient des vêtements personnels, dont des pyjamas, sauf exceptions définies par les médecins, et utilisaient leur linge – sauf la literie – dont ils assuraient eux-mêmes la lessive ;
- aucune chambre n'est équipée de terminal multimédia donc de téléviseur ni de téléphone ;
- aucun questionnaire de satisfaction n'est remis aux patients hospitalisés au moment de la sortie ;

- aucune indication n'est apportée sur les voies de recours ni sur le passage devant le juge des libertés et de la détention pour les personnes hospitalisées en soins sans consentement ;
- aucune indication n'est portée sur les règles d'identitovigilance ni sur le sujet des relations sexuelles.

Dans sa réponse écrite du 6 juillet 2016, le directeur indique que le règlement intérieur du centre hospitalier doit faire l'objet au niveau institutionnel d'une mise à jour et que le livret d'accueil est désormais disponible dans les chambres à chaque nouvelle hospitalisation.

Recommandation

Le règlement intérieur de l'établissement est conçu principalement pour répondre aux besoins des patients hospitalisés dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) et non à ceux des patients admis en psychiatrie. La création d'un règlement intérieur à caractère général adapté au pôle psychiatrie est nécessaire (voir également la recommandation suivante).

5.4.2.2 Les règlements intérieurs particuliers aux unités de psychiatrie méritent d'être enrichis

Lors de la visite, les contrôleurs ont pris connaissance du règlement intérieur de l'unité A, non diffusé aux patients mais consultable sur demande, et des deux projets de règlement intérieur – identiques – des unités B et C.

Le règlement intérieur de l'unité A tient sur une feuille de format A4 recto verso, il comporte une introduction et cinq parties :

- « sécurité, hygiène » qui précise notamment que fumer est interdit dans certains espaces mais est autorisé dans d'autres ;
- « conditions de séjour et de soins » qui précise notamment que les postes de radio personnels sont autorisés, que les sorties sont fixées par le médecin, que les questions sociales sont traitées en relation avec l'assistant(e) social(e) du service et que les représentants de l'aumônerie pourront être contactés à la demande du patient ;
- « à l'entrée » qui précise notamment que les objets déposés lors de l'admission « seront récupérés à votre demande ou lors de votre sortie », que « dans chaque chambre se trouve une armoire où vous devez déposer vos objets personnels et celle-ci ferme avec un cadenas et une clef qui vous sera remise, dès que la prescription médicale le permettra » ;
- « présentation de l'unité de soins » qui précise notamment :
 - ✓ les horaires des repas et des dispensations des médicaments ; les repas sont pris dans le réfectoire ;
 - ✓ l'existence de deux télévisions et les horaires d'accès, avec extinction à la fin du premier film de la soirée ;
 - ✓ l'existence d'une cabine téléphonique pour recevoir des appels et d'une autre cabine avec téléphone à carte pour passer des appels ;

- ✓ la possibilité, sauf avis médical contraire, que les patients conservent leurs téléphones portables ;
- ✓ l'interdiction de conserver un ordinateur portable ;
- ✓ les modalités de ramassage et de distribution du courrier ;
- ✓ les heures d'ouverture de la cafétéria et du patio-terrasse – de 9h à 12h puis de 12h45 à 16h sauf le lundi après-midi ;
 - « visites » autorisées de 13h à 18h30 – horaires différents de ceux indiqués dans le règlement intérieur général – soumises à prescription médicale ; les visiteurs doivent prendre contact avec les infirmiers ; les visites sont interdites dans les chambres, des espaces étant prévus ; la « présence de jeunes enfants est déconseillée ».

Les projets de règlement intérieur des unités B et C sont identiques. Ils tiennent chacun sur une feuille de format A4 recto verso. Ils contiennent les mêmes informations que le règlement intérieur de l'unité A avec les différences suivantes :

- « l'usage de la cigarette électronique est toléré dans le respect de la vie en collectivité » ;
- « des contrôles (éthylotest, test sanguin, test urinaire) peuvent être pratiqués » pour lutter contre l'introduction d'alcools et produits toxiques ;
- les visites sont autorisées de 13h30 à 18h30 ;
- les règles encadrant les autorisations et permission de sortie sont précisées. Celles encadrant les sorties définitives sont également précisées : sur décision médicale dans le cadre d'un projet de soins individualisés, à la demande du patient sous réserve de l'accord du médecin, à « l'autorité concernée » pour les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ;
- les portes de l'établissement sont fermées de 19h à 7 h.

Dans le règlement intérieur de l'unité C et dans les projets de règlement intérieur des unités A et B n'apparaissent pas leurs modalités d'approbation ni de modification.

Le directeur précise dans sa réponse que le règlement intérieur des unités de psychiatrie sera affiché dès lors qu'une harmonisation entre les trois unités du bâtiment permettra un affichage clair des règles de vie préservant la spécificité de l'unité d'hospitalisation de longue évolution.

Recommandation

Des règlements intérieurs spécifiques au pôle psychiatrie ou à ses unités sont nécessaires. Une seule unité dispose d'un tel règlement intérieur qui n'est ni diffusé aux patients hospitalisés ni affiché.

Les règlements intérieurs devraient être soumis à l'avis de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), comme cela a été recommandé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans le rapport d'activité 2013¹².

5.4.3 Le livret d'accueil de l'établissement

Le livret d'accueil est unique pour l'ensemble du centre hospitalier. Lors de la visite des contrôleurs, ce document n'était plus diffusé et faisait l'objet d'une réflexion en vue de sa prochaine réédition sous une forme renouvelée et complétée.

Les contrôleurs ont examiné le livret d'accueil.

Les pages 4 à 7 « se repérer dans l'hôpital » présentent les plans des quatre niveaux du bâtiment inauguré en 2011. Les gisements des locaux de l'aumônerie ne sont pas mentionnés. Le pôle psychiatrie n'apparaît pas car il est situé dans un bâtiment extérieur ; le plan en quatrième de couverture permet de le localiser.

Les pages 15 à 24 « les six pôles d'activités à votre service », comportant une à deux pages par pôle (génie médical, chirurgie – mère-enfant, médecine, soins aigus, psychiatrie, hébergement personnes âgées) ; pour le pôle psychiatrie sont indiqués :

- l'existence de trois secteurs pour la prise en charge des patients de tous âges, sans autre précision ;
- l'offre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de la psychiatrie de l'adulte avec une capacité d'hospitalisation à plein temps de 66 lits en chambres individuelles, dont 48 lits pour patients en situation aiguë et dix-huit lits d'hospitalisation longue durée ;
- « vos droits » :
 - deux pages reprennent le texte de la charte de la personne hospitalisée et celui de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ; la charte de l'utilisateur en santé mentale n'apparaît pas et son existence n'est pas mentionnée. Sur une feuille libre insérée dans le troisième de couverture est jointe la charte de la laïcité ;
 - sur une page sont données des informations sur l'accès aux informations informatiques collectées par le centre hospitalier, sur la désignation de la personne de confiance, sur la confidentialité de l'hospitalisation à la diligence du patient et sur l'accès au dossier médical. Sur une feuille libre insérée dans le troisième de couverture, apparaît le formulaire de désignation de la personne de confiance accompagné de commentaires expliquant son rôle ;
 - sur une autre page sont données des informations sur les plaintes et réclamations que peuvent formuler les patients ou leurs familles : d'abord un médecin ou un cadre de santé du service concerné, puis le directeur du centre hospitalier, puis la commission des

¹² Recommandation n° 12 (chapitre 4.4) : « renforcer le rôle des instances de concertation pour évaluer les contraintes imposées aux patients ».

relations avec les usagers et de la prise en charge (CRUPECQ) dont la liste des membres est normalement affichée dans le hall d'accueil du centre hospitalier – l'adresse de la CRUPECQ n'est pas mentionnée – ; les coordonnées de la CRCI de Lyon sont mentionnées mais la signification du sigle¹³ n'est pas donnée ; cette page mentionne également l'existence et la mission de la commission d'éthique et de la commission de réflexion éthique ;

- la dernière page est consacrée à la prise en charge de la douleur avec notamment la mention du comité de lutte contre la douleur (CLUD) ;
- « vos devoirs » décrivent des notions élémentaires de sécurité et d'hygiène ;
- « quelques informations pratiques » apportent des précisions sur la signalétique d'orientation, les horaires de visite, les fonctionnalités du terminal multimédia – accès à internet notamment –, et sur les fonctionnalités de la poire d'appel « présente au chevet du lit » ; l'accès à la Wifi, sur demande, n'est pas mentionné. Cette page ne mentionne pas que ces dispositions ne sont pas disponibles dans le pôle psychiatrie.

Les livrets d'accueil remis aux contrôleurs ne comportaient pas de questionnaire de satisfaction.

Recommandation

Le livret d'accueil du centre hospitalier doit traiter aussi de l'hospitalisation en psychiatrie (chambres individuelles sans téléphone, téléviseur, accès à internet, ni sonnette ; remise des objets de valeur aux infirmiers ; charte de l'utilisateur en santé mentale, voies et les moyens de recours avec les coordonnées des autorités concernées, procédure de passage devant le juge des libertés et de la détention) et être remis à chaque patient hospitalisé.

5.4.4 L'information sur les règles de vie dans les unités

Les principales informations sur les règles de vie dans les trois unités sont affichées dans les unités. Elles portent essentiellement sur l'emploi du temps – horaires des visites, horaires des repas et des activités, horaires d'ouverture de la cafétéria. Cependant, les contenus des règlements intérieurs et du livret d'accueil ne sont pas affichés ; la circulation de l'information sur ces sujets est assurée par le personnel soignant et par les patients hospitalisés.

Recommandation

L'affichage des règles de vie, autres que les horaires, est à développer.

La note interne DIP/INFO/PROC/N°2 du 5 octobre 2009 « diffusion de documents d'information réglementaires à l'usage de la personne hospitalisée » est considérée comme périmée par le personnel. Sans être abrogée, elle n'est donc plus utilisée. Elle définissait la liste

¹³CRCI : Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

des documents à remettre à chaque patient et précisait que ces documents devaient être accompagnés de commentaires.

Ces documents étaient les suivants :

- le livret d'accueil ;
- la fiche de présentation du service ;
- le formulaire de désignation de la personne de confiance ;
- le formulaire de dépôt des biens, valeurs et non valeurs ;
- le formulaire d'accès au dossier médical pour les ayants droits ;
- la fiche de demande de visite du service d'aumônerie.

Le directeur a annexé à sa réponse un formulaire énumérant les droits dont disposent les patients hospitalisés en soins psychiatriques. Le formulaire est daté et signé par le patient. Une annotation indique que si l'hospitalisation se prolonge, la situation du patient est examinée par le juge des libertés et de la détention avant le douzième jour à qui le patient peut faire part de ses observations écrites et orales.

Recommandation

La remise en place d'une procédure permettant de vérifier que les patients ont eu connaissance de leurs droits et de leurs devoirs apparaît nécessaire, car la procédure mise en place en 2009 n'est plus appliquée.

6- LOCAUX

6.1 L'organisation architecturale générale des unités est adaptée

Les trois unités sont bâties sur le même schéma :

Deux couloirs parallèles donnant sur des chambres encadrent deux côtés d'un patio rectangulaire de 140 m² dont 50 m² sont couverts. Cette partie couverte est contiguë à trois espaces séparés par des demi-cloisons donnant accès au bureau des infirmiers, à la salle à manger, à d'autres chambres – dont les chambres « fermables fermées » (CFF) et la chambre d'isolement de l'unité – à la bagagerie, à une salle d'eau et à un bloc hygiène avec un WC pour les femmes et un autre pour les hommes.

Le bureau infirmier commande un couloir qui conduit vers la sortie et donc les espaces communs du rez-de-chaussée, soit directement pour les unités A et B, soit *via* un escalier ou un ascenseur pour l'unité C. Ce couloir est fermé entre 19h et 8h. Ce couloir donne sur la salle de soins, plusieurs bureaux (cadre de santé, entretiens), et pour l'unité A comme pour l'unité B, une salle « espace famille » pour les entretiens avec les visiteurs avec un espace d'attente. Il n'existe pas d'espace réservé pour les visiteurs à l'unité C.

La partie du rez-de-chaussée comprise entre les unités A et B a été conçue comme lieu de rencontre et d'attente pour les patients et les visiteurs des trois unités sous le regard du cadre supérieur de santé et du secrétariat du pôle. La cafétéria qui ouvre sur un vaste patio forme « la place du village ». Une pièce sert de buanderie où les patients viennent laver et sécher leur linge personnel, accompagnés par un soignant. Une pièce de 40,5 m² de superficie (voir la photo

infra) est destinée à accueillir les patients hospitalisés de jour. Une salle de réunion de 47 m² permet en particulier de tenir les assemblées générales de l'association Sauto Cabre, comme ce fut le cas lors de la visite.



L'espace lecture et l'espace salon de l'unité C, donnant sur le patio, avec au fond le bureau des infirmiers



L'espace repos réservé aux patients hospitalisés de jour

Le jardin thérapeutique est accessible par une porte située à l'extérieur, à proximité de la porte d'entrée. Une seconde porte peut être utilisée, celle du patio de l'unité A.

6.2 Les chambres, toutes individuelles, sont claires et bien conçues à l'exception des chambres d'isolement

Trois catégories de chambres existent dans chaque unité :

- Les chambres normales, au nombre de 20 dans l'unité A, autant dans l'unité B et 16 dans l'unité C. Leur configuration est identique. Leurs superficies varient de 12,2 à 14,7 m², avec une superficie standard de 12,7 m² pour les unités A et B, et 13,2 m² pour l'unité C. Chacune dispose d'un cabinet de toilettes d'une superficie de 3,3 à 4,6 m², avec une superficie standard de 3,7 m² ;
- Les chambres « fermables fermées » (CFF), au nombre de 4 dans l'unité A, autant dans l'unité B et au nombre de 2 dans l'unité C. Leur configuration est identique. Leurs superficies varient de 11,7 à 12,4 m², avec une superficie standard de 12,2 m². Chacune dispose d'un cabinet de toilette d'une superficie de 3,3 à 4,6 m², avec une superficie moyenne de 4 m² ;
- Les chambres d'isolement, au nombre de 3, une par unité, conçues sur le même modèle : une chambre fermée de 12 m² avec un sas d'accès de 8 m² comportant un cabinet de toilette.

Toutes les chambres sont équipées d'un détecteur de fumée, avec un renvoi d'alarme – lampe rouge – dans le couloir attenant.

Aucune chambre n'est équipée de bouton d'appel ni d'interphone.

6.2.1 Les chambres normales

Ces chambres peuvent être fermées de l'intérieur par un verrou ; seuls les personnels soignants peuvent pénétrer dans la chambre quand le patient est à l'intérieur en utilisant une clé particulière. Les patients ne possèdent pas la clé de leur chambre qui demeure ouverte quand ils en sont sortis.

Le mobilier est constitué par un lit de 1,90 m de longueur et de 0,90 m de largeur, une table de chevet, une table pouvant servir de bureau et un fauteuil. Dans quelques chambres, des pièces du mobilier peuvent manquer. Un placard permet de ranger les affaires d'usage courant ; les cadenas sont fournis par le pôle psychiatrie.

Le lit comporte un pied et une tête recouverts d'un revêtement de couleur vive, comme la table de nuit, la table de travail et le fauteuil, ce qui personnalise la pièce. Un oreiller et un traversin sont disposés sur chaque lit. Le couchage ne comprend pas de couvre-lit.

Toutes les chambres disposent d'une fenêtre double, coulissante, de 1,80 m de largeur et de 1,35 m de hauteur. Les patients peuvent ouvrir les fenêtres. Derrière la vitre, dix volets horizontaux de 14 cm de largeur, pouvant être orientés par une crémaillère à cinq positions, permettent de laisser passer la lumière du jour ou d'obtenir une totale obscurité. Les patients peuvent régler ces volets à leur diligence.

L'éclairage électrique est assuré par deux lampes fixées au-dessus du lit, commandées par deux va-et-vient situés à côté du lit et à côté de la porte. Une des lampes éclaire vers le plafond et l'autre est une liseuse. Une prise électrique murale est fixée dans le mur à côté de la table bureau.

Les murs sont peints en blanc cassé. La luminosité des chambres est agréable, même quand le ciel est couvert. Cependant, ils sont nus, aucun tableau ni tapisserie ne les agrémentent. Le sol est carrelé.



Une chambre

Le cabinet de toilette adjoignant comporte une douche à l'anglaise, un WC à l'anglaise avec un dévidoir de papier hygiénique fixé au mur, une barre d'appui fixée au mur, un lavabo surmonté d'un miroir, un radiateur, une poubelle, un balai de cabinet. Le meuble du lavabo comporte une fente permettant de suspendre une serviette de toilette pour la faire sécher.

Les robinets du lavabo et de la douche comportent un bouton poussoir avec un mitigeur.

Le revêtement de sol est d'une seule pièce, étanche, de couleur rouge brique. Les murs sont peints en blanc cassé.

L'éclairage est assuré par une lampe fixée au-dessus du miroir du lavabo.

La porte du cabinet de toilette peut être fermée de l'intérieur.

Ni la chambre ni le cabinet de toilette ne sont équipés de bouton d'appel ni de patère.

Bonne pratique

La taille des chambres et des cabinets de toilette attenants, ainsi que leur aménagement sont respectueux de la dignité et de l'intimité des personnes. Le fait qu'elles soient fermables de l'intérieur est une bonne pratique.



Le cabinet de toilette

6.2.1.1 Les chambres « fermables fermées » (CFF)

L'aménagement des chambres « fermables fermées » est identique à celui des chambres avec les différences suivantes :

- La porte comporte un oculus de 38 cm sur 30 cm, qui permet de voir dans la totalité de la chambre, mais ne permet pas de voir à l'intérieur du cabinet de toilette – l'intimité du patient est préservé. Le placard est fermé, le patient ne disposant pas de la clé ;
- Le verrou de la porte du cabinet de toilette est supprimé, le patient ne possède plus la capacité de s'isoler en fermant à clef la porte.
- Les fenêtres coulissantes sont verrouillées ; seul un soignant peut les ouvrir et manœuvrer les volets.

L'accès dans les CFF diffère de celui des chambres. En effet, les portes de deux CFF donnent dans un sas qui est lui-même fermé par une porte dont seuls les soignants ont la clé.

Au rez-de-chaussée, chacun de ces sas donne accès à un patio ; ce patio est commun pour les quatre CFF de l'unité A, un autre patio est commun aux CFF de l'unité B. Ces patios sont utilisés pour que les patients puissent fumer ou prendre l'air ; ils sont alors accompagnés par un soignant et n'entrent pas en contact avec un autre patient.

A l'étage, les deux CFF n'ont pas de communication à un patio *via* leur sas.



L'espace de promenade des CFF de l'unité A

Le directeur indique que le service travaux étudiera un nouvel aménagement des chambres fermées (mise en place d'un bouton d'appel, un interphone ou une sonnette des chambres d'isolement). Les travaux seront réalisés sur le premier semestre 2017. Concernant l'absence de patère dans la salle de bain, il existe une barre encastrée sous le lavabo des salles de bain destinée à suspendre les vêtements.

Recommandation

La mise en place de bouton d'appel dans les chambres et les cabinets de toilette attenant est nécessaire. Un dispositif pour poser les vêtements pendant la douche doit être installé.

6.2.1.2 Les chambres d'isolement

Les trois chambres d'isolement, une par unité, sont identiques.

Elles sont commandées par un sas qui donne sur la chambre d'isolement, *via* une porte métallique. Ce sas donne accès à un cabinet de toilette qui est fermé par une porte normale.

La porte métallique comporte un oculus à trois panneaux de verre superposés qui permet au patient isolé de lire l'heure sur la pendule accrochée au mur dans le sas, 3 m derrière la porte.

Le mobilier de la chambre d'isolement est composé d'un matelas posé à même le sol et d'un seau hygiénique. Le lit est fait avec deux draps et une couverture, avec un oreiller dans une housse.

La lumière naturelle vient de la fenêtre, semblable à celle d'une chambre fermable fermée. Le réglage de l'ouverture des volets nécessite l'intervention d'un soignant.

Le cabinet de toilette est identique à celui des CFF. Il n'est accessible que si la porte de la chambre d'isolement est ouverte, donc en présence d'un soignant.

La chambre n'est équipée ni d'interphone, ni de sonnette.

Recommandation

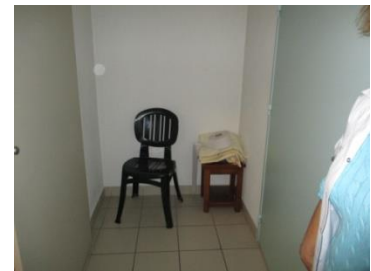
L'équipement des chambres d'isolement est insuffisant : le matelas est posé à même le sol, sans sommier ; en l'absence de sonnette et d'interphone, le patient ne peut pas appeler dignement un soignant ; la présence d'un seau hygiénique au lieu d'un accès libre à des toilettes est également une atteinte à la dignité.



La porte de la chambre d'isolement



Le matelas posé au sol



Le sas d'accès d'isolement

Le directeur indique dans sa réponse écrite que le service travaux étudiera un nouvel aménagement des chambres d'isolement. Les travaux seront réalisés au premier semestre 2017.

6.2.2 Les sanitaires sont de qualité.

Toutes les chambres disposent d'un cabinet de toilette équipé d'une douche, d'un lavabo et d'un WC, en conséquence les installations communes sont en nombre limité. Ainsi, chaque unité dispose d'une salle de bain – de 16,2 m² pour l'unité A, de 14,6 m² pour l'unité B et de 16,4 m² pour l'unité C – et d'un bloc sanitaire avec pour les unités A et B deux WC pour les femmes, un WC pour les hommes et un lavabo, pour l'unité C deux WC avec lavabo – aucune de ces pièces ne comporte de patère.

La salle de bain est équipée d'une baignoire avec douchette et d'une douche à l'italienne avec barre d'appui, d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'un éclairage, d'un distributeur de papier sèche-mains, d'une chaise percée pour douche, d'un étendoir à linge, d'une étagère et d'un fauteuil de jardin en plastique.

La salle de bain possède une fenêtre en verre dépoli et des volets orientables comme les autres fenêtres. Les murs sont blancs ; le sol est recouvert d'un revêtement étanche de couleur rouge brique.



Ces locaux étaient propres et fonctionnels lors de la visite des contrôleurs.

6.2.3 Les locaux collectifs (salle à manger, salles de détente, fumeurs, cafétéria)

6.2.3.1 Les salles à manger

Chaque unité possède une salle à manger de 43,5 m² avec trois portes d'accès : une ouvre sur le patio, l'autre vers les espaces salon, lecture et télévision, la troisième sur un couloir desservant des chambres. Le côté donnant sur le patio est en fenêtres avec une porte-fenêtre, ce qui rend ces salles à manger lumineuses et agréables. Des tableaux sont accrochés au mur.



La salle à manger de l'unité A

Les salles à manger des unités A et B sont équipées de six tables et de vingt-quatre chaises permettant d'accueillir simultanément tous les patients.

Un office est attenant à chaque salle à manger. Une banque permet de déposer les plats et la vaisselle ; elle permet au personnel d'avoir en permanence la vue sur les patients pendant les repas.

6.2.3.2 Les fumeurs et les patios des unités

Les trois fumeurs, un par unité, sont bâtis sur le même modèle. Ce sont des pièces de 13 m², équipées d'un extracteur de fumée. La cloison donnant sur l'espace télévision est équipée d'un panneau de verre et d'une porte ; la cloison donnant sur le patio comporte une porte ce qui permet aux fumeurs d'aller et venir entre l'intérieur et l'extérieur.

Chaque fumeur est doté d'un téléviseur, de fauteuils, de tables basses et éventuellement de banc(s).

Les patients de chaque unité ont accès au patio de leur unité soit directement soit *via* le fumoir. Ces patios sont équipés de tables et de sièges de jardin. Ces patios n'ont pas de vis-à-vis.

Les patios des unités A et B sont identiques avec une superficie de 140 m² chacun ; une partie de 50 m² est dallée et couverte, l'autre partie est constituée par un jardinet qui donne sur l'extérieur et est clôturée.

Le patio de l'unité C, à l'étage, est en terrasse. Il ne donne pas de vue sur l'extérieur.

6.2.3.3 Les espaces lecture, salon et télévision

Entre le patio de chaque unité et le bureau des infirmiers et les autres locaux, un espace de 200 m² est consacré aux « espace salon, « espace lecture » et « espace TV ». Les séparations ne sont matérialisées qu'en partie par des demi-cloisons. L'agencement des sièges et des tables peut être modifié par les patients en fonction de leurs occupations (jeux, lecture, etc.), cf. photo au § 6.1.1 *supra*.

Une bibliothèque est accessible au rez-de-chaussée, à côté de la cafétéria.

6.2.3.4 La cafétéria

La cafétéria, au rez-de-chaussée, avec une superficie de 57,3 m², occupe une pièce située à la croisée de tous les accès et sous les regards : l'entrée du pôle, les couloirs des unités A et B, la cage d'escalier et l'ascenseur conduisant à l'unité C. La cafétéria est le lieu de passage pour aller dans le patio central.

Les côtés communs de la cafétéria avec le patio central et l'entrée dans le pôle psychiatrie (qui ouvre sur les couloirs des unités A et B et la cage d'escalier donnant accès à l'unité C) sont des cloisons vitrées. Du côté de la bibliothèque, deux panneaux de verre permettent de voir ce que ne masque pas la partie opaque de la cloison. Du côté du bar, la cloison est opaque et ne permet pas de voir les travaux en cours dans la cuisine thérapeutique dont les produits sont consommés à la cantine ou lors des repas thérapeutiques pris dans la cafétéria.

Cinq tables rondes, de 80 cm de diamètre, et vingt fauteuils accueillent les chaland, patients, visiteurs ou personnels du centre hospitalier, qui peuvent consommer là ou dans le patio central.



La cafétéria vue de la banque

6.2.3.5 Le patio central

Le patio central est un espace rectangulaire, au milieu des bâtiments du pôle. Il occupe une superficie de 400 m² et permet de prendre agréablement le soleil tant par sa disposition, son orientation que son mobilier.

C'est le plus grand espace du pôle psychiatrie dans lequel les patients peuvent librement se déplacer, pendant ses heures d'ouverture qui sont celles de la cafétéria.

Le milieu est occupé par une pelouse. Les bords sont en ciment. Devant la cafétéria, sous un auvent, à l'abri de la pluie et du soleil sont disposées cinq tables rectangulaires (deux grandes de 2,6 m de longueur et de 0,7 m de largeur, trois plus petites de 1,3 m de longueur et de à 7 m de largeur) avec des bancs de chaque côté.

En face de la cafétéria ont été installés les ateliers thérapeutiques dits bruyants : l'espace « poterie » et l'espace « travail du bois » ou « bricolage » occupant chacun une superficie de 33,6 m².



Le patio central



L'espace poterie donnant sur le patio central

6.2.4 Les bureaux

6.2.4.1 Les bureaux des infirmiers et les salles de soins

Les bureaux des infirmiers sont identiques pour les trois unités. Ils occupent chacun une superficie de 24,2 m² et commandent les salles de soins dont les superficies sont semblables (13 m² pour l'unité A et 15 m² pour les unités B et C).

Chaque bureau dispose d'une avancée vitrée dans l'espace commun intérieur (lecture, salon, télévision) qui permet au personnel soignant de suivre les mouvements des yeux tout en étant à un poste de travail.

Ces bureaux ne sont pas d'un accès libre et spontané aux patients.

Les vestiaires des personnels femmes et hommes sont distincts. Ils disposent de douche, de lavabo et de WC. Ce sont les seules pièces où les contrôleurs ont vu des patères.

6.2.5 Les locaux d'activité

Outre les deux espaces consacrés à la poterie et au travail du bois, au rez-de-chaussée, des locaux d'activités thérapeutiques sont aménagés à l'étage, à proximité des bureaux : le

salon d'esthétique (15,6 m²) avec un siège de coiffure, l'espace peinture et couture (26 m²), la salle de musculation (35,2 m²) équipée d'un lavabo, un WC et une douche, une salle de kinésithérapie (34 m²). Une salle dite salle de musique de 37 m² est située au-dessus des ateliers dits bruyants.



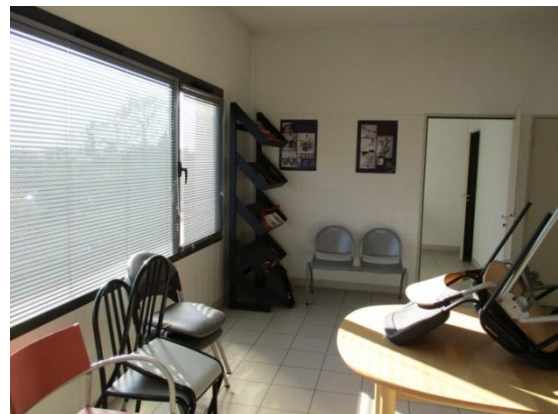
Le salon d'esthétique



L'espace peinture et couture



La salle de musculation



La salle de musique

7- LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

7.1 Les soins somatiques

Il a été indiqué qu'un bilan somatique était effectué lors de l'admission des patients aux urgences et que toutes les personnes entrantes dans le service bénéficiaient de la prescription d'un bilan biologique standardisé, prescrit par les médecins psychiatres, ainsi que d'un électrocardiogramme.

Les mesures des constantes médicales (pouls tension artérielle, température, le poids et la taille) sont normalement effectuées par les infirmiers à l'arrivée dans le service et renseignées dans le dossier médical papier des patients. Néanmoins, les indicateurs de qualité sur l'établissement en 2014 montraient que le nombre de dépistage des troubles nutritionnels était de seulement 3 % parmi les dossiers des unités de psychiatrie examinés.

En cas de besoin, les patients peuvent être adressés en consultations sur les services des spécialités de l'hôpital (médicales, chirurgicales, imagerie et rééducation) ou aux urgences, le cas échéant. Pour les soins dentaires et les consultations ophtalmologiques classiques, les patients peuvent être accompagnés en consultation en cabinet de ville. Seules les urgences ophtalmologiques et les soins d'extractions dentaires sont effectués sur l'hôpital.

Aucun médecin généraliste n'est affecté aux unités d'hospitalisation de psychiatrie. De plus, lors de la visite, il a été constaté que la prise en charge des patients en psychiatrie, nécessitant une intervention de la médecine générale assurée par le centre hospitalier, faisait défaut.

A titre d'exemple, pendant la visite, les contrôleurs ont été informés qu'un patient, souffrant d'une tendinite, n'avait pas pu bénéficier d'une prescription de traitement adéquat à son problème, car celui-ci ne relevait pas de la compétence du médecin psychiatre en charge du patient, ni d'une consultation aux urgences, ni d'une consultation spécialisée. Pour faire face à ce genre de situation, **il a été indiqué que, souvent, les infirmiers faisaient appel à l'interne de garde de l'hôpital, prenant ses fonctions après 18h.**

Par ailleurs, il a été mentionné que certains patients présentant à la fois des problèmes médicaux somatiques et psychiatriques importants, faisaient le va-et-vient entre les services de médecine de l'hôpital et les unités de psychiatrie, leur prise en charge globale dans un seul service n'étant pas possible, étant donné le manque d'équipement dans les chambres des unités de psychiatrie (pas de prises pour l'oxygène) et l'absence de médecin qualifié dans ces unités.

En cas d'urgence vitale, une procédure a été mise en place pour gérer cette situation *via* la régulation du centre 15.

Dans sa réponse écrite du 6 juillet 2016, le directeur reconnaît qu'il s'agit d'une problématique réelle pour laquelle les mesures initiées n'ont pas abouti. Une nouvelle stratégie doit se mettre en place pour consolider l'organisation.

Recommandation

Il est nécessaire qu'un médecin généraliste soit à la disposition des unités de psychiatrie.

Le comité de lutte contre la douleur (CLUD) de l'établissement est présidé par un pharmacien. Un groupe spécifique « santé mentale » du CLUD est constitué ; il s'est réuni deux fois en 2015. Ce groupe comprend notamment un psychiatre et plusieurs infirmiers des unités A, B et C.

Une grille d'évaluation de la douleur, adaptée aux patients psychotiques a été validée par ce comité et diffusée dans les unités de psychiatrie. Malgré une fiche formalisée pour l'évaluation de la douleur dans les dossiers de psychiatrie, il a été indiqué que cette évaluation n'était pas effectuée de façon homogène selon les unités. Par ailleurs, l'évaluation de la traçabilité de la douleur dans les unités de psychiatrie ne faisait pas partie des indicateurs renseignés lors de l'audit de qualité et de sécurité des soins en 2014, alors que cet indicateur était évalué pour d'autres pôles de l'hôpital. Néanmoins, un audit du CLUD sur l'évaluation de la douleur dans les unités de psychiatrie était prévu le 15 décembre suivant la visite. Par ailleurs, il a été indiqué la mise en place prochaine de référents douleur dans chaque unité.

La prise en charge spécialisée des addictions est assurée par une unité spécialisée de liaison de l'hôpital. Les patients peuvent bénéficier de la délivrance de patchs nicotiques pour le sevrage tabagique.

Les actions d'éducation pour la santé menées dans les services ont principalement traité de questions alimentaires. Aucune action de prévention n'est effectuée concernant d'autres thèmes comme par exemple la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). Aucun préservatif n'est à disposition des patients. Néanmoins, il a été indiqué qu'un dépistage des IST par sérologie était proposé systématiquement à l'admission des patients dans les unités.

7.2 Les soins psychiatriques

7.2.1 L'organisation des soins

L'organisation dans les deux unités d'admission, A et B, est globalement semblable, réalisant des soins dits de phase « aiguë » des patients relevant de leur secteur. L'unité C (d'inter-secteur) admet des patients de ses deux unités, présentant un état pathologique chronique, lorsqu'ils nécessitent le prolongement de leur admission, afin de travailler à un projet de sortie, le plus souvent dans des structures médico-sociales.

Les soins proposés dans les unités sont individuels et collectifs, et chaque projet de soin, individualisé, est discuté en équipe.

Un médecin psychiatre référent est désigné pour chaque patient. Le choix du psychiatre référent dépend soit du suivi antérieur du patient lorsqu'il est déjà suivi par l'un des psychiatres avant son hospitalisation, soit du psychiatre disponible pour le prendre en charge lors de son admission. Il a été indiqué qu'il était possible pour un patient de demander à changer de psychiatre référent et que cette demande était examinée par l'équipe de soins, qui accepte ou non ce changement. Aucun infirmier référent n'est désigné pour un patient.

Le personnel de soins ne compte pas d'aide-soignant. Il a été indiqué aux contrôleurs que ceci était un choix institutionnel pour privilégier le soin qualifié apporté par les infirmiers. Néanmoins, les ASH participent en quelque sorte à l'activité de soins, par les relations qu'elles entretiennent dans la vie quotidienne des patients et notamment par l'activité buanderie tenue par une ASH, à temps plein pour cette activité à l'unité C. Cette dernière, nommée « lingère », s'occupe de la réserve d'habits de l'unité C, aide les patients à la gestion de leur linge, de leur hygiène, les accompagne dans la gestion des gestes de la vie quotidienne ; ce qui participe notamment à travailler l'estime de soi des patients de l'unité C.

La coordination clinique des équipes est effectuée lors d'une réunion clinique qui se tient une fois par semaine dans chaque unité et qui inclue les médecins psychiatres, les infirmiers, les psychologues de l'unité, un infirmier du CMP de secteur pour les unités A et B, le cadre de santé et des ASH. Les contrôleurs ont pu assister à l'une de ses réunions. L'évolution clinique de chaque patient et son projet de sortie y sont discutés, ainsi que les prescriptions, notamment les prescriptions dites « institutionnelles » (cf. *infra*). Les contrôleurs ont pu remarquer lors de cette réunion que les échanges étaient nombreux et que chaque membre du personnel avait la possibilité de s'exprimer et d'être entendu.

Chaque jour, les équipes de soin (infirmiers et ASH), effectuent des transmissions le matin, le midi et le soir.

Hormis la prescription de traitement médicamenteux qui est informatisée, les observations des soignants et des médecins sont relevées dans les dossiers médicaux manuscrits des patients. Dans ces dossiers, se trouve une fiche de « prescriptions institutionnelles » où certaines restrictions peuvent être prescrites par un médecin, en fonction de l'état clinique du patient, après avoir été discutées en équipe ; à savoir :

- la mise en chambre d'isolement ;
- la mise en chambre fermée ;
- l'indication de port du pyjama ;
- la possibilité de se rendre à la cafétéria avec accompagnement ;
- l'autorisation de sortie du service ;
- la possibilité de recevoir des appels téléphoniques et d'en donner ;
- l'autorisation de recevoir des visites.

Toutes les unités n'utilisent pas systématiquement cette fiche. En ce cas, ces prescriptions sont indiquées en texte libre sur les feuilles d'observation, par le médecin.

Le pôle de psychiatrie a fait le choix d'avoir des unités d'hospitalisation uniquement ouvertes. Pour les patients nécessitant d'être contenus, ce fonctionnement implique la prescription de mesures de contrainte tels que la prescription de mise en chambre d'isolement ou fermée et la prescription des pyjamas ou leur transfert vers d'autres hôpitaux – Uzès principalement, situé à 41 kilomètres – ayant des services fermés, plus adaptés à leur prise en charge.

Il n'est pas établi de statistiques permettant de chiffrer le nombre de patients concernés chaque année par ces transferts.

Concernant la prescription de pyjamas, il a été indiqué que leur indication n'était pas liée au statut du patient -en soins libres ou sous contrainte- mais à son état clinique, le port du pyjama permettant de repérer facilement un patient qui sortirait du bâtiment. Ce système vise à protéger les personnes qui pourraient se perdre, en raison de leur trouble d'orientation ou de mémoire, ou les personnes présentant des troubles comportementaux nécessitant d'être contenues dans leurs unités hospitalisation. **Lors de la visite, quatre patients de l'unité A et cinq patients de l'unité B avaient une indication de port du pyjama d'hôpital.**

Le directeur indique que le port du pyjama est la contrepartie d'un bâtiment d'hospitalisation ouvert où le principe dominant de la liberté d'aller et de venir doit néanmoins se concilier avec une obligation de surveillance d'une minorité de patients ne pouvant sans risque sortir du lieu.

Recommandation

La prescription de port du pyjama d'hôpital, porte atteinte à la dignité du patient.

7.2.2 La prise en charge individuelle

Les patients sont suivis en entretiens individuels par leur psychiatre référent, au moins deux fois par semaine dans les unités A et B et plus selon la clinique. Il a été indiqué que ces entretiens étaient toujours effectués en présence d'un infirmier et que les patients étaient informés à l'avance (heure et jour) de la tenue de ces entretiens.

Les infirmiers effectuent des entretiens individuels avec les patients à leur arrivée, puis en fonction de la nécessité clinique, selon une décision d'équipe.

Les suivis individuels par les psychologues et les soins de psychomotricité sont indiqués et prescrits lors des réunions cliniques d'équipe.

Des accompagnements individuels de sorties à l'extérieur sont effectués par l'équipe dédiée aux activités thérapeutiques. Il a été indiqué que ces accompagnements concernaient principalement des patients de l'unité C.

Les propositions de permissions de sorties sont décidées en équipe. Il a été indiqué qu'elles étaient effectuées dès que l'état du patient le permettait.

7.2.3 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques proposées aux patients des unités sont les activités de socialisation ouvertes telles que la cafétéria, la bibliothèque et ses ateliers et l'atelier cinéma, ou les ateliers thérapeutiques dans lesquels les patients sont inclus sur prescription.

Une information sur toutes les activités est affichée dans le hall d'accueil, sur les vitres de la cafétéria et de la bibliothèque.

La cafétéria, qui se situe au rez-de-chaussée du bâtiment, est le lieu principal d'animation et de socialisation des patients hospitalisés. Animée par un infirmier de l'unité C, elle est ouverte le lundi, de 9h à 12h et de 13h à 13h45 et du mardi au vendredi, de 9h à 12h et de 13h à 16h. Elle propose des boissons, des gourmandises et des objets du quotidien tels que des enveloppes, des timbres et des produits d'hygiène, à des prix modiques¹⁴. Les contrôleurs ont pu constater la fréquentation importante, par les patients et leur famille, de ce lieu convivial.

La bibliothèque est ouverte de façon permanente le mardi matin, le jeudi matin, le vendredi matin et le vendredi après-midi. L'animation de la bibliothèque est effectuée par des infirmiers, la psychomotricienne, une psychologue et des patients qui aident à l'ouverture des permanences, à son rangement et à son organisation. Il a été indiqué que les horaires d'ouverture dépendaient néanmoins de la disponibilité des soignants. En dehors de ces horaires d'ouverture, les patients peuvent demander à la cafétéria d'y accéder s'il souhaite emprunter un livre.

¹⁴ Par exemple, un petit café coute 0,20 euro, un verre moyen de *Coca-cola*[™] coute 0,50 euro ou une glace en bâtonnet coute 0,70 euro.

Un atelier de lecture à voix haute, ouvert à tous, est animé par un infirmier à la bibliothèque le jeudi matin.

L'« atelier-journal » d'écriture du journal « le Chat Blanc » est ouvert à tous les patients lors de la permanence hebdomadaire le vendredi matin à la bibliothèque. Sa mise en page est effectuée le jeudi dans l'atelier polyvalent de l'étage. Il est animé par deux soignants (un psychologue de l'unité C et un infirmier) et les autres soignants sont invités à y participer. Depuis sa création en 2008, quinze numéros et un hors-série du Chat Blanc sont parus.

L'atelier cinéma a lieu dans la salle de réunion les vendredis après-midi tous les quinze jours et est animé par deux infirmiers. Le choix du film projeté et la réalisation de l'affichage est effectué avec les patients. Un débat a lieu après la projection des films.

Les autres ateliers thérapeutiques, animés par les infirmiers dédiés de l'unité C et formés à leur animation et par la psychomotricienne, sont accessibles aux patients sur prescription médicale et selon un nombre de places déterminé. Les patients des trois unités d'hospitalisation peuvent être inclus dans ces ateliers, ainsi que des patients admis en hospitalisation de jour sur ces unités. Le retour de ces ateliers est restitué aux équipes de soins, une fois par mois lors de la réunion clinique à l'unité C et par le biais de fiche de transmission à l'unité A et B. Ces ateliers se déroulent dans les salles d'activité du bâtiment ou à l'extérieur, du lundi au vendredi. Ils sont les suivants :

- l'atelier poterie, animé deux fois par semaine par deux IDE ;
- l'atelier marche, animé par la psychomotricienne et trois IDE, le mercredi matin à l'extérieur ;
- l'atelier gym et sport, animé par un IDE, une fois par semaine pour les femmes et deux fois par semaine pour les hommes ;
- l'atelier d'équithérapie, animé par une IDE dans un club équestre à l'extérieur, trois fois par semaine ;
- l'atelier cuisine, animé deux fois par semaine par un IDE ;
- l'atelier dessin, animé par deux IDE et un intervenant extérieur ;
- l'atelier bricolage ; animé deux fois par semaine par un IDE ;
- l'atelier jardin (suspendu en hiver) ;
- l'atelier pâtisserie, animé par un IDE, deux fois par semaine ;
- l'atelier esthétique animé par un infirmier le vendredi matin ;
- l'atelier mosaïque, animé deux fois par semaine par deux IDE ;
- l'atelier art créatifs, animé une fois par semaine par un IDE.

Les patients de l'unité C bénéficient d'un atelier d'écriture, sur indication médicale, qui leur est dédié le lundi matin.

Lors de la visite, 6 patients de l'unité A (sur 23 patients admis dans l'unité), 2 patients de l'unité B (sur 22 admis dans l'unité) et 10 patients (sur 17 admis dans l'unité) de l'unité C, étaient inscrits à ces activités.

Deux sorties annuelles à l'extérieur sont programmées pour les patients de l'unité C, une au printemps et une à l'automne. En 2015, la sortie de printemps était un séjour de quatre jours en camping.

Bonne pratique

L'affectation d'infirmiers formés et dédiés à l'animation des activités thérapeutiques permet la pérennité de celles-ci et offre aux patients une prise en charge de soins diversifiée.

Par ailleurs, l'unité C a mis en place des groupes « soignants-soignés », les vendredis matin, lors d'un temps d'expression collective appelé « le tableau », où les sujets abordés sont inscrits par les patients sur un tableau apposé au mur de la salle de détente de l'unité, ainsi que les mardis après-midi, lors d'une réunion traitant de questions institutionnelles et de la vie collective, entre patients et équipe de soins. Cette dernière réunion avait eu lieu pour la première fois la semaine précédant la visite.

Il a été indiqué que des réunions soignants-soignés avaient été mises en place à l'unité A mais que leur tenue s'était interrompue.

Bonne pratique

La socialisation et la participation institutionnelle des patients dans des groupes soignants-soignés à l'unité C est à souligner.

Recommandation

L'accompagnement actif à la socialisation et à la participation institutionnelle des patients de l'unité C tel que le travail d'accompagnement effectué par la lingère, les accompagnements extérieurs et les groupes de paroles soignants-soignés, devraient être plus amplement déployés pour les patients des unités A et B.

Dans sa réponse écrite, le directeur précise que les unités A et B sont des structures de soins aigus avec des durées de séjour courtes (unités d'entrants) contrairement à l'unité C qui est dédiée aux séjours de longue évolution et qui donc est amenée à proposer des activités de resocialisation.

7.2.4 L'isolement et la contention

Il a été indiqué que le pôle de psychiatrie ne pratiquait jamais de contention physique.

L'isolement est prescrit aux patients dans les unités, soit en chambre d'isolement, soit en chambre fermée.

Il a été mentionné que l'indication d'isolement était liée à l'état clinique du patient, lorsqu'il nécessite d'être contenu pour être apaisé et que, si l'état clinique de la personne engendre l'impossibilité de lever cette mesure, un transfert est demandé dans un service fermé, plus adapté, dans un autre hôpital. La prescription des mesures d'isolement est évaluée en équipe et validée par un médecin.

Il a été indiqué que lorsque l'indication d'une mise en chambre d'isolement était posée pour un patient hospitalisé avec son consentement, la transformation de son statut d'hospitalisation en soin sans consentement était effectuée.

Les chambres « fermables fermées » sont parfois utilisées, dans le cas des mineurs, afin de les protéger des autres patients adultes ou pour des patients en soins libres, en cas de désorientation, lorsqu'ils présentent des risques de fugue.

- **L'isolement en chambre d'isolement (CI) :**

Un protocole, validé en 2004, encadre la prescription de mise en chambre d'isolement (MCI). Ce protocole prévoit que la prescription de MCI soit indiquée à « *tout patient pour qui une rupture avec l'environnement habituel (extérieur, familial et hospitalier) est devenue nécessaire* ». Il est prévu dans ce protocole que l'indication soit discutée en équipe, que l'évaluation médicale du patient en CI, par un médecin et un infirmier, soit effectuée au minimum une fois par jour et que la prescription soit renouvelée par période de 24 heures. Les indications, contre-indications et modalités de surveillance sont détaillées dans ce protocole.

La mise en pyjama des patients mis en CI est systématique.

Une fiche de surveillance est formalisée dans le dossier patient lors de sa mise en CI. Cette fiche renseigne notamment la surveillance, toutes les deux heures, par des soignants, « *sans forcément rentrer dans la chambre (vision à travers l'oculus)* ». Il a été indiqué que les infirmiers n'allaient jamais seuls à la rencontre des patients placés en CI.

Les chambres d'isolement ont un aménagement spartiate (cf. § 6.2.1.2). Néanmoins, il est prévu que le matelas soit doté de draps et d'une couverture.

Un registre correspondant aux relevés administratifs des affectations en CI dans les trois unités a été transmis aux contrôleurs. Ils ont pu constater que, entre le 1^{er} janvier et le 28 novembre 2015 :

- **124 patients avaient été mis en chambre d'isolement totalisant 561 jours en CI ;**
- **dont 15 patients avaient effectué 2 séjours en CI, 3 patients avaient effectué 3 séjours, 1 patient avait effectué 4 séjours et 1 patient avait effectué 7 séjours ;**
- **la durée moyenne de séjour en chambre d'isolement était de 3,1 jours ;**
- **le séjour le plus long était de 17 jours et de 1 jour pour les plus courts.**

Les séjours en CI sont principalement effectués dans les unités A et B.

En 2011, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) portait sur l'utilisation de la fiche de surveillance des CI. A l'issue de cet EPP, des axes d'amélioration de la fiche et une amélioration de l'information des soignants sur le protocole de mise en chambre d'isolement ont été proposés. Par ailleurs, le personnel est régulièrement formé sur la question de l'isolement. Entre 2001 et 2015, quinze soignants (pour un total de 171h) ont bénéficié de formation sur la contention et l'isolement en psychiatrie, lors de formations spécialisées à Montpellier, Paris ou Lyon.

- **Le placement en chambre « fermable-fermée » (CFF) :**

La prescription de placement des patients dans une chambre fermée n'est pas encadrée par un protocole. Cette prescription figure parmi les prescriptions institutionnelles des unités. Ces mesures sont discutées en équipe et validées par un médecin. Lors de la prescription, le temps de fermeture de la chambre dans la journée et la possibilité de prise des repas en commun est indiqué.

Les CFF sont installés de façon plus confortable que dans une CI, avec des chambres dotées d'un mobilier et de sanitaire de façon quasiment équivalente aux autres chambres (cf. § 6.2.1.1).

Aucun registre n'est utilisé pour évaluer les pratiques d'utilisation des CFF. Lors de la visite, l'utilisation des CFF était la suivante :

- à l'unité A, un patient, en SDRE, était placé en CFF avec ouverture de la chambre entre 19h et 22h ;
- à l'unité B, un patient, en SDRE, était placé en CFF avec fermeture permanente de la chambre et un patient, en soins libres, y était placé avec ouverture pour les repas en commun et de 16h à 22h ;
- aucun patient à l'unité C n'était en CFF.

Les contrôleurs ont pu observer que tous les patients placés en chambres fermées portaient un pyjama d'hôpital.

Recommandation

Il serait souhaitable que la pratique du placement de patient en chambre « fermable fermée » (CFF) soit encadrée par un protocole mentionnant le but attendu de cette mesure et que son utilisation soit évaluée et tracée dans un registre.

Selon les dires d'un patient, son séjour en chambre fermable et en chambre d'isolement a été ressenti comme humiliant, notamment du fait du port du pyjama ; il devait, en l'absence de bouton d'appel, crier pour appeler les soignants.

Dans sa réponse, le directeur précise que la recommandation doit être reprise pour structurer le recours aux chambres fermables.

Recommandation

Le recours à l'isolement, en chambre d'isolement dans des conditions matérielles indignes (cf. § 6.2.1.2) et dans les chambres « fermables fermées » est fréquent dans les unités A et B. Il convient de rechercher une alternative à cette pratique, qui devrait être de dernier recours.

7.2.5 La pharmacie

La pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital est sous la responsabilité d'un pharmacien et délivre les traitements médicamenteux et les dispositifs médicaux.

Les médicaments sont prescrits sur un logiciel informatique et toutes les prescriptions sont relues et validées, quotidiennement (week-ends et jours fériés compris), par un pharmacien.

La préparation nominative des traitements est effectuée par les préparateurs en pharmacie de la PUI et livrée de façon hebdomadaire dans les unités. En cas de changement de prescription entre deux livraisons hebdomadaires, le « réassort » est effectué quotidiennement en semaine. En cas de besoin urgent, les infirmiers des unités ont à leur disposition une dotation dans chaque unité ou la possibilité d'appeler le pharmacien d'astreinte, en journée comme de nuit et les week-ends et jours fériés.

Aucun pharmacien ne se déplace au sein des unités pour un travail clinique. Il a été indiqué que cette pratique, actuellement déployée dans d'autres services tels que la chirurgie, devrait être déployée ultérieurement en psychiatrie.

La distribution des traitements est effectuée par les infirmiers dans chaque unité, à l'heure des repas et à l'heure de la tisane le soir, entre 21h et 23h pour les traitements de nuit. Dans les unités A et C, les traitements sont distribués à table, dans la salle de réfectoire commune, pendant le repas. Dans l'unité B, les traitements sont distribués à la porte de la salle de la pharmacie, porte ouverte, un quart d'heure avant le repas.

L'administration et la non-administration des traitements sont tracées informatiquement.

Dans sa réponse écrite, le directeur indique que la distribution de médicaments au moment des repas est la résultante d'une organisation interne qui l'a considérée comme plus respectueuse des personnes par rapport à une distribution en chambres difficile à envisager puisque les patients sont libres d'aller et venir et sont peu présents dans leurs chambres avant les repas. Cette solution a aussi été préférée à celle consistant à distribuer les médicaments dans la salle de soins avec un alignement de patients à la porte de la salle.

Recommandation

La distribution des médicaments, notamment dans les unités A et C, doit être organisée de manière à protéger la confidentialité des soins vis-à-vis des autres patients et à permettre un temps d'échange individualisé.

7.2.6 Le déroulement de la journée

7.2.6.1 Le rythme de vie

Le petit déjeuner est pris dans la salle à manger entre 8h et 8h30, certains patients étant cherchés, voire réveillés par les soignants.

Des viennoiseries remplacent parfois le pain beurre-confiture notamment les dimanches et jours fériés ; le patient a le choix de sa boisson chaude, café (au lait), thé ou chocolat.

A partir de 9h30, les patients, après qu'ils aient été invités à ranger leurs chambres et leurs affaires personnelles, sont dirigés vers les activités prescrites dans le contrat de soins et qui sont décrits au § 7.2.3.

Seule l'unité C impose la fermeture des chambres entre 9h30 et 11h30, et ce, tant pour en faciliter l'entretien ménager, que pour maintenir une vie collective à des patients peu enclins à participer aux activités thérapeutiques.

Les consultations médicales et les entretiens avec les psychologues ont généralement lieu le matin.

Le déjeuner est servi à 12h et le dîner à 19h.

A partir de 13h30 et après que bon nombre d'entre eux ait fait la sieste, les patients reçoivent leurs visiteurs, participent aux activités ou s'installent à la cafétéria, lieu de convivialité et d'échanges entre patients mais aussi avec les soignants dont l'un d'entre eux est toujours présent.

Un goûter est proposé à 16h, servi dans la salle à manger.

Les patients sont incités à regagner leurs chambres à la fin du programme de télévision, de première partie de soirée, soit vers 22h30- 23h au plus tard.

7.2.6.2 La restauration

Les unités de psychiatrie reçoivent la restauration selon le principe de la liaison froide.

La cuisine centrale de l'hôpital prépare les repas chauds qui sont conservés selon les normes en vigueur et livrés chaque matin dans des chariots dont la température est de 3°C.

Les repas sont réchauffés dans les fours de la cuisine attenante à la salle à manger de chaque unité.

Les menus sont planifiés par un diététicien du centre hospitalier en accord avec le chef de cuisine et le déjeuner est toujours composé d'une entrée, d'un plat avec viande ou poisson et garniture, d'un fromage ou laitage et d'un dessert, tandis que le dîner ne comporte pas de hors-d'œuvre.

Les régimes médicaux sont bien sûr respectés et les convictions confessionnelles des patients sont respectées, à l'exception de la viande halal ou kacher.

Les contrôleurs ont assisté au repas de midi dans l'une des unités.

A partir de 11h45, les malades sont venus, tranquillement et progressivement s'installer à table, à la place qui leur convenait. Ils ont pris leur traitement médical distribué depuis un pupitre par l'infirmier présent au début du repas.

La distribution des plats n'a commencé qu'à partir du moment où tous les patients furent présents, l'un d'eux ayant dû être cherché dans sa chambre et convié, patiemment mais fermement, à rejoindre la salle à manger.

Le menu suivant n'a pas été l'objet de critiques ni en qualité ni en quantité :

- salade de carottes ;
- poulet petits pois, pommes de terre ;
- fromage ou yaourt ;

- pomme chaude.

Certains patients ont bénéficié d'un dessert supplémentaire, dans la mesure où quelques-uns avaient été refusés par des personnes qui se sont alors vues proposer un fruit frais.

Le temps du repas n'est pas apparu particulièrement convivial ; les patients étaient en effet très silencieux et pressés de quitter la salle à manger dès la fin du repas.

Il a été dit aux contrôleurs que les produits font l'objet d'analyses biologiques conformément à la réglementation en vigueur.

7.2.6.3 La surveillance

La sécurité du centre hospitalier est principalement constituée d'un service de sécurité incendie, fonctionnant 24h sur 24. Il comprend cinq agents sous la responsabilité d'un chef de service, pour assurer l'accueil, le poste de sécurité et des rondes pédestres de surveillance sur l'emprise du CH.

Le CH est équipé d'une quarantaine de caméras de vidéosurveillance ; aucune n'est installée à l'intérieur du pôle psychiatrique. Selon les informations recueillies, il est prévu en 2016, l'installation d'une caméra à la sortie du bâtiment et deux à l'arrière sur le parking de l'ancien bâtiment.

Le personnel en psychiatrie n'est pas doté de protection du travailleur isolé (PTI) ; dans la pratique, le personnel soignant des unités se regroupe en cas de situation d'urgence pour intervenir en renfort.

La nuit, une ronde de surveillance est effectuée en psychiatrie. En cas de problème, le cadre d'astreinte est contacté.

7.2.6.4 L'hygiène

Les unités A et B disposent au rez-de-chaussée d'une buanderie commune de 14,4 m² de superficie équipée d'une machine à laver le linge, d'un sèche-linge et d'un bac. La porte est équipée d'un digicode.

L'unité C dispose d'une buanderie de 34 m² contenant les mêmes équipements mais également le bureau de la buandière-couturière avec son matériel de couture et de repassage.



La buanderie des unités A et B



La buanderie de l'unité C

Les patients, dont le linge doit être marqué, ont la possibilité de le faire entretenir, s'ils ne choisissent pas leur famille pour ce faire, par la blanchisserie de leur unité.

Dans les unités A et B, où les séjours sont de courte ou moyenne durée, les soignants assistent les malades qui le demandent pour l'entretien de leurs affaires personnelles en planifiant des jours d'utilisation de la buanderie et en les aidant à l'utilisation des machines.

A l'unité C, les malades hospitalisés pour de très longues périodes, souvent en rupture familiale ou sociale, bénéficient de l'assistance d'une lingère, dont la fonction n'est pas seulement d'entretenir le linge mais de participer à l'apprentissage de l'autonomie du malade en matière d'hygiène.

Les contrôleurs ont constaté que les malades, au moment où ils apportent leur linge sale, dans un « sac-filet », ont plaisir à parler avec la lingère qui, très investie, s'intéresse à l'état de leurs affaires personnelles. Quand ils sont en pénurie de vêtements, ils peuvent choisir, parmi un stock important d'habits en excellent état, ceux dont ils ont besoin. Les contrôleurs ont été témoins de la joie d'un patient qui s'est vu remettre une parka indispensable pour lui permettre d'aller se promener dans le parc.

Les draps et les serviettes de toilette sont changés dès qu'ils sont souillés et au minimum une fois par semaine.

Bonne pratique

La lingère facilite, avec pédagogie et convivialité, l'autonomisation, voire l'apprentissage, des patients à l'entretien régulier de leurs effets personnels.

7.2.6.5 Les liens avec l'extérieur

- Les visites

Les visites dans les chambres étant interdites, les unités A et B ont été dotées chacune d'un « espace famille », qui est une pièce fermée de 11,3 m², qui jouxte un espace d'attente de 10,8 m² situé dans le couloir.

L'espace famille comporte des fauteuils et des chaises, une table basse, un buffet. La confidentialité des conversations est assurée ; des enfants peuvent être accueillis sans les mettre au contact des autres patients.

L'unité C ne dispose pas d'un tel espace. Les visiteurs peuvent également se rendre à la cafétéria et prendre des consommations.

Les visites des familles peuvent avoir lieu de 13h30 à 18h30 sauf à l'unité C de 13h30 à 18h. Les contrôleurs ont constaté l'affichage des horaires de visite dans les couloirs des unités. Les familles ne peuvent rencontrer les patients hospitalisés dans leur chambre. Lorsqu'elles se présentent avec des enfants, la visite se déroule plutôt dans la salle des familles. Les rencontres entre les visiteurs et les patients peuvent aussi se dérouler dans l'espace d'attente à proximité du bureau d'entretien, le jardin, la cafétéria.

En principe, aucun patient n'a d'interdiction de visite, sauf sur prescription médicale. Il en est ainsi de la personne qui est hébergée en chambre fermée. Il a été indiqué qu'une période d'observation de 48 heures est nécessaire pour les patients de l'unité B avant de se prononcer sur l'autorisation de visite.

Lors du contrôle, tous les patients de l'unité C pouvaient recevoir des visites. Trois patients de l'unité B n'étaient pas autorisés sur prescription médicale à en recevoir.



Espace famille



Espace attente jouxtant un espace famille

- Le téléphone

L'usage des téléphones portables est largement admis au sein des trois unités ouvertes, sauf prescription médicale. Selon les informations recueillies, l'autorisation est donnée selon l'état clinique du patient ; une période d'observation peut être nécessaire pour les patients de l'unité B. Les patients conservent leur téléphone et sont libres de téléphoner dans leur chambre. Le téléphone portable n'est pas non plus autorisé dans la salle à manger au moment du repas. Dans la pratique, le personnel soignant limite à 22h la possibilité de téléphoner dans les unités B et C. Dans l'unité A, les patients ont accès à leurs téléphones portables dans les mêmes conditions.

Pour les personnes ne disposant pas de leur propre téléphone, une cabine téléphonique à carte avec un combiné est installée dans le couloir reliant les unités A et B. L'unité A dispose aussi d'une cabine téléphonique à carte ; néanmoins, les contrôleurs ont constaté qu'aucune carte n'était en vente à la cafétéria du pôle psychiatrique et à celle du centre hospitalier.

Ces installations ne permettent pas de respecter la confidentialité des conversations. Les appels, émis ou reçus depuis les postes du bureau infirmier, sont transférés vers ceux du couloir. Le nombre d'appels par patient est variable, selon la prescription médicale.

Lors du contrôle, tous les patients de l'unité C étaient autorisés à téléphoner. L'accès au téléphone était interdit sur prescription médicale pour deux patients de l'unité B.



Une des trois cabines des unités



La cabine à carte située entre les unités A et B

Bonne pratique

La conservation des téléphones portables par les patients est la règle, la non conservation l'exception. Ceux prenant des photos ou recevant Internet sont autorisés comme les autres.

- L'accès à internet

Les chambres des trois unités ne permettent pas l'accès à internet et aucun système wifi n'est installé dans le service. Les patients peuvent consulter un site, à la demande, au poste infirmier en présence du soignant et selon la disponibilité du personnel.

- Le courrier

Le vaguemestre dépose le courrier arrivée chaque matin au secrétariat du pôle psychiatrique. De même, il se charge de relever le courrier départ déposé par le personnel soignant au secrétariat. Le courrier arrivé n'est pas remis au patient en chambre d'isolement.

Il a été indiqué que le papier à lettres, les crayons, les enveloppes sont fournis par le cadre de santé en cas de nécessité. Des timbres sont en vente à la cafétéria du pôle. Le courrier peut être affranchi en interne, au cas par cas pour les personnes démunies de ressources. Selon les informations recueillies, les lettres ne sont pas ouvertes ni contrôlées.

A l'unité A, il a été indiqué que les colis sont ouverts dans le bureau du cadre de santé, en présence du patient.

7.2.6.6 La gestion de l'argent

A l'arrivée dans l'unité, le personnel soignant réalise un inventaire des effets personnels en présence du patient. Une fiche d'inventaire est renseignée sur le contenu du portefeuille (documents, carte bancaire, chéquier, numéraires) et les autres effets personnels. Cette fiche datée et signée contradictoirement par le patient/soignant au dépôt et à la remise, est classée dans le dossier du patient.

Les effets personnels (objets tranchants, les téléphones portables non autorisés...) sont rangés dans des casiers numérotés par chambre, dans le bureau infirmier ou dans l'armoire du bureau du cadre selon les unités. Cette pratique n'est formalisée ni dans le règlement intérieur ni dans le livret d'accueil. Les autres effets personnels sont rangés dans le placard de la chambre, fermée à clé par un cadenas. Le personnel soignant conserve la clé, pendant la période d'observation du patient.

Quant à l'argent et les objets de valeur, le cadre de santé de chaque unité dispose d'un coffre fermé à clé, entreposé dans une armoire sécurisée du bureau. La somme d'argent est variable selon les unités, entre 50 et 100 euros. Une clé permet à chaque cadre d'accéder au coffre des autres unités. Le coffre contient des enveloppes au nom du patient, avec une fiche permettant d'enregistrer l'ensemble des mouvements (date, dépôt, retrait, solde, signature).

Il a été indiqué que des effets personnels peuvent être remis à la famille des patients. De même, à la demande des personnes hospitalisées, les enveloppes sont remises sauf prescription médicale.

Le cadre de l'unité dépose à la régie du centre hospitalier les sommes d'argent ainsi que les bijoux des patients, lesquels sont transférés chaque semaine par le régisseur à la trésorerie principale (huit transferts le jour du contrôle). Préalablement à la sortie d'un patient, et à sa demande, un transfert de l'argent du patient de la trésorerie principale à la régie est possible.

Recommandation

Les règles de vie de chaque unité devraient formaliser les pratiques de conservation de l'argent et des objets de valeur à usage quotidien.

Dans sa réponse, le directeur précise que le dispositif est précisément décrit et ne donne lieu à aucun incident. Il fera l'objet d'un paragraphe particulier dans le règlement intérieur.

7.2.6.7 La sexualité

Si le sujet n'est pas tabou, la sexualité n'est toutefois pas autorisée dans les unités.

Une vigilance est effectuée pour prévenir tout abus sexuel sur personnes vulnérables. Il a été indiqué que des patients, dont le comportement sexuel lié à leur pathologie pourrait être problématique, sont particulièrement « surveillés » par l'équipe soignante.

Dans l'hypothèse, de la visite d'un conjoint, il n'est pas exclu de façon exceptionnelle de laisser au couple un moment d'intimité dans la chambre individuelle du patient.

7.2.7 Les droits « inaliénables »

7.2.7.1 L'accès au dossier médical

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont disponibles sur le site Internet du centre hospitalier et dans le livret d'accueil.

Lorsque le patient fait la demande d'accès à son dossier au cours de son hospitalisation, la **secrétaire médicale de l'unité lui remet un formulaire à remplir**. Il a été indiqué que le patient consultait systématiquement son dossier **en présence du médecin**.

Lorsque la demande d'accès au dossier médical a lieu après l'hospitalisation, elle peut s'effectuer par une lettre manuscrite du demandeur ou par le biais de l'imprimé à remplir qui est disponible sur le site Internet du centre hospitalier. La demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité. Si le demandeur n'est pas le patient, il doit fournir les documents attestant sa qualité ; les ayants droits d'une personne décédée ont l'obligation de préciser le motif de la demande.

Au cours de l'année 2014, sur les 360 demandes de dossiers de patients hospitalisés, quatre demandes pour la psychiatrie ont été formulées :

- deux demandes (sur les 329) concernaient des dossiers de moins de cinq ans ;
- deux demandes (sur les 31) concernaient des dossiers de plus de cinq ans.

Pour les demandes en psychiatrie, toutes les réponses ont été données dans les délais¹⁵.

Au cours de l'année 2015, à la date du 1^{er} décembre, huit demandes de dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie ont été formulées :

- sept demandes concernaient des dossiers de moins de cinq ans ;
- une demande concernait un dossier de plus de cinq ans.

Parmi ces huit demandes, cinq ont fait l'objet de réponses positives dans les délais, deux de réponses positives hors délais et une était en cours de traitement.

7.2.7.2 Le libre exercice des activités religieuses

Il n'existe pas de salle polyculturelle dans le bâtiment d'hospitalisation de la psychiatrie ; une « salle multi cultes » de 30 m² est ouverte jour et nuit au rez-de-chaussée du bâtiment inauguré en 2011, à 200 mètres de l'entrée du pôle psychiatrie.

La salle comporte une armoire avec de la documentation, une étagère avec quelques revues, une statuette représentant une personne en prière, stylisée, un lutrin, un tapis, quatre bancs, un tabouret, une table basse avec une plante verte. Un des murs est peint en vert cru, comme la porte à double battant, un panneau avec des fenêtres donne de la lumière, les autres murs sont peints en blanc, sans décoration. Sur la porte, au-dessus de l'étiquette « salle multi cultes », une feuille de papier indique « réunion de prière tous les jeudis de 13h30 à 14h ».

¹⁵ Délai de huit jours pour les dossiers de moins de cinq ans, et délai de deux mois pour les dossiers de plus de cinq ans.



La salle multi cultes vue depuis la porte d'entrée et depuis les bancs posés devant les fenêtres

Les bureaux de l'aumônerie sont situés à côté de la salle multi cultes.

Le panneau général d'informations situé dans le hall d'accueil du centre hospitalier, au rez-de-chaussée, indique la localisation des différents services ; l'aumônerie et la salle multi cultes ne sont pas mentionnées. Un panneau, situé à l'entrée du couloir Sud du rez-de-chaussée, indique la direction de la salle multi cultes.

Trois cultes participent à l'aumônerie du centre hospitalier, active dans l'ensemble des sites du centre hospitalier :

- le culte catholique compte deux laïcs salariés, l'un à 80 % et l'autre à 50 %, et une dizaine de laïcs bénévoles ;
- le culte protestant compte un pasteur salarié à 50 % et 18 bénévoles ;
- le culte musulman compte un laïc bénévole.

Aucun des membres de l'aumônerie ne perçoit de remboursement de frais de déplacement.

Deux documents d'information ont été diffusés à destination des patients, avec mention du numéro de téléphone interne du répondeur de l'aumônerie et de l'existence d'aumôniers pour les cultes catholique, protestant et musulman :

- dans le nouveau bâtiment une fiche cartonnée plastifiée a été déposée dans chaque table de nuit en 2008 ;
- dans le bâtiment d'hospitalisation du pôle psychiatrie, une fiche était affichée dans chaque unité au moment du départ des contrôleurs ; le numéro de téléphone du répondeur de l'aumônerie est indiqué ;

A destination des soignants, une fiche a été diffusée en 2008 avec les coordonnées des aumôniers afin qu'ils relaient les éventuelles demandes d'entretien.

Les numéros de téléphone communiqués aux patients sont ceux du répondeur de l'aumônerie. Ce répondeur est écouté toutes les deux heures par un bénévole de l'aumônerie catholique qui relaie les informations vers le représentant du culte concerné. Cette procédure donne satisfaction aux trois cultes selon les informations recueillies par les contrôleurs. Elle vise également à éviter le contact direct entre les aumôniers et les patients, notamment ceux du pôle psychiatrie, qui solliciteraient de façon excessive les services de l'aumônerie.

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que les numéros de téléphone communiqués aux patients dans les unités A et B étaient composés de quatre chiffres, correspondant aux numéros internes du centre hospitalier ; leur utilisation nécessite l'intermédiaire d'un personnel soignant. Dans l'unité C, le numéro comportait dix chiffres, ce qui permet aux patients d'appeler le répondeur de l'aumônerie depuis un téléphone portable. Cette dernière disposition permet d'éviter le recours à un personnel soignant.

Ainsi, les patients ont accès au service d'aumônerie. A l'inverse, l'aumônerie n'a pas la connaissance des noms des patients susceptibles de la solliciter. En effet, l'arrêt de la remise systématique des documents d'information réglementaires à l'usage de la personne hospitalisée, comme mentionné *supra*, ne permet plus à l'aumônerie de connaître les noms des patients hospitalisés qui souhaitent la visite d'un aumônier.

Bonne pratique

La mise en place au sein de l'aumônerie d'un répondeur téléphonique unique pour les trois cultes, exploité toutes les deux heures, permet de donner une réponse rapide à une demande d'entretien, il serait plus accessible si le numéro complet (dix chiffres) était donné aux patients qui souhaitent appeler d'un portable.

Recommandation

L'information des patients sur l'aumônerie pourrait être améliorée par l'indication de ses locaux à l'accueil et la remise du formulaire leur demandant s'ils souhaitent la visite d'un aumônier (circulaire du 20 décembre 2006 et circulaire du 5 septembre 2011).

Dans sa réponse écrite, le directeur indique que l'affichage du numéro abrégé du répondeur de l'aumônerie correspond à un souhait des aumôniers hospitaliers.

7.2.7.3 Le droit de vote

La visite des contrôleurs a eu lieu dans la semaine qui précédait le premier tour des élections régionales (dimanche 6 décembre 2015). Selon les informations recueillies, aucun patient en soins sans consentement n'avait demandé à participer aux élections ni à donner procuration ; aucune action n'avait été entreprise par le personnel pour demander à ces patients s'ils souhaitaient voter ou établir une procuration. La situation était identique pour les patients en soins libres.

Le directeur indique que le patient étant avant tout un citoyen, le pôle considère ne pas avoir à protocoliser l'exercice des droits fondamentaux comme le droit de vote pour les patients en hospitalisation libre. Pour les patients hospitalisés sans leur consentement, la question n'a jamais été posée.

Recommandation

L'établissement d'une procédure ou d'un protocole visant à formaliser le recueil des demandes des patients afin de leur permettre d'exercer, selon différentes modalités, leur droit de vote serait utile.

7.2.7.4 Le droit à un régime de protection

Il n'existe pas de service de protection juridique des majeurs au sein du centre hospitalier. La majorité des patients relevant d'une mesure de protection est bien souvent sous tutelle ou sous curatelle avant d'être hospitalisée. Cependant, en complément du personnel du service social en place dans les locaux du centre hospitalier inaugurés en 2011, les assistants sociaux affectés au pôle psychiatrie disposent de bureaux à l'étage du bâtiment d'hospitalisation, à proximité de l'unité C.

Selon les informations recueillies, un signalement au procureur peut être effectué en urgence dans le cadre d'une demande de mesure de protection. Lorsque le cas se présente, un(e) assistant(e) social(e) accompagne le patient dans la procédure, notamment dans le choix du curateur lorsqu'il s'agit d'un placement sous curatelle.

Le médecin psychiatre peut également requérir une sauvegarde de justice qui permet au patient d'être représenté pour certains actes tout en conservant l'exercice de ses droits. Cette procédure n'a pas été utilisée ces dernières années.

Il a été indiqué qu'environ un tiers des patients hospitalisés dans les unités A et B font l'objet d'une mesure de protection juridique, et entre la moitié et les trois quarts des patients hospitalisés dans l'unité C.

Selon les informations recueillies, les juges des tutelles, nommés récemment, ne se sont pas encore rendus au centre hospitalier ; les contacts entre le pôle psychiatrie et les greffiers sont fréquents et de bonne qualité ; les tuteurs et curateurs de l'union départementale des associations familiales (UDAF) du Gard seraient manifestement surchargés ce qui ne serait pas le cas de ceux de l'association tutélaire de gestion d'Alès.

Un(e) assistant(e) social(e) du pôle psychiatrie apporte son soutien aux patients qui, obtenant le bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), dépassent le seuil d'octroi de la CMU afin de souscrire à une mutuelle adaptée à leur situation.

8- LES MECANISMES DE CONTROLE

8.1 L'intervention du juge des libertés et de la détention

8.1.1 Le cadre juridique, la requête et l'information du patient

L'audience du juge des libertés et de la détention est prévue au plus tard 12 jours après l'admission du patient hospitalisé sans consentement. La saisine de ce magistrat, à l'initiative du centre hospitalisé, doit être réalisée dans le délai maximum de 8 jours après l'admission. Les échanges entre « le bureau de la loi » et le greffe judiciaire sont dématérialisés ou se font par fax.

Une telle anticipation explique que des levées soient prononcées avant le jour de l'audience puisque plusieurs jours s'écoulent entre la transmission du dossier et la comparution devant le juge

Selon les informations recueillies et confirmées par les constatations des contrôleurs, les certificats médicaux sont scrupuleusement motivés, permettant ainsi au juge d'avoir de réelles informations pour statuer. Lors de la consultation du dernier registre de la loi, les contrôleurs n'ont pas noté de « copié collé » ; si cette pratique a existé dans le passé, elle est maintenant abolie après qu'un travail d'harmonisation ait été mené au sein du centre hospitalier.

Le bureau de la loi fait un récapitulatif au JLD des pièces transmises, à savoir :

- l'identité du patient ;
- la date d'admission au CH d'Alès ;
- l'avis médical du médecin psychiatre de l'établissement d'accueil ;
- l'ensemble des certificats médicaux à la demande d'un tiers ;
- le document saisissant le JLD rempli et signé par le patient ;
- les coordonnées du tiers ;
- les coordonnées du représentant légal.

Le greffe du JLD saisit ensuite le barreau pour la désignation d'un avocat d'office quand elle est demandée. Les contrôleurs ont observé que le **tableau de la liste des avocats du barreau d'Alès n'était pas apposé dans l'unité de psychiatrie, privant ainsi les malades de cette information**. Des dates d'audience, qui ne sont pas à jour fixe, sont communiquées au bureau de la loi, qui en avise les soignants pour transmission de l'information aux patients.

Les soignants s'efforcent, et les contrôleurs l'ont constaté, d'expliquer pédagogiquement le sens et l'intérêt de l'audience, en ajoutant que la présence du patient n'est pas obligatoire. La plupart d'entre eux souhaitent y assister ; dans l'hypothèse où leur état médical est constitutif d'une contre-indication, le médecin rédige l'avis médical prévu à l'article R 3211-1 du code de la santé publique certifiant que l'intensité des troubles psychiques rend impossible la présentation au tribunal.

Recommandation

Il est nécessaire d'afficher la liste des avocats inscrits au barreau.

« Dans sa réponse écrite, le directeur indique « merci de nous indiquer les références des obligations en cette matière ».

8.1.2 L'audience

Malgré les prescriptions de la loi de septembre 2013, qui exigent, sauf exceptions motivées, la tenue des audiences dans une salle spécialement aménagée à l'hôpital, celles-ci continuent à se tenir au tribunal de grande instance d'Alès. La proximité du tribunal et du centre hospitalier a favorisé le maintien de cette habitude ; au jour de la visite, le projet de la construction d'une salle d'audience est à l'étude. Le président et les vice-présidents exercent, à tour de rôle et compte tenu de leur disponibilité, les fonctions de JLD ; ils ont ainsi présidé, en 2014, soixante-quatorze audiences et soixante-onze pendant le cours de l'année écoulée jusqu'au jour de la mission.

Le patient est conduit au palais de justice à bord d'un véhicule sanitaire léger, accompagné d'un soignant de son unité sans blouse blanche.

A l'arrivée au palais de justice, le véhicule stationne dans la cour à l'arrière du tribunal ; le soignant et le patient rejoignent, par les couloirs du palais, sans que rien ne les désigne au regard des autres personnes, la bibliothèque, lieu de l'audience.

Le mardi 8 décembre, les contrôleurs, assistant à une audience, ont pu constater que le patient s'était entretenu avec son avocat dans une petite salle qui garantissait la confidentialité. La vice-présidente, revêtue de sa robe professionnelle, s'est installée autour de la table, face au patient et à son avocat, la greffière à sa droite. Elle s'est présentée, a expliqué son rôle, cherchant le dialogue avec le patient. Elle a pratiqué un recueil d'informations, lui permettant de disposer d'éléments pour être en capacité de statuer. L'avocat, avec une bonne connaissance des éléments du dossier, a présenté des arguments pertinents, tenant compte de la situation médicale du client. Le patient a pu s'exprimer en dernier. Le juge, qui a demandé à être seul quelques instants pour « délibérer », a fait connaître sa décision en termes humains et pédagogiques ; ce qui a eu pour effet de rassurer le patient, à qui il a été indiqué les diverses possibilités de recours ; cette audience a duré une demi-heure.

La notification formelle s'est effectuée l'après-midi dans l'unité après transmission par fax de l'ordonnance. L'infirmier ou le cadre de santé notificateur est soucieux d'explicitier les motifs de l'ordonnance ; il attire en outre l'attention sur les délais des voies de recours telles que mentionnés sur l'ordonnance.

Recommandation

Une salle d'audience doit être rapidement aménagée au sein du CH d'Alès conformément à la loi de septembre 2013.

Le directeur précise dans sa réponse écrite que le centre hospitalier est dépendant du tribunal de grande instance mais pourrait adapter une salle d'audience dans ses locaux. A noter un taux relativement faible de patients hospitalisés sans leur consentement (cf. SROS).

L'activité du JLD est la suivante.

| ANNEE | DECISIONS RENDUES | PAR LE JLD | TOTAL |
|-------|-----------------------|------------|-------|
| | Maintien de la mesure | Mainlevée | |
| 2014 | 69 | 5 | 74 |
| 2015 | 60 | 11 | 71 |

8.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne s'est pas réunie entre 2012 et 2014. Cette instance fonctionne à nouveau depuis le 19 décembre 2014. Elle a tenu six réunions depuis cette date ; la dernière a eu lieu le 5 novembre 2015 au centre hospitalier d'Alès. Lors de la dernière visite, six patients ont souhaité être entendu.

Un courrier de la CDSP adressé préalablement au directeur du CH lui demande d'aviser les médecins et toutes les personnes concernées par cette visite, d'informer les personnes hospitalisées ou en programme de soins ou leur conseil que la commission pourra recevoir leurs réclamations et de mettre une salle à la disposition de la commission afin qu'elle puisse recevoir les patients qui le souhaitent.

La prochaine réunion se tiendra le 10 décembre. L'ARS n'a pas été en mesure d'adresser aux contrôleurs le procès-verbal de cette réunion.

La présidente de la CDSP est juge d'instance au tribunal d'Uzès. Elle est composée du chef de pôle de psychiatrie d'Alès, d'un psychiatre, d'un représentant de l'UNAFAM et d'un représentant des usagers en psychiatrie.

8.3 Les autorités

Le procureur de la République et la présidente du TGI, en poste depuis 2014, ne se sont pas encore déplacés au CH. Une visite est prévue en début d'année 2016, permettant à cette occasion d'organiser une réunion entre les juges des libertés et de la détention, le procureur et le personnel du centre hospitalier, puis de signer le registre de la loi.

Il n'existe pas de registre des autorités.

Le maire de la commune a signé le registre de la loi en mai 2014. Lors de la deuxième visite, il ne s'était pas encore déplacé. Le sous-préfet d'Alès, représentant le préfet du Gard, s'est déplacé au CH en septembre 2015.

8.4 Les incidents et leur traitement n'appellent que peu d'observations du point de vue du respect des droits fondamentaux

Le livret d'accueil contient un passage dans la partie consacrée à « Votre séjour, vos droits » sur les actions à conduire en cas d'incident : « En cas de litige... ..contactez la CRUPECQ ...ou engagez une mission de conciliation ».

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

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) s'est réunie à trois reprises en 2015 (17 mars, 22 septembre et 17 décembre) après s'être réunie deux fois en 2014 (4 février et 4 octobre).

La CRUQPC ne comporte pas de représentant des usagers intervenant dans le pôle psychiatrique ni de personnel affecté à ce pôle.

La CRUQPC présente à ses membres le bilan des questionnaires de satisfaction et celui des plaintes et réclamations ; ce dernier est examiné dans le § 8.4.2 *infra*.

Les noms des personnes composant la CRUQPC sont fixés par une note en date du 10 août 2015 disponible sur le site Internet du centre hospitalier ; elles assurent les fonctions suivantes :

- la présidente est la directrice adjointe chargée des affaires générales ;
- un médecin médiateur titulaire et un médecin médiateur suppléant ;
- un médiateur non médical titulaire et un médiateur non médical suppléant ;

- un représentant des usagers titulaire (association gardoise des diabétiques) et deux représentants des usagers suppléants (fédération nationale des visiteurs des malades dans les établissements hospitaliers – VMEH – ; association pour le développement des soins palliatifs) ;
- trois membres invités permanents : le président de la commission médicale d'établissement (CME) ; le vice-président de la CME ; un membre du conseil de vie sociale du pôle personnes âgées (cette personne est élue par les usagers du pôle ou par leurs familles, comme cela est indiqué dans l'article 8.3.2 du règlement intérieur du centre hospitalier).

Le rapport annuel 2014 de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) fait état des propositions des axes de travail définis pour 2015 :

- dans les catégories « aspects médicaux » et « aspects paramédicaux » : pérenniser le travail sur la sécurisation de l'identité des patients ;
- dans la catégorie « accès aux soins » : mettre en place une procédure concernant les dommages liés aux soins ;
- dans la catégorie « droits individuels » : développer la qualité de la communication et de l'information au travers de supports dynamiques ou d'actions de proximité auprès des patients et des usagers.

L'exploitation des réponses aux questionnaires de satisfaction remis aux patients pour les années 2013 et 2014 montre que parmi les 1 962 réponses obtenues pour l'année 2013 et 1 398 pour l'année 2014, aucune ne provenait de patients hospitalisés en psychiatrie.

En 2015, aucun questionnaire n'a été remis aux patients hospitalisés en psychiatrie.

En 2013, a été mis en place l'indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) pour un certain nombre d'établissements de santé exerçant une activité de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO). Le dispositif national de mesure de la satisfaction nommé e-Satis lui a succédé au 1^{er} janvier 2015. Le 7 septembre 2015, la plateforme Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a été ouverte aux établissements pour qu'ils déposent les adresses e-mails des patients éligibles. Le dispositif e-Satis prévoit le recueil de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO par courriel, dans un délai de 2 à 10 semaines après leur sortie.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs pendant la visite, le questionnaire e-Satis a pour vocation de remplacer les questionnaires de satisfaction ; cependant son caractère général conduit le centre hospitalier à maintenir la diffusion d'un questionnaire adapté à ses activités de MCO et à rechercher un taux de réponse de l'ordre de 30 %, supérieur au taux de réponse constaté les années précédentes – de l'ordre de 9 %. Le pôle de psychiatrie cherche en parallèle à mettre en place un questionnaire de satisfaction adapté à ses activités et à ses besoins pour succéder à celui qui n'est plus distribué depuis plusieurs années.

Selon les informations recueillies par ailleurs par les contrôleurs, le questionnaire e-Satis est destiné aux seules unités MCO.

Recommandation

La présence de représentant(s) d'usager du pôle psychiatrie ou d'association de familles dans la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) du centre hospitalier est nécessaire, comme cela a été recommandé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans le rapport d'activité 2013¹⁶.

Dans sa réponse écrite, le directeur précise que Madame X¹⁷ est représentante des usagers suppléant (association UNAFAM soit l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques, agrément N2011RN0010). La diffusion du questionnaire de satisfaction a été mise en place au sein du pôle psychiatrie en mai 2016.

Recommandation

La diffusion d'un questionnaire de satisfaction au sein du pôle psychiatrie, à défaut de questionnaire e-Satis, est une nécessité.

8.4.2 Le traitement des plaintes et des réclamations

Le recueil des plaintes et des réclamations est assuré oralement et par écrit. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, au sein des trois unités d'hospitalisation du pôle psychiatrie, les réclamations orales sont traitées sans délai par le personnel soignant, ce qui expliquerait le faible nombre de réclamations écrites ; pour ces dernières, les cadres de santé fournissent le cas échéant le papier à lettre, les enveloppes et les stylos afin qu'un patient puisse exprimer sans délai ses doléances. Ce courrier est cacheté en présence du patient puis remis au vaguemestre qui le transmet à la direction le cas échéant ou à *La Poste*.

Le nombre de plaintes ou de réclamations est faible tant sur l'ensemble du centre hospitalier que pour le pôle psychiatrie – le rapport annuel 2014 de la CRUQPC fait état d'un total de 102 réclamations dont 1 à 4 pour différents pôles dont celui de psychiatrie ; au 6 octobre 2015, 3 réclamations d'usagers du pôle psychiatrie avaient été exprimées, soit 2,5 % du nombre de celles concernant la totalité du centre hospitalier. Les bilans annuels des années 2012 et 2013 faisaient état respectivement de 105 et 100 réclamations.

Le médiateur médical a été sollicité pour l'ensemble du centre hospitalier 4 fois en 2014, 4 fois en 2013 et 6 fois en 2012. Le médiateur non médical n'a pas été sollicité en 2014, l'a été 1 fois en 2013 et 2 fois en 2012.

Les contrôleurs se sont interrogés sur le faible nombre de réclamations et de plaintes.

¹⁶ Recommandation n° 12 (chapitre 4.4) : « renforcer le rôle des instances de concertation pour évaluer les contraintes imposées aux patients ».

¹⁷ La composition de la CRUQPC en date du 10 août 2015 disponible sur le site internet du CHAC et remise aux contrôleurs ne comporte pas le nom Madame X ni de son association d'appartenance, l'UNAFAM)

8.4.3 Les violences et les événements indésirables

La cellule qualité a été installée en septembre 2014. La commission de gestion des risques et des vigilances réglementaires (CGRVR) s'est réunie les 30 septembre et 27 novembre 2015 en vue de relancer la dynamique et de définir des visions partagées de mise en œuvre de la procédure.

Les événements indésirables font l'objet d'un recensement selon les modalités définies par la note de procédure MAN-3-PROC-03 du 29 septembre 2015 :

- « Chaque professionnel de l'établissement signale *via* l'application SIGNAL WEB "gestion des signalements" tout dysfonctionnement, incident, accident ou risque dont il a été le témoin, l'acteur ou la victime et qui révèle un défaut dans l'organisation, le fonctionnement de l'établissement qu'il y ait eu des conséquences dommageables ou non, y compris sur les aspects environnementaux » ;
- « Les vigilances réglementaires font à ce jour l'objet d'un circuit et de procédure spécifique de déclaration auprès des vigilants identifiés. Les accidents du travail font également l'objet d'une procédure spécifique ».

L'analyse du signalement, la cotation (gravité/occurrence) ainsi que la nature du risque sont renseignées par le coordonnateur des risques liés aux soins sous l'autorité de la directrice des affaires générales. Ce coordonnateur demande aux référents toute information ou rapports utiles au traitement du signalement, qui doivent être transmis sous quinzaine. A leur réception, il clôture le signalement ou demande des éléments complémentaires. Une réunion trimestrielle est organisée par la cellule qualité avec les responsables concernés avec pour but notamment de faire l'évaluation et le suivi des signalements, de préconiser des recommandations et de mettre en place des actions préventives et correctives.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les documents de clôture des événements indésirables survenus dans le pôle psychiatrie ne sont pas systématiquement adressés au cadre supérieur de santé ni à l'ensemble des cadres de santé de ce pôle.

Le directeur indique que lors de la clôture d'un EI, les professionnels appartenant au groupe de diffusion et ceux intégrés au forum de discussion sont automatiquement destinataires des réponses apportées lors de la clôture de l'évènement concerné. Toutefois, des améliorations sont à rechercher quant au logiciel Gala Web de gestion des EI.

Recommandation

Les documents de clôture des événements indésirables (EI) devraient d'être adressés de façon systématique au moins au cadre supérieur de santé et éventuellement aux cadres de santé du pôle psychiatrie pour les événements concernant le pôle.

Le faible nombre d'événements indésirables déclarés par le pôle psychiatrie reposerait, selon les informations recueillies par les contrôleurs, sur plusieurs causes notamment l'habitude de gérer en interne de tels événements – afin de trouver rapidement une solution concernant des patients présents pour des durées importantes –, une réticence à utiliser une procédure estimée peu efficace malgré la dynamique récente insufflée par la direction

générale, ainsi que l'absence de lien entre l'émission d'un bon de travaux et la rédaction d'une fiche d'événements indésirables associée à ce bon.

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2015 (de janvier à novembre) |
|--|--------|--------|-------|------------------------------|
| Nombre total d'EI | 437 | 402 | 389 | 1 281 |
| Nombre d'EI signalés pour le pôle psychiatrie | 52 | 44 | 24 | 6 |
| Pourcentage d'EI signalés pour le pôle psychiatrie | 11,9 % | 10,9 % | 6,2 % | 0,5 % |

| <i>EI décomptés sur l'ensemble des pôles du centre hospitalier</i> | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|------|------|------|
| Sécurité des patients : | | | |
| Chutes - risques | 11 | 21 | 10 |
| Agressions – violences | 6 | 9 | 14 |
| Pertes – dommages objets de valeur et non valeur | 12 | 8 | 12 |
| Fugue : risque de fugue | 2 | 3 | 1 |
| Lits hospitalisation indisponibles | 7 | 2 | 2 |
| Identitovigilance : Doublons - Erreurs | 20 | 30 | 48 |
| Sécurité du personnel : Violence – Agression | 16 | 3 | 2 |
| Sécurité des biens : Dégradation Vol / matériel établissement | 14 | 6 | 18 |
| Logistique – Hôtellerie : | | | |
| Problème informatique | 4 | - | 3 |
| Repas | 14 | 5 | 5 |
| Transport de personne | 3 | 1 | 2 |
| total | 109 | 88 | 117 |

Les bilans établis pour les années 2012 et 2013 font état dans les principaux constats : « Evénements peu signalés bien que récurrents : les fugues et les lits indisponibles ».

8.5 Les associations

8.5.1 Les associations de familles et d'usagers

L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) est la seule association d'usagers intervenant auprès des usagers et de leurs familles au sein du pôle psychiatrique du centre hospitalier.

Selon les représentants de la délégation du Gard de l'UNAFAM rencontrés par les contrôleurs, l'association n'a pas demandé la mise à disposition d'un local au sein de l'établissement car elle n'a pas la possibilité d'assurer des permanences.

Les représentants de l'UNAFAM ne sont pas membres des instances du centre hospitalier, ils ont par ailleurs, fait part aux contrôleurs de la qualité et de la sérénité des échanges avec le personnel soignant et non soignant du centre hospitalier. Ils ont indiqué que les procédures

d'admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou pour péril imminent présentait l'avantage de contraindre le patient concerné à se soumettre à un programme de soins, ce qui n'est pas le cas des soins libres.

La délégation départementale de l'UNAFAM tient des permanences hebdomadaires dans cinq sites du département, organise des rencontres mensuelles et un « atelier d'entraide PROSPECT » de soutien des familles une fois par an. Elle édite un livret – une feuille de format A4 recto verso – qui a été remis au pôle psychiatrie avant le départ des contrôleurs. Ce document n'est pas diffusé aux familles des patients. Il n'est pas affiché.

Le livret fait état de l'existence de quatre groupes d'entraide mutuelle de malades stabilisés (GEM) dans le Gard, dont un à Alès, l'Emeraude. Au sein du bâtiment d'hospitalisation du pôle psychiatrie, une feuille d'information sur L'Emeraude est affichée dans l'unité A.

Dans sa réponse, le directeur indique que la recommandation est difficile à mettre en œuvre dans la mesure où la liste des associations agréées par le niveau national ne distingue pas les champs couverts et les éventuelles implantations régionales ou départementales. Les patients ont toutefois à leur disposition les supports informatifs de certaines associations telles l'UNAFAM.

Recommandation

Le livret de l'association d'usagers habilitée à intervenir en psychiatrie devrait être diffusé aux familles des patients hospitalisés ainsi qu'être mis à l'affichage. Une information plus large sur les structures d'accueil et d'activités, autre que l'hospitalisation, telles que les GEM est à assurer auprès des patients.

8.5.2 Les associations d'usagers

Indépendamment de l'association Sauto Cabre auxquels participent les patients/usagers, plusieurs associations d'usagers, autres que l'UNAFAM, sont actives au sein du centre hospitalier, hors du champ de la psychiatrie :

- l'association des visiteurs des malades dans les établissements hospitaliers (VMEH), qui participent au comité d'éthique, à la CRUQPC et au CLAN ;
- l'association gardoise des diabétiques qui participe à la CRUQPC ;
- l'association pour le développement des soins palliatifs qui participe à la CRUQPC ;

Un dépliant du collectif inter associatif sur la santé (CISS) Languedoc-Roussillon est disponible à l'accueil.

8.5.3 L'association locale

Le document de présentation de l'association Sauto-Cabre¹⁸ énonce :

- que l'association a pour objet « de promouvoir, organiser et développer des activités collectives de loisirs et culturelles, à caractère thérapeutique dans un but de réinsertion sociale. L'association est un partenaire pour l'organisation des ateliers dans toutes les unités de soins de la psychiatrie adulte. Les membres actifs sont essentiellement des soignants en psychiatrie ; elle est subventionnée par le centre hospitalier Alès-Cévennes » ;
- « les soins sont médiatisés par des activités menées la plupart du temps en groupe visant à maintenir ou à favoriser l'autonomisation des participants » ;
- « cette formule de soins s'adresse à une population ayant des difficultés à s'insérer dans le tissu social induite par des problématiques psychiatriques. Cet accueil et l'utilisation d'activités adaptées (les personnes reçues viennent sur prescription médicale) ont un but thérapeutique » ;
- « la palette d'activités est diversifiées : cela va d'activités centrées particulièrement sur le quotidien, telles que le sport ou la couture, à des activités plus centrées sur la découverte telles que les activités de randonnée, de découvertes de l'environnement. Enfin des activités plus centrées sur la créativité, telles que la poterie, la peinture et la mosaïque... » ;
- « cette palette d'activités évolue en fonction des besoins des patients, besoins évalués par chaque équipe, réajustés en cas de nécessité et intégré dans le projet de soins ».

L'association a été créée en 1989. Elle est actuellement présidée par un cadre de santé du pôle. Sont membres tous les soignants et – depuis 2013 – les patients, qui le désirent. Le coût de l'adhésion est de 3 euros par an. Les deux tiers des soignants cotisent. Le bureau est formé par le président, le trésorier et un secrétaire ; il est renouvelé par tiers annuellement. L'assemblée générale est réunie cinq fois par an et a pour but essentiel d'examiner les projets d'activité qui font ensuite l'objet d'un appel à projet afin de récupérer des financements.

Lors de la visite des contrôleurs, s'est tenue une réunion de l'assemblée générale comptant une vingtaine de participants dont quatre patients.

En 2014 le budget annuel de l'association était de 35 000 euros de dépenses pour les unités A, B, C, le CMP d'Alès et l'hôpital de jour ; il s'appuyait sur plusieurs types de ressources :

- la subvention annuelle du centre hospitalier, de 7 800 euros ;
- les appels à projets ayant eu des réponses positives, avec par exemple : trois pour la direction régionale des affaires culturelles (DRAC) (4 500 euros), un pour le centre

¹⁸ En langue d'Oc, le terme Sauto Cabre désigne le « pont » entre deux terrains qui permet à une chèvre de passer de l'un à l'autre en effectuant un saut. L'association a choisi de prendre ce terme comme nom afin de montrer que son objet est d'assurer le « pont » entre le terrain d'évolution des malades mentaux et celui des « gens normaux ».

communal d'action social d'Alès (1 000 euros), un pour le conseil départemental (800 euros) ;

- les ventes de la cafétéria, 12 000 euros ;
- les ventes-exposition des objets réalisés par les patients, des dons, les cotisations.

Quatre soignants faisant partie de l'unité C sont chargés d'encadrer les activités : le soignant en poste à la cafétéria assure cette fonction en permanence, les autres sont affectés pour une durée de six mois.

L'association prête de l'argent aux patients quand le besoin s'en fait sentir. Les sommes sont de l'ordre de 40 à 80 euros. La durée du prêt, sans intérêt, est faible : de l'ordre d'une semaine en général et parfois jusqu'à deux mois ; car il s'agit dans la plupart des cas de délais dans les versements par les tuteurs ou de perte de carte bleue.

Bonne pratique

L'association Sauto Cabre finance l'essentiel des activités thérapeutiques en faisant participer aux décisions quelques patients. Elle apporte également un soutien financier de dépannage aux patients qui en ont besoin, après examen de leur situation. Le principe de la rotation semestrielle des animateurs d'activités parmi les soignants assure une garantie thérapeutique à ces activités.

9- LA SORTIE

La levée des mesures de contraintes est principalement prononcée à l'initiative de médecins et souvent avant même l'expiration du délai des 12 jours obligeant au contrôle du juge ; ainsi au cours de l'année 2015, et jusqu'au jour de la mission, trente-trois hospitalisations sous contrainte ont été levées entre le deuxième et le douzième jour.

Il a été dit aux contrôleurs que le certificat médical du psychiatre référent, préconisant une levée d'hospitalisation sous contrainte sur arrêté préfectoral (ASPDRE), était toujours suivi d'une décision conforme du préfet sans qu'il soit nécessaire de solliciter l'avis d'un second psychiatre ; il a été ajouté que la jurisprudence du juge des libertés et de la détention, très scrupuleuse quant au formalisme procédural, a permis la levée de sept mesures.

Les projets de sorties sont préparés en amont avec les assistantes sociales mais le centre hospitalier rencontre des difficultés pour trouver des familles d'accueil pour des placements familiaux thérapeutiques, indépendamment du budget consacré à cela – il existait 8 familles d'accueil en 2008, il en existait deux au moment de la visite des contrôleurs.

Des places en maisons relais sont ainsi parfois utilisées pour des patients sortant d'hospitalisation, mais ces structures ne leur sont pas adaptées ; ce qui conduit des patients à être à nouveau hospitalisés. Cette situation conduit à maintenir en hospitalisation des patients plus longtemps.

Du 1^{er} janvier 2015 au 1^{er} décembre 2015 alors que 122 patients ont fait l'objet d'une décision d'admission sous contrainte (toutes modalités confondues) 80 patients ont, quant à eux bénéficié d'une main levée.

Le collège des professionnels de santé prévu à l'article L.3211-9 du CSP s'est réuni deux fois en 2014 et une fois en 2015 pour donner son avis sur la modification de la prise en charge d'un patient hospitalisé en application de l'article L3213-7 (irresponsabilité pénale) ; une prochaine tenue sera programmée avant la fin du mois de décembre pour examiner la situation d'un patient admis à la demande d'un tiers et dont la durée d'hospitalisation est supérieure à un an.

10. Note d'ambiance

La conception et l'aménagement du bâtiment qui reçoit les patients hospitalisés en psychiatrie au CH d'Alès, ont fait l'objet de concertations avec les équipes médicales et soignantes.

Ainsi les patients disposent de locaux adaptés, lumineux et bien entretenus.

Le pôle de psychiatrie démontre une volonté de développer un projet de soins s'inscrivant dans une dynamique d'autonomisation et de socialisation des patients à qui l'on propose un panel d'activités variées, particulièrement remarquable pour la prise en charge des patients de l'unité C. Le développement de la participation des patients de l'unité A et B aux activités et à la vie institutionnelle mériterait néanmoins d'être plus soutenu.

Si les contrôleurs apprécient l'absence de recours à la contention physique et le choix de ne pas avoir d'unités fermées, le recours fréquent à l'isolement, en chambre d'isolement ou en chambre « fermable fermée » interroge.

Le déficit de postes de médecins psychiatres ainsi que l'absence de médecin somaticien est manifestement dommageable à la prise en charge des patients, même si l'investissement des équipes soignantes, qui travaillent dans un souci de dialogue avec les soignés et leurs familles, garantit respect et dignité des patients.

En revanche, il est regrettable que les informations données aux patients quant à leurs conditions d'hospitalisation, quant aux droits et aux recours dont ils peuvent bénéficier et aux règles de vie en vigueur dans leurs unités soient, sinon inexistantes, en tous cas gravement lacunaires et insuffisamment tracées institutionnellement.