



---

## Rapport de visite :

6 au 10 février 2017 - Première visite

Centre hospitalier

départemental Georges

Daumézon - Orléans

*(Loiret)*

## SYNTHESE

Le centre hospitalier départemental Georges Daumézou (CHD), a été créé en 1913, avec pour objectif d'œuvrer à l'abandon de la conception asilaire de la psychiatrie, à la restauration de la dignité des malades et à l'ouverture de l'hôpital vers la ville. Situé dans un cadre boisé de 40 hectares, à Fleury-les-Aubrais, à 5 kilomètres d'Orléans, il a été conçu avec l'idée de donner le plus de liberté possible aux 1 040 patients qu'il pouvait accueillir au sein d'un village, totalement autonome, de quatre-vingts bâtisses.

Aujourd'hui le cadre de vie des patients reste très agréable, mais ces bâtiments constituent une charge importante pour l'établissement, de nombreux locaux sont abandonnés à défaut de restaurations qui seraient trop coûteuses, et les patients sont accueillis dans des conditions très inégales de confort, selon qu'ils sont hébergés dans les bâtiments d'origine avec des chambres sans toilettes ni douche ou dans des locaux plus récents.

Toutes les unités de soins à temps complet sont installées sur le site principal sauf le centre d'addictologie (centre de sevrage et de cure) et la résidence thérapeutique (insertion et réhabilitation) M. Pariente. Le site accueille aussi un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de soixante lits et un centre psychiatrique d'accueil d'urgence (CPAU), sans hébergement de patients.

Le CHD dispose de 259 lits et assure la prise en charge des patients majeurs du Nord du département, les secteurs I01 et I02. Le pôle infanto-juvénile est en charge de deux intersecteurs recouvrant les deux-tiers Nord-Est du département du Loiret.

**L'établissement a procédé à une importante refonte de son projet**, organisé autour de quatre pôles cliniques :

- deux pôles de psychiatrie générale : Sud-Ouest (dont Corbaz B, unité d'hospitalisation fermée et Corbaz A, unité ouverte), et Nord-Est dont quatre unités avec trois dites « d'accueil et de crise » : deux unités fermées, Chaslin et Mezie et une unité ouverte, Féré, ainsi qu'une unité dite « d'insertion », Seglas ;
- un pôle infanto-juvénile ;
- une filière complète de soins aux détenus : le service médico-psychologique régional (SMPR), l'hospitalisation de jour rattaché au Centre Pénitentiaire Orléans-Saran et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Dans une volonté d'ouverture vers l'extérieur et de réduction au strict nécessaire des hospitalisations, sont adossés aux unités d'hospitalisation à temps complet : des hôpitaux de jour, des centres médico-psychologique (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des places d'alternatives à l'hospitalisation (appartements thérapeutiques, appartements d'insertion, accueil familial thérapeutique).

Le projet du CHD est toujours en mutation, dans un contexte d'obstruction à l'élaboration d'un nouveau projet de soins. Toutefois, une dynamique a été amorcée suite aux arrivées récentes du directeur de l'établissement, du directeur des soins, d'une présidente de CME et à de nombreux départs à la retraite.

Le projet médical 2017-2021, fait l'objet d'une méthodologie impliquant toute la communauté médicale et conduite parallèlement au projet de groupement hospitalier de territoire (GHT). Simultanément, des travaux sont menés avec les élus locaux en vue de mettre en place un contrat local de santé mentale ayant pour ambition de développer les offres d'hébergement et la mise

en œuvre de commission « de situations complexes » par mesure préventive. Des réunions se sont tenues au CHD avec l'ARS, la préfecture et le TGI afin d'améliorer les pratiques et procédures des autorités judiciaires et administratives notamment pour renforcer leur solidité juridique.

**Plus de 1 000 équivalents temps plein travaillés constituent les effectifs du CHD**, dont 54 médecins dont le nombre a connu un déficit significatif qui est en train de se réduire. Au cœur d'une région particulièrement déficitaire, seule une politique résolue d'encouragement de recrutement d'internes a permis de faire remonter leur effectif à huit.

Concernant le reste du personnel, environ trente agents font actuellement défaut, avec une montée significative de l'absentéisme et un taux de *turn over* fort (chaque année plus d'une cinquantaine d'infirmiers sont recrutés), et le recrutement est entravé par les contraintes financières et notamment le gel du montant de la dotation annuelle de financement (DAF).

Au cours des premières années de présence, la nécessité de former les soignants aux métiers spécifiques de la psychiatrie laisse peu de place aux volets pourtant essentiels des droits individuels et de l'isolement et de la contention. Les crédits sont quasiment réservés aux formations directement liées à la psychiatrie, les séquences relatives aux droits des malades restent peu nombreuses.

**L'activité du CHD est en augmentation** avec une proportion importante, mais en diminution, d'admissions en soins sans consentement (en 2016, 687 patients soit **21,52 %** de l'activité globale).

Les registres sont soigneusement tenus et renseignés dans de brefs délais. Toutefois, ils sont parfois incomplets en ce que ne sont mentionnés ni la date de notification des différentes décisions rendues, les voies de recours et les droits du patient, ni la date et les décisions rendues par le JLD. En outre, les levées d'hospitalisation complète avec passage en programme de soins ne sont que rarement notées.

**Les décisions d'admission et les certificats médicaux** ne sont pas horodatés, ils sont parfois laconiques mais il en va différemment des certificats postérieurs (24 et 72 heures) et des avis motivés qui sont circonstanciés et actualisés.

**Les contrôles institutionnels sont insuffisants** mais l'implication des associations de familles au sein des instances de l'hôpital favorise la qualité de la prise en charge.

**L'arrivée des patients admis sans consentement** s'accompagne d'une notification des droits, qui mérite d'être mieux formalisée sur le fond et les documents d'information transmis aux patients sont très incomplets.

Dans chacun des pôles, le patient est accueilli dans une unité spécifique d'accueil, par des soignants qui lui présentent les restrictions qui lui seront imposées concernant les sorties, les cigarettes, les visites, le téléphone, en fonction de l'état clinique du patient. Un agent administratif du bureau des admissions est chargé, en présence d'un infirmier, de la notification des décisions et aux audiences du JLD. La mise en pyjama n'est pas systématique mais pratiquée seulement quand le patient est placé en chambre d'isolement. La procédure d'information des patients n'étant pas formalisée institutionnellement, les modalités de délivrance des informations et la nature de celles-ci varie selon les unités et les professionnels.

**Les droits du patient en soins sans consentement ne figurent ni dans la décision d'admission ni en annexe de celle-ci ; ils ne sont pas davantage affichés dans les unités.** Le livret d'accueil qui ne reprend pourtant pas les droits spécifiques si ce n'est l'intervention du JLD à l'issue d'une période de douze jours d'hospitalisation.

**La préparation de la sortie** est faite de multiples autorisations de sorties courtes et progressives mais qui ne sont pas répertoriées.

**Le contrôle du juge des libertés et de la détention** est rigoureux et s'effectue dans le cadre d'une procédure respectueuse des patients. Les patients sont rencontrés dans une salle d'audience installée dans un bâtiment qui a été réhabilité à cette fin.

**L'établissement dispose de dix chambres d'isolement**, d'une surface comprise entre 9 et 19 m<sup>2</sup>, dont quatre situées dans des unités ouvertes. Toutes les chambres permettent le respect de l'intimité des personnes qui y sont placées, un sas séparant les chambres d'isolement du couloir, est équipé de WC et d'une douche. Elles sont toutes bien éclairées naturellement par de grandes fenêtres munies de volets roulants. Néanmoins, leur équipement est hétérogène et certaines méritent une rénovation.

**Le parcours des patients et les pratiques d'isolement doivent être analysés** au sein de l'établissement, afin d'éviter le transfert des patients isolés entre les unités et de garantir le maintien de la chambre ordinaire du patient. Les séjours en isolement sont courts mais leurs modalités diffèrent selon les unités. **La contention est peu pratiquée.**

**La liberté d'aller et venir** des patients reste très encadrée et connaît, dans certaines unités, des restrictions qui n'ont pas de caractère exceptionnel. Cinq unités sont constamment fermées : Chaslin, Mezie, Corbaz B, une zone de Van Gogh et l'unité des adolescents ; la justification avancée pour ces fermetures tient à la présence de patients en soins sans consentement ou à la présence de patients très désorientés comme ceux atteints de la maladie d'Alzheimer.

Pour les mineurs, la sortie de l'unité n'est possible que sur prescription médicale et de façon accompagnée, avec un soignant ou les parents.

**Un service de médecine générale a été ouvert au sein du CHD**, composé de deux médecins généralistes, d'une diététicienne, d'une psychomotricienne et de deux kinésithérapeutes à temps plein d'un pneumologue (à 0,05 ETP) ; il bénéficie de locaux dédiés aux consultations.

**Les conditions de vie quotidienne sont satisfaisantes** : la restauration est correcte, les patients autorisés peuvent accéder à une cafétéria très agréable, les patients peuvent utiliser des machines à laver disponibles dans les unités et il n'existe pas de restrictions systématiques concernant l'usage du téléphone portable et du tabac.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

1. **BONNE PRATIQUE** ..... 23  
La présence de l'UNAFAM et l'attitude des médecins psychiatres, qui se déplacent à la rencontre des familles à l'issue de leur temps de travail, permettent une meilleure information réciproque.
2. **BONNE PRATIQUE** ..... 27  
La mise en pyjama n'est pas systématique à l'accueil du patient en soins sans consentement.
3. **BONNE PRATIQUE** ..... 29  
La présence d'un agent administratif et d'un infirmier lors de la notification des décisions devrait permettre d'assurer au patient une meilleure information sur sa situation, à condition toutefois qu'une formation spécifique sur les soins sans consentement et les droits afférents soit donnée à tous les agents.
4. **BONNE PRATIQUE** ..... 38  
Les conditions de déroulement de l'audience, qui accordent une place importante au dialogue et aux explications, compensent l'organisation excessivement solennelle de la salle d'audience (magistrats placés sur une estrade, barre de justice, etc.).
5. **BONNE PRATIQUE** ..... 53  
L'utilisation des machines à laver, au sein des unités, par les patients est une démarche thérapeutique concourant à faciliter la réinsertion.
6. **BONNE PRATIQUE** ..... 75  
La mise en place d'un self-service au sein des unités Corbaz A et B favorise l'autonomie des patients.

### RECOMMANDATIONS

1. **RECOMMANDATION** ..... 22  
Les mentions figurant dans le registre de la loi doivent être conformes aux exigences de l'article L.3212-11 du CSP et faciliter le contrôle de la procédure.  
Les informations sur les voies de recours données dans les décisions d'admission du directeur doivent être exactes et complètes (nature des recours, délais, adresse des juridictions, etc.)
2. **RECOMMANDATION** ..... 24  
Il convient de mettre à jour le livret d'accueil sur la commission des usagers.
3. **RECOMMANDATION** ..... 25  
A défaut d'être saisi ou de suggérer des saisines, les modalités de travail du comité local d'éthique mériteraient d'être revues afin que ce dernier puisse effectivement se pencher sur les questions qui appellent sa réflexion.

**4. RECOMMANDATION ..... 26**

Les questionnaires de satisfaction doivent prendre en compte l'ensemble des unités de psychiatrie afin de connaître la réalité de la situation pour proposer des actions d'amélioration.

**5. RECOMMANDATION ..... 29**

Une copie de la décision d'admission prise par le directeur doit être systématiquement laissée au patient après émargement de sa notification.

Un document retranscrivant les droits du patient en soins sans consentement énumérés à l'article L. 3211 du code de la santé publique doit être donné au patient et affiché dans les lieux de vie.

**6. RECOMMANDATION ..... 30**

La procédure de désignation de la personne de confiance doit être expliquée aux soignants et mise en œuvre conformément aux dispositions légales.

**7. RECOMMANDATION ..... 31**

Pour limiter les effets de la sur occupation, qui touche principalement une unité, un rééquilibrage de l'affectation des lits doit être envisagé.

**8. RECOMMANDATION ..... 32**

Le livret d'accueil doit être complété des informations nécessaires aux patients en soins sans consentement (procédures d'admission et droits des patients) et réédité en nombre d'exemplaires suffisant pour pouvoir être distribué à chaque patient.

**9. RECOMMANDATION ..... 33**

L'exhaustivité et la pertinence des informations à fournir aux patients doivent faire l'objet d'une vérification systématique et l'effectivité de leur communication aux patients doit être systématiquement suivie.

**10. RECOMMANDATION ..... 40**

La remise des biens de personnes sortantes doit être anticipée ; il est inadmissible qu'une personne soit retenue le week-end pour la seule raison de la fermeture de la régie.

**11. RECOMMANDATION ..... 41**

En cas d'indigence des patients, l'intervention d'une assistante sociale devrait être systématique, même en l'absence de sollicitation.

**12. RECOMMANDATION ..... 42**

Les délais légaux de communication des dossiers médicaux doivent être respectés.

**13. RECOMMANDATION ..... 42**

Il est nécessaire que la direction de l'hôpital mette en place une information sur les modalités de vote des patients dans tous les services d'hospitalisation.

**14. RECOMMANDATION ..... 42**

Les patients doivent disposer d'informations à jour sur les modalités d'accès aux cultes.

**15. RECOMMANDATION ..... 45**

Le plan de rénovation des chambres d'isolement doit être mis en œuvre dans les plus brefs délais afin, notamment :

- de donner l'accès aux WC depuis l'intérieur des chambres et bannir l'utilisation des pots d'aisance ;
- de garantir à toute personne isolée la possibilité d'appeler les soignants (bouton d'appel) ;
- de permettre à la personne isolée de se repérer dans le temps (pendule).

**16. RECOMMANDATION ..... 47**

Le parcours de patients et les pratiques d'isolement doivent être analysés au sein de l'établissement, afin, notamment, d'éviter le transfert des patients isolés entre les unités et de garantir le maintien d'une chambre ordinaire libre pour les patients isolés.

**17. RECOMMANDATION ..... 48**

Les patients mineurs ne doivent en aucun cas être placés en isolement de nuit dans des chambres des services pour adultes non dotées de bouton d'appel.

**18. RECOMMANDATION ..... 48**

Un patient admis en hospitalisation complète en soins libres ne doit pas être isolé pendant plus de douze heures sans que son statut soit modifié en « soins sans consentement », afin qu'il bénéficie des garanties juridiques attachées à la privation de liberté.

**19. RECOMMANDATION ..... 49**

L'informatisation du registre à venir doit être faite à partir d'un modèle garantissant la fiabilité des informations et permettant un suivi détaillé et complet des mesures prises ainsi que les analyses nécessaires à la mise en place de la politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention prévue par la loi.

**20. RECOMMANDATION ..... 51**

Les unités dites ouvertes doivent l'être réellement et les patients ne doivent pas être contraints à demander l'ouverture d'une porte avant de pouvoir circuler librement, au moins dans le parc, ou pour se rendre en activité.

**21. RECOMMANDATION ..... 54**

La mise en place, en cours, de l'équipe de sécurité devra exclure toute intervention impliquant un contact physique avec un patient.

**22. RECOMMANDATION ..... 56**

Dans les unités fermées où l'usage du téléphone portable est restreint ou limité, il convient d'installer de véritables cabines téléphoniques afin de préserver la confidentialité des échanges.

**23. RECOMMANDATION ..... 56**

Toutes les unités d'hospitalisation devraient être équipées de deux téléviseurs afin que les patients puissent sélectionner un programme de leur choix.

**24. RECOMMANDATION ..... 57**

Les mesures techniques nécessaires pour permettre aux patients d'accéder gratuitement à internet doivent être prises (accès réseau, Wifi, etc.).

**25. RECOMMANDATION .....57**

Toutes les unités devraient disposer de salons de visites agréablement aménagés et permettant aux patients de rencontrer leurs proches dans la plus stricte intimité.

**26. RECOMMANDATION .....58**

Les admissions inappropriées en psychiatrie de patients relevant d'hospitalisation en service de soins somatiques, doivent être analysées afin de garantir une meilleure sécurité du parcours de soins des patients.

**27. RECOMMANDATION .....60**

L'interdiction des relations sexuelles dans les règlements de certaines unités, non conforme à la jurisprudence, doit être levée. Une réflexion partagée devrait être mise en place à ce sujet au sein de l'établissement.

La vigilance nécessaire portée sur les personnes vulnérables ne doit pas écarter les patients de l'accès à la prévention des risques (préservatifs en libre accès).

**28. RECOMMANDATION .....65**

A l'unité Mezie, des aménagements sont indispensables pour équiper toutes les chambres d'un cabinet de toilette attenant.

**29. RECOMMANDATION .....66**

Il est nécessaire qu'un abri soit aménagé dans la cour de l'unité Mezie, pour permettre aux patients de sortir, même en cas d'intempéries.

**30. RECOMMANDATION .....67**

Les activités au sein de l'unité Mezie doivent être plus développées et faire l'objet d'une planification.

**31. RECOMMANDATION .....69**

Les locaux de l'unité Chaslin étant indignes, l'accueil des patients doit cesser au plus vite.

**32. RECOMMANDATION .....74**

Les travaux de maintenance et de réparation des unités d'hospitalisation devraient être réalisés dans des délais raisonnables.

**33. RECOMMANDATION .....74**

Les patients des unités Corbaz A et B doivent pouvoir ouvrir la porte de leur chambre depuis l'extérieur.

**34. RECOMMANDATION .....77**

La prise en charge, au sein de l'unité Corbaz B, ne peut pas reposer uniquement sur des mesures d'isolement et sur les restrictions imposées aux patients.

**35. RECOMMANDATION .....79**

L'unité Van Gogh, qui fonctionne en mode fermé doit concevoir un projet thérapeutique adapté à l'objectif de réinsertion des patients pour lequel elle a été créée.

**36. RECOMMANDATION .....82**

La porte d'entrée de l'unité, dite ouverte, Van Gogh doit être effectivement ouverte.

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SYNTHESE</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>OBSERVATIONS</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>SOMMAIRE</b> .....   | <b>10</b> |
| <b>RAPPORT</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....  | <b>14</b> |
| 2.1 Le CHD est l'acteur principal de la psychiatrie dans le département du Loiret ....  | 14        |
| 2.2 Le personnel est insuffisant et peu formé aux questions de droits des patients en soins sous contrainte .....   | 18        |
| 2.3 Le budget est en équilibre mais la situation présente des risques pour l'avenir ..  | 19        |
| 2.4 Une activité en augmentation avec une proportion importante, mais en diminution, d'admissions en soins sans consentement .....                                | 20        |
| 2.5 Les contrôles institutionnels sont insuffisants.....  | 20        |
| 2.6 L'implication des associations de familles au sein des instances de l'hôpital favorise la qualité de la prise en charge .....                                 | 23        |
| <b>3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT</b> .....   | <b>27</b> |
| 3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement s'accompagne d'une notification des droits innovante sur la forme mais manquant de précision sur le fond ..... | 27        |
| 3.2 Les modalités d'information des patients doivent être mieux formalisées, tant sur le fond que sur la forme.....   | 31        |
| 3.3 Une préparation de la sortie faite de multiples autorisations de sorties courtes et progressives .....  | 34        |
| 3.4 Un contrôle rigoureux du juge des libertés et de la détention, effectué dans le cadre d'une procédure respectueuse .....                                      | 36        |
| <b>4. LES DROITS DES PATIENTS</b> .....   | <b>40</b> |
| 4.1 Le service de gérance des tutelles de l'établissement est investi dans le suivi des patients bénéficiant d'une mesure de protection .....                     | 40        |
| 4.2 La gestion des biens des patients, variable en fonction de l'unité, peut être source de retards préjudiciables .....  | 40        |
| 4.3 Les délais légaux de communication du dossier médical ne sont pas respectés ..  | 41        |
| 4.4 Le droit de vote n'est pas organisé au sein du CHD .....  | 42        |
| 4.5 Le culte catholique est le seul culte représenté au CHD .....   | 42        |
| 4.6 Les conditions d'isolement sont insatisfaisantes et la réflexion sur cette pratique est insuffisante .....  | 43        |
| 4.7 La contention est peu utilisée .....  | 48        |
| 4.8 Le registre prévu par l'art L3222-5-1 du code de la santé publique mis en place en octobre 2016 au sein du CHD ne permet pas un suivi satisfaisant.....       | 49        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....</b>   | <b>50</b> |
| 5.1 La liberté d'aller et venir des patients reste très encadrée et connaît, dans certaines unités des restrictions qui n'ont pas de caractère exceptionnel.....                            | 50        |
| 5.2 Des conditions de prise en charge quotidienne satisfaisantes.....   | 51        |
| 5.3 Les relations avec l'extérieur sont maintenues .....  | 55        |
| 5.4 La prise en charge somatique des patients est insuffisante pour garantir la sécurité du parcours de soins .....   | 57        |
| 5.5 La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion partagée.....  | 59        |
| 5.6 Des efforts sont engagés pour sensibiliser les professionnels à l'intérêt de déclarer les incidents et de les analyser afin de mettre en place des actions d'amélioration adaptées..... | 60        |
| <b>6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE .....</b>   | <b>63</b> |
| 6.1 Les unités Mezie et Féré sont les unités fermées du pôle Nord-Est.....  | 63        |
| 6.2 Les unités Seglas et Féré accueillent les patients en soins libres du pôle Nord-Est.....  | 71        |
| 6.3 Le pôle sud-ouest : un pôle dont le projet thérapeutique reste à définir .....  | 73        |
| 6.4 L'unité d'hospitalisation du pôle infanto-juvénile et adolescents est saturée.....  | 83        |
| 6.5 L'espace d'activités et de loisirs « PETAL » est une ressource précieuse.....   | 86        |

---

# Rapport

## Contrôleurs :

- Adidi Arnould, cheffe de mission ;
- Bonnie Tickridge ;
- Anne Lecourbe ;
- Agathe Logeart ;
- Muriel Lechat ;
- Gérard Kaufmann ;
- Virginie Brulet ;
- Bénédicte Piana.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Georges Daumézon 1 Route de Chateau à Fleury-les-Aubrais (Loiret), du lundi 6 au vendredi 10 février 2017.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 février 2017 à 14h30 et l'ont quitté le 10 février à 16h. Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont la présidente de la commission spéciale de l'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les directeurs adjoints, des chefs de pôle et de secteur, des cadres de santé et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Loiret, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) d'Orléans, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu en présence du directeur, de ses adjoints et de la présidente de la CME.

Un rapport de constat a été adressé le 5 octobre 2017 au directeur du centre hospitalier qui a transmis, en date du 15 novembre 2017, des observations qui ont été intégrées dans le présent rapport.

## 2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LE CHD EST L'ACTEUR PRINCIPAL DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET

Le département du Loiret est le plus peuplé de la région Centre-Val-de-Loire avec 662°300 habitants soit un quart de la population régionale.

Le département est découpé en trois secteurs de psychiatrie générale adulte et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à deux centres hospitaliers : le centre hospitalier départemental Daumézou (CHD) et le centre hospitalier de l'agglomération Montargoise (CHAM).

Ces deux établissements doivent intégrer le groupement hospitalier de territoire (GHT) au 1<sup>er</sup> juillet 2017. L'agence régionale de santé (ARS) a laissé un délai pour permettre l'élaboration d'une convention constitutive de territoire traitant des points budgétaires, du dossier patient dédié, de la représentation médicale, des achats immobiliers.

Selon les propos recueillis, le « périmètre naturel » du CHD serait le département. Une demande de dérogation du CHD a été refusée par l'ARS, qui néanmoins, lui reconnaît le *leadership* sur l'élaboration du projet en santé mentale du Loiret.

En ce qui concerne l'offre de psychiatrie ambulatoire libérale, vingt et un médecins psychiatres exercent leur fonction dans ce département, principalement dans les grandes villes. Deux cliniques permettent d'accueillir les patients de chacun des secteurs des deux hôpitaux publics.

#### 2.1.1 L'implantation de l'établissement

Le CHD a été créé en 1913 avec pour objectif d'œuvrer à l'abandon de la conception asilaire de la psychiatrie, à la restauration de la dignité des malades et à l'ouverture de l'hôpital vers la ville. Situé dans un cadre boisé, à Fleury-les-Aubrais à 5 kilomètres d'Orléans, il a été conçu avec l'idée de donner le plus de liberté possible aux 1 040 patients qu'il pouvait accueillir au sein d'un village de quatre-vingts bâtisses. Le projet s'attachait à occuper le plus possible les patients à la ferme, au jardin, aux ateliers ou à la porcherie ; par ailleurs de nombreuses distractions sont offertes dans une salle des fêtes. Doté de chemins forestiers, d'une propre station d'épuration, d'un puits d'eau, l'établissement était un site totalement autonome.

Si le cadre de vie des patients est très agréable, la volonté d'autonomisation de ce village représente aujourd'hui une charge importante pour l'établissement. Les patients sont accueillis dans des conditions très inégales de confort (selon qu'elles soient dans les bâtiments d'origine avec des chambres sans WC ni douche, ou dans des locaux plus récents, cf. § 5).

Les 40 hectares détenus par l'établissement nécessitent encore une charge d'exploitation forestière (entretien, coupe et vente du bois). Si de nombreux locaux sont abandonnés à défaut de restaurations qui seraient trop coûteuses, le site permet d'offrir des espaces tels que : une salle de sport, une crèche pour les enfants du personnel, une maison des usagers et dix logements pour le personnel.

Toutes les unités de soins à temps complet sont installées sur le site principal sauf le centre d'addictologie (centre de sevrage et de cure) et la résidence thérapeutique (insertion et réhabilitation) M. Pariente. Le site accueille également un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de soixante lits. Le centre psychiatrique d'accueil d'urgence (CPAU), sans hébergement de patients, est situé face à l'entrée du domaine.

Pour étoffer l'offre de prise en charge sur le territoire, le CHD subventionne à hauteur de 6 000 euros l'association « le lien » (gérée par des professionnels de l'hôpital sur leur temps personnel). Elle propose dix-sept appartements thérapeutiques en sous-location pour des patients en capacité de vivre en colocation (jusqu'à quatre personnes). Actuellement, quarante personnes y sont logées, toujours suivies par les soignants de l'hôpital. Une convention avec la résidence M. Pariente permet de proposer en parallèle à ces patients une prise en charge en hôpital de jour, des ateliers bois-fer, et des chantiers de réinsertion pour améliorer leur habitat.

L'hôpital est desservi par la ligne 19 du bus du réseau de l'agglomération orléanaise (fréquence de passage entre 20 minutes et une heure le dimanche matin) et de nombreux panneaux indicateurs orientent le trajet dans Fleury-les-Aubrais.

### 2.1.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement

Le CHD dispose de 259 lits et assure la prise en charge des patients majeurs du Nord du département, les secteurs I01 et I02. Le pôle infanto-juvénile est en charge de deux intersecteurs recouvrant les deux-tiers Nord-Est du département du Loiret (cf. § 6.4).

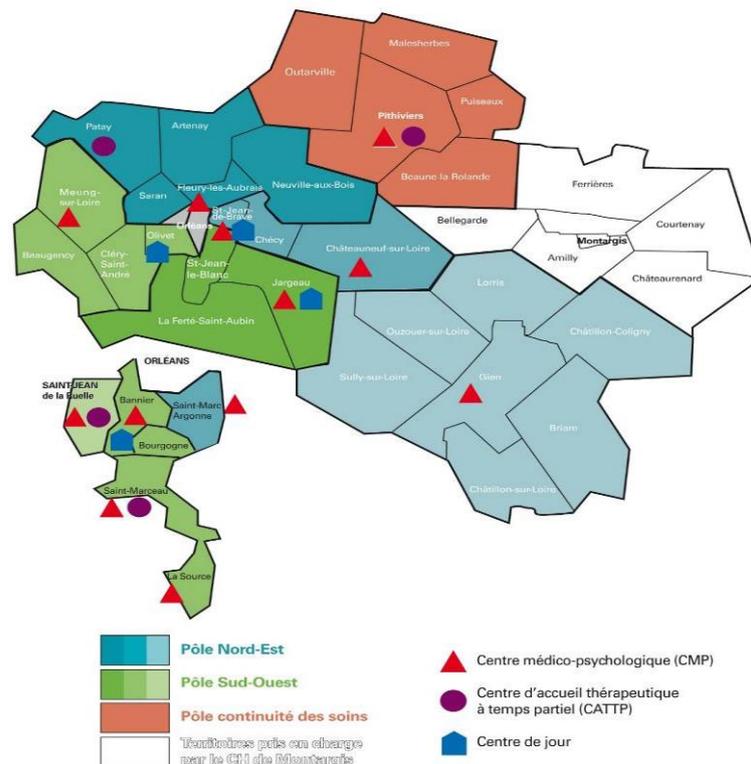
En 2013, l'établissement a procédé à une importante refonte de pôles.

Le CHD est organisé en quatre pôles cliniques :

- deux pôles de psychiatrie générale : Sud-Ouest et Nord-Est ;
- un pôle infanto-juvénile ;
- une filière complète de soins aux détenus : le service médico-psychologique régional (SMPR), l'hospitalisation de jour rattaché au Centre Pénitentiaire Orléans-Saran et l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Dans une volonté d'ouverture vers l'extérieur et de réduction au strict nécessaire des hospitalisations, sont adossés aux unités d'hospitalisation à temps complet : des hôpitaux de jour, des centres médico-psychologique (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des places d'alternatives à l'hospitalisation (appartements thérapeutiques, appartements d'insertion, accueil familial thérapeutique).

## Secteurs de psychiatrie adulte



La psychiatrie générale adulte s'organise comme suit :

Le pôle Sud -Ouest :

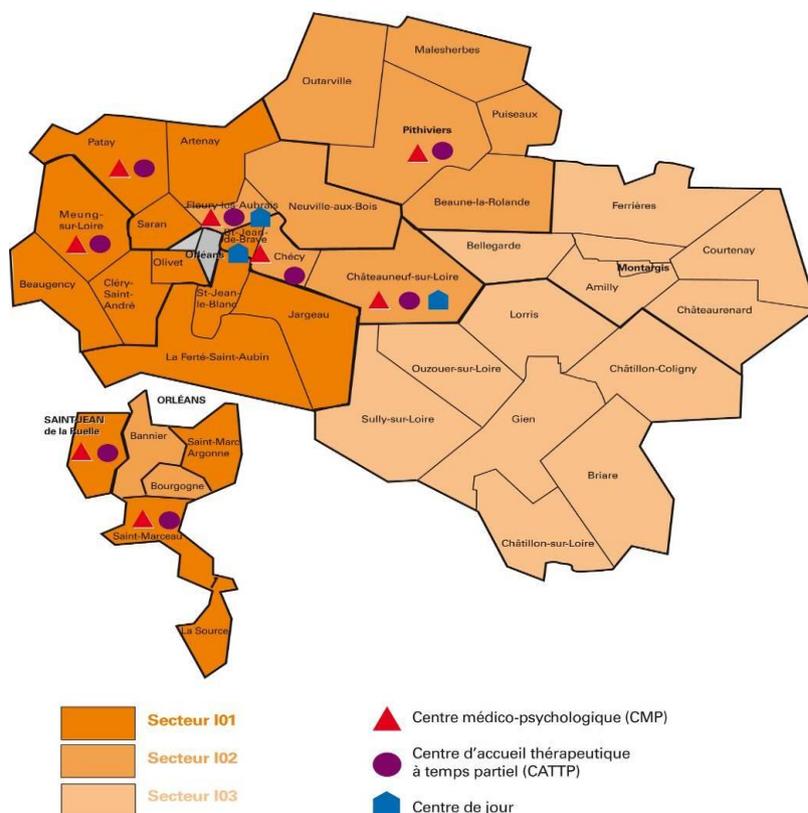
- composé de trois unités : deux unités d'accueil et de crise, Corbaz B (unité fermée)/ Corbaz A (unité ouverte) et une unité de réhabilitation/insertion : Van Gogh ;
- six hôpitaux de jour/ CATTP dont deux pour les personnes âgées et un pour les troubles envahissants du développement ;
- six CMP dont un pour les personnes âgées ;
- un centre de médiation cognitive ;
- un centre de réhabilitation psycho-sociale.

Le pôle Nord-Est :

- composé de quatre unités dont trois dites « d'accueil et de crise » : deux unités fermées, Chaslin et Mezie et une unité ouverte, Féré, ainsi qu'une unité dite « d'insertion », Seglas ;
- cinq hôpitaux de jour dont un pour les personnes âgées ;
- neuf CMP /CATTP dont un pour les personnes âgées.

Sont gérés en inter-pôles : la résidence thérapeutique, M. Pariente ; les unités Nerval et PETAL chargées de la réhabilitation par la culture (médiathèque, espace rencontre) ; le centre de diagnostic précoce et d'accompagnement de l'autisme du Loiret.

## Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



Le pôle infanto-juvénile est composé :

- d'une unité de soins à temps complet de six places pour adolescents ;
- un hôpital de jour à Pithiviers ;
- trois hôpitaux de jour pour les enfants, un pour les adolescents ;
- neuf CMP et CATTP infanto-juvéniles ;

Dans le cadre d'une réorganisation du projet de soin amorcée en 2016, le CHD souhaite développer les projets suivants :

- une extension du dispositif de soins pour adolescents (cf. § 6.4) ;
- la mise en place de la télémédecine, notamment en géro-psycho-psychiatrie ;
- la mise en place d'un centre de réhabilitation psycho-sociale ;
- la réorganisation du centre d'accueil et de crise ;
- le regroupement des activités d'addictologie au sein du centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) ;
- la réorientation du projet médical de la géro-psycho-psychiatrie vers une prise en charge en aval.

### 2.1.3 Les instances de pilotage

En vu d'une refonte de l'offre de soins, un diagnostic du fonctionnement du CHD a été établi. Il est apparu que de nombreux patients qui ne relevaient plus de l'hospitalisation en psychiatrie y sont néanmoins maintenus faute d'orientation ; la mise en œuvre de la réforme dans la prise en charge des patients, impliquant plus l'extra hospitalier, a fait apparaître de nombreuses

résistances ; dans des fonctionnements parfois sclérosés, toute réforme est mal vécue et l'établissement fait face à une rupture de la chaîne d'information entre les cadres et les équipes. Le projet du CHD est actuellement en mutation. Dans un contexte d'obstruction, à l'élaboration d'un nouveau projet de soins, une dynamique a toutefois été amorcée suite aux arrivées récentes du directeur de l'établissement, du directeur des soins, d'une présidente de CME et à de nombreux départs à la retraite remplacés par une nouvelle génération de médecins.

En dehors des instances de pilotage habituelles d'un établissement hospitalier, l'équipe de direction mise sur une plus grande proximité avec les équipes (rencontres régulières au sein des unités, cadres intermédiaires qui doivent occuper les bureaux au sein des unités).

Le projet médical 2017-2021, fait l'objet de la mise en œuvre d'une méthodologie impliquant toute la communauté médicale. Cette méthodologie présentée en CME et aux cadres en réunion a été validée par le directoire. Elle est conduite parallèlement aux travaux menés dans le cadre du projet de GHT. Dans une démarche collective, des fiches action élaborées avec l'hôpital de Montargis, sont la base du travail mené au sein de douze groupes de travail pluri-professionnels, animés par des cadres ou des médecins. Un comité de pilotage, animé par le directeur et composé de la direction des soins, de la vice-présidente de CME, de deux médecins et deux cadres, est chargé de coordonner ces travaux, menés par les professionnels de terrain qui ont fait le choix des thématiques sur lesquelles ils ont été positionnés (160 candidatures ont été reçues).

Parallèlement, des travaux sont menés avec les élus locaux sur les contrats locaux de sécurité en vue de mettre en place un contrat local de santé mentale ayant pour ambition de développer les offres d'hébergement et la mise en œuvre de commission « de situations complexes » par mesure préventive.

Trois réunions se sont tenues au CHD avec l'ARS, la préfecture et le TGI afin d'améliorer les pratiques et procédures des autorités judiciaires et administratives notamment pour renforcer leur solidité juridique.

## **2.2 LE PERSONNEL EST INSUFFISANT ET PEU FORME AUX QUESTIONS DE DROITS DES PATIENTS EN SOINS SOUS CONTRAINTE**

Le centre hospitalier Georges Daumézon regroupe un effectif de plus de 1 000 équivalents temps plein travaillés ; il comptait précisément en 2015, 54 médecins et 1 063 agents rémunérés au titre du personnel non médical.

Ces effectifs n'ont pas connu au cours des dernières années d'évolutions notables.

L'effectif des médecins, est d'un niveau inférieur aux ETP prévus d'environ dix points sur soixante-cinq. Après une période faste lors de la création de l'UHSA, cet effectif a connu un déficit significatif qui est en train de se réduire. S'agissant des internes leur nombre avait diminué de façon alarmante. Une politique résolue d'encouragement (meilleur encadrement professionnel, qualité des logements, renforcement des liens avec le CHU de Tours grâce à la visioconférence) a permis de faire remonter leur effectif à huit (cinq médecins recrutés).

Pour le reste du personnel la situation est plus contrastée. Environ trente agents font actuellement défaut et leur recrutement est entravé par les contraintes financières et notamment le gel du montant de la dotation annuelle de financement (DAF). Ce déficit est pour partie compensé par l'embauche en CDD de personnels non permanents (130 ETP) destinés à répondre en priorité au manque de soignants.

L'une des raisons invoquées pour expliquer ce recours à du personnel non permanent est la montée assez significative de l'absentéisme. Longtemps en situation favorable, le CHD a connu une forte progression de son taux d'absentéisme qui a même touché le corps médical. L'arrivée d'un médecin du travail devrait permettre de maîtriser cette évolution, ces absences étant dues pour un large part à des indisponibilités de courtes durées pour des raisons médicales. Le nombre des accidents du travail comme celui des événements indésirables faisant l'objet de fiches est globalement stable avec une légère tendance à la réduction. Une expérience intéressante de charte signée entre la direction et les instances syndicales concernant le signalement des incidents a permis de donner un cadre plus formel et plus apaisé à ces procédures, tout en garantissant aux agents concernés une meilleure protection individuelle.

Au-delà, la question des horaires journaliers de travail, dont la durée au-delà de 12 heures induit un mécanisme automatique de récupération, a été posée. Sa résolution n'a pu être menée à bien en raison d'un mouvement de grève conduit en 2013.

Si le recrutement de médecins psychiatres reste difficile, celui des soignants s'avère plus facile. Des facteurs variés affectent cette catégorie de personnel. Les candidats sont nombreux, mais la situation de l'établissement au cœur de la région, incite beaucoup de jeunes soignants à passer d'un hôpital à l'autre ; le taux de *turn over* est fort même s'il reste stable (10,25 % en 2015 pour le personnel non médical et 9,13 % pour les soignants).

Chaque année plus d'une cinquantaine d'infirmiers sont recrutés, ce qui nécessite un investissement fort en formation, la plupart d'entre eux n'ayant pas une spécialisation ou une expérience en matière psychiatrique. Des modules de formation sont prévus lors des formations initiales d'accueil.

Au cours des premières années de présence, les crédits sont quasiment réservés aux formations directement liées à la psychiatrie. Sans être absentes de ces formations les séquences relatives aux droits des malades restent peu nombreuses. Pour le projet de formation 2017, sur 200 items retenus aucun ne concerne spécifiquement les droits des patients, cette matière ne figure qu'à titre de modules au sein des actions de formation initiale ou dans le cadre d'un cycle plus général sur la responsabilité juridique. La nécessité de former les soignants aux métiers spécifiques de la psychiatrie laisse donc peu de place aux volets pourtant essentiels des droits individuels et de l'isolement et de la contention.

Actuellement le CHD procède au recrutement de deux médecins somaticiens, d'un kinésithérapeute, d'une diététicienne et recherche des médecins psychiatres.

### 2.3 LE BUDGET EST EN EQUILIBRE MAIS LA SITUATION PRESENTE DES RISQUES POUR L'AVENIR

La situation budgétaire est en équilibre depuis, notamment le gel de recrutement de 2015 et une cession immobilière importante. Ainsi, en 2016, selon les éléments disponibles à la date du contrôle, les produits auraient été de 67 884 k€ alors que les charges seraient de 67 302 k€, soit un excédent de 582 k€. Après retraitement et notamment prise en compte des dotations aux amortissements et provisions, la marge brute serait de 4 274 k€ (soit 6,2 %). Le résultat serait de 1 231 k€, soit 1,8 %) des produits.

L'établissement a connu des investissements lourds les années précédentes : 14 M€ pour l'UHSA avec ses équipements, 1,3 M€ pour la cuisine. Dans les dix ans qui viennent, près de 35 M€ doivent être investis pour répondre aux demandes de rénovation des unités de soins (Chaslin, unité pour adolescents, et le centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie de l'âge à moyen terme) ou de mise aux normes pour le respect des obligations réglementaires.

Au total, l'équilibre actuel ne laisse que peu de marges pour faire face aux investissements futurs considérés comme indispensables dans les unités les plus anciennes et dont les besoins de paiements se concentreront sur les années 2018 et 2019 (de l'ordre de 10 M€ par an).

## **2.4 UNE ACTIVITE EN AUGMENTATION AVEC UNE PROPORTION IMPORTANTE, MAIS EN DIMINUTION, D'ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT**

La file active du CHD a été de 16 017 patients en 2016, en provenance de sept secteurs adulte et deux secteurs de pédopsychiatrie. Cette file est en légère augmentation de +1,5 % par rapport à l'année 2015.

En 2016, sur les 3 192 patients reçus en hospitalisation, 687 patients ont été admis en soins sans consentement : 176 sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), 511 à la demande d'un tiers (SDT), soit 21,52%. 84 personnes détenues ont été admises pour soins psychiatriques et deux personnes ont été admises après avoir été jugées pénalement irresponsables.

On note une diminution du pourcentage de soins sans consentement :

- en 2015 : sur 2 840 patients en hospitalisation complète, 467 étaient en SPDT 212 en SDRE et 2 209 en soins libres soit 23,51% ;
- en 2014 : sur 2 265 patients, 463 étaient en SPDT et 173 en SDRE soit 28%.

La grande majorité de ces patients (87 %) proviennent de leur domicile et y retournent après prise en charge. 97 % des patients sont domiciliés dans le département.

Les hommes représentent 55 % des admis pour l'ensemble des patients mais 60 % des admis sans consentement. Ils sont très largement majoritaires dans les cas des détenus admis.

L'âge moyen est de 41 ans toutes admissions confondues. Il est légèrement inférieur (35 ans) pour les personnes détenues.

La durée moyenne de séjour est de 23,11 jours en légère diminution, pour l'ensemble des hospitalisés à temps plein. La durée moyenne d'hospitalisation de 39,83 jours, en très légère diminution.

## **2.5 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT INSUFFISANTS**

### **2.5.1 Le registre de la loi**

Un registre unique, commun au centre hospitalier et à l'UHSA, est tenu pour l'ensemble des soins sans consentement. Les premières pages sont consacrées aux visas des autorités et à leurs observations puis suivent les admissions classées par date et par folio, composé de : quatre pages comportant pour chaque patient son identité, le mode d'admission, l'éventuelle mesure de protection juridique avant l'admission ou intervenue postérieurement à celle-ci, les formes de prises en charge autre que l'hospitalisation complète, la date de la levée des mesures de soins psychiatriques ou du décès, la date d'intervention du JLD (contrôle de plein droit ou recours facultatif), la copie des décisions d'admission, les différents certificats médicaux). En fin du registre, un index récapitule toutes les admissions avec précision du nom du patient, du numéro de folio, de la date d'entrée et de la nature de l'admission (SDRE ou SDDE).

Lorsque le nombre de certificats médicaux et la durée de séjour sont importants, des feuilles blanches sont ajoutées dans le registre. Pour les patients chroniques, un registre individuel est parfois ouvert ; au jour du contrôle tel était le cas pour douze personnes, chiffre actuellement en

baisse selon les indications données aux contrôleurs dans la mesure où « *les patients restent moins longtemps qu'avant* ».

Le registre en cours au jour du contrôle a été ouvert et visé du maire de Fleury-les-Aubrais le 16 juin ; la première inscription date du 30 janvier 2017. Entre le 30 janvier et le 8 février 2017, vingt-sept admissions y sont répertoriées, concernant neuf femmes et dix-huit hommes, dont dix SDRE (parmi lesquels quatre personnes détenues et quatre admissions sur arrêté provisoire du maire), dix-sept SDDE : onze sur demande d'un tiers (SDT), dont huit en urgence (SDTU) et six pour péril imminent (SPI). Pour cinq de ces patients, la mesure d'hospitalisation a été levée dans un délai variant d'un à cinq jours.

S'agissant des quatre admissions sur arrêté du maire, dans trois cas un arrêté préfectoral est intervenu dans les 48 heures maintenant la mesure de soins sans consentement. Dans le quatrième cas, le certificat médical des 24 heures n'a pas confirmé la nécessité du maintien de la mesure d'hospitalisation et l'arrêté préfectoral pris dans le lendemain de l'admission n'a pas donné suite à l'arrêté provisoire.

Les contrôleurs ont également examiné le registre précédent, n° 164, couvrant la période du 10 décembre 2016 au 30 janvier 2017, et plus particulièrement les admissions intervenues entre le 10 décembre et le 27 décembre 2017 concernant trente-quatre patients (dix femmes et vingt-quatre hommes), dont dix en SDRE (parmi lesquels six personnes détenues), dix en SDT, huit en SDTU et six en SPI. Sur ces trente-quatre patients, quatre étaient encore placés en soins sans consentement au 8 février 2017, tous les autres ayant vu la mesure soit levée soit transformée en soins libres dans un délai variant de un ou deux jours (pour neuf patients en SDDE et deux en SDRE) à trente et un jours ; la durée moyenne de la mesure de soins sans consentement s'établit à onze jours pour les patients en SDDE et à vingt-deux jours pour ceux en SDRE ; pour deux patients, la mesure a été levée le onzième jour soit juste avant le passage devant le JLD, pour tous les autres la fin de la mesure de soins sans consentement est intervenue après l'audience du JLD.

Les registres sont soigneusement tenus et renseignés dans de brefs délais. Ainsi, à titre d'exemple, le 9 février à 9h toutes les entrées du 8 février étaient notées dans le registre, ce travail ayant été effectué par les permanenciers durant la nuit. Toutefois, les mentions y figurant sont incomplètes en ce que ne sont mentionnés ni la date de notification des différentes décisions rendues, des voies de recours et des droits du patient, ni la date et le dispositif des décisions rendues par le JLD, et ce nonobstant les dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique (CSP) dont les agents du bureau des admissions ont admis ne pas connaître le contenu. Quelques omissions ont par ailleurs pu être relevées quant à la mention de la date d'audience du JLD.

En outre, malgré une rubrique spécifique prévue à cet effet (« autre forme de prise en charge »), les levées d'hospitalisation complète avec passage en programme de soins ne sont que rarement notées. Ainsi, dans le registre 164 quatre patients admis en SDT (folios 37-47- 52 et 95) ont bénéficié d'une modification de leur prise en charge initiale pour un suivi en ambulatoire dans le cadre d'un programme de soins, sans toutefois que cette précision ne soit mentionnée.

Les décisions d'admission et les certificats médicaux ne sont pas horodatés, ce que regrette vivement le JLD rencontré par les contrôleurs, seule la mention de l'heure sur ces documents étant de nature à garantir le respect des délais, parfois très brefs, prévus par la loi.

Les certificats médicaux initiaux sont parfois laconiques mais il en va différemment des certificats postérieurs (24 et 72 heures) et des avis motivés qui sont circonstanciés et actualisés.

Pour les SDT, les renseignements concernant les tiers sont renseignés avec précision.

Les registres examinés et tous ceux de l'année 2016 (registres 157 à 164) ne comportent pas de visa des autorités.

L'examen de ces registres et de quelques dossiers administratifs de patients a fait apparaître à l'article 6 des décisions d'admission, l'existence d'une mention erronée ou à tout le moins de nature à prêter à confusion. Il est en effet mentionné qu'un « *recours possible en annulation peut également être introduit devant le tribunal .....dans un délai de deux mois à compter de la notification* », formulation qui laisse entendre un recours devant le tribunal administratif alors que seule l'autorité judiciaire est compétente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 ; en outre, l'adresse indiquée est celle du palais de justice, tant cour d'appel que tribunal de grande instance, alors que le recours doit être formé devant le JLD, certes magistrat du TGI mais auquel le délai de deux mois n'est pas applicable.

### **Recommandation**

*Les mentions figurant dans le registre de la loi doivent être conformes aux exigences de l'article L.3212-11 du CSP et faciliter le contrôle de la procédure.*

*Les informations sur les voies de recours données dans les décisions d'admission du directeur doivent être exactes et complètes (nature des recours, délais, adresse des juridictions, etc.)*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *la date de notification de la décision n'était pas notée dans le livre de la loi, par contre la date et le dispositif des décisions des décisions rendues par le JLD ne pouvaient être notés puisqu'il s'agissait d'entrées prononcées un jour avant et que le JLD n'avait pas encore été saisi* ».

### **2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques**

La commission départementale des soins psychiatriques du Loiret, établie le 29 octobre 2014, est composée d'un psychiatre appartenant au CHD, d'un magistrat du TGI d'Orléans, d'un représentant des usagers, d'un représentant de l'union nationale de familles ou amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et d'un médecin généraliste.

La dernière visite de trois membres (le généraliste, le magistrat et le représentant des malades) de la commission date du 10 juin 2015, après-midi, visite ayant « *pour objectif de connaître l'organisation et le fonctionnement des appartements thérapeutiques dans les murs et hors les murs, gérés par l'établissement* ». Il n'est pas précisé qu'elle ait rencontré des patients à cette occasion. Elle a visé le registre de la loi indiquant qu'elle avait procédé par sondages et qu'il n'y avait rien à signaler.

Dans le compte-rendu de sa visite, la CDSP souligne que les droits des patients sont respectés mais déplore l'état de certaines unités et relève que la réduction du personnel entraîne celle des activités culturelles, sociales et sportives auprès des patients.

Dans son rapport d'activité pour 2015, la CDSP indique avoir reçu quatre plaintes de patients sans préciser l'établissement d'hospitalisation des plaignants.

### **2.5.3 La visite des autorités**

Comme indiqué ci-dessus (cf. § 2.5.1) l'établissement n'a pas fait l'objet de visite des autorités au cours de l'année 2016.

Le registre de la loi n°156 mentionne, à la date du 16 décembre 2015, la visite du procureur de la République et du vice-procureur avec l'observation suivante « *après sondage, remarques sur l'intervention du JLD non notée ainsi que la mention de la date de délivrance des informations données aux patients de l'article L.3211-3 CSP* ». Cette observation n'a toutefois pas été suivie d'effet (cf. § 2.6.1).

## 2.6 L'IMPLICATION DES ASSOCIATIONS DE FAMILLES AU SEIN DES INSTANCES DE L'HOPITAL FAVORISE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

### 2.6.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

#### a) Les associations de famille

Des rencontres de sensibilisation ont été organisées entre les bénévoles de l'UNAFAM<sup>1</sup> et les professionnels (équipes de soignants, assistantes sociales) des différentes unités de l'hôpital. Cette réflexion a abouti à la diffusion par voie d'affichage de plaquettes d'information au bureau des entrées et dans les unités sur le thème « Famille et Hospitalisation ». Le rôle des associations des usagers est repris dans le livret d'accueil.

L'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées (UNAFAM) représente les familles et assure une permanence le troisième jeudi de chaque mois de 17h à 19h sans rendez-vous à la maison des usagers. Un pavillon<sup>2</sup>, situé à proximité de la cafétéria, est mis à la disposition de l'UNAFAM dans l'enceinte de l'hôpital ; les jours et horaires d'ouverture sont affichés à l'extérieur. Ces locaux sont spacieux et agréablement aménagés pour l'accueil des familles et des usagers.

L'union départementale des associations familiales (UDAF) dont un représentant est le vice-président de la commission des usagers, n'assure pas de permanence.

Par ailleurs, l'UNAFAM assure une permanence à l'extérieur de l'hôpital pour recevoir des familles tous les lundis de 17h à 19h.

Les familles soulevant des réclamations sont orientées vers les médiateurs médicaux de la commission des usagers.

Les associations de famille sont très intégrées dans les instances de l'hôpital (commission des usagers, comité d'éthique, comité des usagers, commission des parcours de soins etc.). L'UNAFAM participe également à des groupes de travail (groupe sur la précarité psychique, sur la réhabilitation psycho-sociale, sur la psychiatrie et la précarité sociale).

L'UNAFAM a mis l'accent sur la bonne coopération avec les professionnels ; des médecins psychiatres se déplacent ainsi en fin de journée dans les locaux de l'UNAFAM à l'extérieur pour rencontrer une trentaine de familles. Il a été indiqué que les questions des familles portaient souvent sur la durée de l'hospitalisation.

### Bonne pratique

<sup>1</sup> Les vingt-cinq bénévoles de l'UNAFAM ont reçu une formation d'une journée sur les troubles psychiques.

<sup>2</sup> Une partie des locaux du pavillon est occupée par l'aumônerie ; elle dispose d'une entrée distincte.

*La présence de l'UNAFAM et l'attitude des médecins psychiatres, qui se déplacent à la rencontre des familles à l'issue de leur temps de travail, permettent une meilleure information réciproque.*

#### *b) Les associations d'usagers*

La maison des usagers a été créée en 2012. L'hôpital a publié un guide des associations d'usagers en santé mentale comprenant la liste et les coordonnées des associations d'usagers, guide également téléchargeable sur le site internet. Il s'agit d'associations d'aides à la réinsertion et à la sortie de l'hôpital.

#### 2.6.2 La commission des usagers

La commission des usagers<sup>33</sup>(CDU), toujours dénommée commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans le livret d'accueil remis aux patients, est présidée depuis les élections du 6 février 2017 par la directrice adjointe du CHS. La vice-présidence est assurée par un représentant de l'UDAF.

Elle regroupe :

- deux médiateurs non médicaux (le directeur des soins, titulaire et un cadre supérieur de santé, suppléant) ;
- deux médiateurs médicaux (un titulaire et un suppléant) dans l'attente d'être remplacés ;
- des représentants de l'UNAFAM (deux titulaires dont le vice-président et deux suppléants) ;
- le représentant du conseil de surveillance, titulaire et un conseiller départemental, suppléant ;
- un représentant titulaire et un suppléant de la commission des soins infirmiers.

Par ailleurs, le responsable des admissions et des affaires générales ainsi que l'ingénieur qualité participent comme invités aux réunions de la CDU.

Cinq réunions de la CDU ont été organisées en 2016.

La commission est constituée d'une majorité de représentants des usagers dont l'implication dans les commissions et les groupes de travail mérite d'être soulignée.

Elle analyse l'ensemble des réclamations et des questionnaires de satisfaction des usagers.

#### **Recommandation**

*Il convient de mettre à jour le livret d'accueil sur la commission des usagers.*

#### 2.6.3 Le comité d'éthique

Le règlement intérieur définit, aux vises de la loi du 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les missions et la composition du comité local d'éthique (CLE).

<sup>33</sup> Appellation fixée par l'article L 1112-3 du code de la santé publique depuis la loi du 26 janvier 2016.

Selon ce document, le CLE « *accompagne tous les professionnels aux prises, dans leur exercice quotidien avec des dilemmes ou des problèmes de nature éthique [...] ; il apporte un éclairage éthique sur des problématiques générales ou sur des situations quotidiennes de soins, il alimente la réflexion éthique concernant les orientations, les lignes directrices de l'établissement, et des situations et pratiques professionnelles afin de s'assurer qu'ils prennent en compte les dimensions éthiques ; il propose des actions d'information, de formation et de sensibilisation des professionnels sur les questions d'éthique, il dispose à ce titre d'une enveloppe ciblée dans le plan de formation.* ».

Le CLE comprend vingt membres, dont deux représentent la commission médicale d'établissement, des représentants des diverses catégories de personnel intervenant auprès des patients, des représentants de la direction, des usagers, des familles et des personnalités qualifiées.

Le CLE se réunit deux à quatre fois par an, travaille sur saisine et ne peut s'autosaisir.

Le CLE n'a reçu qu'une saisine au cours de l'année 2016, il s'agissait de la situation d'un médecin agressé par un patient et qui avait porté plainte devant le procureur. La question se posait de pouvoir reprendre une posture soignante auprès du patient après avoir porté plainte, question qui a été qualifiée d'éthique par le président de la CLE à qui il incombe de faire cette qualification avant de soumettre la question au comité.

Faute de pouvoir s'autosaisir, et compte tenu de quasi absence de saisines, le CLE a une faible activité alors que les questions relatives aux relations sexuelles des patients – entre droit et protection – aux pratiques d'isolement ou à la bientraitance mériteraient sa réflexion.

#### **Recommandation**

*A défaut d'être saisi ou de suggérer des saisines, les modalités de travail du comité local d'éthique mériteraient d'être revues afin que ce dernier puisse effectivement se pencher sur les questions qui appellent sa réflexion.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *le comité local d'éthique est à la disposition de l'ensemble des professionnels. Ceux-ci peuvent le saisir à tout moment. Le comité était en attente de la nomination d'un nouveau président, ce qui explique la moindre saisine* ».

#### **2.6.4 Les questionnaires de satisfaction**

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'enquête de satisfaction auprès des patients de psychiatrie en hospitalisation à temps complet (HTC) cible tous les ans alternativement la moitié des unités HTC. Le CHD fixe une journée pour la remise et le recueil des questionnaires de satisfaction auprès des patients des unités ciblées. Selon les propos recueillis, cette méthode tend à améliorer le taux de retour des questionnaires de satisfaction. Depuis deux ans, le questionnaire de satisfaction s'est enrichi d'items sur les droits des patients.

Pour l'année 2015, le pôle Nord-Est et le pôle continuité des soins ont fait l'objet de cette enquête. Le jour de l'évaluation, quarante-trois des soixante-trois patients hospitalisés dans les unités ont répondu soit 68,2 % (51,2 % des patients de Chaslin, 37,2 % de Féré et 11,6 % de Seglas). Il résulte de cette enquête que 62,5 % des patients étaient satisfaits sur les informations données sur la durée du traitement, 65,8 % sur les entretiens avec le médecin psychiatre sur le

traitement et 82 % sur les informations données par le personnel en réponse aux questions des patients.

Sur les droits des patients (bienveillance, dignité, intimité, éthique) :

- 87,6 % de satisfaction du respect de leur intimité pendant les soins ;
- 92,9 % de satisfaction sur la manière dont l'équipe s'adresse aux patients (vouvoiement, respect du patronyme etc.) ;
- 79,4 % de satisfaction des conditions d'accueil des proches ;
- 19,4 % de satisfaction sur l'information quant à l'existence d'un comité local d'éthique.

Sur la liberté d'aller et venir :

- 62,5 % de satisfaction sur les restrictions d'aller et venir en lien avec la situation clinique ;
- 95,2 % de satisfaction sur les conditions d'aller et venir dans une unité ouverte ;
- 83,3 % de satisfaction sur l'accessibilité des espaces communs (jardin, patio...) en unité fermée ;
- 80 % de satisfaction sur la possibilité de bénéficier des temps de sortie prescrits dans les consignes médicales.

Les résultats de cette enquête ne reflètent toutefois pas la réalité de la situation des patients pour l'ensemble des unités du CHD.

Aucune enquête de satisfaction n'a été réalisée en 2016, en raison de la certification en cours par la Haute autorité de santé (HAS).

### **Recommandation**

*Les questionnaires de satisfaction doivent prendre en compte l'ensemble des unités de psychiatrie afin de connaître la réalité de la situation pour proposer des actions d'amélioration.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique qu'« il a été défini que l'enquête de satisfaction des patients, un jour donné, ciblerait la moitié des pôles soignants alternativement tous les ans. Cette méthode permettra un meilleur retour de satisfaction ».

### 3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

#### 3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT S'ACCOMPAGNE D'UNE NOTIFICATION DES DROITS INNOVANTE SUR LA FORME MAIS MANQUANT DE PRECISION SUR LE FOND

##### 3.1.1 Les modalités d'admission

Dans la très grande majorité des cas, l'admission au CHS est précédée, tant pour les soins libres que pour les soins sans consentement, d'un passage aux urgences (soit celles situées à l'entrée de l'établissement, notamment pour les soins libres, soit celles de l'hôpital de La Source qui dispose d'une antenne de psychiatrie de liaison) ; le patient est conduit au CHS en ambulance. Contacté avant l'arrivée du patient, le bureau des admissions (dont deux agents sur les six composant l'équipe sont plus spécifiquement attachés au suivi des soins sans consentement) vérifie que les documents sont complets et conformes ; à défaut, attache est prise avec le médecin – ou le maire – afin de faire rectifier le certificat ou l'arrêté. Une fois cette vérification faite et connaissance prise de l'identité complète du patient pour déterminer le secteur d'hospitalisation, le bureau des entrées donne le feu vert pour l'admission. Pour les SDRE, le CHS est lié par les termes de l'arrêté et ne peut donc refuser l'arrivée du patient que deux soignants de l'unité dans laquelle il sera hospitalisé vont chercher, le plus souvent à la gendarmerie ou au commissariat.

Quand l'ambulance arrive au CHS avec le patient, elle va directement dans le pôle où il est affecté sans s'arrêter au bureau des admissions. Chaque pôle dispose en effet d'une unité spécifique d'accueil (Chaslin pour le pôle Nord-Est et Corbas B pour le pôle Sud-Ouest).

Dans chacun de ces pôles, le patient est accueilli par un ou deux soignants qui lui présentent le service. L'entretien d'accueil est mené par le psychiatre, toujours en présence d'un infirmier ; au cours de celui-ci le médecin reprend avec le patient les raisons de son hospitalisation, évalue son état clinique et lui indique les restrictions qui lui seront imposées concernant les sorties, les cigarettes, les visites, le téléphone (restrictions consignées dans un document intitulé « *consignes médicales* » et en principe prescrites en fonction de l'état clinique du patient). Au cours d'un second entretien dit « infirmier », qui précède parfois le premier selon les disponibilités du médecin, les soignants reprennent avec le patient les raisons de son hospitalisation ainsi que les modalités de sa prise en charge, remplissent avec lui – dans la mesure où son état est compatible – les formalités administratives (inventaire, désignation de la personne de confiance, évaluation du risque suicidaire). La mise en pyjama n'est pas systématique à l'arrivée dans les unités, mais pratiquée quand le patient est placé en chambre d'isolement.

#### **Bonne pratique**

*La mise en pyjama n'est pas systématique à l'accueil du patient en soins sans consentement.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *le passage aux urgences des patients sous contraintes. Les notifications sont préparées par les agents du BE affectés aux soins sous contraintes du lundi au vendredi et le week-end par les permanenciers pour ces admissions. Un agent en reclassement professionnel assure la transmission de la*

*notification des décisions auprès des patients accompagnés d'un soignant qui se charge de la communication ».*

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

Un agent administratif du bureau des admissions est affecté à la notification des décisions et aux audiences du JLD ; un second agent assure son remplacement durant ses absences. Cet agent n'a pas reçu de formation spécifique. Au sein du CHS, une formation continue est dispensée aux agents administratifs sur les pathologies mentales et la violence ; outre cette formation qui n'est que facultative, les agents peuvent bénéficier d'une formation annuelle avec des juristes et d'une formation au centre national d'études hospitalière à Malakoff (Hauts-de-Seine) sur le thème des soins sans consentement, de l'évolution et des problématiques de la loi.

Les notifications sont préparées par les permanenciers du bureau des admissions (équipe de six personnes travaillant en 3/8) et sont faites au patient le lendemain de la prise de décision, mais uniquement durant la semaine. Lorsqu'une décision - d'admission ou autre - est prise un vendredi, la notification au patient ne sera faite que le lundi matin ou même le mardi si le lundi est un jour férié ; la notification d'une décision prise la veille d'un jour férié est reportée au premier jour ouvrable suivant, le patient pouvant ainsi attendre plusieurs jours avant que la décision ne lui soit notifiée.

Les notifications sont faites dans les unités par l'agent administratif en présence d'un infirmier, soit dans le bureau des soignants, soit dans un local salon séparé, soit encore dans la chambre du patient ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs lors de plusieurs notifications. L'agent administratif donne les explications liées à la décision elle-même, notamment les possibilités de recours, tandis que l'infirmier apporte si besoin toutes précisions sur les éléments médicaux.

Pour les patients en SDRE, les arrêtés portant admission, réadmission, annulation de programme de soins sont adressés par l'ARS au bureau des admissions, avec en annexe un document de notification qui est signé du patient et renvoyé à l'ARS, un double étant conservé au dossier du patient.

Quelle que soit la nature de la mesure, les droits du patient en soins sans consentement ne figurent ni dans la décision d'admission ni en annexe de celle-ci ; ils ne sont pas davantage affichés dans les unités. Un document intitulé « *information* » est certes présent sur les tableaux d'affichage des unités mais il ne porte que sur les recours (avec mention erronée d'une possible demande en annulation devant le tribunal administratif) et renvoi pour les droits au livret d'accueil qui ne reprend pourtant pas les droits spécifiques mentionnés à l'article L.3211 du CSP ; dans certaines unités, le document affiché est antérieur aux lois de 2011 et 2013 puisque daté de 2010. Ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs, rien n'est dit concernant les droits des patients en soins sans consentement si ce n'est l'intervention du JLD à l'issue d'une période de douze jours d'hospitalisation. De façon générale, il est apparu que les soignants tout comme le personnel administratif n'avait qu'une connaissance très fragmentaire des droits.

Nonobstant les mentions figurant dans la décision du directeur (article 3 « *cette décision est établie en deux exemplaires dont une adressée à la personne concernée pour notification* »), la copie de la décision d'admission n'était, au jour du contrôle, remise au patient que lorsque ce dernier en fait la demande. Cette pratique a été immédiatement modifiée par l'agent du bureau des admissions ; ainsi dès le 8 février 2017, une copie de la décision était faite après signature du patient (ou attestation de deux soignants du refus ou de l'impossibilité de signer) puis remise à l'intéressé ou placée à sa demande dans son casier personnel.

Dans les unités d'accueil, il arrive que les cadres et les médecins expliquent au patient la notion de contrainte, les raisons de la décision d'admission et les voies de recours, le rôle du JLD et le déroulement de l'audience, mais rien n'est formalisé. Pour les patients mineurs, en cas d'ordonnance de placement provisoire (OPP) et si l'état clinique le permet, la décision est lue par le médecin et les voies de recours lui sont expliquées.

Les parents du mineur placé en OPP, dès lors qu'ils ont l'autorité parentale, sont convoqués en entretien et, s'ils se présentent, la décision et les voies de recours leurs sont expliquées par le médecin.

### **Bonne pratique**

*La présence d'un agent administratif et d'un infirmier lors de la notification des décisions devrait permettre d'assurer au patient une meilleure information sur sa situation, à condition toutefois qu'une formation spécifique sur les soins sans consentement et les droits afférents soit donnée à tous les agents.*

### **Recommandation**

*Une copie de la décision d'admission prise par le directeur doit être systématiquement laissée au patient après émargement de sa notification.*

*Un document retranscrivant les droits du patient en soins sans consentement énumérés à l'article L. 3211 du code de la santé publique doit être donné au patient et affiché dans les lieux de vie.*

### 3.1.3 Le recueil des observations des patients

Les observations des patients ne semblent pas être recueillies avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de prise en charge. Il n'existe en tout état de cause aucune traçabilité des éventuelles observations du patient et les soignants ignorent quels sont les droits des patients tels qu'énoncés à l'article L.3211-3 du CSP.

### 3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Un formulaire de désignation d'une personne de confiance a été élaboré par l'établissement. Lors de son entrée, il est proposé à chaque patient qui peut l'utiliser pour indiquer les coordonnées de la personne qu'elle désigne.

Ce formulaire rappelle les termes de l'article L.1111-6 du code de la santé publique relatif au rôle que la personne de confiance est susceptible de remplir auprès du patient. En revanche, il ne mentionne pas la disposition de cet article selon laquelle « *Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée.* ». Le livret d'accueil qui mentionne le droit de désigner une personne de confiance n'apporte pas non plus cette précision.

En pratique, la procédure n'est pas réalisée de façon systématique ce qui est expliqué par le fait que les soignants eux-mêmes ne connaissent par précisément le rôle de la personne de confiance, la confondent avec la personne à prévenir, ou encore oublient, une fois la crise apaisée, de solliciter les patients entrés dans un état aigu. On constate que dans chaque unité, un faible nombre de patient avait désigné une personne de confiance : trois à l'unité Corbaz A,

quatre à Corbaz B, avaient désigné une personne de confiance ; à l'unité Mezie, sur les cinq personnes hospitalisées sous contrainte, trois avaient refusé de renseigner le formulaire.

De plus, lorsque la personne de confiance est désignée, la procédure n'est jamais achevée car la personne désignée n'est pas prévenue, donc n'est pas mise en mesure d'accepter ou refuser et elle ne signe donc jamais sa désignation. Il a été indiqué « *la personne de confiance désignée n'est pas toujours contactée, elle endosse implicitement* ».

### **Recommandation**

*La procédure de désignation de la personne de confiance doit être expliquée aux soignants et mise en œuvre conformément aux dispositions légales.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique qu'« *il faut noter que l'indicateur IPAQSS 2016 réalisé sur les dossiers patients en 2015, montre que sur 80 dossiers patients tirés au sort, 26 dossiers n'avaient pas la mention de la recherche de la personne de confiance tracée, autrement dit 2 dossiers sur 3* ».

#### 3.1.5 Les cas de sur occupation et de transfert

Faute de document chiffré communiqué par l'établissement – singulièrement le taux d'occupation des lits n'a pas été indiqué – la question de la sur occupation n'a pu être appréciée qu'au travers des éléments fournis lors d'entretiens.

Selon les propos recueillis, la sur occupation touche principalement l'unité Corbas B dont les vingt-huit lits semblent être occupés en permanence. En début de visite, tous étaient occupés ; trois patients étaient en isolement (dont un était à l'unité A) ; les lits de ces patients étaient toutefois réservés. En fin de visite, deux autres nouveaux patients étaient en isolement dans d'autres unités ; un total de cinq patients, en provenance de l'unité B, était donc en isolement. Pour deux d'entre eux, leur lit d'hospitalisation avait été récupéré pour prendre en charge de nouvelles admissions. En conclusion, trente patients étaient admis à l'unité B dont deux d'entre eux, placés à l'isolement, ne disposaient plus de chambres.

Pour autant, selon les propos recueillis, les patients de l'unité B ne sortent jamais prématurément. Certains d'entre eux sont transférés à l'unité A.

Les autres unités sont rarement confrontées à des problèmes de sur occupation. La solution en pareil cas consiste à faire héberger le patient relevant d'une unité dans une autre, éventuellement une unité d'un autre pôle. Ces patients sont alors suivis par le médecin de l'unité d'origine. Ainsi, lors de la visite, deux patients de l'unité Corbaz A étaient hébergés à l'unité Van Gogh faute de lits disponibles. De même, deux patients en crise sont entrés dans la nuit à l'unité Mezie le temps de procéder à leur transfert alors qu'en principe, cette unité n'accepte plus les patients en crise.

La sur occupation est également gérée pas une mutualisation implicite des chambres d'isolement. La sur occupation touche également l'unité pour enfants et adolescents (cf. § 6.4) : les adolescents sont alors hébergés la nuit dans une autre unité – Féré, Chaslin – dans une chambre individuelle dont la porte est fermée la nuit. Dans la journée, ils regagnent l'unité des adolescents.

### **Recommandation**

*Pour limiter les effets de la sur occupation, qui touche principalement une unité, un rééquilibrage de l'affectation des lits doit être envisagé.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *les pôles de psychiatrie générale disposent d'un nombre de lits suffisants par rapport au secteur géographique. La sur occupation ponctuelle est souvent liée aux orientations médicales et un manque de solutions alternatives à l'hospitalisation* ».

#### **3.1.6 La confidentialité sur l'hospitalisation**

Le livret d'accueil mentionne : «... *toutes les informations vous concernant sont conservées de façon strictement confidentielle. Les règles en matière de secret professionnel interdisent de donner des détails sur votre présence à l'hôpital et votre état de santé par téléphone. Votre famille peut avec votre accord être informée de votre état de santé.* »

Cette information n'est cependant transmise qu'à la demande des patients ; à l'unité Corbaz B, aucun d'entre eux n'en a fait la demande.

Aucun protocole n'est mis en place pour assurer la protection de cette confidentialité.

### **3.2 LES MODALITES D'INFORMATION DES PATIENTS DOIVENT ETRE MIEUX FORMALISEES, TANT SUR LE FOND QUE SUR LA FORME.**

#### **3.2.1 Les informations prévues par la loi**

**La procédure d'information des patients n'est pas formalisée institutionnellement.** Les modalités de délivrance des informations et la nature de celles-ci varie selon les unités, selon les soignants qui effectuent l'accueil, selon l'état clinique du patient, selon le jour – week-end, jour férié ou non.

Les patients sont accueillis par un soignant qui leur fournit oralement les informations dont ils ont besoin et qu'ils sont capables d'entendre. Si leur état clinique ne leur permet pas de comprendre ces informations, elles leur sont redonnées ultérieurement. En pratique, il n'est pas vérifié que tel soit systématiquement le cas.

Les informations sur le statut d'admission sont, dans un premier temps, données oralement par le médecin lors des premiers entretiens. Les décisions sont ensuite notifiées dans les conditions expliquées ci-dessus (cf. § 3.1.2). En principe, copie de la décision d'admission est laissée aux patients en soins sous contrainte (SSC) ; certains d'entre eux demandent à la placer dans leur dossier, d'autres la conservent par de vers eux ; à l'unité Mezie, une copie est déposée dans le casier du patient. D'autres soignants affirment qu'on ne donne pas la décision au patient et que s'ils la réclament, on leur montre le dossier de soins. **En conclusion, rien n'est clair, ni pour les patients, ni pour les soignants dont la plupart n'ont aucune formation sur la procédure de soins sans consentement.** Selon les patients rencontrés, les documents (arrêtés, certificats etc.) ne sont pas donnés. En outre, « *parfois, le certificat médical de 72 heures arrive avant celui de 24 heures ; les moments où arrivent les décisions d'admission et les décisions de maintien se catapultent* ».

La notification des droits afférents au statut d'admission en soins sans consentement existe d'autant moins que les soignants ignorent l'existence de ces droits spécifiques qu'ils confondent avec les droits de recours.

### 3.2.2 Les documents d'information destinés à tous les patients

#### a) Le livret d'accueil

Un opuscule d'une trentaine de pages assorti de dix fiches annexes sur les pôles forme **le livret d'accueil**. Ce document est clair. Il explique l'organisation géographique de l'offre de soins psychiatriques dans le département du Loiret, les conditions financières de la prise en charge selon les cas. Le rôle de chacun des intervenants, notamment soignants, est précisé.

Les modes d'admission, libre ou en soins sans consentement, sont distingués. Sont expliqués précisément le déroulement de l'hospitalisation et de la procédure pour les personnes en soins sans consentement. Les conditions matérielles de l'hospitalisation sont explicitées, les activités possibles indiquées. Les règles de vie, les « droits et devoirs » des patients sont présentés avec leur mode d'exercice pour les premiers et leur justification pour les seconds.

Ainsi, ce document donne au patient les éléments nécessaires à la gestion de son hospitalisation : compréhension de l'environnement et engagement des démarches. Il est moins complet pour les informations nécessaires aux personnes en soins sans consentement : les conditions d'admission sur décision du directeur de l'établissement ne mentionnent pas la procédure de péril imminent ni la procédure d'urgence – qui représentent tout de même 17 % des admissions sur décision du directeur, et les droits des patients en soins sans consentement n'y figurent pas plus.

Il a été indiqué à l'unité Mezie que le livret d'accueil « se trouvait » dans le tiroir du meuble de la chambre. A l'unité Chaslin, faute d'exemplaires en nombre suffisant en stock (une vingtaine au jour de la visite) il n'est pas remis systématiquement aux patients entrants ; quelques exemplaires sont parfois laissés dans les lieux collectifs mais il a été indiqué qu'ils disparaissent rapidement, preuve de leur utilité.

#### **Recommandation**

*Le livret d'accueil doit être complété des informations nécessaires aux patients en soins sans consentement (procédures d'admission et droits des patients) et réédité en nombre d'exemplaires suffisant pour pouvoir être distribué à chaque patient.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *le livret d'accueil est en cours de réactualisation. Les éléments concernant les modalités de recours des hospitalisations sous-contraintes seront explicités* ».

L'établissement dispose aussi d'un « **guide des associations d'usagers en santé mentale** » qui répertorie l'ensemble des structures et organismes susceptibles de présenter un intérêt pour les patients ; il indique pour chacun ses missions ou activités et ses coordonnées.

#### b) Les règles de vie des unités

Les règles de vie propres à chaque unité sont rédigées sur un feuillet qui est en principe remis à l'arrivée. Ces règles ne sont pas toujours à jour ni toujours complètes : ainsi, à l'unité Chaslin, l'interdiction d'accéder aux chambres entre 8h30 et 11h30, ou les horaires de la banque et le

planning des activités à l'unité Van Gogh. La réalité de cette remise n'est pas tracée. Dans certaines unités, l'affichage des règles complète cette remise ou supplée sa carence.

A l'unité Van Gogh il a été constaté que le document affiché était différent du document remis au patient à son arrivée. Par ailleurs, d'autres affichages contredisent les informations contenues dans les règles de vie (pour exemple : la réunion soignants/soignés prévue le vendredi sur une affiche propre alors que les règles de vie annoncent le lundi).

Au sein de l'unité accueillant les mineurs, les règles de vies sont formalisées dans un document qui est remis aux patients ainsi qu'à leurs parents à leur arrivée.

### *c) Les affichages*

L'établissement a élaboré sept fiches d'informations destinées à l'affichage pour les patients dans les unités<sup>4</sup> ; certaines informations sont erronées (voies de recours) ou la validité de la fiche dépassée (tarifs journaliers).

D'autres documents sont fournis par les intervenants aux fins d'affichage (UNAFAM, PETAL, etc.). On constate que les affichages dans les unités ne sont pourtant pas toujours complets, divers dans la forme et la nature des informations présentées selon les unités. Il est parfois minimal, pas toujours à jour. Dans l'unité pour adolescents, l'affichage à plusieurs endroits offre des informations comportant : tableau des activités ; règles de vie ; rappel du règlement intérieur de 2012 ; services proposés par le CHD (médiathèque, culte, cafétéria...) ; organigramme de l'unité ; procédure de demande d'accès au dossier médical ; permanences de l'UNAFAM. Les règles de vie de l'unité Seglas sont affichées dans le hall et également dans certaines chambres (notamment pour les patients ayant le plus de difficulté à les respecter).

Cette diversité selon les unités témoigne de ce que l'idée qu'un patient a le droit et puisse avoir le besoin de s'informer et de tirer des conséquences de cette information dans son comportement ou ses choix (par exemple participer à ces activités, recourir à des intervenants extérieurs, saisir une autorité ou une instance, etc.) n'est pas la préoccupation des responsables des pôles et des soignants.

#### **Recommandation**

*L'exhaustivité et la pertinence des informations à fournir aux patients doivent faire l'objet d'une vérification systématique et l'effectivité de leur communication aux patients doit être systématiquement suivie.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « conformément aux règles de bonnes pratiques communiquées par l'HAS, les informations destinées aux patients sont affichées. L'encadrement est sollicité pour les réactualisations. La vie institutionnelle peut influencer sur les règles de vie de l'unité mais dans ce cas l'information est communiquée systématiquement aux patients ».

<sup>4</sup>Voies et délais de recours pour hospitalisations sans consentement ; tarifs journaliers des prestations ; services proposés par l'établissement ; indicateurs de lutte contre les infections ; démarche en cas de réclamation ; Charte de la personne hospitalisée ; recommandations sur les apports alimentaires.

### 3.3 UNE PREPARATION DE LA SORTIE FAITE DE MULTIPLES AUTORISATIONS DE SORTIES COURTES ET PROGRESSIVES

Les autorisations de sortie sont accordées pour favoriser la réadaptation des personnes hospitalisées avec la vie à l'extérieur et préparer la sortie. Bien que passant toutes par le bureau des admissions, elles ne sont pas répertoriées.

#### 3.3.1 Les sorties de courte durée

La demande du patient est signée par le médecin avec indication de l'accompagnateur (soignant ou famille) et des motifs de la sortie (dans le parc, en ville, ou dans la famille). La demande est signée du bureau des admissions qui dispose d'une délégation de pouvoir du directeur.

Si le patient est en SDRE la demande est faxée à la préfecture *via* l'ARS, la préfecture exige d'être avisée 48 heures à l'avance. Les demandes sont donc traitées le matin ; pour les demandes faites le week-end, elles sont traitées par le directeur de garde.

L'avis à la famille et la préparation à la sortie sont organisés par les unités.

Lors du contrôle, les cinq patients sous contrainte de l'unité Mezie bénéficiaient d'autorisation de sortie dont une sortie non accompagnée de 48h chaque week-end pour un patient en SDTU. Il en était de même pour les trois patients en soins sous contrainte de l'unité Van Gogh Les soignants de l'unité Chaslin ont confirmé que les sorties étaient obtenues sans difficulté tant pour les SDDE que pour les SDRE, n'ayant pas souvenir de refus.

##### a) Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures

Les refus du préfet sont rares a-t-il été précisé sans qu'aucun chiffre précis ne puisse être donné. Le dernier refus, et seul en mémoire du bureau des admissions, date du 22 décembre 2016. Il a été adressé par mail de la préfecture au bureau des admissions et est ainsi rédigé – à défaut d'être véritablement motivé – « *la secrétaire générale a refusé la sortie non accompagnée de X, demande pour le 24 décembre 2016 de 10h à 18h30, en raison notamment du certificat médical établi le 20 décembre pour le maintien de la mesure d'hospitalisation. Je vous remercie de bien vouloir communiquer ce refus à X* ».

##### b) Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures

Les refus de la préfecture sont également rares, « *grand maximum un dans le mois* » a-t-il été indiqué. La majorité des refus de demandes sont liées au fait que le délai de 48 heures demandé par la préfecture n'est pas respecté.

Les contrôleurs ont pu prendre connaissance d'un refus de sortie de 48 heures, daté du 3 février 2017, adressé par mail au bureau des admissions et ainsi libellé « *la demande d'autorisation de sortie de X, du samedi 4 au lundi 6 février a été refusée par le directeur de cabinet, du fait de l'absence de motivation de la demande, alors que le programme de soins autorisant une sortie du 31 janvier au 7 février a été annulée, l'état de santé de X nécessitant son hospitalisation à temps complet* ».

#### 3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

Les avis médicaux de levée de la mesure, accompagnés ou non de programmes de soins, sont adressés au bureau des admissions qui les transmet à l'ARS.

### *a) L'avis conjoint*

Quand le préfet sollicite un second avis, un courriel en ce sens est envoyé au bureau des admissions qui transmet la demande du préfet au secrétariat du pôle lequel organise le second avis.

Une fois réceptionné, ce second avis est transmis à l'ARS par le bureau des admissions. Si le préfet entend maintenir l'hospitalisation complète, une expertise est diligentée par l'ARS et une fois celle-ci réalisée, l'ARS demande au directeur de saisir le JLD.

De mémoire des agents du bureau des admissions, cette procédure n'a jamais été mise en place depuis trois à quatre ans.

### *b) Le collège des professionnels de santé*

Le bureau des admissions travaille avec un échéancier doté d'alertes indiquant les échéances et les dates à respecter, notamment quand la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire. Il a été indiqué que la majorité des collèges se réunit pour les programmes de soins à échéance d'un an.

L'organisation du collège se fait au niveau des unités ou par le directeur lorsqu'intervient une difficulté pour le choix du second médecin. Ce sont en général les cadres de santé qui participent au collège, beaucoup plus rarement les infirmiers.

La convocation du collège est faite par le bureau des admissions et adressée, par lettre simple, à ses membres ainsi qu'au patient.

Au 8 mars 2017, quatre collèges s'étaient tenus depuis le début de l'année : un pour une personne déclarée pénalement irresponsable ayant réintégré ; un pour un patient en SDDE arrivant à la date anniversaire de son admission ; deux pour des patients en programme de soins devant se prolonger au-delà d'un an.

### 3.3.3 Le passage en programme de soins

Les patients en programme de soins ne sont pas répertoriés au niveau du bureau des admissions et les registres ne font pas apparaître de façon rapidement lisible les levées de la mesure assortie d'un programme de soins puisque la rubrique spécifique n'est pas renseignée (cf. § 2.5.1). Le nombre précis de patients en programme de soins à la date du contrôle n'a de ce fait pu être déterminé.

Pour les quatre patients signalés, dans le paragraphe portant sur le registre de la loi, tous en SDT, dont le changement de prise en charge (levée de l'hospitalisation complète) est intervenu courant janvier et février 2017, les programmes de soins prévoient des soins en ambulatoire au CMP, un traitement médicamenteux et pour deux d'entre eux des consultations médicales et rendez-vous infirmiers mensuels.

Les mainlevées avec effet différé afin de favoriser le passage en programme de soins sont peu prononcées par les JLD (10 en 2016 sur 582 décisions cf. § 3.4.2). Selon les propos des JLD, ces décisions peuvent être prises quand une évolution positive de l'état clinique du patient ressort clairement des certificats médicaux et est confirmée par les réponses apportées au cours de l'audience.

### 3.4 UN CONTROLE RIGoureux DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION, EFFECTUE DANS LE CADRE D'UNE PROCEDURE RESPECTUEUSE

#### 3.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Dès la réception du certificat des 72 heures, le bureau des admissions sollicite l'avis motivé du psychiatre qu'il fait porter par le vaguemestre avec l'ensemble du dossier (certificat médicaux initiaux, décisions d'admission, certificats des 24 et 72 heures, ...) au greffe du JLD. Un avis d'audience est adressé par le greffe, notifié par le bureau des admissions au patient contre émargement de l'original et remise d'une copie, puis retourné au greffe du JLD. Pour les SDRE, la saisine du JLD est faite par l'ARS.

Si la mesure fait l'objet d'une levée avant la date de l'audience, le bureau des admissions en informe le JLD avec copie de la décision y afférent.

Lorsque le patient refuse de se rendre à l'audience, son refus est, conformément à la demande du JLD, matérialisé par un écrit émanant du patient lui-même ou de deux soignants. Si le patient est déclaré non auditionnable, un avis médical motivé est établi au jour de l'audience. Ces écrits sont transmis au juge par le bureau des admissions. Il a été précisé aux contrôleurs que depuis la création de la salle d'audience au sein de l'hôpital, les patients se rendent plus volontiers à l'audience du JLD.

Les convocations délivrées par le greffe le sont par tranche de vingt minutes, priorité étant donnée aux patients de l'UHSA ; l'organisation matérielle de l'arrivée des patients est prise en charge par le CHS ; ils sont accompagnés d'un ou de deux soignants en fonction de leur état et se rendent à l'audience à pied ou en voiture. Un protocole TGI/CHS est en cours de signature sur cette question de l'organisation de l'audience.

Le 7 février, les contrôleurs ont pu constater qu'un patient, admis en SDRE et qui était en activité à « Pétal », s'est présenté seul à l'audience pour laquelle il avait reçu une convocation et où il y a été rejoint par un infirmier.

Le greffe du JLD avise tant les tiers demandeurs à la mesure que les tuteurs et curateurs dont les coordonnées sont, pour les patients en SDDE, systématiquement communiquées par le bureau des admissions dans sa saisine alors qu'elles le sont plus rarement pour les SDRE. Il a été précisé que les tiers étaient très rarement présents à l'audience et que les tuteurs ou les curateurs ne se déplaçaient quasiment jamais, ce que déplorent les JLD rencontrés.

Lorsqu'un recours est fait à l'encontre d'une décision du JLD, il est formalisé par le bureau des entrées et adressé à la cour d'appel soit directement par télécopie, soit par l'intermédiaire du greffe du JLD. Les convocations pour l'audience devant la cour sont envoyées au centre hospitalier s'agissant des patients en SDDE et à la préfecture qui les renvoie au bureau des admissions du CHS pour les patients en SDRE. Pour l'audience de la cour d'appel, un nouvel avis motivé du médecin psychiatres est réclamé par le bureau des admissions au secrétariat de l'unité concernée puis est transmis à la cour par télécopie. Selon les informations données par le bureau des admissions, le greffe de la cour d'appel est très réactif.

#### 3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

La salle d'audience du JLD est installée dans un bâtiment qui a été réhabilité à cette fin dans le courant de l'année 2014. Elle ne fait pas l'objet d'une signalétique particulière dans l'enceinte de l'établissement. Les locaux sont bien entretenus et lumineux. Le juge et son greffier disposent d'une entrée propre, située à l'arrière du bâtiment. Une entrée et un cheminement spécifiques

sont également prévus pour les patients détenus de l'UHSA ; le patient prend place dans une petite salle, séparée de la salle d'audience par une vitre dotée d'un micro et présentant une ouverture dans le bas pour permettre le passage de documents lors de la notification de la décision. Outre la salle d'audience proprement dite, dotée d'une imprimante mais non reliée au réseau ce qui contraint la greffière à travailler sur son ordinateur avec une clé USB pour récupérer les documents utiles, les locaux comprennent deux salles d'entretien avec l'avocat – dont une pour les patients de l'UHSA –, une salle d'attente pour les tiers, deux blocs sanitaires.



*Salle d'audience. Salle des patients détenus*



*Salle entretien avocat patient. Salle attente*

Pour les appels, l'audience se déroule au palais de justice d'Orléans, dans les locaux de la cour. Le transport des patients jusqu'à Orléans est assuré par les unités qui disposent toutes d'un parc automobile et mobilisent un ou deux soignant pour l'accompagnement. Ces locaux n'ont pas été visités par les contrôleurs et les magistrats en charge de ce contentieux n'ont pas été rencontrés. Deux audiences sont tenues par semaine au centre hospitalier. L'audience du JLD se déroule porte ouverte, les dossiers étant évoqués l'un après l'autre en présence du seul patient concerné, auquel un moment est laissé pour qu'il puisse s'entretenir avec l'avocat ; l'administration est représentée (ce qui n'est pas le cas pour l'audience en appel) et les soignants restent dans la salle pendant les débats. Après s'être présentée et avoir expliqué son rôle, le juge rappelle les raisons et circonstances de l'hospitalisation, questionne le patient sur sa prise en charge, la fréquence de ses rencontres avec le médecin, ses activités, ses projets et ses demandes, et l'informe de

l'avis donné par le procureur de la République ; le juge entend ensuite l'avocat et les tiers présents, puis redonne la parole au patient ; la salle d'audience est ensuite vidée pendant le délibéré du juge ; une fois sa décision prise et formalisée, le juge en donne connaissance au patient en expliquant ses motifs et l'informe les voies de recours et des délais ; une copie de la décision est immédiatement remise au patient, à l'avocat, à l'administration et au tiers s'il est présent ; un temps est laissé à l'avocat pour réexpliquer si nécessaire à son client la décision et les voies de recours.

Lors de l'audience du 7 février à laquelle ont assisté les contrôleurs, un médecin ayant assuré le suivi du patient en CMP et contestant le refus du préfet de lever la mesure de soins sans consentement ainsi que la décision de réintégration de son patient en hospitalisation complète, était présent dans la salle ; le juge lui a donné la parole après la plaidoirie de l'avocat.

Les avocats interviennent dans le cadre de la « *permanence hospitalisations* » définie et organisée dans un protocole passé entre le tribunal de grande instance d'Orléans et le barreau. Sauf lorsque l'avocat est choisi par le patient, cette intervention est entièrement prise en charge par l'aide juridictionnelle, sans examen des ressources. Dès la notification de la décision, le greffier remet à l'avocat l'attestation de fin de mission lui permettant d'obtenir paiement de son intervention.

En appel, les décisions ne sont pas rendues sur le siège mais adressées dans la journée de l'audience au bureau des admissions par télécopie doublée de l'envoi de l'original, puis notifiées au patient par l'agent administratif en présence d'un infirmier (cf. § 2.7.2).

### **Bonne pratique**

*Les conditions de déroulement de l'audience, qui accordent une place importante au dialogue et aux explications, compensent l'organisation excessivement solennelle de la salle d'audience (magistrats placés sur une estrade, barre de justice, etc.).*

### 3.4.3 Les décisions rendues

En 2016, les JLD ont été saisis de 597 requêtes (parmi lesquelles soixante-neuf de l'UHSA), dont six recours facultatifs de patients, 573 recours obligatoires dans le délai de douze jours (379 SDDE et 194 SDRE), dix-huit recours obligatoires dans le délai de six mois (six SDDE et six SDRE). Ils ont tenu quatre-vingt-dix-sept audiences et rendu 582 décisions se répartissant comme suit : 510 de maintien de la mesure ou de rejet de la requête, sept de mainlevée de la mesure, dix de mainlevée avec effet différé, neuf constatant sans débat que la mainlevée est acquise, quarante-six de non-lieu à statuer. Soixante-dix-neuf patients ont été médicalement dispensés d'audition ; 344 étaient assistés et 141 représentés. Vingt-deux appels ont été interjetés.

Pour le seul mois de janvier 2017, les JLD ont été saisis de quarante requêtes, dont quatre recours facultatifs de patients et trente-six saisines obligatoires délai de douze jours (vingt-sept SDDE et neuf SDRE dont six de l'UHSA). Ils ont tenu sept audiences et rendu quarante décisions : trente-cinq maintiens de la mesure ou rejet de la demande et cinq non-lieu à statuer. Vingt-trois patients étaient représentés et douze assistés.

Lors des entretiens que les contrôleurs ont eu avec les deux JLD (pour l'un le jour de l'audience, pour le second – chef du service JLD – au palais de justice, ces magistrats ont insisté sur la qualité des échanges et du dialogue inter institutionnel (CHS, ARS, tribunal), notamment à l'occasion de deux à trois réunions organisées annuellement, confirmant ainsi les informations données par le

CHS ; ils se sont déclarés intransigeants sur les délais de saisine, prononçant dès avant l'audience et sans débat (comme le confirme les chiffres ci-dessus) la mainlevée de la mesure en cas de violation des dits délais, précisant ne se prononcer sur les irrégularités formelles que lorsqu'elles sont soulevées par l'avocat (un protocole a été passé avec le barreau en ce sens ; ils ont regretté l'absence d'horodatage des décisions d'admission et des certificats médicaux qui ne leur permettent pas de s'assurer du respect effectif des délais de 24 et 72 heures et le silence de la loi sur cette question ; ils ont enfin manifesté le souhait d'être destinataire d'un certificat médical actualisé au jour de l'audience afin de pouvoir évaluer au mieux la situation du patient au moment de leur décision.

## 4. LES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LE SERVICE DE GERANCE DES TUTELLES DE L'ETABLISSEMENT EST INVESTI DANS LE SUIVI DES PATIENTS BENEFICIANT D'UNE MESURE DE PROTECTION

Le service de gérance des tutelles est composé de deux mandataires judiciaires et de deux agents administratifs.

Lors de la visite, le service gérait 122 mesures de protection dont 60 tutelles, 56 curatelles renforcées et 6 mandats spéciaux. Selon les propos recueillis, la totalité de ces mesures représente environ un tiers des hospitalisations. Lorsque le service de l'établissement est désigné par le juge des tutelles dans le cadre d'une mesure de protection, le mandataire judiciaire informe l'unité d'hospitalisation du patient ainsi que le bureau des entrées. Puis, il organise un premier rendez-vous avec le patient. Cet entretien se déroule en présence de l'assistante sociale rattachée à l'unité d'hospitalisation ; il a pour objectif de notifier au patient la décision du juge des tutelles. Des documents relatifs à la décision de la mesure et aux modalités de fonctionnement lui sont également transmis.

Bien souvent, les demandes des patients portent sur la possibilité de disposer de leur argent. Selon les propos recueillis, le délai d'attente entre l'ouverture de la mesure et l'approvisionnement du compte de la régie de l'hôpital est d'environ quinze jours.

Les mandataires judiciaires de l'hôpital sont, en principe, informés du projet de sortie du patient et ils sont invités aux réunions de synthèse. De manière générale, les échanges avec les équipes soignantes et les médecins sont fluides dans leur ensemble. Les mandataires sont également informés des audiences tenues par le JLD. Ils y assistent rarement car ils n'en voient pas la nécessité. Toutefois, lorsqu'un patient est réfractaire pour se présenter à l'audience, ils l'accompagnent afin « *de calmer le jeu*. » Il arrive que les magistrats interrogent les mandataires sur les possibilités de logement qui s'offrent au patient. Cependant le JLD ne tient pas compte, semble-t-il, des éléments de réponse pour décider du maintien ou de la levée de la mesure.

D'après les témoignages, les mandataires extérieurs ne sont pas associés aux projets de soins des patients ; de même, ils n'assistent jamais aux audiences du JLD.

### 4.2 LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS, VARIABLE EN FONCTION DE L'UNITE, PEUT ETRE SOURCE DE RETARDS PREJUDICABLES

Les patients vont chercher de l'argent à la régie du lundi au vendredi qu'entre 9h et 12h, ou le jour de la sortie jusqu'à 16h, à l'exception du samedi et du dimanche, ce qui conduit parfois au maintien dans les lieux d'un patient jusqu'au lundi, alors que sa sortie aurait pu être effectuée plus tôt.

#### **Recommandation**

*La remise des biens de personnes sortantes doit être anticipée ; il est inadmissible qu'une personne soit retenue le week-end pour la seule raison de la fermeture de la régie.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *le guichet unique est ouvert du lundi au vendredi (sauf jour férié) de 8h à 12h et de 13h à 16h. En dehors de ces horaires, lorsque l'équipe de soins prévoit la sortie, les biens du patient peuvent être mis à sa disposition*

au bureau des entrées ». Il est ajouté que ce bureau « répertorie les sorties des patients dans le dossier administratif du patient et une copie signée est remise au service de soins ».

Selon les unités des fonctionnements différents sont adoptés pour la gestion des biens des patients. Dans les unités Corbaz A et B, les objets de valeur – cartes bancaires, chéquiers et sommes d'argent supérieures à 20 euros – sont déposés à la régie. Cependant les patients peuvent refuser et signent une décharge. Des coffrets individuels, situés dans le bureau infirmier, sont mis à la disposition des patients mais seuls les soignants en ont la clef. Lorsque les patients ne sont pas autorisés à sortir, le personnel soignant se déplace à la régie.

Dans les unités Mezie et Chaslin, toutes les valeurs, numéraires, carte bancaire sont déposés à la banque des patients. Pour Féré, l'argent est soit gardé par le patient, soit remis au « guichet unique ».

Les assistantes sociales peuvent accompagner le patient dans ses démarches, notamment pour récupérer des affaires à son domicile et prendre contact avec sa banque pour qu'un virement soit fait à l'établissement qui ensuite reverse l'argent dont le patient a besoin. Toutefois, les assistantes sociales n'interviennent qu'à la demande ; or si le patient ne demande rien et que les soignants ne font pas de demande spécifique, il n'y a pas de rencontre. Des patients se trouvent alors en situation d'indigence parce qu'aucune démarche n'a été entreprise. En ce qui concerne les mineurs, les objets retirés aux patients (bijoux, parfum, déodorant, CD, DVD...) sont déposés dans un casier nominatif du bureau infirmier.

#### **Recommandation**

*En cas d'indigence des patients, l'intervention d'une assistante sociale devrait être systématique, même en l'absence de sollicitation.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique qu'« une attention particulière est portée aux personnes sans domicile fixe, contrôle de l'ouverture des droits sociaux, avec en priorité les droits de la sécurité sociale et CMU, ils sont rencontrés systématiquement par l'assistante sociale. Pour les personnes repérées par les équipes de soins, les assistantes sociales interviennent sur signalement. De plus, le bureau des admissions signale les patients qui n'ont pas de prise en charge mutuelle ou de CMU ».

### **4.3 LES DELAIS LEGAUX DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL NE SONT PAS RESPECTES**

Les informations explicitant les règles d'accessibilité au dossier médical sont disponibles dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement. La demande d'accès au dossier doit être adressée à la direction. Pour ce faire, le patient doit remplir un formulaire de demande qui lui est remis par le cadre de l'unité d'hospitalisation. Ce formulaire indique les documents à fournir notamment lorsque le demandeur n'est pas le patient mais un titulaire de l'autorité parentale, un mandataire judiciaire ou un ayant droit. Les frais de copie sont également précisés.

La demande est traitée par le bureau des affaires générales puis elle est adressée au médecin référent ; une copie est également transmise au chef de pôle et au secrétariat du service.

Lorsque la consultation du dossier a lieu sur place et qu'il s'agit d'un patient hospitalisé, le médecin en charge du suivi l'accompagne dans l'examen de son dossier. Lorsque le demandeur n'est plus hospitalisé, il peut choisir de le consulter seul. Il lui est éventuellement demandé

d'indiquer les coordonnées de son médecin traitant afin que ce dernier l'accompagne dans l'examen de son dossier.

Les données chiffrées de 2016 n'étaient pas encore disponibles au moment de la visite. Pour l'année 2015, quatre-vingt-trois demandes ont été formulées dont quarante-neuf émanaient de patients. Il n'est pas fait de distinction entre les patients hospitalisés et les anciens patients. Parmi la totalité des demandes, soixante concernaient des dossiers de moins de cinq ans. 51 % de ces dossiers ont été transmis en dehors des délais légaux (huit jours). L'établissement ne possédant pas d'archives centralisées, une recherche doit être effectuée sur plusieurs sites.

#### **Recommandation**

*Les délais légaux de communication des dossiers médicaux doivent être respectés.*

Le délai moyen d'accès au dossier de plus de cinq ans (17,5 % de la totalité des demandes) a été de soixante-huit jours en raison de deux dossiers très anciens qui nécessitaient d'être vus par le médiateur médical. Neuf dossiers n'ont pas été transmis pour les raisons suivantes : demandes clôturées après plusieurs relances, demande de dossier pour un employeur, recherches infructueuses concernant des demandes spécifiques (lieu de naissance par exemple). Selon les informations communiquées aux contrôleurs, la CDSP n'a jamais été saisie.

#### **4.4 LE DROIT DE VOTE N'EST PAS ORGANISÉ AU SEIN DU CHD**

Les unités ne sont pas sensibilisées par la direction de l'hôpital pour informer les patients sur le droit de vote. Il a été indiqué que la direction du CH envisageait, dans le cadre d'un partenariat plus général, de formaliser avec le commissariat de police, les modalités du droit de vote des personnes hospitalisées sous contrainte.

#### **Recommandation**

*Il est nécessaire que la direction de l'hôpital mette en place une information sur les modalités de vote des patients dans tous les services d'hospitalisation.*

#### **4.5 LE CULTE CATHOLIQUE EST LE SEUL CULTE REPRÉSENTÉ AU CHD**

Le culte catholique est le seul culte à disposer d'un aumônier contractuel à 50 %. Il est assisté par une personne employée dans le cadre du service civique. Il dispose de locaux dans le pavillon de la maison des usagers pour y accueillir des patients les lundis et vendredis de 9h à 16h et de 9h30 à 11h30. Les contrôleurs ont constaté que d'autres jours et horaires étaient indiqués dans le livret d'accueil.

#### **Recommandation**

*Les patients doivent disposer d'informations à jour sur les modalités d'accès aux cultes.*

Des offices sont célébrés chaque dimanche dans la chapelle, en présence de six à sept patients. L'aumônier peut se déplacer dans les unités à la demande des soignants. Pour l'année 2016, le rapport d'activité de l'aumônier montre que 140 patients ont été rencontrés ; près de la moitié d'entre eux ne l'informant pas du lieu de leur hospitalisation.

Un numéro téléphonique affiché dans les unités permet aux patients de le contacter. Des visites dans les unités de soins sont possibles, à la demande des patients, parfois des soignants. Ces visites s'effectuent sous réserve d'un avis médical. L'aumônier catholique s'est déplacé régulièrement dans l'unité de soins Van Gogh à la demande de cinq patientes dont une à mobilité réduite et, de façon ponctuelle, dans les unités Corbaz A et B, Chaslin et Falret.

La direction de l'hôpital a demandé à l'aumônier catholique d'essayer de constituer un réseau interreligieux pour répondre aux différentes demandes culturelles. Selon les propos recueillis, le culte musulman est peu demandé ; des contacts ont été pris par l'aumônier avec un imam à Pithiviers et à Orléans.

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « l'aumônier est chargé de contacter les différents représentants de culte dès qu'un patient en exprime la demande ».

#### 4.6 LES CONDITIONS D'ISOLEMENT SONT INSATISFAISANTES ET LA REFLEXION SUR CETTE PRATIQUE EST INSUFFISANTE

##### 4.6.1 Les locaux d'isolement

Lors de la visite, dix chambres d'isolement étaient en fonction dans l'établissement dont quatre étaient situées dans des unités ouvertes. Selon les unités et leurs équipements, elles sont nommées : « chambre d'isolement », « chambre sécurisée » ou encore « chambre d'attention ».

Toutes les chambres permettent le respect de l'intimité des personnes qui y sont placées, aucune vue dans ces chambres depuis l'extérieur ni depuis les parties communes n'étant possible. Dans chaque unité, un sas séparant les chambres d'isolement du couloir, est équipé de WC et d'une douche. Des alarmes incendie sont disposées au plafond de toutes les chambres. Elles sont toutes bien éclairées naturellement par de grandes fenêtres munies de volets roulants. Aucun problème de chauffage ni de climatisation n'a été déploré lors de la visite

L'installation de ces chambres est par ailleurs hétérogène. Les contrôleurs ont relevé les points suivants parmi ces dix chambres :

- la chambre de l'unité Chaslin (qui devait être prochainement rénovée), présentait un état de vétusté avancé ;



*Vues de la chambre d'isolement (et de son pot d'aisance) de l'unité Chaslin*

- dans l'unité Mezie, la chasse d'eau du WC était cassée et non réparée depuis quatre mois et il en émanait une odeur nauséabonde, dans le sas et dans la chambre d'isolement ;

- **deux chambres présentaient une surface de seulement 9 m<sup>2</sup>**, n'offrant pas la possibilité de faire le tour du lit, collé au mur (les autres chambres étaient grandes avec une surface de 19 m<sup>2</sup> pour les plus grandes) ;



*Vue de la chambre d'isolement de l'unité Mezie*

- **trois chambres ne possédaient pas de bouton d'appel malade** ;
- seulement quatre chambres étaient équipées d'un WC accessibles depuis l'intérieur de la chambre et, dans les autres, **un pot d'aisance était mis à la disposition des patients** ;



*Vue de la chambre « d'attention » de l'unité Seglas et de son pot d'aisance*

- une seule de ces chambres offrait la possibilité d'actionner les interrupteurs de lumière depuis l'intérieur de la chambre, dans huit autres, les interrupteurs étaient positionnés dans le sas et pour une chambre, les interrupteurs étaient positionnés dans le couloir, de sorte que d'autres patients pouvaient éteindre ou allumer la lumière de la chambre ;
- quatre chambres étaient équipées d'un lit dont le sommier métallique plan ne permettait pas d'en relever la tête et six chambres étaient équipées de lits et de modules en mousse, spécifiquement adaptés aux chambres d'isolements<sup>5</sup>;

<sup>5</sup> Lit mousse « bi-bloc » de 60 cm d'épaisseur, cylindres de table, coussin triangulaire, table plateau repas, carré de chevet



*Vue d'une chambre d'isolement de l'unité Corbaz B*

- **trois chambres d'isolement ne sont équipées d'aucune horloge ;**
- l'isolation phonique insuffisante des chambres d'isolement de l'unité Corbaz B laissait entendre le bruit d'une chambre à l'autre et depuis le couloir ;
- les fenêtres de quatre chambres d'isolement ne pouvaient pas s'ouvrir afin d'aérer naturellement la pièce ;
- aucune salle d'eau des sas n'était équipée de miroir.

#### **Recommandation**

*Le plan de rénovation des chambres d'isolement doit être mis en œuvre dans les plus brefs délais afin, notamment :*

- *de donner l'accès aux WC depuis l'intérieur des chambres et bannir l'utilisation des pots d'aisance ;*
- *de garantir à toute personne isolée la possibilité d'appeler les soignants (bouton d'appel) ;*
- *de permettre à la personne isolée de se repérer dans le temps (pendule).*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *les surfaces des CI sont valables. Sans prendre en compte les sas, seulement une unité (Féré) fait 9 m<sup>2</sup>, celle de Chaslin 10,34 m<sup>2</sup>, le dispositif adolescent 10 m<sup>2</sup>, Mézie et Seglas 12 m<sup>2</sup>, les chambres d'isolement des unités Corbaz A et B et Van Gogh, sont égales ou supérieurs à 15m<sup>2</sup>.*

*En mars 2017, dans le cadre de la démarche de rénovation des chambres d'isolement, le service qualité et les services techniques ont fait un état des lieux des chambres d'isolement du CHD à partir d'une grille d'évaluation permettant d'identifier les dysfonctionnements et les besoins au niveau : du matériel, de la configuration et aménagement (revêtement du mur, plafond, isolation phonique, fenêtre sécurisée..) afin d'améliorer le respect de la dignité du patient tout en maintenant la sécurité. Il ressortait de cet état des lieux que 2 chambres ne possédaient pas de bouton d'appel (Mézie et Van-Gogh). Suite à cet état des lieux a été réalisé en juin 2017 un guide qui définit les critères de construction et d'aménagement ». ».*

#### 4.6.2 La prise en charge des patients isolés

Chez les adultes, la prescription d'isolement ne peut pas excéder 24 heures, y compris le week-end et les jours fériés. Les médecins psychiatre de garde visitent systématiquement les patients isolés et renouvellent, le cas échéant, la prescription d'isolement. Aucune décision d'isolement n'est prescrite « si besoin ». Ainsi, les patients isolés bénéficient d'une évaluation médicale au moins une fois par jour.

Dans l'unité des adolescents la pratique énoncée est de réévaluer médicalement le mineur isolé toutes les deux heures pendant les quatre premières heures d'isolement (de jour comme de nuit) et, en cas d'isolement prolongé au-delà de quatre heures, d'effectuer une évaluation médicale plusieurs fois par jour.

L'examen médical somatique des patients isolés est pratiqué par le médecin psychiatre prescripteur. Les infirmier(e)s surveillent les constantes vitales (pouls, tension artérielle, température) trois fois par jour (à chaque relève) et viennent rencontrer les patients isolés, au moins toutes les heures, de jour comme de nuit (la surveillance est parfois seulement visuelle la nuit si le patient est endormi).

Toutes les restrictions (visite, téléphone, lecture, musique...) sont prescrites par le médecin. Dans l'unité pour adolescents, l'écoute de la musique est de principe autorisée en isolement. Au sein des unités pour adultes, les visites et l'accès au téléphone sont de principe interdits lors des mesures d'isolement. Néanmoins, lors de la visite, les deux patients placés en isolement depuis plus d'un mois avaient bénéficié de visites de leurs proches pendant leur mesure d'isolement.

Les patients isolés sont systématiquement mis en pyjama d'hôpital. Le pyjama est maintenu en dehors de la chambre d'isolement lors des sorties ponctuelles. Il a été mentionné qu'en ce cas il leur est proposé de mettre un pull ou une veste au-dessus de leur pyjama.

Selon l'équipement des chambres, les repas sont servis sur une tablette ou sur un module en mousse prévu à cet effet. Les seuls couverts utilisés en chambre d'isolement sont une grande et une petite cuillère en métal ainsi qu'une assiette en plastique rigide. Des bouteilles d'eau en plastique sont mises à disposition des patients.

Pour les patients fumeurs, une pratique souple est appliquée, avec, la possibilité de sortir fumer de façon accompagnée dans la mesure du possible. Des substituts nicotiques sont disponibles, si nécessaire.

#### 4.6.3 La pratique de l'isolement dans l'établissement

Pendant la semaine de visite des contrôleurs, neuf mesures d'isolement ont été décidées pour sept patients en chambre d'isolement et, le temps de la nuit, pour deux patients mineurs hébergés en service adulte. Les contrôleurs ont pu visiter toutes les chambres d'isolement et rencontrer des patients isolés.

L'étude du registre (cf. *supra* § 4.8) et la visite des unités par les contrôleurs révèlent une utilisation hétérogène de l'isolement selon les unités et montrent que les chambres d'isolement sont plus souvent libres qu'occupées, sauf à l'unité Corbaz B. Les séjours en isolement sont courts dans l'ensemble. Entre le 2 janvier et le 7 février 2017, parmi soixante-quatre mesures d'isolement concernant quarante-huit patients, dix-sept ont duré moins d'un jour, vingt ont duré de un à trois jours, onze ont duré de quatre à huit jours, une durait depuis plus d'un mois (cf.

*infra*) et une durait depuis sept mois (cf. *infra*)<sup>6</sup>. Dans la majorité des séjours de plus d'un jour, l'isolement a été partiel, avec ouverture possible prescrite en journée. On relève sur le registre, un séjour d'isolement continu pendant treize jours, un séjour d'isolement continu de six jours et cinq séjours d'isollements continus de trois à quatre jours.

L'unité fermée Corbaz B présente une occupation importante de ses chambres d'isolement et il est fréquent que des patients de cette unité soient affectés en isolement dans d'autres unités. Entre le 2 janvier 2017 et jusqu'à la fin de la visite, cinq patients de l'unité Corbaz B avaient été affectés en isolement dans d'autres unités. Il a été indiqué qu'en principe, ces patients étaient suivis par le médecin psychiatre référent ayant prescrit l'isolement et que leurs chambres ordinaires étaient maintenues disponibles. Cependant, en fin de visite, deux patients placés en isolement dans d'autres unités n'avaient plus de chambre ordinaire disponible dans l'unité Corbaz B.

L'occupation importante des chambres d'isolement à l'unité Corbaz B est en partie liée à la présence d'un patient qui y était affecté depuis sept mois. La décision d'isolement prolongée de ce patient a été motivée par l'équipe soignante. D'abord mis en isolement en raison de son état psychique, ce patient avait été maintenu en isolement pour des raisons sécuritaires, suite à l'annulation de son transfert prévu en UMD<sup>7</sup> (annulation liée à un désaccord administratif entre deux agences régionales de santé concernées par le transfert). Lors de la visite, ce patient bénéficiait de treize heures de sortie quotidienne en dehors de la chambre d'isolement. Il a été indiqué qu'il nécessitait une surveillance constante lorsqu'il était dans les parties communes.

L'unité Corbaz B n'est pas la seule unité concernée par le changement d'unité de personnes isolées. L'audit effectué en novembre 2015 montrait que parmi les vingt-huit dossiers étudiés de patients isolés, quinze d'entre eux l'avaient été en dehors de leur unité.

### **Recommandation**

*Le parcours de patients et les pratiques d'isolement doivent être analysés au sein de l'établissement, afin, notamment, d'éviter le transfert des patients isolés entre les unités et de garantir le maintien d'une chambre ordinaire libre pour les patients isolés.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *le lit du patient admis en CI est maintenu dans la majorité des cas sauf situation de saturation des lits* ».

L'occupation importante de l'unité pour adolescent (cf. § 6.4.2-b) engendre une pratique d'isolement d'une autre nature. Lorsqu'un mineur, relevant d'une prise en charge à l'unité pour adolescents doit être admis alors que cette unité est pleine, il peut être hébergé la nuit dans une unité pour adultes et être pris en charge dans l'unité pour adolescents durant la journée. En ce cas, il est isolé, porte fermée à clef la nuit, dans l'unité pour adultes. **Entre le 2 janvier et jusqu'au 9 février 2017, six patients mineurs, âgés de 14 à 16 ans, ont été admis entre quatre et six nuits, dans des chambres ordinaires fermées dans l'unité Féré. Ces chambres ne sont pas équipées de bouton d'appel.**

<sup>6</sup> Certaines feuilles du registre étant manquantes et certaines durées de mesure n'étant pas renseignées, le décompte des durées de mesures ne correspond pas au nombre de mesure d'isolement

<sup>7</sup> UMD : Unité pour malades difficiles

### **Recommandation**

*Les patients mineurs ne doivent en aucun cas être placés en isolement de nuit dans des chambres des services pour adultes non dotées de bouton d'appel.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *les chambres occupées par un mineur dans un service pour adultes sont fermées pour garantir la dignité et la sécurité du patient. La surveillance du mineur est renforcée par des passages infirmiers réguliers* ».

Dans l'unité pour adolescents, l'étude du registre montre, entre le 2 janvier et le 7 février 2017, que quatorze mesures d'isolements ont été appliquées à six mineurs âgés de 11 à 16 ans dont un était placé par ordonnance (OPP). Parmi ces mesures, neuf avaient duré entre deux et huit heures, trois avaient été prescrites pour la nuit, une avait duré deux jours, de façon partielle (ouvertures pendant la journée) et la durée de l'une n'était pas renseignée.

Lors de la visite, un patient mineur âgé de 17 ans, pris en charge à temps complet dans l'unité pour adultes Seglas, occupait une chambre d'isolement avec prescription de fermeture partielle (fermeture la nuit et quelques heures la journée selon le souhait de ce patient). Il a été indiqué que ce patient, affecté en chambre d'isolement depuis au moins trente-huit jours lors de la visite, présentait un trouble du comportement et un risque hétéro-agressif important et imprévisible. Le projet thérapeutique envisagé pour ce patient était sa sortie prochaine de l'isolement.

Chez les adultes, les mesures d'isolement sont parfois appliquées à des personnes admises en soins libres. Sur la période étudiée, le registre mentionnait **quatorze mesures d'isolement appliquées à onze patients admis en soins libres. Parmi ces mesures, l'une avait duré quatre jours, quatre avait duré trois jours, deux avaient duré deux jours, et sept avaient duré un jour ou moins.**

### **Recommandation**

*Un patient admis en hospitalisation complète en soins libres ne doit pas être isolé pendant plus de douze heures sans que son statut soit modifié en « soins sans consentement », afin qu'il bénéficie des garanties juridiques attachées à la privation de liberté.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *en cas de saturation des lits, l'établissement est amené à admettre des patients sous contrainte dans les unités dites « ouvertes. De même, la situation clinique de certains patients impose que les unités soient maintenues fermées pour garantir la sécurité de ces derniers* ».

## **4.7 LA CONTENTION EST PEU UTILISEE**

Il est mentionné dans tous les services que la contention est très rarement utilisée. L'examen du registre montre, sur la période de trente-sept jours entre le 2 janvier et le 7 février 2017, que cinq mesures de contention avaient été décidées pour cinq patients :

- une mesure avait duré neuf jours, en chambre d'isolement (pour ce patient, le registre ne précisait pas les modalités de contention, partielle ou continue) ;
- une décision de contention ventrale au fauteuil en journée et au lit la nuit, avait débuté depuis quinze jours et était encore en cours lors de la visite, en dehors d'une chambre

d'isolement ; il a été indiqué que cette mesure était nécessaire en raison des troubles du comportement du patient ;

- une mesure avait duré douze heures, en dehors d'une chambre d'isolement ;
- une mesure, concernant un patient mineur dans l'unité pour adolescents, mis en chambre d'isolement, avait duré cinq heures ;
- une mesure, pour un patient en isolement, avait duré quatre heures.

Le matériel de contention utilisé est uniforme dans tout l'établissement. Il est constitué de sangles bleues en tissu souple, munies d'écrous aimantés, permettant une contention ventrale et pelvienne, aux poignets et aux chevilles.

#### **4.8 LE REGISTRE PREVU PAR L'ART L3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE MIS EN PLACE EN OCTOBRE 2016 AU SEIN DU CHD NE PERMET PAS UN SUIVI SATISFAISANT**

Le registre de contention et d'isolement a été mis en place en octobre 2016. Ce registre était sous forme papier lors de la visite et devait être informatisé dans les mois suivant la visite.

Le registre tel qu'il a été présenté aux contrôleurs est constitué de feuilles de papier libres, rangées dans un classeur, par ordre chronologique (une feuille de registre par jour) et par unité. Les cadres de santé des services adressent chaque semaine les feuilles de registre quotidiennes au service qualité. Les feuilles du registre mentionnent le nom du patient concerné, son statut d'hospitalisation, l'unité d'hospitalisation, le nom du prescripteur et le nom du soignant ayant effectué la surveillance. La date, l'heure de la prescription et la durée de prescription figurent sur chaque feuille du registre. Néanmoins, si chaque renouvellement de prescription (de maximum 24h) est renseigné dans le registre, il n'est pas possible de connaître aisément la date du début de la mesure sur une feuille de registre donnée. Les modalités d'application des mesures (continue, partielle, durée des sorties dans la journée) ne sont pas renseignées dans le registre. Il est seulement indiqué la possibilité ou non d'ouverture de porte mais pas le temps d'ouverture.

**Toutes les mesures de contention et d'isolement, qu'elles soient appliquées dans les chambres d'isolement dédiées ou non, doivent être renseignées dans le registre.**

Les contrôleurs ont relevé un certain nombre de manquements sur la période observée :

- vingt feuilles (correspondant à vingt jours dans diverses unités) étaient manquantes ;
- à cinq reprises la durée de la mesure d'isolement n'était pas indiquée ;
- à trois reprises la durée de la mesure de contention n'était pas indiquée ;
- à quatre reprises le statut de patient (en soins libre ou en soins sans consentement), n'était pas indiqué.

#### **Recommandation**

*L'informatisation du registre à venir doit être faite à partir d'un modèle garantissant la fiabilité des informations et permettant un suivi détaillé et complet des mesures prises ainsi que les analyses nécessaires à la mise en place de la politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention prévue par la loi.*

## 5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

### 5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS RESTE TRES ENCADREE ET CONNAIT, DANS CERTAINES UNITES DES RESTRICTIONS QUI N'ONT PAS DE CARACTERE EXCEPTIONNEL

La réorganisation en deux pôles intervenue en 2013 a eu, notamment, pour effet de permettre le regroupement dans les unités d'hospitalisation de patients en provenance de secteurs distincts et une affectation fonction de l'état clinique du patient et de son projet de soins. Par suite, alors que toutes les unités étaient fermées, certaines (Féré, Corbaz A, Seglas, Van Gogh) ne le sont plus ou plus systématiquement. Des interlocuteurs ont fait état de réticences des professionnels à l'ouverture des unités, ceux-ci évoquant l'accroissement des risques de fugues, de trafics ou de prostitution.

Au jour de la visite, cinq unités sont constamment fermées : Chaslin, Mezie, Corbaz B, une zone de Van Gogh et l'unité des adolescents ; la justification avancée pour ces fermetures tient à la présence de patients en soins sans consentement ou à la présence de patients très désorientés comme ceux atteints de la maladie d'Alzheimer. Pour autant, la liberté d'aller et venir n'est pas fonction du statut puisque l'admission en soins sous contrainte n'entraîne pas nécessairement une affectation en unité fermée dès lors que le consentement à l'hospitalisation est acquis ou le risque de fugue écarté. A l'inverse, des patients en soins libres sont hébergés dans des unités fermées ; la porte leur est ouverte sur leur demande.

Dans les unités fermées, les patients peuvent avoir, sur prescription, des autorisations de sortie dans le parc, accompagnés ou non par des proches ou des soignants. Lors de la visite, les huit mineurs présents dans l'unité pour adolescents pouvaient sortir de l'unité accompagnés.

Les personnes autorisées à sortir seules dans le parc, peuvent s'y promener librement pour se rendre notamment à l'aumônerie, à la médiathèque, à l'espace PETAL, à la cafétéria, à la banque des malades pour aller chercher de l'argent, ou encore, les accès n'étant surveillés que modérément, se rendre en ville, faire des emplettes.

L'accès aux chambres n'est pas libre toute la journée, notamment aux heures où est fait le ménage ; ainsi, à l'unité Chaslin, les patients doivent quitter leur chambre entre 8h30 et 11h30.

Les portes des chambres sont ouvertes, sauf lorsqu'un adolescent y est hébergé, auquel cas, il est enfermé dans sa chambre de 22h au lendemain matin où il prend son petit déjeuner en salle avec les autres patients avant de regagner l'unité pour adolescents. Certains patients qui déambulent sont enfermés la nuit dans leur chambre ; de même, des patients, notamment des femmes, demandent à être enfermés la nuit par peur de l'intrusion d'autres patients. Dans ces cas, les chambres sont gérées comme des chambres d'isolement, c'est-à-dire signalées au service qualité comme fermées.

L'accès au patio de chaque unité, pour fumer notamment, est libre aux heures où celui-ci est ouvert. Les horaires changent selon les saisons mais de façon générale, il est possible d'y accéder dès 6h jusqu'à 22h ou 23h. Il est constaté que le patio étant fermé la nuit, les patients fument dans leur chambre.

Pour les mineurs, la sortie de l'unité n'est possible que sur prescription médicale et de façon accompagnée, avec un soignant ou les parents.

### **Recommandation**

*Les unités dites ouvertes doivent l'être réellement et les patients ne doivent pas être contraints à demander l'ouverture d'une porte avant de pouvoir circuler librement, au moins dans le parc, ou pour se rendre en activité.*

## **5.2 DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE QUOTIDIENNE SATISFAISANTES**

### **5.2.1 La restauration**

La restauration des agents et des patients de l'établissement est assurée par une cuisine centrale autonome qui fonctionne selon le principe de la liaison froide. Chaque jour ouvrable, la production de repas est assurée de façon qu'à tout moment trois journées de restauration soient disponibles. En revanche, la production du jour est directement livrée à la cafétéria du personnel et à l'internat. Compte tenu des approvisionnements réalisés, l'établissement dispose globalement de cinq jours d'autonomie.

La cuisine centrale vient de faire l'objet d'une très importante remise aux normes. Au terme de neuf mois de travaux, la nouvelle cuisine a été mise en fonction en avril 2016. Sur un espace finalement assez restreint, l'ensemble des équipements et des zones de stockage, de production et de nettoyage s'avère fonctionnel. Il est en très bon état d'entretien et de propreté le jour de la visite.

Cette cuisine a produit près de 311 000 repas en 2016 au profit des unités de soins de l'hôpital, mais également de l'EHPAD, de l'UHSA et de nombreux sites dépendant du centre hospitalier. Un chauffeur attitré utilise chaque jour un véhicule dédié pour le transport des denrées préparées dans des conteneurs qui assurent la conservation et si nécessaire le réchauffement des plats. Les préparations sont faites dans des plats collectifs, les repas étant distribués individuellement aux patients dans les unités de soins, dans des salles de restauration collectives. L'organisation du travail permet de répondre à la demande de repas spéciaux évalués par le responsable de la cuisine à environ 10 % pour des raisons de régime et 15 % pour des raisons de choix personnels, pour des motifs religieux ou de goût.

Si on a pu constater une réelle satisfaction des patients ou des agents, l'évaluation de la satisfaction reste peu organisée, la dernière enquête de satisfaction remonterait à 2014. La question du gâchis de nourriture a été à plusieurs reprises évoquée au comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) dont les réunions sont régulières, mais à ce jour la mesure des « retours plateaux » reste à améliorer.

Des prélèvements sont régulièrement effectués sur place pour vérifier l'hygiène des installations. Le dernier contrôle externe date des 15 et 16 février 2016, il n'avait pas fait apparaître de critiques significatives<sup>8</sup>.

Au total, la fonction restauration est satisfaisante du point de vue des patients qui n'ont d'ailleurs exprimé aucune critique à ce sujet.

---

<sup>8</sup> Mais il s'agissait de l'installation de la cuisine provisoire

### 5.2.2 La cafétéria

Situé dans le bâtiment NERVAL<sup>9</sup>, au centre même de l'établissement, à égale distance des différents secteurs, la cafétéria offre aux patients et à leurs familles un cadre très accueillant pour leur permettre de consommer, d'acquérir des biens indispensables et d'accéder à la lecture et à l'informatique.

Le bâtiment très récent, il date de 2014, s'ouvre sur un patio d'accueil abrité avec tables et bancs. On accède à une pièce de plus de 100 m<sup>2</sup> dont le quart est occupé par un comptoir de ventes de boissons et de divers produits. Les couleurs sont claires et les vitres larges laissent entrer la lumière. La cafétéria est ouverte de 9h15 à 16h55 mais le bar est fermé durant le déjeuner.

De cette pièce, les usagers peuvent accéder à la médiathèque, de surface comparable mais dont les volumes sont rythmés par des présentoirs bas, disposés de façon harmonieuse. Le centre de cette bibliothèque est éclairé par un puits de lumière où tables et fauteuils offrent un vrai havre de tranquillité pour la lecture. Plus de 5 000 ouvrages et une dizaine de revues sont directement accessibles et peuvent être empruntés. Deux agents assurent l'accueil, le conseil et une discrète surveillance. L'atmosphère est calme et sereine. La bibliothèque s'ouvre elle-même sur un local d'écoute musicale souvent utilisé par des patients, qui viennent individuellement ou à plusieurs écouter de la musique, sans risque de gêne pour autrui.

Accessible depuis la bibliothèque, le local informatique occupe un angle du bâtiment. Il est largement éclairé par de grandes baies. Quatre postes informatiques sont ouverts aux patients lorsque la bibliothèque est ouverte. Les deux agents chargés de la bibliothèque apportent aide et conseil aux patients utilisant les postes informatiques. Ils surveillent à distance les sites utilisés sachant que si les ordinateurs permettent d'accéder à de nombreux sites ainsi qu'à la messagerie individuelle des patients, certains sites demeurent bloqués.

Enfin, de retour dans la pièce d'entrée, il est possible de se rendre dans deux locaux (chacun de 15 m<sup>2</sup>), décorés et peints de couleurs vives, adaptés à l'accueil des familles et à la présence des enfants. Ces locaux sont beaucoup utilisés durant les week-ends.

La cafétéria n'est évidemment accessible qu'aux patients autorisés à circuler dans l'établissement. Un mécanisme de contrôle discret est assuré par contact entre les responsables et les services de soins pour éviter des consommations abusives. La fréquentation est très régulière pour les ventes de boissons ou de produits de première nécessité : chiffre d'affaires en 2016, environ 28 000 €. Plus de 1 200 livres sont prêtés chaque année, près de 3 000 interventions sont relevées, également chaque année, sur les postes informatiques ; plus de 500 demandes d'audition vidéo ou audio sont exprimées et satisfaites sur un an. Chaque mois, une « activité » est organisée et la projection d'un film est proposée aux patients. Ces chiffres restent toutefois modestes rapportés à l'ensemble de la population hospitalisée ou suivie.

La qualité des installations, comme la motivation des intervenants, sont de nature à apporter une vraie ouverture aux patients, notamment de longue durée. Les chiffres d'utilisation doivent donc être surveillés avec attention, compte tenu de l'intérêt que ce type de structure peut apporter à l'ensemble de la communauté.

---

<sup>9</sup> « Nouvel Espace Rencontre Vidéo Audio Livre »

### 5.2.3 L'hygiène

La buanderie de l'hôpital traite le linge professionnel et le linge hôtelier pour l'ensemble de l'hôpital ; il s'agit du centre Georges Daumézon mais également de près d'une quarantaine de structures extérieures liées aux soins et à quelques clients privés qui ne représentent pas plus de 1 % de l'activité.

Les patients, pour leur part, disposent de machines dans les unités. Ils peuvent acquérir de la lessive auprès de la cafétéria. L'utilisation des machines peut être pour ces patients, accompagnés de soignants, une démarche thérapeutique préparant un retour à la vie civile.

#### **Bonne pratique**

*L'utilisation des machines à laver, au sein des unités, par les patients est une démarche thérapeutique concourant à faciliter la réinsertion.*

Le linge est ramassé tous les jours ouvrables dans toutes les unités. Il est traité par une équipe composée de neuf titulaires et de trois contractuels. Des tensions existent sur cet effectif. Elles sont palliées par un engagement fort de la hiérarchie et du personnel. L'équipement est de type industriel, avec trois laveuses dont deux disposent d'un système d'alimentation et d'évacuation de type expérimental. Ces machines sont entretenues par un technicien affecté en permanence à l'équipe. L'ensemble est installé dans des locaux fonctionnels mais pour le stockage du linge propre comme celui des vêtements de secours destinés aux patients sans ressources, l'espace disponible est parfois insuffisant.

Au total, la fonction buanderie donne satisfaction aux patients comme au personnel mais il est dommage que cette situation ne donne pas lieu à une évaluation régulière qui pourrait faire évoluer la demande et tout au moins donner au personnel la mesure de la qualité de la prestation qu'il apporte à l'ensemble de la collectivité.

Le nettoyage des locaux est assuré dans les services de soins et les unités d'hospitalisation par des agents des services hospitaliers (ASH), dans les structures extérieures par des sociétés titulaires de marchés et dans les bâtiments logistiques, techniques et administratifs par une équipe de sept agents. Les locaux visités, malgré parfois leur vétusté, sont propres et les chambres des patients font l'objet d'un entretien satisfaisant.

Le soutien de l'ensemble des équipements de l'hôpital est assuré en première demande par une équipe d'une vingtaine d'agents qui assurent la maintenance « de proximité ». Le choix de ré-internalisé ce soutien est relativement récent (cinq ans). Il est apprécié par les unités qui y trouvent une capacité de réponse rapide à de multiples « incidents techniques » mais dont les patients sont surtout les premiers à souffrir, dans la mesure où certains d'entre eux peuvent être particulièrement sensibles à une dégradation, même provisoire, de ce qui est leur « confort » quotidien.

### 5.2.4 La sécurité

Comme indiqué le CHD Daumézon a été conçu selon un projet architectural particulier : reconstituer autant que faire se peut un village avec ses différents services, largement ouvert sur un vaste cadre de verdure (47 hectares de forêt domaniale). Cette situation aboutit à poser des difficultés alors que nombre de bâtiments sont devenus inutilisés. Elle a conduit récemment la direction à mener une réflexion globale sur les risques et la sécurité.

L'ensemble de l'établissement a été entouré d'une clôture au cours de l'année 2016. Selon les propos recueillis, les accès par les bois engendraient beaucoup de fugues, d'intrusion pour trafics et pertes dans les bois des patients les plus désorientés. Depuis la pose des clôtures « *les recherches de patients perdus* » par les soignants sont en baisse.

Par ailleurs, un projet de rationalisation des équipes de sécurité a été engagée dans le but de mettre en commun des moyens destinés à la sécurité *stricto sensu* et capables d'apporter une aide physique, notamment la nuit, à une équipe qui se trouverait en difficulté face à un malade violent.

La situation rencontrée par les contrôleurs lors de la visite était une situation hybride, comportant en particulier un recours à un marché extérieur de gardiennage. Le 1<sup>er</sup> avril 2017 doit être mise en place une équipe dite « de sécurité, d'assistance et de lutte contre l'incendie ».

Le personnel concerné est en cours de recrutement et de formation. Il exercera trois types de missions : surveillance générale, lutte contre l'incendie et assistance aux soignants.

#### **Recommandation**

*La mise en place, en cours, de l'équipe de sécurité devra exclure toute intervention impliquant un contact physique avec un patient.*

Des contacts réguliers sont établis avec les pompiers de Fleury-les-Aubrais qui peuvent intervenir en moins de cinq minutes sur le site où, en 2016, deux exercices ont été conduits.

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *l'équipe de sécurité intervient en seconde ligne dans les unités de soins à la demande des équipes soignantes. Les agents ont été recrutés au regard de la fiche de poste et formés par l'établissement* ».

#### 5.2.5 Les transports

La fonction transport est assurée soit par des moyens appartenant à l'hôpital (150 véhicules dont un TPMR<sup>10</sup>), soit par une société titulaire d'un marché.

Les véhicules appartenant à l'établissement servent pour l'essentiel aux soignants se rendant aux domiciles des patients ainsi qu'aux déplacements rendus nécessaires pour l'accompagnement des patients pour des démarches individuelles. Un garage pourvu de trente agents techniques assure l'entretien de ces véhicules.

Les autres transports et, en particulier les déplacements pour des raisons médicales, notamment les hospitalisations sous contrainte ou les retours à domicile, sont externalisés. Le système est mis en œuvre par le bureau des entrées.

L'ensemble donne satisfaction et aucune défaillance n'a été signalée par les utilisateurs.

#### 5.2.6 L'accès au tabac

Le livret d'accueil du CHS rappelle que le tabac est nuisible à la santé, qu'il est interdit de fumer dans les locaux et qu'il est conseillé d'utiliser les espaces extérieurs aménagés. La consommation de tabac est strictement interdite pour les mineurs ; le respect de cette règle ne soulève aucune difficulté.

---

<sup>10</sup> TPMR : transport de personnes à mobilité réduite

A l'unité Chaslin, les patients fument beaucoup, faute d'activité ; ils conservent en théorie le tabac et le briquet, sauf en cas de risque d'incendie. La distribution des cigarettes par les soignants ne concerne que deux à trois patients. Cette pratique vise à éviter le racket, hors les impératifs sanitaires. Même si les patients ont accès à la cour de l'unité, ils fument à l'intérieur, dans les espaces communs ou dans leur chambre, intolérants à la frustration ou pas en état d'intégrer les règles.

Les règles de vie de l'unité Mezie rappellent également l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif utilisés pour l'accueil, les soins, l'hébergement des patients et qui constituent des lieux de travail. Les cigarettes et les briquets sont systématiquement retirés à l'admission et déposés dans les casiers de l'unité. Dans la pratique, il n'existe pas de gestion comptable du nombre de cigarettes remises à la demande aux patients. Au jour de la visite, les patients fumeurs gèrent eux-mêmes leur consommation.

Dans les unités Corbaz A et B, les cigarettes ne sont pas systématiquement retirées à l'admission. Cependant, ceux qui gèrent difficilement leur consommation ne conservent pas leur tabac avec eux. Tel était le cas pour deux patients à l'unité A.

A l'unité B, sept patients n'avaient pas leurs cigarettes, ni leur briquet. Le règlement intérieur précise que les briquets sont interdits mais certains sont autorisés à le conserver avec eux. Les autres patients demandent aux soignants ou aux patients.

Des patios sont réservés aux fumeurs ils sont ouverts jour et nuit dans les deux unités ; ils sont équipés de cendriers. Le patio de l'unité Féré reste aussi ouvert la nuit. Les patients y gardent leur tabac ; quand ils disposent de plusieurs paquets, ceux-ci sont stockés dans un meuble à tiroirs dans le bureau des infirmiers mais il n'y a pas de distribution contrôlée.

A l'unité Van Gogh, les patients sont autorisés à fumer dans le patio et le jardin. Le règlement fait état de la mise à disposition de deux briquets dans ces lieux, ce qui n'était pas le cas lors de la visite.

Les cigarettes et briquets sont conservés dans un box en fer sur lequel le nom du patient et son numéro de chambre sont notés. Ils sont remis par les soignants à la demande. Une fiche apposée au dos de la porte du bureau permet de noter ces remises.

### 5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT MAINTENUES

#### 5.3.1 Le téléphone

Il n'existe pas de restrictions systématiques concernant l'usage du téléphone portable. Dès lors qu'un patient fait l'objet d'une interdiction, elle est justifiée médicalement et elle apparaît dans le document intitulé « *consignes médicales* ». A l'unité Corbaz A, tous les patients pouvaient utiliser leur portable et à Corbaz B, deux patients placés en chambre d'isolement et un troisième non stabilisé n'étaient pas autorisés à téléphoner. Trois autres patients étaient limités à deux appels par jour. En revanche les patients, dans leur majorité, ne peuvent conserver avec eux leur téléphone portable afin d'éviter la prise de photographies ou de vidéo au sein de l'unité. Les chargeurs sont retirés y compris pour les patients pour lesquels il n'existe pas de risque de passage à l'acte suicidaire. Les patients de l'unité Corbaz B qui ne possèdent pas de téléphone portable peuvent se faire appeler depuis le *point-phone* installé dans le couloir à proximité de la table de ping-pong. Sa configuration – absence de cabine – ne préserve pas la confidentialité des conversations de l'unité. Il en est de même à l'unité Mezie. L'unité Corbaz A ne dispose pas de *point-phone*, les patients utilisent le téléphone disponible dans le bureau infirmier.

Dans l'unité Van Gogh tous les patients disposaient de leur téléphone portable, retirés qu'en cas d'utilisation de l'appareil photo. Les patients ont à disposition un *point-phone* dans le couloir proche de la salle à manger ce qui ne permet aucune confidentialité. En cas d'utilisation, les patients sont aussi autorisés à téléphoner depuis le bureau des infirmiers.

A l'unité Féré, le téléphone est accessible depuis une cabine, ou grâce au portable des patients, remis dans le bureau des infirmiers où se déroule la conversation.

Concernant les mineurs hospitalisés, durant la première semaine d'hospitalisation selon prescription médicale, les appels s'effectuent depuis le bureau infirmier et en présence du personnel soignant. Par la suite, les mineurs peuvent appeler gratuitement depuis une cabine téléphonique fermée ; la confidentialité des échanges est ainsi préservée. Lors de la visite, tous les mineurs avaient le droit de téléphoner avec ou sans la présence du personnel soignant.

#### **Recommandation**

*Dans les unités fermées où l'usage du téléphone portable est restreint ou limité, il convient d'installer de véritables cabines téléphoniques afin de préserver la confidentialité des échanges.*

#### 5.3.2 Le courrier

Les courriers au départ et à la réception ne font pas l'objet de restrictions *a priori* et ils ne sont pas lus par le personnel soignant. A l'unité Corbaz B, le personnel infirmier est néanmoins vigilant pour les patients non stabilisés dans leur pathologie. Selon la provenance du courrier, il peut leur être remis ultérieurement. Certains patients se plaignaient d'être obligés de sortir à l'extérieur pour acheter des timbres.

#### 5.3.3 La télévision, informatique et accès à internet

Chaque unité possède un ou deux téléviseurs. Leur accès n'est pas restreint et, selon les propos recueillis, il existe une certaine souplesse durant la soirée afin que les patients puissent regarder la fin de leur programme.

#### **Recommandation**

*Toutes les unités d'hospitalisation devraient être équipées de deux téléviseurs afin que les patients puissent sélectionner un programme de leur choix.*

L'usage de l'ordinateur personnel ne fait l'objet d'aucune restriction particulière cependant les règles de vie prévoient qu'il soit restitué le soir aux soignants. Les unités ne disposent pas d'un accès au réseau local sans fil à haut débit (Wifi). Les patients autorisés à se rendre à la cafétéria peuvent utiliser les ordinateurs mis à leur disposition et connectés à internet. Les patients ne sont pas soumis à un contrôle particulier (cf. § 5.2.2).

L'unité des adolescents est équipée d'une salle informatique mais les ordinateurs ne sont guère récents et ne sont pas connectés au réseau local sans fil à haut débit (Wifi). L'utilisation de l'ordinateur portable personnel est interdite.

### **Recommandation**

*Les mesures techniques nécessaires pour permettre aux patients d'accéder gratuitement à internet doivent être prises (accès réseau, Wifi, etc.).*

#### 5.3.4 Les visites

Les visites sont autorisées de 13h30 à 18h30 environ, il existe néanmoins une certaine souplesse dans les horaires notamment pour les visiteurs venant de loin. A l'unité des adolescents, les horaires des visites sont les suivants : en semaine de 17h à 19h et le week-end de 15h à 19h. Les visites sont interdites dans les chambres afin de préserver la confidentialité des hospitalisations. Dès lors que les patients sont autorisés à sortir, ils se rendent à la cafétéria qui dispose de locaux agréablement aménagés.

L'unité Van Gogh dispose d'un salon très agréable pour accueillir les familles, positionnée dans le hall d'entrée de l'unité. Les contrôleurs ont pu constater que lorsque plusieurs visiteurs se présentent simultanément il leur est refusé la mise à disposition d'une autre salle. Les familles interrogées ont déploré le fait que le salon ne dispose pas de table permettant de remplir des formalités administratives.

L'unité Corbaz A et B disposent de salons, réservés aux visiteurs, implantés dans la partie commune aux deux unités. Ces salles de visite sont équipées de sièges et d'une table basse mais elles sont dénuées de tout élément décoratif. En revanche, l'unité Mezie n'en possède pas ; les visites se déroulent dans le bureau du cadre de santé de l'unité.

Lors de la visite, la majorité des patients était autorisée à recevoir des visites, sauf avis médical contraire. L'interdiction fait alors l'objet d'une prescription médicale.

L'unité des adolescents dispose d'une salle de visite, située dans le hall d'accueil, séparée des autres espaces communs de l'unité. Une salle de réunion est également aménagée pour les visites. Les familles peuvent se rendre avec leur enfant, sur autorisation du médecin, à la cafétéria. Les visites de fratries sont en principe autorisées sauf pour les plus jeunes enfants ; elles se déroulent alors à l'extérieur de l'unité.

### **Recommandation**

*Toutes les unités devraient disposer de salons de visites agréablement aménagés et permettant aux patients de rencontrer leurs proches dans la plus stricte intimité.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « les équipes soignantes veillent à ce que les patients puissent recevoir leurs proches dans des espaces confidentiels (salon de visite, salle de restauration, bureaux). La configuration des nouvelles unités propose des espaces dédiées aux visiteurs ».

## 5.4 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS EST INSUFFISANTE POUR GARANTIR LA SECURITE DU PARCOURS DE SOINS

### 5.4.1 Le service de médecine générale

Depuis 2011, un service de médecine générale a été ouvert au sein du CHD. L'équipe de soins de ce service est constituée de deux médecins généralistes, praticiens hospitaliers à temps plein,

d'un pneumologue (à 0,05 ETP), d'une diététicienne, d'une psychomotricienne et de deux kinésithérapeutes à temps plein. Un troisième poste de médecin généraliste à temps plein était ouvert et vacant depuis un an, faute de candidat. Il a été indiqué que la région souffrait d'une démographie médicale en baisse depuis plusieurs années.

Le service bénéficie de locaux dédiés aux consultations de médecine générale confortablement installés et conviviaux. Des salles équipées pour la rééducation sont installées dans un bâtiment à part.

Les médecins généralistes se répartissent leur temps de travail pour effectuer une permanence, de 9h à 17h, du lundi au vendredi. Ils pratiquent l'examen médical somatique des 24 heures de tous les patients admis en soins sans leur consentement. Lorsque les patients sont admis le week-end, cet examen est effectué le lundi suivant leur admission. Il a été indiqué aux contrôleurs que certaines admissions au CHD de patients en soins sans consentement étaient décidées alors que les patients présentaient des troubles somatiques ne pouvant pas être pris en charge au sein de l'établissement. Ainsi, il a été rapporté que récemment, des patients avaient été admis quelques jours après des opérations chirurgicales nécessitant une surveillance et des soins relevant d'une hospitalisation en service de chirurgie. Par ailleurs, des états confusionnels, insuffisamment explorés avant l'admission des patients en service psychiatrique, s'étaient révélés être les symptômes de pathologies neurologiques telles qu'un cas de méningite, un cas de tumeur cérébrale, un cas de rupture d'anévrisme ou encore récemment un cas de maladie de Creutzfeld-Jacob. Il a été déploré une mésentente entre l'équipe de psychiatrie de liaison du centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) et les équipes médicales du CHD, qui engendrait notamment ces admissions inappropriées au sein du CHD. Celles-ci n'ayant pas fait l'objet d'une formalisation de type déclarations d'événements indésirables, aucune évaluation de ces dysfonctionnements n'a été effectuée.

### **Recommandation**

*Les admissions inappropriées en psychiatrie de patients relevant d'hospitalisation en service de soins somatiques, doivent être analysées afin de garantir une meilleure sécurité du parcours de soins des patients.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *pour toute problématique somatique, le recours à la médecine générale de l'établissement est systématiquement appliqué. Les mesures de réorientation du patient vers un service de MCO sont organisées par les praticiens hospitaliers* ».

Au cours de leur hospitalisation, les patients sont suivis par les médecins généralistes selon l'évaluation à l'entrée et à la demande des services.

L'un des médecins généralistes propose des consultations de gynécologie médicale à toutes les femmes hospitalisées.

Il a été mentionné aux contrôleurs, que le temps de médecin généraliste était insuffisant vis-à-vis des besoins somatiques des patients hospitalisés et ceci d'autant plus que les interventions au sein de l'UHSA étaient coûteuses en temps et que les médecins généralistes étaient parfois « réquisitionnés » au sein de l'EPHAD lorsque ce service manquait de médecin et aussi sollicités pour soigner le personnel de l'établissement ou les enfants de la crèche du personnel.

#### 5.4.2 La prise en charge somatique au sein des unités

Tout patient admis bénéficie d'un bilan biologique, d'un électrocardiogramme, d'une proposition de dépistage des infections sexuellement transmissibles et d'une évaluation de la douleur.

L'examen somatique des patients entrants sont effectués par le médecin généraliste, de façon systématique seulement pour les patients admis en soins sans consentement. Pour les autres, l'examen somatique est effectué par les médecins généralistes selon le recueil des antécédents du patient par les infirmiers ou par le médecin psychiatre. Il a été indiqué que les internes de psychiatrie du CHD ne pratiquaient pas les examens somatiques des patients.

Des recommandations sont diffusées dans l'établissement afin de prévenir les effets secondaires des traitements neuroleptiques, notamment la constipation. Néanmoins, il a été rapporté qu'il n'était pas rare que des patients présentent des occlusions intestinales graves. Un patient en était décédé le mois précédant la visite et, pendant la visite, un patient était hospitalisé en réanimation en raison d'une occlusion intestinale.

#### 5.4.3 Les consultations spécialisées

En dehors de consultations de pneumologie disponibles au sein du service de médecine générale, les patients ont accès aux consultations de spécialités et aux examens d'imagerie, essentiellement au sein du centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) et dans certains établissements de santé privés.

Les consultations d'ophtalmologie urgentes sont prises en charge au CHRO. Pour les consultations non urgentes, les patients sont adressés dans des cabinets d'ophtalmologie de ville, dont le délai d'attente est d'environ six mois, comme pour la population locale.

Le service dentaire ouvert récemment au sein du CHRO et dédié à la prise en charge des personnes handicapées, reçoit les patients du CHD en consultation. Malgré une étude du service de médecine générale montrant que 50 % des patients hospitalisés présentait un mauvais état bucco-dentaire, aucune action de prévention n'a été mise en œuvre.

Aucun service d'addiction de liaison n'intervient au sein du CHD.

#### 5.4.4 Le circuit du médicament

Le service de pharmacie, composé de trois pharmaciens (effectuant 1,5 ETP) et de cinq préparateurs en pharmacie, assure une ouverture de 8h à 17h du lundi au vendredi et, en dehors des horaires d'ouverture, l'acheminement des médicaments manquant dans les unités dans un délai de trente minutes grâce à une astreinte des pharmaciens.

Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées et 80 % sont relues par les pharmaciens qui ont accès aux dossiers médicaux informatisés et aux bilans biologiques des patients.

La moitié des unités bénéficient d'une dispensation nominative hebdomadaire des traitements. L'extension de ce fonctionnement à toutes les unités était en cours de développement lors de la visite.

Les traitements sont préparés par les infirmier(e)s et dispensés, de façon confidentielle et individuelle, dans toutes les unités.

### 5.5 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION PARTAGEE

De principe, il est interdit aux patients d'avoir des rapports sexuels au sein des unités. Cette interdiction est formalisée dans les règles de vies de certaines unités. Cette situation n'est pas

conforme à la décision de la cour administrative d'appel de Bordeaux (Gironde) qui, le 6 novembre 2012, a jugé que « l'interdiction [imposée] à l'ensemble des patients [d'une unité de soins du centre hospitalier spécialisé de Cadillac] [constituait] une sujétion excessive au regard des stipulations de l'article 8 de la convention européenne des sauvegardes des droits de l'homme et des libertés fondamentales et des dispositions [...] de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ».

En cas de transgression, il est d'usage de faire un rappel à l'interdiction et de proposer aux patients le dépistage des infections sexuellement transmissibles et, le cas échéant, pour les femmes, d'accéder à la contraception. Par ailleurs, toutes les femmes hospitalisées ont une proposition de consultation de gynécologie et de proposition de contraception. Les mineures hospitalisées ont accès au planning familial d'Orléans.

Les préservatifs ne sont pas disponibles en accès libre au sein de l'établissement. Les patients peuvent en demander aux médecins généralistes. Au sein des unités, la délivrance de préservatifs est confidentielle et plutôt envisagée pour les permissions de sortie, dans l'intention de ne pas encourager les patients à avoir des rapports sexuels pendant leur hospitalisation.

La vigilance des équipes porte en priorité sur des relations qui peuvent être empreintes de violence et imposées aux plus vulnérables. Des événements récents (un rapport sexuel entre un patient majeur et un patient mineur au sein d'une unité, cf. § 5.6.2) justifient cette vigilance. Un protocole, « conduite à tenir en cas de viol », a été élaboré en 2009.

### **Recommandation**

*L'interdiction des relations sexuelles dans les règlements de certaines unités, non conforme à la jurisprudence, doit être levée. Une réflexion partagée devrait être mise en place à ce sujet au sein de l'établissement.*

*La vigilance nécessaire portée sur les personnes vulnérables ne doit pas écarter les patients de l'accès à la prévention des risques (préservatifs en libre accès).*

## **5.6 DES EFFORTS SONT ENGAGES POUR SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS A L'INTERET DE DECLARER LES INCIDENTS ET DE LES ANALYSER AFIN DE METTRE EN PLACE DES ACTIONS D'AMELIORATION ADAPTEES**

### **5.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations**

La démarche à suivre en cas de réclamation est explicitée dans le livret d'accueil. Les patients peuvent contacter les médiateurs ou saisir la commission des usagers, désignée sous l'ancienne appellation de « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge du centre hospitalier ». Le rôle de la commission composée de représentants des usagers, de médiateurs médicaux et non médicaux y est défini.

Un formulaire a été élaboré à destination des patients, de leurs familles et de leurs proches ; les personnes peuvent également écrire sur papier libre. Un courrier de prise en compte de la réclamation est systématiquement adressé au patient. L'ensemble des réclamations est traité par les médiateurs médicaux ou non médicaux ; un compte-rendu est envoyé au réclamant.

Selon le rapport d'activité de la commission, pour l'année 2015, quarante-trois réclamations<sup>11</sup> ont été adressées à l'établissement (douze demandes pour le pôle Nord-Est, seize demandes pour le pôle Sud-Ouest et neuf demandes pour le pôle continuité). Sur ces quarante-trois réclamations, une seule a été examinée par un médiateur non médical et aucune par un médiateur médical.

Par rapport à 2014, une diminution sensible de 10,41 % est constatée sur l'ensemble des réclamations. 77,50 % des réclamations sont liées à des mécontentements de prise en charge et 12,50 % à des dysfonctionnements institutionnels.

Le délai moyen de réponse était de quinze jours pour la médiation et de quinze jours pour les courriers réponse.

### 5.6.2 Les événements indésirables

Le CHD a mis en place une démarche de communication interne auprès des professionnels pour la déclaration des fiches d'événements indésirables (FEI). La direction de la qualité a rencontré les équipes<sup>12</sup> ; celles-ci ont été formées à enregistrer les FEI dans le logiciel ; une charte d'incitation à signaler les événements indésirables leur a été diffusée. Les FEI sont réparties par type de risque (activité des soins/accueil du patient ; logistique et hôtellerie ; personnels ; risques infectieux/hygiène ; système d'information ; sécurité des biens et des locaux ; sécurité des personnes ; autres) et classées selon deux catégories (les FEI dites classiques et les FEI relatives aux violences envers les professionnels). Par ailleurs, une nouvelle fiche de déclaration d'une situation de maltraitance et de violence envers un usager est en cours de validation.

Le nombre des fiches d'événements indésirables déclarés pour l'année 2015 est de 430. Les événements graves ont concerné :

- trois suicides de patients par pendaison dans l'unité Chaslin ayant donné lieu à une analyse des causes approfondies avec l'équipe et à la mise en place d'une fiche de prévention ;
- une violence grave d'un jeune patient envers trois soignantes lors d'une mise en isolement dans l'unité de dispositif adolescent ayant donné lieu avec le médecin à une analyse des causes provenant d'un manque de communication entre les équipes sur l'état de tension de l'adolescent ;
- une suspicion de viol à l'unité Corbaz B par un patient adulte sur une patiente mineure ayant donné lieu à la séparation immédiate des patients et à un dépôt de plainte.

Les événements récurrents ont notamment concerné les trafics et la consommation de toxiques au CHD<sup>13</sup>, les odeurs nauséabondes dans la chambre d'isolement de Corbaz A en l'absence de chasse d'eau et d'aération et les problèmes de fermeture de deux portes extérieures à l'unité Chaslin non sécurisée. Selon les informations recueillies, il existe au sein de l'établissement un vrai trafic de médicaments ; les soignants disposent de tests urinaires. Le nombre de violences tant verbales que physiques (coups) déclarées envers le personnel pour l'année 2015 est de 106.

---

<sup>11</sup> Selon les propos recueillis, quarante-cinq réclamations ont été adressées en 2016.

<sup>12</sup> La direction de la qualité assure un suivi de la procédure des événements indésirables en rencontrant tous les mois les professionnels des unités.

<sup>13</sup> Il y aurait des trafics de produits interdits passant par la grille de la cour de l'unité Chaslin ou entrés par les familles.

Les données chiffrées font apparaître que 76,04 % des patients avaient des antécédents de violence. Les principaux services déclarants sont les unités Corbaz B, Van Gogh et Chaslin. Un groupe de travail sur les violences élabore des plans d'action en liaison avec le CHSCT.

Pour l'année 2016, le nombre des FEI est de 593 ; 292 ont été examinées par un groupe d'analyse des risques *a posteriori* (GARP) soit 49,2 % des FEI. Le GARP, animé par le directeur de la qualité et le directeur du personnel, est composé d'experts dans le domaine du risque et de référents risque (deux cadres par pôle), du médecin du travail et du psychologue du travail<sup>14</sup>. Les deux cadres du GARP interviennent auprès du cadre de l'unité concernée et rencontre le déclarant. Le nombre des FEI sur les violences envers le personnel est de 113.

Selon le rapport d'activité sur la gestion des risques, le plan d'action consiste, pour l'année 2016 à : la mise en place d'une fiche de déclaration des événements de violence et de maltraitance du patient, la réalisation d'une procédure de traitement des situations de maltraitance ainsi que la mise en place d'un comité de retour d'expérience (CREX) au sein des pôles.

---

<sup>14</sup> Le GARP s'est réuni à vingt-trois reprises en 2016.

## 6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

### 6.1 LES UNITES MEZIE ET FERE SONT LES UNITES FERMEES DU POLE NORD-EST

#### 6.1.1 L'unité Mezie

##### a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Mezie est une unité fermée qui était rattachée au pôle de continuité des soins jusqu'en septembre 2016. Les pathologies prises en charge sont les troubles autistiques, les « cérébro-lésés » ainsi que les psychotiques. Le personnel infirmier référent est celui qui effectue l'accueil du patient lors de l'admission. La prise en charge est orientée vers la réhabilitation sociale. Dans ce cadre l'unité n'accepte plus les entrées de patients en crise et il est prévu de réduire sa capacité d'hébergement de vingt lits à seize lits.

##### b) Les locaux

A l'entrée du pavillon, se trouvent le bureau du cadre de santé, la salle de soins, les deux bureaux médicaux dont l'un est partagé avec l'accueil des familles. Des panneaux d'affichage vitrés sont installés dans l'espace d'attente.

Le poste infirmier est situé entre la zone d'hébergement et les lieux collectifs pour les patients (la salle de télévision, l'espace de détente). Il n'est pas vitré, les soignants laissent la porte ouverte pour observer les mouvements des patients. Dans la salle de télévision, le poste est installé en hauteur derrière un plexiglas ; la salle est meublée de chaises de chaque côté de la pièce. Une porte semi-vitrée permet de sortir dans une vaste cour arborée avec une table de ping-pong, des chaises et des tables scellées. Les contrôleurs ont constaté le bon entretien de cet espace extérieur, hormis un tas de mégots de cigarettes en bas des marches de l'escalier.

L'unité ne dispose pas de salle de détente ; un espace de circulation a été aménagé de manière conviviale à proximité de la salle à manger ; des livres et des jeux sont à la disposition des patients.



*L'espace de détente de l'unité*

La salle à manger est équipée de cinq tables de quatre places. Cette pièce est également utilisée comme salle d'activité.



*La salle à manger*

La capacité de l'unité est de vingt lits répartis dans onze chambres en sus de la chambre d'isolement (deux chambres de trois lits, cinq chambres de deux lits et quatre chambres individuelles). Les chambres ne sont pas de conception identique, la superficie des chambres varie entre 10,56 m<sup>2</sup> pour les individuelles à 22,36 m<sup>2</sup> pour les collectives.

L'aménagement des chambres est dépouillé et les murs peints en bleu sont nus. Celles-ci sont meublées *a minima* d'un lit simple, de placards fermant à clé (sous réserve que les patients n'aient pas égaré leur clé) et d'une table de nuit. Elles ne sont pas toutes équipées de table et de chaises.

Le lit n'est pas surmonté d'une rampe avec des prises électriques, des boutons pour activer la lumière ou d'appel. Les portes des chambres ne ferment pas à clé de l'intérieur.



*Les chambres de l'unité Mezie*

Sur les onze chambres, seules trois (deux chambres à trois lits et une à deux lits) disposent d'un bloc sanitaire avec un WC, une douche et un lavabo surmonté d'un miroir. Les autres installations sanitaires sont situées à l'extérieur des chambres : cinq WC extérieurs, deux douches individuelles et une salle de bains avec une baignoire accessible aux personnes à mobilité réduite. Les autres chambres disposent d'un lavabo non séparé par une cloison pour préserver l'intimité des patients.

### **Recommandation**

*A l'unité Mezie, des aménagements sont indispensables pour équiper toutes les chambres d'un cabinet de toilette attenant.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *dans le cadre de la réfection des structures les plus anciennes, la recommandation autour des blocs sanitaires individuels est systématiquement inscrite dans le cahier des charges* ».

#### *c) Le personnel*

L'unité compte un cadre de santé, vingt ETP d'infirmiers<sup>15</sup>, cinq ETP d'aides-soignantes<sup>16</sup> et cinq ETP d'agents des services hospitaliers (ASH). Selon les propos recueillis, l'équipe est stable et le taux d'absentéisme faible. Le jour de la visite, l'équipe de jour était renforcée par une étudiante en soins infirmiers.

Les équipes du matin (de 7h à 15h) et de l'après-midi (de 13h30 à 21h30) sont composées de quatre soignants dont au moins deux infirmiers.

Une équipe fixe de nuit, composée uniquement de deux infirmiers, travaille de 21h à 7h.

Un médecin psychiatre assure une présence quotidienne à temps plein ; les consultations des patients sont régulières. Un autre médecin psychiatre consulte deux jours par semaine en plus d'une présence au centre psychiatrique d'accueil et d'urgence et dans un CMP ; il n'est toutefois pas habilité à signer les certificats médicaux.

Un psychologue se charge des patients hospitalisés dans les unités Féré et Mezie.

Aucun ergothérapeute n'est affecté à l'unité Mezie.

Les réunions de transmissions ont lieu de 6h45 à 7h, de 13h30 à 14h et de 21h à 21h30.

Une réunion appelée le « *staff* » se tient chaque jour avec l'équipe et le médecin psychiatre de 9h30 à 10h pour échanger sur l'ensemble des dossiers des patients.

Tous les mercredis, la réunion de synthèse permet d'examiner le cas d'un patient<sup>17</sup> ; le jour de la visite, participaient à la réunion, la curatrice, un médecin somaticien, le psychiatre référent, le cadre de santé, deux soignants et l'assistante sociale.

Par ailleurs, la réunion des cadres, animée par les cadres supérieurs du pôle, se tient le mercredi matin ; le cadre réunit ensuite l'équipe de soignants.

#### *d) Les patients*

Le jour de la visite, seize patients étaient hospitalisés. Parmi eux, cinq avaient été admis en soins sous contrainte dont deux femmes (un SDTU, deux SDT et deux SPI), les autres patients étaient en soins libres. La durée la plus longue d'hospitalisation d'un patient était de neuf mois mais sa présence dans l'unité datait de six mois. Il s'agissait d'un patient de 78 ans, admis en SPI, présentant des troubles de démence et en attente d'un placement dans une structure adaptée. Un autre patient âgé de 60 ans, admis en SPI, présentait un risque élevé de passage à l'acte envers lui-même.

<sup>15</sup> Sur les vingt infirmières, cinq travaillent de nuit.

<sup>16</sup> Les aides-soignantes (AS) travaillent en horaires de jour.

<sup>17</sup> Le jour de la visite, la discussion portait sur un jeune majeur sous curatelle placé en chambre d'isolement.

Tous ces patients bénéficiaient de sorties ; trois d'entre eux étaient accompagnés dans le parc ou à l'extérieur.

#### *e) L'accueil et la prise en charge à l'arrivée*

Selon le médecin psychiatre de l'unité, l'entretien médical a lieu dans l'heure qui suit son arrivée en présence du personnel infirmier.

Lorsqu'un patient requiert une attention particulière en raison de son état d'agitation, il est dans la mesure du possible placé dans une chambre proche du poste infirmier.

Il a été indiqué qu'un contrat de soins était mis en place avec les patients consommateurs de produits toxiques. Dès lors qu'un patient ne respecte pas le contrat, il est mis fin à son hospitalisation. Un programme de soins est élaboré avec lui par le médecin psychiatre avant sa sortie ; il fait l'objet d'un suivi au CMP.

Selon les propos recueillis, le délai de sortie après l'admission s'effectue au cas par cas, selon le temps nécessaire à la stabilisation de l'état clinique du patient. La décision de permission de sortie est prise en liaison avec la famille. Au retour du patient, l'équipe pluridisciplinaire (soignants, assistante sociale, médecin) contacte la famille pour travailler sur l'évolution du comportement du patient.

#### *f) Les règles de vie*

Le document sur les règles de vie, dont la dernière mise à jour date de décembre 2015, n'est pas remis immédiatement au patient. Il a été indiqué que les soignants choisissaient le « bon moment », mais elles sont toutefois affichées.

Le cadre a indiqué qu'il travaillait avec l'équipe, depuis novembre 2016, sur un projet de nouvelles règles de vie, dans le cadre de la réhabilitation sociale de l'unité prévue pour mars 2017.

Le dossier du patient comporte une fiche « *consignes médicales* » dans laquelle le médecin psychiatre définit les autorisations de visites, de sorties dans le parc et/ou à l'extérieur accompagnées ou non et sur les autorisations de téléphoner. Sur les cinq patients hospitalisés sans leur consentement, un patient en SDTU et un en SDT sont autorisés à sortir seuls dans l'enceinte du CHS ; les trois autres patients en SPI et en SDT sont autorisés à sortir accompagnés dans l'enceinte du CHS.

Sur ces cinq patients, deux sont autorisés à téléphoner deux fois par jour et un une fois par jour en présence du soignant ; pour les autres patients, le nombre des appels n'est pas limité dans les temps accordés dans la journée.

#### **Recommandation**

*Il est nécessaire qu'un abri soit aménagé dans la cour de l'unité Mezie, pour permettre aux patients de sortir, même en cas d'intempéries.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *des demandes de travaux sont faites pour équiper les jardins et cours d'abris en cas d'intempéries. Certaines unités en sont déjà équipées* ».

Selon les propos recueillis, les soignants ferment le patio à minuit en même temps que le poste de télévision.



*La cour de l'unité*

L'accompagnement des patients par les soignants pour le lavage du linge personnel au sein de l'unité tend à favoriser leur autonomisation.

*g) Les activités spécifiques à l'unité*

L'unité ne dispose pas de salle d'activité ; celles-ci, rarissimes, se déroulent plutôt le week-end, dans la salle à manger et, parfois, dans la lingerie.



*Des activités dans la lingerie*

Les patients en soins sous contrainte ont accès à des ateliers de coloriage, de cuisine, de création et de soins esthétiques. Ces activités sont dispensées par des soignants référents ayant reçu une formation notamment en relaxation et en art. Celles-ci ne sont cependant pas planifiées ; il n'a pas été possible de recenser le nombre de patients participant à des activités.

**Recommandation**

*Les activités au sein de l'unité Mezie doivent être plus développées et faire l'objet d'une planification.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique qu'« *il existe un poly-espace thérapeutique et de loisirs accessible aux patients de l'ensemble des pôles. En unité de soins, les activités proposées sur des temps informels répondent à des besoins ponctuels et ne doivent pas faire l'objet d'une planification pour garantir la spontanéité et l'adaptabilité aux situations cliniques* ».

### 6.1.2 L'unité Chaslin

L'unité Chaslin est l'une des deux unités d'admission adultes du pôle Nord-Est. Elle a une capacité de vingt-huit lits. Etant fermée, elle a vocation à recevoir les patients en soins sous contrainte susceptibles de fuguer. Selon les règles de vie, cette fermeture est opposée à tous les patients, ces règles mentionnant, s'agissant des sorties dans le parc, qu'« *elles sont soumises à autorisation médicale en fonction de votre état de santé* », sans préciser que cette règle ne s'imposerait pas aux patients en soins libres.

Lors de la visite, vingt-cinq patients étaient hospitalisés dans l'unité, dix-sept hommes et huit femmes, dont respectivement neuf hommes et quatre femmes en soins libres, respectivement quatre et quatre en soins SDDE (dont deux SDT et deux en procédure d'urgence ; un SDT et un en procédure de péril imminent) et quatre hommes en SDRE dont un à la suite d'une décision judiciaire.

#### a) Les locaux

L'unité est installée dans des locaux vétustes, dont l'entretien est assuré *a minima* en raison d'un projet de réhabilitation qui devrait être mis en œuvre prochainement.

Les locaux sont partagés en deux espaces :

Une **zone de nuit** comportant les chambres, le bureau des cadres, la pharmacie, des locaux techniques (lingerie, pièces de ménage), une salle de bains avec baignoire adaptée pour les personnes à mobilité réduite-PMR- (inutilisable en raison du défaut de bonde) et les chambres d'isolement décrites ci-dessus (cf. § 4.6.1) ; lors de la visite, l'une des chambres d'isolement était hors service. Ces pièces sont distribuées de part et d'autre d'un couloir central qui partage le bâtiment en deux dont l'extrémité aboutit à une porte de secours.

Les dix-sept chambres – six à un lit et onze à deux lits – sont meublées d'un ou deux lits. L'unité étant souvent pleine, les chambres doubles sont réellement occupées par deux personnes. Elles disposent toutes d'une salle d'eau avec douche, lavabo, WC ; les douches n'ayant ni flexible (sauf celle de la chambre PMR) ni rideau, l'eau gicle sur le sol qui est mouillé sur toute la surface de la salle d'eau. Les chambres sont meublées d'un lit, d'une table de chevet et d'un placard par occupant. Les patients disposent de la clef de leur placard sauf lorsqu'ils sont en « protocole pyjama » ou que la clef manque, ce qui est fréquent, car les patients l'emportent en quittant le service. Deux chambres adaptées aux personnes à mobilité réduite avec porte élargie, douche avec flexible et barre de maintien dans la salle d'eau. Certaines armoires sont cassées, les portes des salles d'eau sont dégradées par l'humidité avec peinture écaillée et moisissures.

Une **zone de jour** est organisée autour d'un vaste hall meublé de quelques fauteuils et un petit canapé. On y accède depuis la porte d'entrée en traversant une salle de visite – qui est en réalité le sas d'entrée éclairé par une fenêtre et qui a été meublé de fauteuils. Ce hall dessert le poste infirmier, les vestiaires des soignants, deux bureaux médicaux, un réfectoire, une salle de télévision – meublée de quatre fauteuils, d'étagères qui ont supporté des livres mais ne contiennent plus rien et d'une table sur laquelle est posé le téléviseur –, un poste de soins et une seconde salle de visite aux murs bleus peu lumineux et meublée de six fauteuils. Des sanitaires comportent trois WC, un est fermé et inutilisé, un autre est dépourvu de porte et le troisième fonctionne normalement.



*La salle de télévision*

L'ensemble des locaux est dans un état très vétuste : fenêtres cassées, porte de secours donnant vers l'extérieur que les patients ouvrent d'un coup de pied, badges d'accès qui fonctionnent mal, ce qui « justifie » la mise en pyjama pour éviter les fugues.

Selon les professionnels rencontrés « *l'accueil du bâtiment est agressif pour les patients* ».

Les locaux doivent être réhabilités et un relogement intermédiaire est prévu pendant les travaux mais dans un bâtiment où les chambres n'auront pas de salle d'eau.

#### **Recommandation**

*Les locaux de l'unité Chaslin étant indignes, l'accueil des patients doit cesser au plus vite.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *la réfection de l'unité débute en janvier 2018, pour une durée de 19 mois. Dans cette attente, les patients sont accueillis dans une autre unité* ».

#### *b) Le personnel*

Les équipes prévisionnelles sont formées de cinq soignants dont au moins trois infirmiers sur chaque roulement, matin et après-midi. Deux ASH sont présents le matin et un l'après-midi. L'équipe de nuit est constituée de trois agents dont deux infirmiers. Aucun cadre n'est présent durant la nuit, les équipes y sont selon les propos recueillis « en autarcie », sans contrôle.

La jeunesse des soignants et l'absence de formation à la psychiatrie est un problème, ainsi qu'il a été expliqué ci-dessus. On déplore peu de vision globale, peu d'investissement de la part des paramédicaux dans leurs fonctions. Les patients peuvent rester seuls sans soignants. Les contrôleurs ont également constaté cette désertion lors de leurs passages dans l'unité.

Mais « *on arrive à envoyer des agents en formation* », assertion qui semble montrer que la démarche ne va pas de soi.

#### *c) Le déroulement de l'hospitalisation*

L'intérêt collectif pour la prise en charge des patients a paru moins que manifeste : Il n'y a pas de projet d'unité. L'ennui règne.

L'essentiel de la prise en charge est constitué par des entretiens médicaux, dont la régularité est assurée par une présence continue des médecins.

Les pratiques de prise en charge ne paraissent pas faire l'objet d'une réflexion établie et tracée. La réunion clinique du jeudi est désertée par les infirmiers qui prennent des heures de congé plutôt que d'y assister.

L'absence de projet et de cohésion globale se fait sentir dans le déroulement de l'hospitalisation des patients

Ainsi, il a été indiqué que « à l'origine », la consigne médicale était que tous les patients en soins sous contrainte devaient être mis en pyjama jusqu'au premier entretien avec le médecin du service. La consigne semble n'être plus suivie, ce dont on peut se réjouir, mais sans que ce renoncement résulte d'une réflexion collective ou d'un changement explicite de consigne.

Le port du pyjama imposé à certains patients en raison de suspicion de fugues n'est pas tracé. Au jour de la visite, le pyjama était imposé à un patient qui sortait d'un séjour en chambre d'isolement.

Selon les interlocuteurs rencontrés, la prise en charge des patients est rendue difficile par ce qui est perçu comme une augmentation de leur violence ; en témoignerait le nombre de déclarations d'événements indésirables qui sont en lien avec celle-ci. Ces interlocuteurs l'expliquent par les difficultés sociales des patients, des cohabitations « ethniques » problématiques, des patients qui insultent et menacent. Les professionnels jeunes, peu formés à la psychiatrie développent un sentiment d'insécurité, alors que les passages à l'acte sont rares, auquel ils répondent par l'appel de l'interne pour obtenir le placement en chambre d'isolement des patients perçus comme dangereux avec validation ultérieure par le praticien hospitalier (PH).

Les assistantes sociales en charge de l'unité sont présentes tous les matins et au *staff* du mardi. Elles se rendent au domicile du patient pour évaluer les conditions de sortie. Cependant, elles ne conduisent pas d'entretien d'entrée systématique.

#### *d) Les activités*

Des activités conduites par les soignants ne sont planifiées que le week-end : cuisine, esthétique, dessin, en utilisant le réfectoire faute de salle d'activité. Cette limitation est expliquée par le fait qu'il n'y a pas d'entretiens médicaux et moins de patients puisqu'un certain nombre d'entre eux sont en sortie.

Les patients semblent abandonnés dans la journée : on trouve, le matin, nombre d'entre eux assis hébétés ou dormant sur les fauteuils du hall, voire allongés sur le sofa ou au sol ; l'après-midi, beaucoup restent allongés assoupis sur leur lit.

L'absence de proposition d'activité en semaine est expliquée par le fait que les patients peuvent se rendre à l'espace PETAL ou à l'unité Tilleuls. Il demeure que la première possibilité suppose l'accord du médecin et éventuellement la disponibilité d'un soignant pour accompagner jusqu'au lieu ; la seconde exige une prescription médicale. Les patients qui n'en bénéficient pas expliquent s'ennuyer profondément.

Regarder la télévision est difficile avec un seul poste pour vingt-six patients, une salle exiguë et le choix de la chaîne « *décidé par le tyran* ».

## 6.2 LES UNITES SEGLAS ET FERRE ACCUEILLENT LES PATIENTS EN SOINS LIBRES DU POLE NORD-EST

### 6.2.1 L'unité Seglas

#### *a) Présentation générale et projet thérapeutique*

Cette unité est totalement ouverte et accueille exclusivement des patients en soins libres. Elle dispose de vingt-cinq lits répartis sur dix-sept chambres (neuf individuelles et huit doubles) dont une d'isolement réservée aux seuls patients de l'unité (règle appliquée depuis décembre 2016 ; auparavant des patients d'autres unités pouvaient y être temporairement hébergés). Dix-sept patients, dont cinq femmes, étaient présents dans l'unité au jour du contrôle ; parmi eux, une mineure de 17 ans, initialement hospitalisée à l'unité Chaslin et souvent placée en isolement, a été orientée sur cette unité en janvier 2017 afin d'assurer une prise en charge individualisée.

Le projet est de limiter à quinze le nombre de patients susceptibles d'être accueillis afin d'assurer un meilleur suivi de ces personnes, en rapport avec le nombre de soignants, et de favoriser le travail sur le court-moyen terme pour aboutir à leur accueil dans un foyer.

Toutes les chambres sont dotées de douche, d'un lavabo et de wc ainsi que d'un placard fermant à clé dont la détention est laissée au patient dans la très grande majorité des cas. Deux salles de bains avec baignoire sont à disposition des patients. L'accès aux chambres n'est limité que pendant les heures de ménage. Elles ne peuvent être fermées à clé par le patient.

Sur prescription médicale, de façon exceptionnelle et pour une durée n'excédant pas 24 heures, un isolement en chambre peut être décidé. La mise en pyjama, limitée à certains cas, ne se pratique que dans le cadre d'un protocole et sur avis médical.

L'unité est fermée pendant les heures des trois repas ; le reste du temps les patients peuvent sortir à volonté pour se rendre notamment à l'aumônerie, à la médiathèque, à l'espace Nerval, à la banque des malades pour aller chercher de l'argent, ou encore faire des courses à l'extérieur (seuls ou accompagnés d'un soignant selon leur état).

Tout événement particulier (visite de l'aumônier, sortie, activité spécifique,...) est affiché et annoncé verbalement aux patients. Les visites sont possibles entre 13 et 17h ; toutefois seuls cinq patients reçoivent effectivement des visites et trois autres ont quelques contacts téléphoniques avec leur famille.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger où chacun se positionne à son choix. Le service est assuré par les soignants. La distribution des médicaments se fait individuellement dans le local pharmacie. Un téléphone est libre d'accès dans le hall ; l'utilisation du téléphone portable est fonction de la prescription médicale, étant précisé qu'à la date du contrôle aucun patient ne détenait de mobile ou d'ordinateur. Les patients gèrent eux-mêmes leurs cigarettes, les soignants n'intervenant que pour les patients insuffisamment autonomes. La question de la sexualité n'est pas ici taboue ; les relations sexuelles ne sont pas interdites sous la réserve du respect de la chambre d'autrui et de l'intimité ; des préservatifs peuvent être proposés par les soignants.

#### *b) Le personnel*

L'équipe médicale comprend deux psychiatres, dont le chef de pôle et un médecin présent à 60 % dans l'unité et 40 % en extra hospitalier.

L'équipe non médicale est composée de vingt personnes réparties en quatre groupes de cinq, trois infirmiers et deux aides-soignants outre une assistante sociale dépendant du pôle et plus spécifiquement attachée à l'unité qui continue d'assurer le suivi du patient si celui-ci vient à changer d'unité.

### *c) Les activités spécifiques à l'unité*

Les activités thérapeutiques sont programmées à l'avance en fonction du nombre de soignants disponibles. La majorité des patients présents dans l'unité ne sont pas en capacité de pratiquer des activités seuls à l'extérieur de l'unité. Celles-ci sont donc organisées par les soignants (y compris le sport) soit en interne soit à l'extérieur de l'établissement (par exemple : marche, bowling, cinéma, repas au restaurant, etc.), chaque activité mise en place ayant une vocation thérapeutique, notamment l'acquisition de l'autonomie.

## 6.2.2 L'unité Féré

### *a) Présentation générale et projet thérapeutique*

Féré est une unité où les patients sont en soins libres. Il n'arrive que très exceptionnellement que des patients sous contrainte y soient placés ; ce n'était pas le cas lors de la visite. En revanche, des adolescents, faute de place dans l'unité qui leur est normalement destinée, peuvent être « hébergés » parmi les adultes (cf. § 6.4.2). Lors de la visite, une adolescente de 14 ans venait d'en partir pour intégrer l'unité pour adolescents. Une jeune fille de 16 ans y était hébergée.

### *b) Les locaux*

Le pavillon Féré, est en bon état général et bien entretenu. L'unité comporte vingt-cinq lits et une chambre d'isolement, qui n'était pas occupée au moment de la visite ; aucun patient n'était alors placé sous contention. Les chambres, huit chambres à deux lits, neuf individuelles sont situées au rez-de-chaussée du bâtiment. Dix-sept chambres étaient équipées de wc et d'une douche, sans compter la chambre d'isolement. Les patients disposent d'une salle de bains commune, dotée d'une baignoire ouvrante et de trois WC en dehors des chambres, dont un pour personne à mobilité réduite. Le patio est ouvert toute la nuit.

### *c) Les patients*

Au moment de la visite, sept hommes et quinze femmes y étaient hospitalisés. Un patient n'était pas autorisé à sortir de l'unité. La durée la plus longue d'hospitalisation était de sept mois.

La DMS en 2016 est de 9,41 jours, en augmentation par rapport à 2015 où elle était de 8,48 jours. Dix-sept patients étaient autorisés à recevoir des visites, dix-huit à téléphoner (recevoir et passer des appels, y compris de leur téléphone portable), mais aucun patient n'était autorisé à utiliser un ordinateur.

### *d) La prise en charge*

L'accueil, effectué par une infirmière, se passe dans la salle d'accueil. Le règlement intérieur, est affiché, n'est pas donné au patient, mais expliqué. Des soignants ont considéré que cette pratique est insatisfaisante : « *On n'est pas bon là-dessus* ». Ensuite, le patient est guidé pour une visite de l'unité. Les règles de vie sont expliquées. Si une personne de confiance est désignée, elle est alors contactée. Le pyjama n'est pas imposé, sauf dans la chambre d'isolement. Les horaires de l'unité sont d'autant plus souples qu'il s'agit d'une unité de soins librement consentis. Les repas se déroulent :

- de 8h30 à 9h, pour le petit déjeuner ;
- à 12h30 pour le déjeuner ;
- autour de 16 h pour la collation ;
- à 19h pour le dîner.

Les repas se déroulent dans une salle à manger lumineuse et bien équipée qui donne sur le jardin. La table est mise à l'arrivée des patients qui sont servis à l'assiette ; ceux-ci débarrassent et « donnent un petit coup » sur la table après le repas.

L'inventaire des biens du patient est dressé devant lui, couché sur papier, qu'il signe. Le document est versé au dossier, et vérifié au moment de la sortie, contresigné par l'infirmier et le patient. Les objets considérés comme dangereux sont retirés.

Le changement de médecin est en théorie possible, mais apparemment, la question ne s'est jamais posée.

### 6.3 LE POLE SUD-OUEST : UN POLE DONT LE PROJET THERAPEUTIQUE RESTE A DEFINIR

#### 6.3.1 L'unité Corbaz B

##### a) Présentation générale et projet thérapeutique

L'unité Corbaz B est une unité d'admission, de vingt-huit lits, qui a pour vocation d'accueillir des patients en phase aiguë de leur pathologie psychiatrique nécessitant, pour un temps limité, une surveillance constante. Les patients peuvent être admis directement dans le service ou être transférés du service d'accueil des urgences du CHR d'Orléans. L'unité est fermée et prend en charge, dans sa majorité, des patients en soins sous contrainte. Cependant les patients en soins libres sont également admis si leur état clinique le requiert. A leur admission, tous les patients reçoivent un document intitulé « *consignes médicales* » établi par le médecin et qui liste les restrictions imposées concernant les sorties, les visites et les communications avec l'extérieur. Ce document, contrat de soins, est également élaboré pour les patients admis en soins libres.

A l'issue de leur hospitalisation, les patients bénéficient d'un suivi en extra hospitalier. Ceux, dont la prise en charge hospitalière nécessite d'être prolongée, sont transférés à l'unité Corbaz A.

En l'absence de rapport annuel, les contrôleurs n'ont pas pu obtenir de données statistiques portant sur l'activité de l'unité. Selon les propos recueillis, la DMS est courte, le taux d'occupation est élevé tout comme le taux de rotation des patients. Lors de la visite toutes les chambres d'hébergement étaient occupées. En outre cinq patients rattachés à cette unité, pour lesquelles une mesure d'isolement avait été prescrite, étaient pris en charge dans les autres services d'hospitalisation de l'établissement (cf. § 4.6.3). Par ailleurs, au cours de la visite, deux patients récemment admis étaient affectés dans les chambres des patients placés à l'isolement.

Lors de la visite, aucune activité n'était proposée aux patients. L'atelier yoga avait été supprimé lors de la mise en œuvre du nouveau projet thérapeutique élaboré par l'ancienne cheffe de pôle.

##### b) Les locaux

L'unité est implantée dans un bâtiment de plain-pied, édifié en 2013 qui héberge également l'unité A. Les deux unités ont été conçues de façon identique. La structure, d'architecture moderne, est déjà endommagée. Ainsi, les murs des locaux sont dégradés par endroits, une baie vitrée et une partie de la porte d'accueil ont été détruites par des patients. Elles ont été remplacées par des panneaux de bois. Au jour du contrôle, la date des travaux de réparation

n'était pas encore arrêtée alors que la porte d'accueil était endommagée depuis l'automne 2016. Par ailleurs, la porte facilitant l'accès d'une unité à l'autre ne fonctionnait plus.

**Recommandation**

*Les travaux de maintenance et de réparation des unités d'hospitalisation devraient être réalisés dans des délais raisonnables.*

Le hall d'accueil et le secrétariat sont communs aux deux unités qui sont positionnées, de chaque côté de ce hall. Chaque unité est en forme de U et comprend deux couloirs principaux desservant de nombreuses ramifications qui constituent des angles morts. Les chambres sont implantées dans l'ensemble de l'unité. Les soignants ne peuvent donc assurer depuis le bureau infirmier, situé dans un des deux couloirs principaux, la surveillance des patients de façon optimale.

Les locaux de l'unité sont répartis ainsi :

- vingt-deux chambres individuelles dotées d'un espace sanitaire ;
- trois chambres à deux lits équipées d'un espace sanitaire et d'un WC ;
- deux chambres d'isolement (cf. § 4.6.1) ;
- une salle de bains commune avec baignoire ;
- trois WC communs ;
- une salle de détente ;
- deux salons, dont l'un est équipé d'un téléviseur ;
- deux patios destinés notamment aux fumeurs ;
- un jardin.

Les chambres individuelles sont spacieuses et correctement équipées. Elles disposent d'un lit, d'une table de chevet, d'un placard qui ne ferme pas à clef, d'une table et d'un siège. Elles sont également dotées d'une sonnette d'appel et d'un luminaire placé au-dessus du lit. L'éclairage naturel est assuré par la présence de larges fenêtres qui peuvent être maintenues entrouvertes. Les sanitaires (WC et douches) sont également adaptés au patient. Ils disposent de poignées murales, d'une sonnette d'appel et ils sont équipés d'une douche à l'italienne. Le lavabo est doté d'une tablette surmontée d'un miroir. Les patients peuvent s'enfermer dans leurs chambres mais ils n'ont aucun moyen d'ouvrir la porte depuis l'extérieur. Or la majorité d'entre eux ferme leur porte afin d'éviter les vols. Ils doivent donc attendre qu'un soignant soit disponible pour pouvoir regagner leur chambre.

**Recommandation**

*Les patients des unités Corbaz A et B doivent pouvoir ouvrir la porte de leur chambre depuis l'extérieur.*

Les chambres doubles possèdent le même mobilier. Les patients disposent d'un placard individuel. L'espace sanitaire comprend une douche à l'italienne et deux lavabos dotés d'une tablette surmontée d'un miroir. Les WC sont séparés de l'espace sanitaire.

Bien que les locaux soient en partie peints, l'ensemble de l'unité présente un aspect peu chaleureux. En effet à l'exception des couloirs, les pièces de vie communes sont dénuées de toute

décoration et l'équipement est sommaire. A titre d'exemple, les deux salons sont meublés de quelques fauteuils alignés le long du mur et d'une table basse. La disposition du mobilier de la salle de détente est identique.

Les patios sont équipés d'un banc, d'un cendrier et d'une poubelle. Ils sont ouverts en permanence. Le jardin, qui ne dispose d'aucun abri, est recouvert d'une pelouse sur laquelle ont été plantés quelques arbustes. Il est doté de trois bancs. Bien qu'il soit adjacent à l'unité A, seuls les patients de l'unité B y ont accès car ceux de l'unité A peuvent sortir librement.

Le réfectoire, destiné aux patients des unités, est situé à l'extérieur des unités à proximité du hall d'accueil. Les portes principales du bâtiment sont donc fermées durant les heures de repas (12h15 à 14h et 18h30 à 19h45) afin d'éviter les fugues. Aucun patient n'est donc autorisé à sortir du bâtiment durant cette plage horaire. Le menu est affiché à l'entrée de la salle de restauration. Le réfectoire est spacieux et bénéficie d'un éclairage naturel grâce aux larges baies vitrées. Le mobilier comprend des tables rondes et carrées pouvant accueillir trois à quatre personnes. Les lieux sont propres et correctement entretenus. Un espace, séparé du reste de la pièce par deux claustras et disposant d'une table et de trois sièges, a été aménagé au fond de la salle ; il permet aux patients, qui le souhaitent, de rester à l'écart des autres pendant les repas. Le placement est libre mais le personnel demeure vigilant. Par ailleurs, les patients pour lesquels il existe un risque hétéro-agressif prennent leur repas dans leur chambre.

L'organisation du réfectoire repose sur le système du self-service. Les patients sont donc invités à se servir eux-mêmes et à débarrasser leur plateau.

### **Bonne pratique**

*La mise en place d'un self-service au sein des unités Corbaz A et B favorise l'autonomie des patients.*

Les bureaux médicaux et les deux salles destinées aux visiteurs sont situés dans la partie commune aux deux unités car ils sont accessibles à l'ensemble des patients hébergés dans le bâtiment. Concernant les patients, très agités soumis à une interdiction de sortie à l'extérieur, l'entretien avec le psychiatre se déroule dans le bureau du cadre de santé.

### *c) Le personnel de l'unité*

L'équipe médicale est composée d'un PH et d'un PH associé exerçant à temps plein. Ce dernier n'est donc pas en mesure d'élaborer les certificats d'admission et de maintien en soins sans consentement. Le PH associé est présent dans le service depuis mars 2016 tandis que le second est revenu dans le service en septembre 2016, après quelques mois d'absence. Il occupe ce poste depuis de nombreuses années. Selon les propos recueillis, lorsqu'un patient fait la demande d'être suivi par un autre PH sa demande n'est en principe pas accordée car « *les durées de séjour sont courtes* ».

Les équipes paramédicales sont composées de cinq soignants (infirmiers et aides-soignants) le matin et l'après-midi. Le nombre d'infirmiers n'est jamais inférieur à trois. Les équipes de nuit sont composées de deux infirmiers et d'un aide-soignant. Selon les propos recueillis, l'équipe est composée en majeure partie de jeunes agents. Lors de la visite, six soignants étaient en congés maladie. En conséquence, l'équipe comptait uniquement quatre agents la matinée du 7 février 2017.

Selon les propos recueillis, malgré « *les effectifs relativement confortables* », la charge de travail est importante en raison du nombre élevé d'admissions et de sorties. De même, la capacité d'accueil de vingt-huit lits semble être inadaptée au regard des pathologies prises en charge. La majorité de ces patients sont en phase aiguë de leur pathologie et nécessitent une surveillance renforcée. Enfin, nombre de patients n'étant pas autorisés à sortir seuls demeurent dans l'unité ; les sollicitations auprès des soignants sont donc fréquentes.

Des *staffs* se déroulent chaque matin et regroupent l'ensemble de l'équipe soignante. Ils ont pour objectif de faire le point sur les admissions, les sorties et les événements de la veille. Ces réunions quotidiennes, d'une durée d'une heure, sont jugées chronophages par le personnel soignant. L'équipe paramédicale et les PH examinent également le cas d'un patient plus particulièrement au cours de la réunion clinique hebdomadaire. Des réunions institutionnelles relatives au fonctionnement de l'unité se déroulent de façon ponctuelle. Les psychologues de l'unité animent également une réunion mensuelle, destinée aux équipes paramédicales, portant sur l'analyse de pratiques.

Malgré la tenue de ces réunions, les équipes paramédicales et médicales semblent faire face à des « difficultés de communication » qui s'illustrent notamment par l'absence de réflexion partagée sur des thèmes relatifs à l'isolement prolongé ou aux nombreuses restrictions imposées aux patients. Sur ce dernier point, les avis et les pratiques varient d'un soignant à un autre alors que le sujet n'est pas débattu en équipe. Certains soignants s'en tiennent *stricto sensu* aux restrictions imposées aux patients car « *c'est pour leur bien* ». D'autres en revanche, font preuve de souplesse et s'autorisent à prendre quelques initiatives. A titre d'exemple, un patient, visiblement très agité et placé à l'isolement, a été autorisé par un soignant à récupérer son argent déposé à la régie. Cette décision n'a semble-t-il pas remporté l'adhésion de l'équipe qui craignait que par la suite ce dernier ne s'adonne à un trafic de produits illicites. Ce soignant a justifié son acte en tenant les propos suivants : « *ce patient allait visiblement craquer en raison de notre refus, on devenait contre thérapeutique. De quel droit pouvons-nous lui interdire de récupérer son argent ?* »

#### d) Les patients

Le jour de la visite, vingt-huit patients étaient hospitalisés. Parmi eux, neuf étaient en SDRE dont une ancienne personne détenue qui avait été admise sur décision judiciaire. Cette dernière était hospitalisée dans le service depuis juin 2016 après être passé à l'acte à l'unité Van Gogh. Ce patient était placé en chambre d'isolement depuis le premier jour de son admission à l'unité B, en raison de « sa dangerosité ». Les soignants s'interrogeaient sur le motif médical de son maintien en isolement et espéraient pouvoir obtenir des réponses à leur question lors de la prochaine réunion clinique. Deux autres patients, admis également sur décision du représentant de l'Etat, étaient présents depuis janvier et juin 2016. Tous deux présentaient des pathologies psychotiques lourdes et avaient un long parcours institutionnel. L'un était suivi depuis 1982, le second était pris en charge depuis quinze ans. Quatorze autres patients étaient en SDDE, dont deux avaient été admis en urgence et quatre autres dans le cadre d'un péril imminent. La plus longue hospitalisation datait du 10 janvier 2017.

Les cinq autres patients étaient admis en soins libres, l'hospitalisation la plus ancienne datait du 27 janvier 2017. L'un de ces cinq patients n'était pas autorisé à sortir dans le parc, même accompagné, en raison d'un risque élevé de passage à l'acte suicidaire. Par ailleurs, une mineure de 17 ans, admise à l'hôpital sur décision parentale, était également présente faute de place disponible dans l'unité destinée aux adolescents. Installée à proximité du bureau infirmier, aucun

dispositif spécifique n'avait été mis en place dans le cadre de sa prise en charge. Elle est sortie du service le lendemain de son admission.

Sur la totalité des vingt-huit patients hospitalisés, quatorze n'étaient pas autorisés à sortir seuls dans l'enceinte de l'établissement. Les soignants ont indiqué qu'ils ne disposaient pas du temps nécessaire pour les accompagner à l'extérieur. Lors de la visite, bon nombre de patients déambulaient dans les couloirs de l'unité tandis que d'autres patientaient sagement assis les uns à côté des autres. Selon les propos recueillis, l'absence d'activités combinée aux restrictions génère de nombreuses demandes auxquelles les soignants ne sont pas toujours en mesure de répondre favorablement. Cela induit, chez certains, un comportement agressif. Une infirmière a indiqué que son rôle se limitait parfois à gérer les nombreuses demandes et les frustrations qui s'en suivent. Elle a tenu les propos suivants : « *cette unité est une véritable cocotte-minute. Nous avons une trentaine de patients psychotiques, dont certains souffrent d'addiction, qui cohabitent dans une unité dont les portes sont constamment fermées. Je passe mon temps avec mon trousseau de clefs à la main pour ouvrir et fermer des portes ; je dois sans cesse répondre à leurs sollicitations car ils sont dépendants de nous. Pourtant, je connais bien certains patients mais je ne m'autorise pas à prendre des initiatives car si ça tourne mal, je ne sais pas si je serai soutenue* ».

### **Recommandation**

*La prise en charge, au sein de l'unité Corbaz B, ne peut pas reposer uniquement sur des mesures d'isolement et sur les restrictions imposées aux patients.*

Dans son courrier en date du 15 novembre 2017, le directeur indique que « *la prise en charge des patients de l'unité repose sur : la bienveillance des équipes, un travail sur le maintien des fonctions cognitives (self), des entretiens médicaux et infirmiers sont inscrits dans la pratique soignante, des accompagnements à l'extérieur de l'établissement sont organisés dès que la situation clinique le permet* ». Il est ajouté qu'« *une réflexion autour de la réinsertion a été menée par le pôle. Le bénéfice risque en lien avec la pathologie des patients admis doit être mesuré. Un projet d'unité ouverte dans les locaux de Corbaz est à l'étude* ».

## 6.3.2 L'unité Corbaz A

### *a) Présentation générale et projet thérapeutique*

L'unité Corbaz A accueille majoritairement des patients en soins libres dans le cadre d'une première hospitalisation ainsi que des patients en provenance de l'unité B qui ne sont plus en phase aiguë de leur pathologie mais dont l'état clinique requiert le prolongement de leur hospitalisation. Sa capacité d'accueil est de vingt-cinq lits. Le service accueille également des patients en soins sans consentement pour lesquels il n'existe pas de risque de fugue. Les patients sont par la suite pris en charge dans les diverses structures hospitalières ou bien ils sont transférés à l'unité Van Gogh dans le cadre de leur projet de réinsertion. A l'instar de l'unité B, tous se voient remettre un document leur indiquant les éventuelles restrictions qui leur sont imposées. Concernant les patients en soins libres, le consentement aux soins est avant tout recherché par le psychiatre notamment sur les restrictions imposées, puis la famille est informée. L'unité Corbaz A est ouverte de 9h30 à 12h et de 13h30 à 18h. Il arrive qu'elle soit fermée en journée lorsqu'il s'agit de protéger un patient pour lequel le risque de passage à l'acte est élevé (risque suicidaire à titre d'exemple). Lors de la visite, le projet de soins élaboré par la précédente

chefe de pôle était en cours de révision. Les ateliers, au nombre de trois et animés par les soignants, avaient été suspendus. Leur reprise faisait l'objet de discussions au sein de l'équipe soignante.

Les contrôleurs n'ont pu recueillir de données chiffrées relatives à l'activité de l'unité. Lors de la visite, tous les lits étaient occupés ainsi que la chambre d'isolement dans laquelle un patient de l'unité B avait été admis faute de place dans son unité d'hébergement.

#### *b) Les locaux*

Les locaux sont situés dans le bâtiment qui héberge l'unité B et ils sont, dans leur ensemble, identiques. Seul le nombre de chambres varie, l'unité A dispose de dix-neuf chambres individuelles et de deux chambres doubles. Leur équipement est identique à celui des chambres de l'unité B. L'unité A possède également une salle de bains commune et deux WC communs. Les deux patios réservés aux patients y sont accessibles en permanence.

#### *c) Le personnel*

La composition des équipes soignantes est identique à celle de l'unité B. Il est prévu d'intégrer un poste d'infirmier de jour (9h -17h) chargé de l'accompagnement des patients à l'extérieur. Selon les propos recueillis, l'équipe est stable. Lors de la visite, cinq soignants étaient en congé maladie dont une infirmière qui était absente depuis trois ans et demi et qui n'avait toujours pas été remplacée.

Deux PH exercent à temps plein ; l'un a rejoint l'unité en début d'année 2017 tandis que le second est présent depuis un an et demi.

Des réunions, similaires à celles de l'unité B, sont organisées au sein de l'unité A. Selon les propos recueillis, la communication est fluide entre les PH et l'équipe paramédicale. Un des PH a tenu les propos suivants : « *tout est discuté car l'équipe soignante doit avoir un espace pour pouvoir partager ses questionnements* ». Une infirmière a indiqué que les médecins leur laissaient une certaine marge de manœuvre dans la prise en charge des patients. Les restrictions sont gérées avec souplesse et elles sont limitées ; cela permet de construire une véritable relation thérapeutique avec le patient et de lui offrir une prise en charge adaptée à son état clinique et ses besoins.

Une réunion soignants/soignés, animée par la psychologue, se tient également une fois par mois afin que la parole des patients soit prise en compte.

#### *d) Les patients*

Le jour de la visite vingt-quatre patients étaient en soins libres et un patient avait été admis en SDRE. Ce dernier hospitalisé depuis 2015, se met en danger régulièrement et il semble impossible d'obtenir son consentement aux soins. Il est autorisé à sortir librement dans l'enceinte de l'établissement et il bénéficie de sorties non accompagnées de moins de 12 heures à raison de deux par semaine.

### 6.3.3 L'unité Van Gogh

Cette unité a vocation à accueillir des patients au long court afin de favoriser leur réinsertion sociale. En général cette unité n'accueille pas de patients en soins sous contrainte en entrée directe, mais généralement à la suite d'une prise en charge à l'unité Corbaz. L'unité est ouverte et seule une aile du bâtiment est, théoriquement, fermée.

### *a) Présentation générale et projet thérapeutique*

Avant l'arrivée d'un patient sa situation est présentée par l'équipe soignante qui assure son suivi lors de la réunion clinique. Les objectifs de prise en charge sont alors établis avant son accueil physique. A son arrivée, le patient est reçu en entretien médical en présence de l'infirmier puis les familles sont rencontrées mais, selon les propos recueillis, elles sont peu présentes. Les consignes médicales sont revues tous les jours et le personnel soignant a le sentiment que son avis est pris en compte. Les derniers mois, en l'absence de médecin, les soignants ont éprouvé des difficultés avec les médecins de garde qui souvent refusent de revoir les prescriptions.

Depuis début 2017, les patients sont suivis par un infirmier référent, en charge des liens avec la famille, les structures extérieures et la construction d'un parcours de réinsertion. Des fiches de suivi et de poste étaient en cours d'élaboration au moment du contrôle.

L'utilisation du pyjama ne fait pas partie des pratiques de cette unité et une patiente avait une prescription de contention. Cette dernière était régulièrement tenue par contention sur son fauteuil roulant pour éviter qu'elle ne se mette en danger (car elle agrippe les vêtements de toute personne passant devant elle ce qui pourrait causer sa chute).

Une patiente autiste, présente pendant le contrôle, nécessitait la présence constante d'un soignant auprès d'elle pour tous les actes du quotidien (se déplacer, se laver, se nourrir, boire etc.) ; cette prise en charge lourde, impactait encore davantage les possibilités de présence auprès des autres patients.

Les activités se tiennent à la libre appréciation des soignants et peuvent revêtir différentes formes : une balade dans le parc ou à l'occasion d'un accompagnement en activité d'un patient, d'autres patients peuvent être invités à faire le trajet, sont aussi proposées des activités extérieures (pétanque, ping-pong, atelier jardin), des ateliers massages-détente, musique, des repas thérapeutiques (avec achats de courses et élaboration de menus), des sorties cinéma, restaurant, musée, expositions, bowling. Les contrôleurs ont pu constater que, faute de disponibilité des soignants, ces activités sont peu proposées en semaine mais principalement le week-end hormis l'accompagnement des patients à l'espace Nerval.

Tous les patients en soins sous contrainte étaient autorisés à se rendre au stade pour participer aux activités et un à l'unité PETAL. Les séjours thérapeutiques ne sont plus organisés au sein de cette unité.

Les contrôleurs ont observé que les soignants répondaient aux multiples demandes des patients (notamment pour allumer les cigarettes), étaient pris par les démarches administratives et qu'ils semblaient peu investis dans des accompagnements qui favoriseraient l'autonomisation des patients. La présence de quelques patients aux problématiques plus lourdes nécessitait une forte présence qui ne permettait pas la mise en œuvre d'un travail individuel. Ainsi, malgré les objectifs d'autonomisation de cette unité il est surprenant de constater que seulement deux patients sont autorisés à sortir sans accompagnement et que les patients sont peu mobilisés pour se responsabiliser dans les actes du quotidien.

#### **Recommandation**

*L'unité Van Gogh, qui fonctionne en mode fermé doit concevoir un projet thérapeutique adapté à l'objectif de réinsertion des patients pour lequel elle a été créée.*

L'unité Van Gogh est chargée des suivis au long court visant la réinsertion des patients. Depuis 2013, deux assistantes sociales sont spécifiquement rattachées au suivi des patients avec les soignants de cette unité. Positionnées exclusivement en intra hospitalier, depuis 2016, ces professionnelles regrettent de ne plus avoir une vision globale des suivis. De nombreux patients sont sous mesures de curatelle ou de tutelle. Les assistantes sociales organisent les visites à domicile avec ces derniers. Selon les propos recueillis, il est difficile de trouver des structures adaptées dans le Loiret, les foyers en Belgique représentent une alternative régulière. De nombreuses tentatives sont mises en échec par les patients et les soignants de cette unité ont désormais pour objectif de ne pas permettre la chronicisation des prises en charge. En 2016, seize patients ont été orientés dans des lieux de vie, des maisons de retraite ou des familles d'accueil. Aucun n'est retourné au sein de sa famille. Parmi les difficultés signalées il apparaît que les études de dossiers par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sont très longues, tout comme les procédures de mise sous protection dont les patients ne comprennent pas toujours pourquoi elles leur coûtent 160 euros en expertise.

#### *b) Les locaux*

Edifiés en 2012, les locaux sont clairs, agréables et fonctionnels. Les professionnels ont participé à la réflexion menée autour des travaux de conception. Le bâtiment, moderne a été édifié de plain-pied et entouré d'un parc clôturé dans lequel sont hébergés des moutons.

Le hall d'entrée donne directement dans le salon des visiteurs et la salle de repos du personnel, à sa gauche une zone fermée où se situent les bureaux des cadres, des médecins et une grande salle de réunion ; à sa droite, face au bureau des infirmiers, l'accès à la zone de vie strictement réservée aux patients et soignants.

Le réfectoire des patients est situé à proximité du bureau, très spacieux, sa façade de baies vitrées donnant sur le jardin contribue à rendre ce lieu, bien entretenu, très agréable. Il est équipé de plusieurs tables rondes pouvant accueillir quatre personnes qui s'installent à leur convenance. Les assiettes, couverts et verre sont posés sur la table, chaque patient doit se servir mais le service du repas est assuré par le personnel. Un compte rendu de réunion de fonctionnement fait apparaître que les soignants s'interrogent sur cette pratique qui ne favorise pas l'autonomisation des patients. Malgré le fait qu'il ait été décidé en réunion de maintenir le service des patients qu'aux repas du soir, pour l'heure la pratique n'a pas été modifiée. Les patients des deux zones mangent au même service. Si un patient est instable un plateau lui sera servi en chambre. Les comptes rendus de réunions soignants/soignés font apparaître que les patients se plaignent du bruit lors des repas et du manque de convivialité.

Les patients disposent d'une salle de bains utilisable à leur bon vouloir. En cas de nécessité un soignant, disponible, peut y accompagner un patient. Une bagagerie permet de déposer des affaires qui seraient encombrantes dans la chambre mais aussi tous les objets interdits (aérosols, rasoirs, parfums, bouteilles en verre...).

Une tisanerie, comme la salle à manger, donne sur le jardin extérieur et est éclairée naturellement grâce à de grandes baies vitrées. L'équipement mobilier comprend deux tables rondes, plusieurs fauteuils, un meuble bas. Cette pièce chaleureuse est décorée par plusieurs tableaux et une plante verte. Un poste radio-CD est disponible mais depuis l'arrivée de nouveaux médecins, la cafetière a été retirée. Le compte rendu des réunions soignants/soignés fait apparaître que les patients regrettent de ne plus avoir la possibilité de partager entre eux un café

dans cet espace d'autant qu'aucun remplacement ne leur a été proposé. Ce lieu est utilisé par les soignants pour proposer de nombreuses activités notamment le week-end.

Dans la zone ouverte, seize chambres dont dix individuelles, sont disposées de part et d'autre d'un couloir. Eloignées du bureau des infirmiers, leur surveillance n'est donc pas directe. La zone fermée, pour l'accueil des patients en soins sous contrainte, est face au bureau des soignants avec quatre chambres individuelles et une double. L'accès à un patio extérieur peut se faire de l'une ou l'autre zone. Ce patio est équipé d'un banc et de plusieurs cendriers.

Toutes les chambres sont spacieuses, peintes dans des couleurs vives et disposent de leurs sanitaires (wc, douche, miroir), elles sont néanmoins peu décorées et investies par les patients.

Les chambres paraissent encore très récentes et proposent tout le confort nécessaire (luminaires, bouton d'appel, lit, table de chevet, table haute, chaise). Les patients peuvent fermer leur chambre et placard (dont les soignants ont le double des clefs en cas de perte). Toutes les fenêtres sont équipées d'un film opaque pour préserver l'intimité des patients. Elles peuvent être entrouvertes par les patients pour aérer, et ouvertes par les soignants avec une clef spécifique.

L'affectation en chambre double est décidée par l'équipe pluridisciplinaire et est systématique pour les personnes suicidaires ou dès qu'elle est demandée par un patient.

Chaque zone dispose d'un espace télévision équipé de plusieurs fauteuils et de petits postes ne permettant pas d'apprécier correctement les images regardées. Les patients n'ont pas de télécommande et sollicitent les soignants pour changer de chaînes. Dans la zone fermée la télévision étant apposée contre le mur d'une chambre, le son ne peut pas être trop élevé.

Depuis le poste infirmier les soignants disposent d'un accès direct à la zone fermée et à la chambre d'attention. Les contrôleurs ont pu constater que la porte de leur bureau est laissée ouverte, même pendant le temps de consignes, en cas d'occupation de cette chambre.

Selon les propos recueillis, la stricte séparation des zones n'a pas toujours été respectée, « *le fonctionnement n'a duré vraiment que de janvier 2012 à septembre 2013 puis, à partir de cette date, des dysfonctionnements de la porte ont empêché de maintenir une zone totalement fermée* ».

Depuis, la fermeture s'est reportée sur la porte d'entrée de l'unité. Le projet de ne fermer qu'une partie de l'unité serait toujours d'actualité, d'autant que cette porte a été réparée. « *La décision devrait être prise lors des prochaines réunions médicales* ». L'ambiguïté autour de la fermeture de cette zone se retrouve dans les comptes rendus de réunion de fonctionnement où la fermeture est régulièrement interrogée notamment quand des patients en soins libres y sont présents et que la fermeture n'est justifiée que pour un seul patient. Il n'a pas été possible pour les contrôleurs de recueillir des éléments concordants sur la question de l'ouverture ou de la fermeture au sein de cette unité.

Au moment du contrôle la porte de l'unité était fermée, même si une affiche indiquait que « *l'unité Van Gogh est ouverte de 10h à 11h30 et de 13h30 à 18h* ». Les patients étaient donc, le plus souvent, obligés d'attendre le passage d'un soignant pour sortir ou entrer dans l'unité.

### **Recommandation**

*La porte d'entrée de l'unité, dite ouverte, Van Gogh doit être effectivement ouverte.*

#### *c) Le personnel*

L'équipe médicale est composée de deux PH (dont l'un est arrivé une semaine avant le contrôle), ils sont également affectés sur l'ambulatorio et se répartissent les patients entre eux. Leur organisation prévoit que l'un d'entre eux soit présent au sein de l'unité. Chaque patient a un jour précis de rendez-vous et tous sont vus régulièrement.

Les équipes paramédicales sont composées de dix-huit IDE et six aides-soignants. Les contrôleurs ont constaté que les soignants étaient le plus souvent, sur le planning, quatre soignants sur les services de matin et d'après midi et deux infirmiers la nuit. L'étude des plannings fait apparaître de nombreux changements dus à l'absentéisme. Selon les propos recueillis, en plus des absences, les renforts sur les autres unités sont très réguliers et il est désormais rare que les soignants soient quatre dans cette unité. Néanmoins, aucune difficulté ne serait rencontrée pour se rendre en formation (en 2016 ont été proposées : isolement-contention et la distribution des médicaments).

Si les plannings sont réalisés à l'année, leur étude montre qu'ils sont très régulièrement modifiés pour assurer des remplacements et les congés sont donc gérés au fur et à mesure des possibilités. Selon certains professionnels, ces difficultés ont beaucoup modifié la prise en charge des patients : « *on n'a plus le temps de vraiment proposer une autonomisation du patient. Avant on pouvait prendre le temps de faire une chambre avec le patient ou des activités spécifiques, maintenant c'est quasi impossible, on assure juste le quotidien* ».

Un *staff* regroupant l'ensemble de l'équipe se réunit quotidiennement et des réunions institutionnelles se déroulent régulièrement. La psychologue anime une réunion mensuelle d'analyse de la pratique. Le cas des patients est étudié lors de la réunion clinique hebdomadaire à laquelle participe tous les corps de métiers (médecins, infirmiers, assistantes sociales, ASH et les aides-soignants qui ont une plus grande proximité avec les patients et apportent des observations sur leurs capacités à gérer leur quotidien).

Selon les propos recueillis, une vacance de poste, pendant plusieurs mois, et des changements successifs de médecins, ayant des visions médicales différentes, ont « *laissé les équipes un peu en déshérence, aujourd'hui le projet médical est à reconstruire et les professionnels doivent apprendre à se connaître* ».

#### *d) Les patients*

Le jour de la visite vingt-sept patients (quatorze hommes, treize femmes) étaient présents dans l'unité dont vingt-quatre en soins libres. Trois patients étaient suivis en soins sous contrainte (deux sur décision du représentant de l'Etat à un à la demande d'un tiers). Ces deux patients sont placés dans la zone fermée. Ils n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité tout comme trois autres patients suivis en soins libres. Seuls deux patients en soins libres étaient autorisés à sortir non accompagnés. L'hospitalisation la plus longue date d'octobre 2012.

## 6.4 L'UNITE D'HOSPITALISATION DU POLE INFANTO-JUVENILE ET ADOLESCENTS EST SATUREE

### 6.4.1 Présentation générale du pôle

Le pôle infanto-juvénile du CHD, prend en charge des patients de 3 à 16 ans, sur deux intersecteurs recouvrant les deux-tiers Nord-Est du département du Loiret.

Le pôle a par ailleurs une activité de réseau avec les structures médico-sociales de son secteur et une activité de liaison au sein du centre hospitalier d'Orléans. Une « commission d'expertise » incluant des médecins et soignants du pôle, des membres de l'éducation nationale et des structures médico-sociales des secteurs se réunit régulièrement pour le suivi des cas dont la prise en charge médico-sociale est complexe.

L'unité d'hospitalisation à temps complet de ce pôle, ouverte en 2004, a une compétence départementale. Les autres services d'hospitalisation pour adolescents les plus proches sont situés à Tours (Indre-et-Loire) et à Bourges (Cher), ce dernier n'admettant que des hospitalisations programmées.

Il a été exposé aux contrôleurs que l'offre de soins en pédopsychiatrie ambulatoire et hospitalière dans le département et dans la région était insuffisante au regard des besoins. Ainsi, l'unité d'hospitalisation des adolescents à temps complet du CHD, de six places, admet des patients âgés entre 12 (parfois 9) et 16 ans, contrairement à son projet initial prévoyant l'admission de mineurs de 12 à 18 ans. Les patients de 17 ans pris en charge par les secteurs adultes. Par ailleurs, le taux d'occupation de l'unité est important malgré la réduction de la durée moyenne de séjour depuis 2012 (cf. § 6.4.2.b *infra*). En conséquence, lors de la visite, trois jeunes patients suivis en CMP qui nécessitaient une hospitalisation à temps complet, étaient en attente de leur admission depuis plus de quinze jours.

Dans le cadre du GHT, un projet de pôle était en cours d'élaboration prévoyant notamment de renforcer l'offre de soins ambulatoire. Par ailleurs, un projet doit aboutir en fin d'année 2018, pour augmenter la capacité de l'unité d'hospitalisation à temps complet, à douze places au lieu de six lors de la visite.

### 6.4.2 Le projet thérapeutique

#### a) La prise en charge thérapeutique

Le service d'admission en hospitalisation à temps complet des adolescents accueille des mineurs en urgence ainsi que lors de séjours programmés.

Les pathologies prises en charges sont multiples et spécifiques à l'adolescence (état de crise, troubles de l'humeur, troubles envahissant du développement, troubles psychotiques, troubles du comportement alimentaire associé à un trouble psychiatrique etc.).

Le projet thérapeutique a pour but la stabilisation des états aigus, l'évaluation et la mise en œuvre d'un projet thérapeutique ambulatoire, le cas échéant.

Les jeunes patients arrivants sont accueillis dès leur arrivée par un médecin psychiatre et un infirmier. Un médecin psychiatre, un infirmier et un éducateur sont référents pour chaque patient le temps de l'hospitalisation.

Les parents sont vus par un infirmier au moment de l'admission, puis sont reçus en entretien avec les psychiatres. Ils sont informés des restrictions prescrites (téléphone, visites etc.) par le médecin, des traitements délivrés à leurs enfants et du déroulement de l'hospitalisation.

La première semaine d'hospitalisation constitue une phase d'observation dans laquelle, de façon générale, le patient mineur pourra appeler ses parents et recevoir des visites seulement de façon médiatisée, en présence d'un soignant, selon la prescription du médecin.

### *b) L'activité du service*

Lors de la visite, le nombre de places de l'unité d'hospitalisation était théoriquement de six mais en réalité de sept places, l'une des chambres disposant de deux lits de façon permanente. Le premier jour de la visite, l'unité hébergeait même huit patients hospitalisés à temps complet (deux chambres étaient doublées).

De plus, deux patients, de 14 et 16 ans, hébergés la nuit dans une unité pour adultes (Féré) étaient pris en charge la journée au sein de l'unité des adolescents. Le dernier jour de la visite, l'unité pour adolescents prenait en charge neuf patients hébergés dans l'unité (deux chambres étaient doublées et la chambre d'isolement était utilisée de façon ouverte), ainsi qu'un mineur de 16 ans hébergé la nuit dans l'unité Féré. Ainsi, pendant la visite, l'unité prenait en charge quatre patients de plus que ses six places d'hospitalisation à temps complet autorisées par l'ARS. Cette situation n'était pas exceptionnelle. Durant le mois précédant la visite, les contrôleurs ont relevé que l'unité Féré avait hébergé, les nuits en chambre fermée, six patients mineurs, âgés de 14 à 16 ans, pris en charge dans l'unité pour adolescent la journée (cf. § 6.2.2).

L'unité n'est pas en capacité d'admettre les patients de plus de 16 ans. En 2015, parmi les 161 patients de moins de 18 ans admis au sein du CHD en hospitalisation à temps complet, seulement quatre-vingt-dix-sept avait été admis au sein de l'unité pour adolescents (réalisant 144 séjours) dont treize étaient âgés de moins de 12 ans. Le taux d'occupation du service était de 92 % en 2015.

Pendant la visite, un patient de 17 ans était admis dans l'unité adulte Seglas. Ce patient avait antérieurement été pris en charge dans l'unité d'adolescents puis transféré en service adultes à l'approche de sa majorité.

La durée moyenne de séjour dans l'unité était de 14,41 jours en 2015 alors qu'elle était de 20,7 jours en 2012. Cette diminution est notamment due à la demande d'engagement de reprise dans les 24 heures suivant l'indication de fin d'hospitalisation des mineurs placés par l'aide sociale à l'enfance.

Les hospitalisations sur ordonnance de placement provisoire (OPP) étaient de cinq en 2014, trois en 2015 et sept en 2016. Il a été indiqué qu'une coordination était établie avec les juges des enfants afin d'éviter les OPP qui ne relèveraient pas d'une réelle indication d'hospitalisation en psychiatrie.

Une hospitalisation d'un mineur en SDRE a eu lieu en 2015. D'après les propos recueillis, cette mesure était pertinente au regard de l'histoire du patient concerné.

Par ailleurs, les après-midi en semaine, l'équipe de cette unité prend en charge, quatre patients admis en hospitalisation de jour.

### *c) Le personnel*

Un pédopsychiatre praticien hospitalier à temps plein, est référent pour l'unité. Le temps médical de l'unité est complété par la présence d'un autre médecin psychiatre à temps plein, dont le statut de « faisant fonction d'interne » devait être transformé en statut de praticien hospitalier dans le mois suivant la visite et par un interne, à temps plein. La présence médicale est effective du lundi au samedi matin, et relayée par les psychiatres de garde, le cas échéant.

L'équipe de soins est composée d'infirmier(e)s dont certain(e)s sont puéricultrices, d'aides-soignantes, d'aides médico-psychologiques, de psychologues, d'une assistante sociale, d'un éducateur et d'un art-thérapeute.

Il a été indiqué que l'équipe de soins, renouvelée de façon importante en 2013 suite à des départs en retraite, était stable. Les soignants bénéficient de formations spécifiques sur la prise en charge des adolescents.

La présence soignante auprès des patients est d'au moins trois agents (infirmier, aide-soignant ou éducateur) de matin et de soir, d'un infirmier de jour et de deux infirmiers de nuit.

Les réunions cliniques de l'équipe pluridisciplinaires sont nombreuses dans la semaine et les réunions institutionnelles, du service et du pôle, sont elles aussi fréquentes.

#### *d) Les locaux*

Les locaux du service sont récents (2004) et bien entretenus. Ils sont spacieux, lumineux et conviviaux.

L'entrée de l'unité est fermée. Les bureaux des soignants et médicaux sont situés dans une zone séparée du lieu de vie et d'hébergement.

Les espaces de vie communs sont nombreux et distribués dans deux espaces, la « zone nuit » et la « zone jour ». Ils sont notamment dotés de deux salons de télévision, d'une grande salle à manger, de deux espaces extérieurs (un patio de 28 m<sup>2</sup>, un grand jardin et un jardin thérapeutique), de trois salles d'activités. Ces locaux sont bien équipés : salle informatique, baby-foot, ping-pong, fauteuils de salon confortables, une salle de bains avec baignoire, cabine téléphonique.... Le bureau de « l'équipe pluridisciplinaire » (ou « PC infirmier ») est équipé de grandes vitres permettant de visualiser le salon commun de la « zone nuit ». L'office du service est équipé pour servir de cuisine thérapeutique utilisée avec les patients.



*Vues des espaces communs de l'unité pour adolescents*

Les chambres des patients sont spacieuses et lumineuses, équipées de bureau, de placards et chacune d'une salle d'eau.

Lors de la visite :

- quatre chambres de 12 m<sup>2</sup> étaient individuelles ;

- la plus grande chambre de 16 m<sup>2</sup>, initialement prévue pour les personnes à mobilité réduite, était équipée pour deux jeunes de façon permanente (deux lits, deux bureaux, deux placards) ;
- une chambre individuelle de 15 m<sup>2</sup> contenait un matelas au sol en plus de son lit.



*Chambre doublée avec matelas au sol dans l'unité pour adolescents*

Une chambre d'isolement est située dans un couloir séparé de l'espace nuit.

#### *e) Les règles de vie*

La vie des jeunes patients est rythmée par : les repas (9h30, 12h30 et 19h30) ; les activités de 10h à 12h et de 15h à 16h30 du lundi au vendredi, les temps « de réflexion » en chambre de 14h à 15h et de 18h à 19h, et l'heure du coucher aux environs de 22h30.

Le midi, le repas est « thérapeutique » et est pris en commun avec des membres de l'équipe de soins.

L'enseignement est dispensé par une association « l'école à l'hôpital ». Des enseignants bénévoles, à la retraite interviennent quatre matins par semaine pendant deux heures et délivrent des cours individuels de trente minutes à une heure, sur différentes matières et différents niveaux.

L'autonomie des jeunes patients est recherchée, notamment au travers du rangement des chambres, du lavage du linge personnel, de leur participation à l'élaboration de repas. Une réunion « équipe-ados » se tient tous les jeudis après-midi.

## **6.5 L'ESPACE D'ACTIVITES ET DE LOISIRS « PETAL » EST UNE RESSOURCE PRECIEUSE**

### **6.5.1 Les moyens**

Le poly-espace thérapeutique d'activités et de loisirs (PETAL) est une structure interpolaire placée sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre de santé. Elle propose des activités d'art plastiques animées par une IDE, un atelier de musique, animé par un éducateur musicothérapeute et des activités sportives conduites par un infirmier.

Les locaux sont situés en face de la cafétéria. Outre un bureau commun, chaque animateur dispose d'une salle équipée du matériel nécessaire à ses activités. L'activité sportive se tient le matin dans les locaux de PETAL et l'après-midi, réservée aux sports collectifs ou de plein air

(basket-ball, volley-ball, badminton, vélo), dans d'autres lieux - piscine, gymnase, forêt - en fonction du sport pratiqué.

Toutes les musiques sont pratiquées dans l'atelier musique : percussions, chant, rap, reggae, favorisant la création et l'improvisation.



La salle de musique



La salle de sport

L'art plastique offre principalement du matériel de peinture, dessin, modelage, mais toutes autres initiatives personnelles sont acceptées, par exemple des travaux à base de carton.

Les trois ateliers sont complémentaires, *« ils permettent à des personnes avec des problématiques différentes, de trouver une place au sein d'un collectif accueillant et bienveillant »*.

PETAL participe aussi à des événements ou manifestations sportives dans l'établissement ou en ville comme assister à l'Open de tennis d'Orléans.

#### 6.5.2 Le fonctionnement

Le lieu est ouvert de 9h30 à 12h et de 13h30 à 17h, chaque jour de semaine, toute l'année, les animateurs se relayant pour qu'il n'y ait pas de fermeture pendant les périodes de vacances.

Les patients y viennent librement, ou conduits par un soignant pour le trajet, la durée de participation est libre. Ils y sont encouragés ou orientés par le médecin ou les soignants ou simplement conseillés par le bouche à oreille.

Les liens et échanges avec les équipes de l'intra hospitalier, sont ponctuels et non formalisés. L'utilité thérapeutique résulte notamment de ce que les activités sont collectives avec l'effet de resocialisation qui s'y attache. Les patients n'y sont pas évalués et le savent, la maladie est mise de côté.

Bien que la participation à une activité soit sans rendez-vous, les animateurs constatent que l'effectif spontané des groupes dépasse rarement huit personnes et que lorsqu'il est dépassé, les patients, qui n'apprécient pas les groupes trop importants, reviennent à un autre moment.

Au cours de l'année 2015, PETAL a compté 5 882 passages pour une file active de 448 patients. Le nombre de passages en 2016 est évalué à 6 000.