



RAPPORT DE VISITE :

13 au 16 février 2017 - Première visite

**CENTRE HOSPITALIER
D'AMILLY, MONTARGIS**

(Loiret)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
SYNTHESE	4
OBSERVATIONS	8
RAPPORT	12
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'UHP a vocation à proposer une prise en charge de proximité dans l'Est du département	13
2.2 Un établissement récent bien intégré dans le fonctionnement de l'hôpital général	14
2.3 Les effectifs de l'UHP ont connu une progression régulière	16
2.4 Une dotation budgétaire insuffisante pour la psychiatrie qui bénéficie d'un soutien de la MCO	18
2.5 L'activité de l'unité d'hospitalisation psychiatrique est en progression	18
2.6 Des contrôles institutionnels insuffisants	19
2.7 Des garanties de qualité de la prise en charge peu efficaces	20
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	22
3.1 Une arrivée des patients admis sans consentement systématiquement après un passage par l'unité d'accueil psychiatrique	22
3.2 L'information des patients est limitée aux règles de vie sans précision sur les droits	26
3.1 Une préparation de la sortie faite de multiples autorisations de sorties courtes et progressives	27
3.2 Une saisine du juge des libertés et de la détention qui mérite d'être plus précise sur le fondement juridique de l'hospitalisation	28
4. LES DROITS DES PATIENTS	30
4.1 Une protection juridique des majeurs mise en œuvre au sein de l'établissement mais qui n'est pas toujours assurée d'un suivi effectif du patient	30
4.2 Les biens des patients sont facilement disponibles sauf en cas d'absence du vagemestre	30
4.3 Le droit de vote n'est pas mis en œuvre	31
4.4 Les activités religieuses ou philosophiques s'exercent avec facilité	31
5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	32
5.1 Les conditions d'isolement méritent d'être améliorées	32
5.2 Des conditions de mise sous contention qui méritent d'être revues	34
5.3 Le registre d'isolement et de contention	35
6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION	37

6.1	Une liberté d'aller et venir restreinte	37
6.2	Une vie courante satisfaisante sauf en ce qui concerne le tabac.....	38
6.3	Des relations avec l'extérieur limitées	40
6.4	Les soins somatiques sont dispensés <i>a minima</i>	42
6.5	La sexualité est discutée en équipe mais ne fait pas l'objet de règles claires.....	43
6.1	Les incidents font l'objet d'un suivi rigoureux.....	44
7.	LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE	47
7.1	Deux unités aux locaux identiques mais aux fonctionnements quotidiens bien distincts pour les patients	47
7.2	Un pôle d'activité dynamique mais peu en lien avec les équipes soignantes.....	50

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite de l'unité d'hospitalisation psychiatrique (UHP) du centre hospitalier de l'agglomération montargoise (CHAM), du lundi 13 au jeudi 16 février 2017. Un rapport de constat a été adressé au directeur du centre hospitalier afin de recueillir ses observations. Le présent rapport prend en considérations ces observations et fait état des bonnes pratiques et des recommandations adressées à cet établissement.

L'UHP a vocation à proposer une prise en charge de proximité dans l'Est du département du Loiret.

Le centre hospitalier de Montargis, situé sur commune d'Amilly à 5 km du centre-ville, regroupe, outre l'hôpital central, ses unités d'accueil d'urgence et de traitement, deux EHPAD, un centre de gérontologie et des installations d'investigation et de soins privées. Le secteur 45G06 lui est annexé depuis les années 1970. Ce n'est qu'en 2001 que douze lits d'hospitalisation complète en psychiatrie, accueillant seulement les patients admis en soins libres, ont été ouverts. A la même période, des centres médico-psychologiques (CMP) pour adultes ont été créés dans une volonté de rapprochement de la psychiatrie des bassins de vie des patients. Le bâtiment actuel de cinquante-cinq lits, accueillant les patients adultes en soins sous contrainte, a été inauguré en 2010. Aujourd'hui, l'unité psychiatrique est composée de deux ailes de vingt-huit et vingt lits.

L'unité de psychiatrie du CHAM, a compétence sur un territoire d'une population de 110 000 habitants dont la population est vieillissante, en complément du centre hospitalier départemental Daumezon (CHD) à Orléans. Elle est située à environ 250 m de l'hôpital et dispose de sa propre entrée.

La prise en charge extra hospitalière n'est assurée que par deux CMP, à Gien et Montargis ; par un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) spécialisé dans le diagnostic des troubles envahissants du comportement (TED). En l'absence de médecins psychiatres (un seul) dans le secteur privé, les allers-retours en hospitalisation des patients, suivis par des médecins généralistes, sont fréquents.

L'UHP dispose de deux unités, reliées par un grand patio central, simplement dénommées l'unité 1 et l'unité 2. Ce sont des carrés, parfaitement symétriques bâtis chacun autour de deux petits patios intérieurs, le long desquels de larges couloirs de circulation permettent d'accéder aux locaux de soins, aux espaces de vie et aux chambres. Sous réserve de huit chambres doubles, les chambres sont toutes identiques et de taille modeste (2,5 m sur 3,5 m). Elles sont lumineuses, leur état de conservation comme l'entretien et la propreté des locaux sont exemplaires mais il serait facile d'améliorer ce cadre totalement dépourvu de décorations (y compris dans les salles de détente ou de restauration).

Les deux patios de chaque unité et le grand patio central sont recouverts pour partie de pelouse – en mauvais état – et pour partie de dalles de ciment. Ces patios servent largement à la promenade des patients, mais leur équipement est très sommaire voire insuffisant (absence de bancs, d'abris en cas d'intempéries). Le vaste parc qui entoure l'ensemble du bâtiment pourrait offrir de larges possibilités de promenades et de convivialité au profit de patients mais n'est pas exploité en ce sens.

L'UHP est bien intégrée dans le fonctionnement de l'hôpital général. La psychiatrie est rattachée au pôle urgence et réanimation de l'hôpital, ses représentants participent à toutes les instances de pilotage de l'hôpital (réunions de cadres, de pôles, directoire, commissions de soins)

et dispose d'un projet médical de l'UHP validé par la CME en 2015. Des instances spécifiques pour la psychiatrie, associant les professionnels de l'intra et de l'extra hospitalier, permettent d'élaborer une réflexion sur la prise en charge des patients. La dotation budgétaire annuelle en psychiatrie est inférieure aux taux de dotation nationale, le CHAM compense sur son budget global les moyens nécessaires.

Le recrutement des médecins spécialistes reste difficile et les agents sont peu formés à la question des droits des patients. L'établissement a recours à des médecins étrangers pour lesquels sont relevées des difficultés de communication avec le corps médical et les patients. Les équipes soignantes sont plutôt jeunes, féminines et reçoivent une formation dans le cadre d'un plan annuel. En 2015, une série de formations a été réalisée concernant les droits des patients mais à un niveau très généraliste, la compréhension précise des textes comme leur mise en œuvre concrète restent incertaine pour une majorité des soignants.

Les contrôles institutionnels sont insuffisants. Le contrôle des autorités, tel que prévu à l'article L 3222-4 du code de la santé publique, s'avère inexistant, le registre de la loi ne comportant aucun visa des autorités que ce soit le préfet, le président du TGI, le procureur de la République, le maire ou les parlementaires.

De plus, la dernière visite de la CDSP - faite par un médecin psychiatre au CH Daumezon, désigné par le représentant de l'Etat dans le département - est intervenue le 17 juillet 2014 avec la mention « *sans observation* ».

Les associations des familles ont le sentiment d'appartenir à la communauté de soins et regrettent le faible engagement des élus sur la psychiatrie. Néanmoins, elles estiment que la situation de l'unité s'est améliorée depuis deux ou trois ans avec une implication forte de la direction qui s'est traduite dans le comportement du personnel.

L'accueil des personnes en soins sans consentement se fait principalement par le biais des urgences, après un passage par l'unité d'accueil psychiatrique (UAP). Le circuit des urgences générales est privilégié car le patient y bénéficie d'un examen somatique avant l'entretien psychiatrique à l'UAP qui décide le mode d'admission, libre ou sur décision du directeur de l'établissement. Le psychiatre qui évalue le patient aux urgences peut émettre le premier certificat si un tiers permet une admission en procédure d'urgence. Sinon, il est recouru aux médecins de structures installées sur le site du CHAM, de toutes spécialités, mais qui ne sont que « partenaires » et non-salariés du CHAM. Mais il a été indiqué qu'ils ne se déplaçaient pas toujours et transmettaient le certificat par télécopie ou courriel, le signataire du certificat d'admission reprenant alors les éléments décrits par le service des urgences pour motiver l'admission. Il a été signalé que cette procédure n'était pas conforme aux exigences légales.

L'information des patients est limitée aux règles de vie sans précision sur les droits. Les entretiens avec les équipes de soignants et médecins ont mis en évidence une totale méconnaissance des droits du patient hospitalisé en soins sans consentement, à l'exception de l'audience devant le JLD. Les agents ne disposent pas d'imprimé retranscrivant les droits des personnes soignées sans leur consentement et aucun document type n'est remis aux patients ni même affiché dans les lieux de vie. Seule figure au tableau d'affichage une copie du *Livret d'accueil : règlement intérieur et règles de vie de l'UHP* qui ne mentionne ni les recours possibles ni les droits spécifiques du patient ainsi que la charte de la personne hospitalisée.

Il n'existe aucun fascicule relatif aux admissions en soins psychiatriques retranscrivant les informations prévues par la loi. Aucune mention spécifique sur la psychiatrie ne figure dans le livret d'accueil du centre hospitalier. Le document intitulé *Livret d'accueil : règlement intérieur*

et règles de vie de l'UHP est affiché dans les unités. Il ne fait que décrire succinctement le service et les documents nécessaires à l'enregistrement de l'admission, précise la composition de l'équipe médicale et de l'équipe pluri professionnelle, et mentionne les différentes règles applicables lors du séjour dans l'établissement. Il n'est pas toujours à jour ni suffisamment précis sur les règles de vie courante et sa tonalité est plus proche de celle d'un règlement intérieur.

La période de soins et d'observation ne suit pas une procédure spécifique, le patient n'est pas systématiquement placé en chambre d'isolement et la chambre qui lui est réservée est choisie en fonction des disponibilités. L'évaluation du patient se fait en équipe deux fois par jour, mais à nouveau, il peut arriver que, malgré la fréquence des rencontres avec les médecins, les certificats des 24 et 72 heures soient délivrés sans entretien préalable avec le patient.

La saisine du juge des libertés et de la détention mérite d'être plus précise sur le fondement juridique de l'hospitalisation. En effet, en cas de SDDE, il n'est pas précisé si l'admission a été effectuée sur demande d'un tiers. De ce fait, le contrôle de la régularité de la procédure ne peut être exécuté avant celle-ci. Depuis 2016, les audiences se tiennent dans une salle aménagée près de la zone d'hébergement. C'est une salle claire, et bien équipée mais dépourvue de tout dispositif informatique permettant d'éditer l'ordonnance sur place. L'avocat peut s'entretenir avec son patient avant l'audience dans un bureau situé en face de la salle d'audience, garantissant la confidentialité des entretiens.

Les conditions d'isolement méritent d'être améliorées tant sur les aspects matériels que sur la procédure suivie. La chambre de taille modeste (14 m²), correctement meublée et équipée d'un bouton d'appel, est éclairée par une fenêtre dont les vitres sont entièrement opacifiées empêchant la vue du ciel et qui ne peut être ouverte pour aérer la pièce. Lorsque le patient est placé à l'isolement, il est toujours mis en pyjama. Le médecin devrait renouveler sa décision chaque jour après avoir vu le patient mais cette obligation ne semble pas toujours respectée. Le médecin généraliste voit le patient au début de l'isolement mais pas nécessairement par la suite. Le statut d'admission des patients en soins libres placés à l'isolement est changé au-delà de 24 heures ; la famille est alors contactée. Un médecin extérieur à l'hôpital signe le certificat d'admission à partir des informations de symptomatologie qui doivent figurer dans le certificat d'admission. Le placement en chambre d'isolement comme réponse disciplinaire à une méconnaissance des règles de vie doit être proscrit.

La mise sous contention n'est pas fréquente mais répond parfois à l'intention d'éviter les fugues, ce qui mérite aussi d'être revu. Enfin, le registre traçant ces mesures ne permet pas de mesurer leur recours en quantité et durée.

La liberté d'aller et venir est restreinte pour les patients. En dépit de son appellation d'unité ouverte, la sortie de l'unité 1 est en réalité limitée. Par ailleurs, les patients ne sont pas autorisés à déambuler dans tous les couloirs de l'unité, chacun ne peut emprunter que le couloir qui dessert sa chambre. Les patients qui ne peuvent sortir sont regroupés sur les sièges installés face au poste de soins ; ils sont désœuvrés et apathiques, nombreux se plaignent de l'ennui.

A l'unité 2, un couloir est interdit à la circulation des patients, quand un patient souhaite rejoindre sa chambre il doit faire appel à un soignant pour que le couloir lui soit ouvert. Par ailleurs, certains patients témoignent de mises à l'isolement régulières dans leur chambre.

La vie courante est satisfaisante (restauration, hygiène) sauf en ce qui concerne le port de la blouse opératoire en guise de pyjama, particulièrement dégradant pour les patients.

Les relations avec l'extérieur sont limitées. Les téléphones portables sont interdits et les appels par un *point-phone* ne sont accessibles que sur des créneaux courts. Le règlement intérieur prévoit qu'aucun appareil multimédia (PC portable, tablette...) n'est autorisé ; aucun accès internet n'est possible à l'UHP.

Le pôle d'activité est dynamique mais peu en lien avec les équipes soignantes. De nombreuses activités sont proposées dans des locaux spacieux, propres, clairs, bien équipés et agréablement décorés par les productions artistiques des patients. Les liens entre les équipes de soins et les intervenants socio-éducatifs sont inexistantes, les activités ne sont pas proposées dans le cadre d'une prise en charge globale de soins et ne sont pas planifiées individuellement pour le patient.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. **BONNE PRATIQUE** 14
Les locaux de l'UHP sont récents, bien conçus et très bien entretenus.
2. **BONNE PRATIQUE** 16
L'unité de psychiatrie est totalement intégrée dans le pilotage de l'hôpital général qui soutient son projet médical.
3. **BONNE PRATIQUE** 17
Les échanges professionnels avec d'autres services permettent de décloisonner le secteur de psychiatrie et de favoriser des candidatures de soignants.
4. **BONNE PRATIQUE** 53
L'espace dédié aux activités est très bien conçu, agréable et les nombreux équipements permettent de proposer un espace de respiration apprécié des patients.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

- 1.
2. **RECOMMANDATION** 16
Les patios extérieurs doivent être équipés afin de permettre aux patients de s'y installer confortablement et à l'abri en cas d'intempéries. Les espaces verts autour du bâtiment pourraient être utilisés pour permettre aux patients de profiter d'autres espaces de circulation.
3. **RECOMMANDATION** 17
Des formations sur les droits des patients admis en soins sans consentement, doivent être proposées de façon systématique et régulière afin que l'ensemble des agents soit en capacité de les mettre en œuvre et de les expliquer aux patients.
4. **RECOMMANDATION** 20
Le registre de la loi ne peut être démembré dans des cahiers ordinaires divers, dont la consultation est malaisée. L'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même.
5. **RECOMMANDATION** 23
L'établissement doit s'assurer que la procédure d'admission des patients en soins sans consentement est conforme aux exigences légales et que, notamment, le médecin signataire du certificat d'admission a pratiqué un examen effectif du patient.
6. **RECOMMANDATION** 24

Il n'est pas acceptable que les patients en soins sans consentement soient tenus dans l'ignorance de leurs droits. L'établissement doit mettre en œuvre les moyens matériels et de formation des équipes pour que les droits de ces patients leur soient notifiés et explicités et ce dans les meilleurs délais après leur admission.

7. RECOMMANDATION 25

La désignation d'une personne de confiance suppose, pour être effective l'acceptation de celle-ci. La procédure pour la recueillir, le cas échéant, doit être mise en place.

8. RECOMMANDATION 25

Les certificats médicaux de 24 heures et 48 heures supposent que le médecin signataire ait rencontré le patient concerné. L'établissement doit veiller à ce qu'il en soit bien ainsi.

9. RECOMMANDATION 27

L'établissement doit revoir le document intitulé « Livret d'accueil » de l'UHP afin de faire référence à tous les droits des patients et les informer correctement sur les règles de vie courantes.

10. RECOMMANDATION 29

Les documents de saisine du juge des libertés doivent indiquer précisément le fondement juridique des admissions sur décision du directeur afin de lui permettre d'exercer pleinement son contrôle de régularité.

11. RECOMMANDATION 30

Il est intolérable que les patients perdent le bénéfice de places permettant une sortie d'hospitalisation par défaut d'implication des mandataires institutionnels. La direction du CHAM doit mettre en œuvre les actions nécessaires pour remobiliser l'institution chargée de la protection juridique des patients.

12. RECOMMANDATION 31

Une procédure de remise des biens du patient en soins sans consentement doit être mise en place en cas d'absence du vaguemestre.

13. RECOMMANDATION 31

Des dispositions permettant aux patients d'exercer leur droit de vote doivent être mises en œuvre. Que les patients en fassent ou pas la demande, il revient à l'institution d'informer les patients des modalités d'exercice de ce droit.

14. RECOMMANDATION 33

Les fenêtres des chambres d'isolement devraient, au moins dans leur partie supérieure, offrir une vue sur l'extérieur.

15. RECOMMANDATION 33

Le placement en chambre d'isolement comme réponse disciplinaire à une méconnaissance des règles de vie doit impérativement être proscrit.

16. RECOMMANDATION 34

Il n'est pas admissible que lors des changements de statut d'admission en cours d'hospitalisation, les médecins signant le certificat d'admission ne se déplacent pas pour examiner le patient concerné.

17. RECOMMANDATION 34

La procédure de mise en chambre d'isolement doit être plus sérieusement observée, son suivi médical régulièrement assuré et sa traçabilité contrôlée.

18. RECOMMANDATION 35

Contrairement à l'hypothèse envisagée par le protocole de l'établissement, le souci d'éviter la fugue d'un patient ne saurait justifier la mise sous contention de celui-ci.

19. RECOMMANDATION 35

La surveillance par un médecin somaticien des patients placés sous contention est impérative et sa régularité doit être contrôlée.

20. RECOMMANDATION 36

Le registre d'isolement et de contention doit être finalisé de façon à fournir l'outil pertinent de l'observation des pratiques prévue annuellement par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique ; la qualité de sa tenue doit être contrôlée pour qu'il remplisse effectivement cette mission.

21. RECOMMANDATION 37

La limitation de circulation au sein même de l'unité 2 paraît excessive et attentatoire aux droits des patients.

22. RECOMMANDATION 38

La limitation de l'accès au patio central aux patients d'une seule unité par demi-journée impose aux patients une contrainte exagérée qui ne paraît justifiée ni par la configuration des locaux, ni par l'insuffisance de personnel pour assurer une présence dans ce lieu.

23. RECOMMANDATION 38

Dans l'unité 2, la mise en isolement en chambre ne peut être utilisée comme réponse à un comportement jugé inapproprié.

24. RECOMMANDATION 39

Les unités disposant de machines à laver le linge, un accompagnement thérapeutique des patients pourrait être proposé dans le but de viser à l'autonomisation des patients.

25. RECOMMANDATION 40

Des allume-cigares doivent être installés dans les patios intérieurs afin de permettre aux patients d'allumer leurs cigarettes sans dépendre de la disponibilité des soignants.

26. RECOMMANDATION 41

L'UHP doit pouvoir un point d'accès internet, d'autant que la configuration permet une utilisation contrôlée.

27. RECOMMANDATION48

Les patients doivent être autorisés à décorer les murs de leur chambre par des objets ou photographies personnels.

28. RECOMMANDATION49

Le grand patio central, commun aux deux unités, doit être accessible pour tous les patients autorisés toute la journée et mieux équipé pour le confort de ces derniers.

29. RECOMMANDATION50

Le port systématique du pyjama, à l'entrée puis lors de tout incident, à l'unité 2 doit être revu. La blouse qui ne respecte pas la pudeur des patients doit être proscrite. Dans le respect de la dignité des personnes une plus grande attention doit être portée sur les tenues des patients (vêtements et chaussures).

30. RECOMMANDATION53

Les activités doivent être proposées aux patients dans le cadre d'une prise en charge globale de soins. Pour ce faire, les liens entre les équipes de soins et les intervenants socio-éducatifs doivent être renforcés et les activités mieux planifiées pour chaque patient.

RAPPORT

Contrôleurs :

- Adidi Arnould ; cheffe de mission,
- Anne Lecourbe ; contrôleur,
- Gérard Kaufmann ; contrôleur,
- Bénédicte Piana ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de l'agglomération montargoise, 658 rue des Bourgoins 45207 Amilly-Montargis, du lundi 13 au jeudi 16 février 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés dans l'établissement le 13 février 2017 à 14h. Ils l'ont quitté le 16 février 2017 à 14h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis à l'unité d'hospitalisation psychiatrique (UHP) par la directrice des soins. Il a été procédé à une présentation de la mission devant le président de la commission médicale d'établissement (CME), le chef de pôle et la cadre supérieure de santé.

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) de Montargis, 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 rencontrées à leur demande par les 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 sa 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 le personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le jeudi 16 février 2017 en présence du directeur, de ses adjoints, du chef de pôle, des cadres de santé et du président de la CME.

Un rapport de constat a été adressé le 16 août 2017 au directeur du centre hospitalier qui a transmis, en date du 16 octobre 2017, des observations qui ont été intégrées dans le présent rapport.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'UHP A VOCATION A PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE DE PROXIMITE DANS L'EST DU DEPARTEMENT

Le secteur 45G06 est annexé au centre hospitalier de l'agglomération Montargoise (CHAM) depuis les années 1970. Ce secteur n'a été longtemps pourvu que d'un centre médico-psychologique (CMP) pour adultes. Ce n'est qu'à partir des années 2000 que de nouvelles structures ont été créées dans une volonté de rapprochement de la psychiatrie des bassins de vie des patients.

Le bâtiment d'hospitalisation complète en psychiatrie, de cinquante-cinq lits, sur le site du CHAM, a été inauguré en 2010. Avant cette création, douze lits avaient été ouverts, en 2001, au sein de l'hôpital général accueillant seulement les patients admis en soins libres. Le centre hospitalier départemental Daumezon (CHD), à Orléans, continuait à accueillir les patients en soins sous contrainte.

A l'ouverture, trente lits ont été mis en service. En raison d'une saturation rapide il a été décidé d'ouvrir dix lits supplémentaires en 2011. Aujourd'hui, l'unité psychiatrique est composée de deux ailes de vingt-huit et vingt lits. Il n'existe pas d'unité d'hospitalisation des mineurs dans le Sud du département. Les mineurs continuent à être accueillis au CHD et la prise en charge extra hospitalière est assurée par deux CMP, à Gien et Montargis et par un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) spécialisé dans le diagnostic des troubles envahissant du comportement (TED).

Trois conventions ont été conclues avec des cliniques psychiatriques pour la prise en charge post CHAM, à Gien, Sens (Yonne) et Tremblay (Nièvre).

Un seul médecin psychiatre, qui a exercé à l'UHP, exerce en cabinet à Montargis. Selon les propos recueillis, par manque de psychiatres dans le secteur privé, les patients continuent à se rendre à l'hôpital pour se voir délivrer des ordonnances, les suivis se maintiennent avec des médecins généralistes avec lesquels l'hôpital est en relation régulière. Ces suivis sont jugés fragiles car ils n'évitent pas les allers-retours en hospitalisation des patients.

L'absence d'alternative à l'hospitalisation sur le territoire est un réel manque pour les patients. Le CHAM élabore actuellement un projet d'appartements thérapeutiques, sans garantie d'obtention du financement nécessaire.

Par ailleurs, le vieillissement des patients en psychiatrie nécessite le développement de partenariat avec les établissements spécialisés (maisons d'accueil spécialisées et foyers d'accueil médicalisé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, unités de soins de longue durée, services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Plusieurs conventions conclues avec des associations permettent de pallier les manques du territoire (association de pensions de famille, centres d'hébergement et de réadaptation sociale, association de maintien à domicile) en renforçant l'intervention post prise en charge hospitalière et en prévoyant l'intervention dans la structure d'un psychiatre de l'UHP en cas d'urgence.

Le CHAM et le CHD doivent intégrer le groupement hospitalier de territoire (GHT) au 1^{er} juillet 2017, des travaux sont menés pour élaborer une politique conjointe de prise en charge de la psychiatrie départementale. Dans une démarche collective, des fiches action ont été élaborées, base du travail mené au sein de douze groupes de travail pluri professionnels, animés par des cadres ou des médecins. Un comité de pilotage (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.

2.2 UN ETABLISSEMENT RECENT BIEN INTEGRE DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL GENERAL

2.2.1 L'implantation de l'établissement

L'unité de psychiatrie du CHAM est implantée dans l'Est du département du Loiret et a compétence sur un territoire d'une population de 110 000 habitants.

Montargis est une ville de 70 000 habitants placée au centre d'un nœud autoroutier (A77, A6, A19), située à 68 km à l'Est d'Orléans, à 33 km au Sud de Nemours, à 38 km au Nord de Gien, à 53 km au Sud-Ouest de Sens, à 76 km au Nord-Ouest de la préfecture de l'Yonne, Auxerre, et à 109 km au Sud de Paris. Le réseau routier départemental permet des temps de circulation relativement réduits dans ce département rural depuis le dédoublement des voies.

La proximité de la région parisienne a rendu cette ville attractive pour les plus jeunes qui y exercent mais peuvent se loger à moindre coût dans cette agglomération, avec les difficultés sociales qui en découlent.

Le centre hospitalier de Montargis occupe à 5 km du centre-ville, sur le site de la commune d'Amilly, un vaste quadrilatère de 750 m sur 500 m qui regroupe outre l'hôpital central, ses unités d'accueil d'urgence et de traitement, deux EHPAD, un centre de gérontologie, des installations d'investigation et de soins privés. L'unité d'hospitalisation psychiatrique est située à environ 250 m de l'hôpital auquel elle est reliée par un vaste parking ouvert au public. L'unité dispose de sa propre entrée dans la rue des Bourgoins. Un panneau signale sa présence et la ligne 1 du bus du réseau *Amellys* de la ville permet de rejoindre le centre toutes les trente minutes environ.



Entrée principale de l'UHP

C'est un bâtiment de plain-pied qui se fond dans le paysage et se distingue mal des constructions plus hautes du reste de l'hôpital. Les locaux récents sont bien conçus, sont très bien entretenus et semblent encore neufs.

Bonne pratique

Les locaux de l'UHP sont récents, bien conçus et très bien entretenus.

On accède d'emblée à un bâtiment de façade dont le vaste hall s'ouvre sur deux couloirs latéraux sur lesquels sont alignés les bureaux des médecins et diverses salles pour le personnel. Un secrétariat vitré donne sur ce hall, point d'accueil et d'information pour les visiteurs et les patients. Face à ce secrétariat, une salle décorée de couleurs vives offre une dizaine de places d'attente. On peut y consulter de nombreuses affiches d'information sur l'unité. Face à l'entrée, entre le secrétariat et la salle d'attente, un couloir permet de rejoindre les unités de soins. Ce couloir ouvre au bout de quelques mètres sur le nœud de circulation de l'unité.

A l'extérieur un vaste patio de 30 m sur 20 m, accessible par les deux unités de soins, permet d'accéder au bâtiment appelé le « bloc » au sein duquel se déroulent les activités thérapeutiques (cf. § 7.2).



Patio extérieur commun aux deux unités

A droite et à gauche, les deux unités, simplement dénommées l'unité 1 et l'unité 2, sont des carrés, parfaitement symétriques. Elles sont bâties chacune autour de deux petits patios intérieurs, le long desquels de larges couloirs de circulation permettent d'accéder aux locaux de soins, aux espaces de vie et aux chambres. Dans chacune de ces unités un premier hall donne directement sur le bureau (vitré) des infirmiers, sur deux salons dont l'un pour la télévision et sur une salle à manger, ces locaux sont éclairés par des baies vitrées ouvrant sur le grand patio central.

Sous réserve de huit chambres doubles, les chambres sont toutes identiques. Elles sont de taille modeste (2,5 m sur 3,5 m) et lumineuses, éclairées par une vitre fixe de 1,2 m sur 0,60 m. A côté de la vitre un volet de 40 cm permet de faire entrer l'air en s'ouvrant partiellement. Sous la fenêtre, une table fixe permet d'être utilisée en bureau. Les murs sont clairs de couleurs variées et vives mais sans aucune décoration. Chaque chambre dispose d'un espace sanitaire avec WC, douche à l'italienne et lavabo au-dessus duquel est placé un grand miroir mural éclairé par un large bandeau lumineux. Un fauteuil en bois et cuir, une table de nuit un lit métallique et un vaste placard complètent l'équipement. Chaque chambre dispose d'une sonnette d'appel.

Les sept chambres inutilisées (lits non ouverts) ne sont pas meublées. Lors des fortes inondations du printemps 2016, suite aux dégradations subies, elles ont été exceptionnellement aménagées pour y placer les patients le temps des travaux.

La circulation est aisée au sein de ces unités. Les couloirs se croisent à angle droit et ramènent naturellement au hall d'accueil sous la surveillance directe des soignants. L'état de conservation comme l'entretien et la propreté des locaux sont exemplaires. Bien que les murs soient de

couleurs variées, l'absence totale de décoration y compris dans les salles de détente ou de restauration rend pourtant très anonyme un cadre qu'il serait facile d'améliorer.

Les deux patios de chaque unité et le grand patio central sont recouverts pour partie de pelouse – en mauvais état – et pour partie de dalles de ciment. Ces patios servent largement à la promenade des patients, mais leur équipement est très sommaire voire insuffisant (absence de bancs, d'abris en cas d'intempéries). Le vaste parc qui entoure l'ensemble du bâtiment pourrait offrir de larges possibilités de promenade et de convivialité au profit de patients mais il n'est pas du tout investi par l'UHP.

Recommandation

Les patios extérieurs doivent être équipés afin de permettre aux patients de s'y installer confortablement et à l'abri en cas d'intempéries. Les espaces verts autour du bâtiment pourraient être utilisés pour permettre aux patients de profiter d'autres espaces de circulation.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « l'achat de bancs scellés est prévu pour 2018. L'aménagement extérieur (abri) est inscrit au plan d'équipement ».

2.2.2 L'organisation fonctionnelle de l'établissement et les instances de pilotage

Au sein de l'hôpital la psychiatrie est rattachée au pôle urgence et réanimation de l'hôpital, néanmoins selon les propos recueillis, l'unité de psychiatrie fait partie intégrante de l'hôpital. A ce titre ses représentants participent à toutes les instances de pilotage de l'hôpital (réunions de cadres, de pôles, directoire, commissions des soins). Un projet médical de l'UHP a été validé par la CME en 2015 ; il prévoit une prise en charge ouverte vers l'extérieur, le développement du partenariat avec le médico-social, le projet de mise en œuvre de cures de sismothérapie et la mise en place du GHT (par le développement du partenariat avec l'hôpital Daumezon).

Des instances spécifiques pour la psychiatrie, associant les professionnels de l'intra et de l'extra hospitalier, permettent d'élaborer une réflexion sur la prise en charge des patients. Pour exemple, deux réunions annuelles sont animées par le chef de pôle et l'UHP participe à un groupe régional de réflexion sur la prise en charge de la douleur en psychiatrie, ce qui permet le partage de documents et de compétences.

De même, la spécificité de la psychiatrie est prise en compte dans le cadre du comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN). Une collaboration avec les diététiciens de l'hôpital a permis de mettre en place une démarche spécifique pour éviter la dénutrition en psychiatrie.

Bonne pratique

L'unité de psychiatrie est totalement intégrée dans le pilotage de l'hôpital général qui soutient son projet médical.

2.3 LES EFFECTIFS DE L'UHP ONT CONNU UNE PROGRESSION REGULIERE

Les effectifs du centre hospitalier se sont sensiblement accrus de 2013 à 2015 passant de 1 638 à 1 803 équivalents temps plein, soit une progression de 7 % alors que la masse salariale a progressé elle de 10 % durant la même période. L'unité de soins psychiatriques a suivi une évolution comparable.

Elle comptait à la date du contrôle : vingt-cinq infirmiers diplômés d'Etat (IDE), trente aides-soignants (AS), sept agents des services hospitaliers (ASH), trois psychologues, un ergothérapeute et une dizaine de professionnels dans les domaines sociaux et administratifs. Selon les observations faites lors du contrôle, ces effectifs de soignants permettent d'assurer le service dans des conditions correspondant aux tableaux de service présentés, soit pour chaque période de service et pour chaque unité, au moins trois soignants dont, le plus souvent, deux infirmiers. La présence d'un institut de formation en soins infirmiers au sein du centre hospitalier facilite le recrutement d'autant que « la bonne réputation » du service suscite de nombreuses candidatures. Dans le cadre de convention de partenariat, des journées « d'immersion » en psychiatrie sont organisées pour les infirmiers des EHPAD et des CMP. Certains professionnels exerçant dans les services de médecine générale (en cas de fermeture estivale par exemple) peuvent être positionnés en renfort au sein des équipes de l'UHP.

Bonne pratique

Les échanges professionnels avec d'autres services permettent de décroiser le secteur de psychiatrie et de favoriser des candidatures de soignants.

S'agissant du personnel médical, neuf médecins psychiatres, dont sept praticiens hospitaliers, et un médecin généraliste, interviennent pour l'ensemble du pôle, en intra et extra hospitalier. Ainsi, le nombre de praticiens hospitaliers intervenant auprès de patients hospitalisés reste faible : 1,5 ETP pour l'unité 1 et 0,4 pour l'unité 2.

Selon les propos recueillis, le recrutement des médecins spécialistes reste difficile. Au moment du contrôle, les postes pour les internes étaient restés vacants, il est fait recours à des médecins étrangers pour lesquels sont relevées des difficultés de communication avec le corps médical et les patients. Une forte féminisation est à noter pour les équipes soignantes (seulement cinq IDE ou AS sont des hommes).

Les équipes soignantes, plutôt jeunes, reçoivent une formation dans le cadre d'un plan annuel, dont l'effort financier représente 2,1 % de la masse salariale. En 2015, une série de formations a été réalisée concernant les droits des patients et la prévention de la maltraitance. Mais ces formations restent très généralistes et la compréhension précise des textes comme leur mise en œuvre concrète reste incertaine pour une majorité des soignants interrogés, quelle que soit par ailleurs leur attention à l'égard des soignants.

Recommandation

Des formations sur les droits des patients admis en soins sans consentement, doivent être proposées de façon systématique et régulière afin que l'ensemble des agents soit en capacité de les mettre en œuvre et de les expliquer aux patients.

Le taux d'absentéisme du personnel de l'unité de soins psychiatriques est très élevé par rapport à celui des autres services de l'hôpital, mais il semble lié, majoritairement, à des motifs non médicaux (congé maternité notamment).

Le service des agents est organisé par deux équipes composées idéalement de deux IDE, deux AS et un ASH (le matin) de 6h45-14h45 et 13h30-21h30, les passages de relais durent 1 h 15 mn entre les équipes. Selon les propos recueillis, sur ce temps de présence de nombreux soignants,

des accompagnements extérieurs sont organisés. Parfois, quand l'effectif le permet, s'ajoute un infirmier en service « de journée » afin d'effectuer des accompagnements sociaux préparant les sorties des patients. Les professionnels travaillent selon un rythme de trois jours suivis de deux jours de repos.

Deux assistantes de service social sont affectées à l'UHP ; elles interviennent toutes deux sur les deux unités. Elles participent toutes deux au *staff* hebdomadaire des unités qui dure 1 heure 30 mn.

Selon les propos recueillis, lors de l'ouverture la spécificité de la psychiatrie n'avait pas été suffisamment prise en compte, entraînant de nombreux incidents. La spécialisation du personnel s'est construite au fur et à mesure et est aujourd'hui jugée satisfaisante, notamment grâce à un fort renouvellement des équipes dans les trois dernières années.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique qu'« *une formation sur les droits des patients hospitalisés en psychiatrie a débuté le 27/09/17. Elle est reconduite au plan de formation 2018 et s'adresse à l'équipe médicale et paramédicale.* »

2.4 **UNE DOTATION BUDGETAIRE INSUFFISANTE POUR LA PSYCHIATRIE QUI BENEFICIE D'UN SOUTIEN DE LA MCO**

Le résultat net de l'ensemble hospitalier reste, en 2015, négatif et, sur plusieurs années (six ans), cette situation a tendance à se dégrader. On peut observer que ce résultat résulte pour l'essentiel de la prise en compte, par les amortissements, des investissements importants des années précédentes pour une moyenne d'environ 11 M€ par an en 2011 et 2012 et 4 M€ par an entre 2013 et 2015. L'excellent état des bâtiments de l'unité de soins psychiatriques tient pour une large part de cet effort financier.

En revanche, la marge d'exploitation, qui traduit l'activité courante du centre hospitalier reste très positive (+ 7 M€ en 2015) en dépit d'une forte augmentation des charges de personnel (+ 18 % en quatre ans). Concernant les produits, la progression des recettes liées aux soins a été régulière sur les dernières quatre années, mais plus faible pour les soins psychiatriques que pour ceux couverts par la tarification à l'activité. Selon les propos recueillis, la dotation budgétaire annuelle en psychiatrie étant basée sur le nombre d'habitants du territoire elle est donc inférieure aux taux de dotation nationale. L'objectif d'ouverture de cinquante-cinq lits n'ayant jamais été atteint, les dotations sont restées plus faibles que les moyens mis en œuvre pour faire fonctionner une unité à quarante-huit lits. Cette situation, a conduit à un « rebasage » en 2013 à la suite d'un audit conduit sous l'autorité de l'agence régionale de santé. Mais en interne, au sein du centre hospitalier, un débat apparaît de façon récurrente sur le poids des soins psychiatriques au sein de l'ensemble.

La difficulté qui consiste à combiner la progression de la demande aux nécessités d'équilibrer les coûts financiers de l'ensemble hospitalier conduit parfois à dégrader la situation des malades au sein de l'unité de soins psychiatriques. Pour exemple, une salle de balnéothérapie n'est pas mise en service faute de possibilité d'investissement dans les équipements nécessaires. De même, le marché de la lingerie revu à la baisse entraîne l'acquisition de pyjamas peu adaptés aux patients en psychiatrie (cf. § 6.2.2).

2.5 **L'ACTIVITE DE L'UNITE D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE EST EN PROGRESSION**

En 2015, l'unité a accueilli 523 patients dont 411 en soins libres (79 %). Ces patients ont bénéficié de 15 714 journées d'hospitalisation complète dont 11 724 en soins libres (74 %). Alors que pour

l'ensemble du CHAM, l'activité est plutôt en baisse, fortement marquée de 2013 à 2015, (-7,9 % en général dont - 8,5 % pour la seule MCO¹), l'activité du pôle psychiatrique est nettement en hausse pour la même période (+ 10 % d'entrées, + 22 % de journées d'hospitalisation à temps plein). La file active a progressé de 20 % de 2011 à 2015. La durée moyenne de séjour (32 jours en 2015) est, elle, en régulière réduction. Pour autant, le service conserve sur les cinq dernières années un taux très élevé d'occupation, autour de 90 %.

L'activité en soins sous contrainte (SSC) de l'unité psychiatrique se décline comme suit :

	2015	2016
SDT ²	17	6
SDTU	43	58
SPI	14	22
SPDRE	26 dont 10 arrêtés municipaux et 5 transformations de SDT	40 dont 18 arrêtés municipaux et 6 transformations de SDT

Le tableau ci-dessus fait apparaître que les admissions en procédures d'urgence, donc sur la base d'un seul certificat médical, sont très fréquentes.

2.6 DES CONTROLES INSTITUTIONNELS INSUFFISANTS

2.6.1 Le registre de la loi

Le registre de la loi est tenu à l'UHP sur le document de modèle normalisé. Pour chaque mesure de SDDE y sont agrafés les photocopies des documents exigés par l'article L.3212-13 du code de la santé publique mais également des documents non prévus par la loi comme, le cas échéant, la photocopie de la carte d'identité du tiers demandeur et le bulletin de situation.

En revanche, ne sont jamais reportées la date de notification des droits pourtant prévue par ledit article, ni la date des mesures de protection antérieures à l'hospitalisation.

Il a pu être constaté que pour certaines mesures de soins sur demande d'un tiers, celui-ci est le curateur UDAF dont il n'est pas établi que ses liens avec le patient, liens purement institutionnels, remplissent les conditions prévues à l'article 1° du II de l'article L.3212-1 du code de la santé publique³.

Lorsque les pages prévues pour le suivi d'une mesure sont toutes utilisées, un cahier ordinaire est ouvert pour recueillir les pièces de la procédure concernant une seule personne ; il n'est ni coté ni paraphé. Ces cahiers, autant que de mesures en cours dépassant les capacités d'écriture des quatre pages du registre, sont conservés dans un local attenant au secrétariat ; cette organisation permet difficilement le suivi de l'ensemble des mesures et ces cahiers ne peuvent être regardés comme constituant le registre de la loi.

¹ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

² SDT : soins à la demande d'un tiers ; SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence ; SPI : soins pour péril imminent ; SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat.

³ Article L.3212-1 du code de la santé publique : « (...) II. 1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci (...) »

Recommandation

Le registre de la loi ne peut être démembré dans des cahiers ordinaires divers, dont la consultation est malaisée. L'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

La composition de la CDSP du Loiret a été renouvelée par arrêté préfectoral du 29 octobre 2014. Le dernier rapport concerne l'année 2015 au cours de laquelle la CDSP a tenu trois réunions (en mars, juillet et octobre). Une quatrième réunion prévue en décembre 2015 a été reportée en janvier 2016. En l'absence de rapport établi pour 2016, les contrôleurs n'ont pu savoir si cette réunion avait eu lieu ni quelle avait été l'activité de la CDSP au cours de cette année. Il s'est cependant avéré que l'unité de psychiatrie du CHAM n'avait pas reçu la visite de la CDSP en 2016, pas plus qu'en 2015 seule la visite du CH Daumezon, à Orléans, ayant alors été organisée.

Selon les visas figurant dans le registre de la loi, la dernière visite de la CDSP - faite par un médecin psychiatre au CH Daumezon, désigné par le représentant de l'Etat dans le département - est intervenue le 17 juillet 2014 avec la mention « *sans observation* ».

2.6.3 La visite des autorités

Le registre de la loi ne comporte, au moins pour l'année 2016 et les premières semaines de 2017, aucun visa des autorités que ce soit le préfet, le président du TGI, le procureur de la République, le maire ou les parlementaires. Le contrôle des autorités tel que prévu à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique s'avère donc inexistant.

2.7 DES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE PEU EFFICIENTES

2.7.1 Les associations représentant les familles

Lors du contrôle, cinq membres de ces associations ont visité l'établissement. Les membres de l'union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), de l'association des Paralysés de France, de Loiret Diabète et de la Ligue contre le Cancer étaient présents. Selon les témoignages recueillis, les liens entre le CHAM et ces associations sont bons, les représentants rencontrés ont été ou doivent être associés aux instances de concertation. Ils doivent participer à l'élaboration des programmes locaux de santé.

Concernant précisément les soins psychiatriques, les associations estiment que la situation de l'unité s'est améliorée depuis deux ou trois ans avec une implication forte de la direction qui s'est traduite dans le comportement du personnel. Elles regrettent le peu d'engagement des élus sur ces sujets. Elles ont vraiment le sentiment d'appartenir à la communauté de soins.

Par ailleurs, il a été constaté une gestion attentive et rigoureuse de l'accès aux dossiers médicaux, procédure directement suivie par le président de la CME (également responsable du DIM⁴) Pour la consultation des dossiers médicaux, les procédures sont très rares contentieuses (cinq dont trois écrites sur les quatre-vingt-dix-neuf qu'a connues le CHAM en 2015).

⁴ DIM : département d'information médicale

2.7.2 Les questionnaires de satisfaction

En 2015, trois questionnaires ont été retournés en provenance du pôle psychiatrie pour 1 600 sur l'ensemble du centre hospitalier (contre deux en 2013 et cinq en 2014).

Selon les informations recueillies, une réflexion a été entreprise pour améliorer les retours des questionnaires de sortie, travail qui n'intègre cependant que peu le pôle psychiatrie. Notamment, il n'existe pas de questionnaire spécifique pour ce pôle.

Le document est remis aux patients à la sortie. Bien qu'ils soient en général peu mobilisés pour remplir le questionnaire, l'intervention et l'aide des soignants a permis d'augmenter sensiblement le taux de retour porté à seize en 2016 (pour une grande part venant de l'unité 2).

L'examen de ces questionnaires montre que la majorité des patients sont satisfaits des conditions hôtelières (pour douze d'entre eux), de l'accueil dans le service (treize sur les seize), de l'écoute et de la disponibilité du personnel ainsi que des informations données sur le traitement et les soins (quatorze patients sur les seize), de la qualité des informations données par le médecin (quatorze d'entre eux) et de la facilité de rencontrer le psychiatre (onze patients sur les seize). Trois retours font toutefois état de l'insuffisance des activités (« *on ne soigne pas les gens en les laissant attendre à ne rien faire* » écrit un des patients questionnés) ou encore de la nécessaire amélioration des activités ou de la disponibilité des animateurs.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 UNE ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT SYSTEMATIQUEMENT APRES UN PASSAGE PAR L'UNITE D'ACCUEIL PSYCHIATRIQUE

3.1.1 Les modalités d'admission

Les patients qui ne sont pas adressés en hospitalisation directe par le médecin (cf. § 2.1) qui les suit passent par l'unité d'accueil psychiatrique (UAP), située dans un bâtiment à l'entrée de l'hôpital général. Lorsque les CMP ne peuvent prendre en consultation les patients qui s'y présentent en urgence - le délai d'attente pour une consultation est de l'ordre de trois mois - ils les orientent également vers l'UAP. Certaines personnes qui connaissent son existence s'y présentent directement.

C'est une structure extra hospitalière qui assure des consultations de première intention ou en post urgence avec re-convocation à 24 heures ou 48 heures pour rechercher l'adhésion aux soins psychiatriques. Elle est ouverte de 9h à 18h30, du lundi au vendredi.

L'équipe de l'UAP comporte un ETP de psychiatre, 2,8 ETP d'IDE, une secrétaire et prévoit des créneaux de psychologue réservés aux personnes venant en urgence. Un psychiatre effectue une astreinte la nuit et les week-ends. L'UAP assure la liaison psychiatrique avec le service des urgences générales de l'hôpital.

L'examen a lieu dans la chambre d'isolement (cf. § ci-dessous) ou « au brancard », le patient étant placé dans un box.

Les urgences de l'hôpital disposent d'une chambre pour les « personnes agitées » (en état d'alcoolémie, démentes, etc.). Il s'agit d'une pièce meublée d'un seul lit en mousse avec matelas ; il est recouvert d'un drap et des contentions y sont posées prêtes à l'usage. Elle est éclairée par une fenêtre et une lampe placée au-dessus de la porte. Le patient n'y est revêtu que de ses sous-vêtements et d'une « casaque » (blouse longue fermée dans le dos). Faute de WC, l'occupant utilise un bassin ou un urinal. Il peut également être conduit dans les sanitaires du personnel ou un WC, un lavabo et une douche sont à disposition ainsi que des gants et serviettes de toilette. Un bouton d'appel est relié au poste infirmier. Des plateaux repas peuvent lui être servis, nourriture coupée, seule une cuiller lui est laissée ; un gobelet et un pichet (incassable) d'eau peuvent être laissés.

Le service des urgences ne tient aucun registre de l'utilisation de cette chambre ; il a été indiqué qu'aucune occupation ne durait plus de 24 heures, les patients étant dirigés, dans ce délai, vers le service psychiatrique et si aucune place n'y était disponible, vers le CH Daumezon à Orléans.

a) Admission sur décision du directeur de l'établissement

Il a été indiqué que pour les patients se présentant en urgence, le circuit des urgences générales était privilégié car le patient y bénéficiait d'un examen somatique avant l'entretien psychiatrique.

Il peut ensuite rejoindre l'UAP pour un entretien psychiatrique.

C'est donc ce service qui décide le mode d'admission, libre ou sur décision du directeur de l'établissement.

Le psychiatre qui évalue le patient aux urgences peut émettre le premier certificat si un tiers permet une admission en procédure d'urgence (article L.3212-3 du code de la santé publique).

En l'absence de tiers, pour établir le certificat d'admission, il est recouru aux médecins de structures installées sur le site du CHAM mais qui n'en sont que « partenaires », ces médecins, qui ne sont pas salariés du CHAM, remplissant ainsi la condition de ne pas exercer dans l'établissement accueillant le malade. Il peut s'agir d'un médecin du service de dialyse ou de rééducation fonctionnelle ou de radiologie. En principe, le médecin appelé se déplace et rédige le certificat d'admission ; il a été indiqué que tel n'était pas toujours le cas et que le certificat pouvait être transmis par télécopie ou courriel, le signataire du certificat d'admission reprenant alors les éléments décrits par le service des urgences pour motiver l'admission.

Recommandation

L'établissement doit s'assurer que la procédure d'admission des patients en soins sans consentement est conforme aux exigences légales et que, notamment, le médecin signataire du certificat d'admission a pratiqué un examen effectif du patient.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « *en cas d'admission de patients hospitalisés sans consentement « péril imminent », le CHAM envisage de travailler avec la société SOS médecins afin qu'ils se déplacent pour examiner le patient* ».

b) Admission sur décision du représentant de l'Etat

A la réception de l'arrêté du préfet (ou du maire) une équipe de deux soignants va chercher le patient en utilisant un véhicule de l'UHP ou l'ambulance d'une société privée. Dans la mesure du possible, un soignant de sexe masculin est dépêché mais faute de disponibilité, tel n'est pas toujours le cas. Il a été indiqué que le patient voyageait allongé mais pas toujours attaché ; éventuellement, une sédation est administrée sur le fondement d'une ordonnance « si besoin » prévoyant l'injection et la contention.

Le patient est conduit aux urgences générales pour un bilan somatique.

En cas de réintégration, une équipe identiquement constituée va chercher le patient mais celui-ci n'est pas présenté aux urgences.

Pour les personnes en soins sans consentement (SSC), le trajet de quelques centaines de mètres du service des urgences à l'UHP est effectué accompagné de soignants de l'UHP et dans l'un de ses véhicules. Il peut être effectué à pied par les patients en soins libres mais ils sont toujours accompagnés par un soignant.

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

Quand la décision d'admission est prise lors d'un passage aux urgences, la mesure est notifiée dès ce moment par les agents de ce service. Si le patient est pris en charge à son domicile, la notification de la décision, émanant alors en général du représentant de l'Etat, lui est faite sur place par la lecture de l'arrêté. Dans un cas comme dans l'autre, la copie de la décision d'admission n'est pas remise au patient lors de cette notification, sauf demande de l'intéressé. Pour les personnes admises en SDRE, l'arrêté est envoyé au patient par l'ARS, deux à trois jours après son arrivée à l'hôpital ; un accusé de réception signé du patient – ou d'un soignant en cas d'impossibilité ou de refus de signature du patient – est ensuite retourné à l'ARS *via* le secrétariat du pôle psychiatrie. La décision d'admission prise par le directeur est en revanche classée au dossier du patient sans accusé de réception de sa part.

A l'arrivée dans l'unité de soins, la décision est à nouveau expliquée au patient par le médecin et les soignants, sans précision quant aux recours possibles ni aux droits attachés aux soins sans consentement. Si l'état du patient ne permet pas une notification immédiate, celle-ci est remise à plus tard et le cadre de santé peut intervenir pour donner de plus amples informations.

Les entretiens avec les équipes de soignants et médecins ont mis en évidence une totale méconnaissance des droits du patient hospitalisé en soins sans consentement, à l'exception de l'audience devant le JLD, comme a pu le confirmer un cadre de santé : « *des réflexions et des formations ont été entreprises lors de la parution de la loi mais depuis, les habitudes ont été perdues et les informations sur les droits ne sont plus données ; la préoccupation du patient sur son quotidien prime* ».

Les unités ne disposent pas d'imprimé retranscrivant les droits des personnes soignées sans leur consentement, édictés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, de sorte qu'aucun document de ce type n'est remis aux patients ni même affiché dans les lieux de vie. Seules figurent au tableau d'affichage une copie du « *livret d'accueil : règlement intérieur et règles de vie de l'UHP* » qui ne mentionne ni les recours possibles ni les droits spécifiques du patient (cf. § 3.2) ainsi que la charte de la personne hospitalisée.

Lorsqu'un patient ne maîtrise pas la langue française, le service peut faire appel à un interprète ; une liste est établie au niveau de l'établissement et il est prioritairement fait appel aux agents de l'hôpital parlant la langue souhaitée. Cette situation est cependant rare : une demande d'interprète en 2015 pour un patient parlant anglais ; un cas en 2016, l'accompagnateur du patient ayant fait la traduction.

Recommandation

Il n'est pas acceptable que les patients en soins sans consentement soient tenus dans l'ignorance de leurs droits. L'établissement doit mettre en œuvre les moyens matériels et de formation des équipes pour que les droits de ces patients leur soient notifiés et explicités et ce dans les meilleurs délais après leur admission.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « *le livret d'accueil, en cours de modification, sera remis à toute personne admise* ».

3.1.3 Le recueil des observations des patients

Tout au long du parcours de soins, les soignants font un compte rendu des différents entretiens avec le patient, lesquels sont évoqués lors des transmissions et rangés au dossier de la personne concernée.

Lors des consultations le médecin intègre les éventuelles observations du patient dans son dossier informatique et spécifie les consignes données.

3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

La possibilité de désigner une personne de confiance ne figure pas dans le livret d'accueil de l'UHP, elle est succinctement abordée dans le d'accueil de l'hôpital.

La désignation d'une personne de confiance est abordée dès le premier entretien infirmier. Un peu difficile à expliquer selon les soignants, cette possibilité est finalement bien comprise des personnes hospitalisées. Cependant, la procédure n'est pas conduite à son terme dans la mesure

où il n'est pas pris contact avec la personne nommée pour lui faire contresigner sa désignation. Par suite, celle-ci est sans effet.

Le nombre de patients, présents à l'établissement au moment de la visite, ayant désigné une personne de confiance n'a pu être obtenu. Selon les soignants et le cadre de santé rencontrés, une grande partie des patients désignent une personne de confiance qui est souvent un proche et parfois la même personne que celle à prévenir.

Recommandation

La désignation d'une personne de confiance suppose, pour être effective l'acceptation de celle-ci. La procédure pour la recueillir, le cas échéant, doit être mise en place.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique qu'« une procédure institutionnelle existe. Un accent particulier sera mis sur l'obtention de l'accord de la désignation de la personne de confiance ».

3.1.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité

Les médecins voient rapidement les nouveaux admis : le jour même quand l'arrivée a lieu le matin et au plus tard le lendemain en cas d'admission l'après-midi.

La période d'observation ne suit pas une procédure spécifique : le patient n'est pas systématiquement placé en chambre d'isolement et la chambre qui lui est réservée est choisie en fonction des disponibilités. L'évaluation du patient, comportant son évolution dans l'unité, se fait en équipe deux fois par jour.

Selon les informations recueillies, il peut arriver que, malgré la fréquence des rencontres avec les médecins, les certificats des 24 et 72 heures soient délivrés sans entretien préalable avec le patient.

Recommandation

Les certificats médicaux de 24 heures et 48 heures supposent que le médecin signataire ait rencontré le patient concerné. L'établissement doit veiller à ce qu'il en soit bien ainsi.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « tout patient sous contrainte est reçu en entretien par le médecin signataire ».

3.1.6 Les cas de sur occupation et de transfert

Les patients admis en soins sur demande du directeur de l'établissement (SDDE) qui ne peuvent être accueillis à l'unité 2 lorsque les lits sont tous occupés sont pris en charge à l'unité 1. Il en va différemment des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) qui sont toujours accueillis en unité 2 de sorte que, en cas de sur occupation lors d'une admission, un changement d'unité peut être décidé pour un autre patient quel que soit son statut.

Des changements d'unité peuvent en effet toujours intervenir en cours d'hospitalisation, plus fréquemment cependant de l'unité fermée vers l'unité ouverte. De même, s'il est nécessaire de libérer des lits, des sorties programmées peuvent être avancées. Dans chaque unité des changements de chambre peuvent également intervenir tout au long du séjour. Il a été indiqué

qu'il n'arrivait jamais qu'une chambre soit doublée par apport d'un lit supplémentaire ou d'un matelas au sol.

Il arrive également que les patients entrant en urgence soient dirigés vers l'hôpital Daumezon d'Orléans si aucun lit n'est disponible à l'UHP.

3.1.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

La question de l'éventuelle confidentialité de l'hospitalisation est posée lors du premier entretien infirmier et la réponse est consignée dans le dossier du patient. Le soignant qui reçoit une demande de confidentialité en informe le secrétariat. L'information est transmise au secrétariat de l'UHP ainsi qu'aux équipes des unités. Il a été indiqué que lors d'un appel téléphonique pour un tel patient, il était répondu « *il n'y a personne de ce nom ici* ». Il a été précisé que la demande du patient perdurait rarement pendant toute la durée de l'hospitalisation. Des informations recueillies, cette information ne serait pas toujours remontée au standard de l'hôpital qui reçoit et dirige les appels venant de l'extérieur.

La demande d'admission « sous X » est possible ; la procédure est gérée par le bureau des admissions du centre hospitalier.

3.1.8 Le bilan social

A l'arrivée du patient, l'assistante sociale effectue une évaluation de la situation sociale du patient : couverture sociale (CMU, CMU-C), ressources, besoin de renouvellement des prestations (allocation adulte handicapé par exemple).

Beaucoup de patients arrivent avec les seuls habits qu'ils portent sur eux, les proches sont alors contactés pour apporter linge et documents administratifs.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST LIMITEE AUX REGLES DE VIE SANS PRECISION SUR LES DROITS

3.2.1 Les informations prévues par la loi

Il n'existe aucun fascicule relatif aux admissions en soins psychiatriques retranscrivant les informations prévues par la loi.

3.2.2 Le livret d'accueil et le règlement intérieur

Aucune mention spécifique sur la psychiatrie ne figure dans le livret d'accueil du centre hospitalier.

Un document intitulé « *livret d'accueil : règlement intérieur et règles de vie de l'UHP* » est affiché dans chacune des deux unités de psychiatrie. Ce document décrit succinctement le service et les documents nécessaires à l'enregistrement de l'admission, précise la composition de l'équipe médicale et de l'équipe pluri professionnelle, et mentionne les différentes règles applicables lors du séjour dans l'établissement (inventaire ; objets dont la détention est autorisée ou interdit ; modalités de correspondance, des communications téléphoniques, des appareils multimédias, des repas, des visites ; gestion des affaires personnelles ; usage du tabac ; ouverture du salon de télévision ; accès au dossier médical). Il ne comporte cependant aucune référence aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie tels que définis à l'article L. 3211 du code de la santé publique. Ce document n'est pas toujours à jour (cf. § 6.3.1), suffisamment précis sur les règles

de vie courante (cf. § 4.4 ; 6.3.1 et 2) et son intonation est plus proche de celle d'un règlement intérieur.

Recommandation

L'établissement doit revoir le document intitulé « Livret d'accueil » de l'UHP afin de faire référence à tous les droits des patients et les informer correctement sur les règles de vie courantes.

3.1 **UNE PREPARATION DE LA SORTIE FAITE DE MULTIPLES AUTORISATIONS DE SORTIES COURTES ET PROGRESSIVES**

3.1.1 **Les sorties de courte durée**

Toutes les demandes de sorties de courte durée sont traitées par le secrétariat de l'UHP. Elles ne sont cependant répertoriées ni sous forme papier ni informatiquement ce qui a empêché les contrôleurs d'en connaître le nombre sur une période donnée.

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

Une demande de sortie de 12h pour un patient admis en SDRE est intitulée « *programme de soins psychiatriques initial* ».

Selon les propos recueillis, ces sorties sont autorisées dès que l'état du patient le permet et qu'il est assez stabilisé, soit majoritairement après une semaine d'hospitalisation. Elles peuvent être accordées, par exemple, pour faire des courses, honorer un rendez-vous à l'extérieur, faire une promenade ou retourner quelques heures au domicile. Lors de ces sorties le patient est obligatoirement accompagné soit par un membre de sa famille soit par un soignant.

Ces sorties sont précédées d'une évaluation faite par les soignants tant du lieu de vie qu'auprès de la famille et de l'entourage pour s'assurer de la faisabilité du projet.

Par ailleurs, les équipes de soins organisent régulièrement des sorties telle que restaurant, cinéma, magasins, marché de Noël, jardin des plantes (...), le nombre de soignants accompagnateurs étant fonction du nombre de patients participants.

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

Ces sorties font en général suite à celles de moins de 12 heures et sont destinées à préparer la sortie, assortie ou non d'un programme de soins. Le patient est ainsi autorisé à retourner à son domicile d'abord pour une nuit puis pour deux jours.

c) Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat

Selon les informations recueillies tant auprès du secrétariat que des soignants, il arrive que le préfet oppose un refus à une sortie de courte durée pour des raisons soit de forme (certificat médical insuffisamment motivé et circonstancié) soit de fond (sortie prématurée).

Ces refus sont très rares. Les contrôleurs ont pu prendre connaissance du dossier administratif d'un patient pour lequel une autorisation de sortie du 30 décembre pour une durée de moins de 48 heures a été refusée par le préfet par courrier électronique du 30 décembre, transmis à l'établissement via l'ARS, ainsi motivé : « *s'agissant d'une première sortie et compte tenu de la situation, le directeur de cabinet souhaite que M. fasse l'objet d'un accompagnement pour cette sortie* ». A noter que postérieurement à ce refus et maintien de la mesure de soins

psychiatriques, par arrêté préfectoral du 4 janvier 2017 (après certificat médical mensuel), le médecin en charge du suivi a étonnamment proposé, selon certificat médical du 23 janvier 2017, non pas une nouvelle sortie accompagnée ou non, mais un programme de soins avec séjour du patient dans sa famille ou à son domicile sur une journée - de 9h à 18h - puis réintégration dans le service en hospitalisation complète, solution qui a été validée par arrêté du préfet en date du 24 janvier 2017, alors qu'un tel programme de soins méconnaît l'esprit de la loi et a été sanctionné par le juge judiciaire⁵.

d) L'information des tiers

La famille et, le cas échéant, le tuteur ou le curateur du patient sont informés de ces sorties dès lors qu'elles tendent à la préparation à la sortie et à un retour momentané au domicile.

3.1.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

De mémoire des secrétaires et soignants, la préconisation médicale de la mainlevée d'une mesure de SDRE ne s'est jamais heurtée à l'opposition du représentant de l'Etat, si bien que la procédure du recours à un second avis et de l'éventuelle saisine ultérieure du JLD n'a jamais été mise en œuvre.

S'agissant du collège des professionnels de santé, aucune réunion ne s'est tenue en 2016. En 2015 le collège, composé du médecin en charge du suivi, du psychiatre de l'autre unité et d'un cadre de santé, s'est réuni une fois pour un patient en programme de soins avant un changement de secteur. En 2014, le collège s'est réuni à deux reprises pour des patients en soins sans consentement depuis de nombreuses années à la suite d'une décision judiciaire, afin de donner un avis sur le changement du programme de soins pour l'un, sur la poursuite de la mesure pour l'autre.

3.1.3 Le passage en programme de soins

Dans la très grande majorité des cas, la sortie d'hospitalisation des patients en soins sans consentement se fait accompagnée d'un programme de soins au moins pendant une période d'un mois afin d'assurer un suivi avant la levée de la mesure.

3.1.4 La levée de la mesure

La préparation de la sortie fait intervenir les assistantes sociales qui évaluent les conditions matérielles de sortie, ciblent les besoins et les critères de la personne à placer lorsque le retour ne se fait pas au domicile.

Il a été indiqué que faute de structures d'aval, les hospitalisations perdurent au-delà de leur nécessité médicale. L'association IMANIS qui gère un centre d'hébergement et de réinsertion sociale et une épicerie sociale constitue un relais mais qui est précaire et reste insuffisant au regard des besoins.

3.2 **UNE SAISINE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION QUI MERITE D'ETRE PLUS PRECISE SUR LE FONDEMENT JURIDIQUE DE L'HOSPITALISATION**

Le secrétariat effectue les opérations de saisine du juge des libertés et de la détention (JLD).

⁵ Arrêt n°207 de la première chambre civile du 4 mars 2015, sur l'ordonnance du premier président de la cour d'appel de Versailles (Yvelines) du 21 mars 2014.

Les convocations à l'audience sont notifiées par les soignants contre signature du comparant. Le JLD a regretté que les documents qui lui sont transmis ne précisent pas, en cas de SDDE, si l'admission avait été opérée sur demande d'un tiers. Il est clair qu'à défaut de cette précision avant l'audience, le contrôle de la régularité de la procédure ne peut être exécuté avant celle-ci.

Recommandation

Les documents de saisine du juge des libertés doivent indiquer précisément le fondement juridique des admissions sur décision du directeur afin de lui permettre d'exercer pleinement son contrôle de régularité.

3.2.1 Les modalités d'organisation de l'audience

En 2016, une salle d'audience a été aménagée dans les locaux de l'UHP.

Elle est située près de la zone d'hébergement. C'est une salle claire, disposant de deux entrées, meublée de bureaux et de rangées de chaises destinées au public assistant à l'audience. Elle est dépourvue de tout dispositif informatique permettant d'éditer l'ordonnance sur place. L'avocat peut s'entretenir avec son patient avant l'audience dans un bureau situé en face de la salle d'audience, garantissant la confidentialité des entretiens.

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

L'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs était tenue par le vice-président du tribunal de grande instance de Montargis, assurant les missions de juge des libertés et de la détention.

Le juge, en robe ainsi que sa greffière et l'avocat, explique au patient les motifs de son hospitalisation et lui explicite les motifs du dernier certificat demandant le maintien. Un dialogue confiant s'établit entre le JLD et le patient.

La décision n'est pas rendue sur le siège, notamment faute de matériel informatique, mais le juge explique au patient les modalités d'appel et lui précise qu'il peut à tout moment demander la mainlevée de la mesure.

L'aide-soignant qui a conduit le patient jusqu'à la salle y reste pendant l'audience. Si le patient est virulent, il arrive que deux ou trois soignants se tiennent dans la salle pendant l'audience.

3.2.3 Les décisions rendues

L'établissement n'a pas été en mesure de donner aux contrôleurs d'information statistique sur la présence aux audiences des patients et les décisions rendues. Le greffe du tribunal sollicité n'a pas donné suite à la demande d'information.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 UNE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS MISE EN ŒUVRE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT MAIS QUI N'EST PAS TOUJOURS ASSURÉE D'UN SUIVI EFFECTIF DU PATIENT

Lorsque les proches prennent contact avec l'assistante sociale en vue de la mise en place d'une protection juridique d'un patient, celle-ci reçoit le patient pour recueillir son opinion sur la démarche. Lorsque ce dernier refuse, la question est travaillée avec le médecin et les proches, en l'absence du patient.

Les assistantes sociales informent les proches des diverses mesures de protections possibles.

Lorsque la mesure est prise, l'assistante sociale reste le médiateur entre le patient majeur protégé et les mandataires judiciaires. Le patient en est informé.

Lorsque le patient a un besoin pour lequel l'intervention du mandataire est nécessaire, l'assistante sociale (pour l'unité U1), le cadre (pour l'unité U2), interpellent le mandataire.

Il a été déploré par divers interlocuteurs que les tuteurs ne viennent pas voir les patients dont ils ont la charge et que parfois, ils fassent attendre pour autoriser les acquisitions dont ces derniers ont besoin. Plus gravement, il est regretté que les mandataires institutionnels ne suivent pas leurs dossiers et fassent perdre, ainsi, des possibilités de sortie en établissement lorsqu'une place se trouve disponible.

Recommandation

Il est intolérable que les patients perdent le bénéfice de places permettant une sortie d'hospitalisation par défaut d'implication des mandataires institutionnels. La direction du CHAM doit mettre en œuvre les actions nécessaires pour remobiliser l'institution chargée de la protection juridique des patients.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « le CHAM ne peut se substituer au travail des mandataires institutionnels. Néanmoins, le CHAM fait remonter systématiquement les difficultés auprès du directeur de l'UDAF et du juge des tutelles ».

4.2 LES BIENS DES PATIENTS SONT FACILEMENT DISPONIBLES SAUF EN CAS D'ABSENCE DU VAGUEMESTRE

Le règlement intérieur prévoit que le dépôt de valeurs s'effectue au service des urgences qui dispose d'un coffre ; un inventaire est dressé et inscrit sur le logiciel. Le vaguemestre de l'hôpital général relève le coffre quotidiennement, l'argent liquide, les cartes bancaires, chéquiers et plus rarement les bijoux sont gardés auprès du régisseur. Un exemplaire de l'inventaire est conservé au coffre, un est remis au patient et un est classé au dossier. Si un patient garde des biens de valeur, il doit signer une décharge de responsabilité de l'hôpital en cas de perte ou de vol. Les patients peuvent se rendre tous les après-midis à la régie située au premier étage de l'hôpital général. Pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir, le vaguemestre, peut être sollicité entre 8h et 10h, puis il apporte quotidiennement l'argent dont a besoin le patient avant midi. Un nouveau décompte est alors soumis à la signature du patient.

Selon les propos recueillis, la procédure est plus complexe en cas d'absence du vaguemestre et en l'absence de coffre à l'UHP, des difficultés peuvent être rencontrées par les patients.

Recommandation

Une procédure de remise des biens du patient en soins sans consentement doit être mise en place en cas d'absence du vaguemestre.

Les objets jugés dangereux sont retirés (lacets, ceinture, lime, foulard, pince, coupe-ongles, flacons contenant de l'alcool, téléphone etc.). Les objets nécessaires à la toilette sont remis dans un casier par les soignants après chaque utilisation par le patient.

4.3 LE DROIT DE VOTE N'EST PAS MIS EN ŒUVRE

A la connaissance des soignants aucun patient n'a jamais sollicité de voter, de ce fait l'hôpital n'organise aucune procédure particulière permettant aux patients d'exercer leur droit en la matière.

Recommandation

Des dispositions permettant aux patients d'exercer leur droit de vote doivent être mises en œuvre. Que les patients en fassent ou pas la demande, il revient à l'institution d'informer les patients des modalités d'exercice de ce droit.

4.4 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES S'EXERCENT AVEC FACILITE

Le règlement et le livret d'accueil de l'UHP ne font pas référence à ce sujet. Le livret d'accueil du CHAM ne fait état que de principes généraux et de la possibilité de joindre le service d'aumônerie en rappelant ses coordonnées.

Selon les propos recueillis, les patients peuvent rencontrer un représentant du culte de leur choix (catholique, judaïque, musulman). Un membre de l'aumônerie du CHAM est contacté pour convenir d'un rendez-vous à l'unité psychiatrique. Par ailleurs, un patient peut être autorisé à participer à une cérémonie tenue à l'hôpital général.

Les bijoux et signes religieux sont laissés aux patients. Une patiente a été autorisée à conserver son voile. Cette dernière était admise en soins libres et selon les propos recueillis « *on ne sait pas si on lui aurait laissé en cas de placement à l'isolement* ». Selon les propos recueillis il est arrivé que les soignants fournissent, en cas de besoin, le matériel nécessaire à une pratique religieuse (comme par exemple : une bassine pour les ablutions et une boussole pour l'orientation pour la prière).

5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

5.1 LES CONDITIONS D'ISOLEMENT MERITENT D'ETRE AMELIOREES

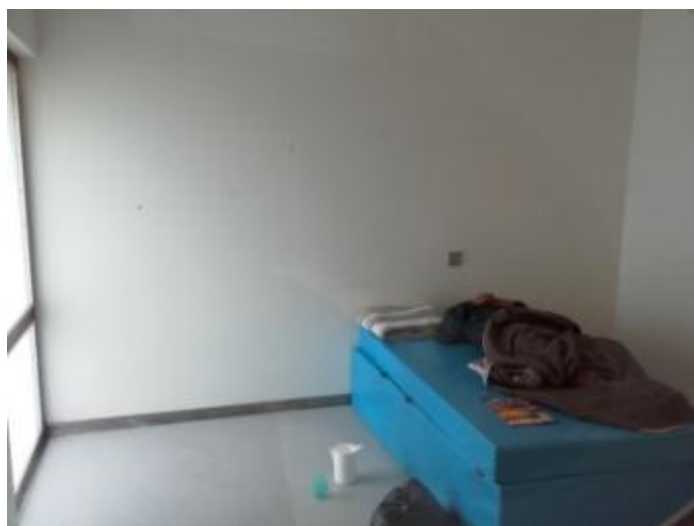
5.1.1 Les locaux

Chacune des deux unités dispose d'une chambre d'isolement.

On accède à la chambre d'isolement (CI) de l'unité 2 après avoir traversé un sas qui dessert également une salle d'eau (1,60 m sur 2,20 m), au sol carrelé en beige et les murs en vert sombre, équipée d'un WC, d'une douche à l'italienne et d'un lavabo ; elle est dépourvue de patère. Lors de la visite, son hygiène était améliorable.

La chambre elle-même (14 m²), est meublée d'un lit formé d'un sommier et d'un matelas en mousse recouverte de toile plastique épaisse ; elle est éclairée par une fenêtre en deux parties, prenant la hauteur de la pièce, dont les vitres du haut et du bas sont opacifiées empêchant même la vue du ciel. La fenêtre ne peut être ouverte pour aérer la pièce. Un bouton d'appel est placé à la tête du lit.

La chambre dispose d'une seconde porte d'accès située dans un corridor séparant la zone d'isolement d'un bureau d'entretien. Cette porte est percée d'un hublot qui permet de voir une horloge accrochée sur le mur opposé du corridor.



La chambre d'isolement de l'unité 2

Le patient qui occupait la chambre lors de la visite des contrôleurs n'y était pas enfermé ; il disposait de journaux, d'un gobelet et d'un pichet d'eau ; il était revêtu de ses vêtements personnels.

La chambre d'isolement de l'unité 1 est identique à celle de l'unité 2 dans sa conception. La chambre elle-même est plus petite (12,5 m²), on y accède également par deux voies : un sas qui dessert une salle d'eau et une autre porte située dans un corridor attenant ; le sol à l'entrée de la salle d'eau est dégradé. La patiente qui l'occupait lors de la visite y était placée depuis plusieurs semaines.

Recommandation

Les fenêtres des chambres d'isolement devraient, au moins dans leur partie supérieure, offrir une vue sur l'extérieur.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « *les chambres d'isolement sont certes de taille modeste mais adaptées au type de prise en charge et aux modalités de l'isolement* ».

5.1.2 La procédure de mise en chambre d'isolement

La procédure de mise en chambre d'isolement (MCI) prévoit une « prescription de mise en chambre d'isolement », procédure validée par l'établissement le 24 février 2016 alors que l'article L.3222-5-1⁶ du code de santé publique qui précise que cette MCI relève d'une « décision » a été adopté et publié avec la loi du 26 janvier 2016. Sur cette feuille de « prescription » doivent figurer les indications de début et levée d'isolement (date, horaire, durée, prescripteur, soignants présents) le mode d'hospitalisation, l'information du patient et de sa famille, le motif (risque suicidaire/ risque d'automutilation/ risque de confusion/autre), les vêtements (pyjama ou slip et tee-shirt), la fourniture d'une couverture de force, le suivi (protocole infirmier de surveillance), les modalités de repas, les possibilités de sortie, les précautions à prendre, le nombre de soignants minimum requis pour accompagner les sorties, la durée et le rythme de celles-ci. **En pratique, lorsque le patient est enfermé dans la CI, il est toujours mis en pyjama ; la consigne peut évoluer, comme l'ont constaté les contrôleurs, lorsque la CI reste ouverte.**

Le médecin doit renouveler sa décision chaque jour après avoir vu le patient ; cette obligation ne semble pas toujours respectée, il a été indiqué aux contrôleurs « *on essaie* ».

Le médecin généraliste se rend trois fois par semaine dans les unités. Lorsqu'un patient a été placé en CI, il le voit au début de l'isolement mais pas nécessairement par la suite.

Il a été indiqué que les patients qui entrent en état de crise sont souvent placés à l'isolement « *pour créer un lien* » ; il est également recouru à l'isolement en cas de violences entre patients. La mention « *sortie, mesure disciplinaire consommation toxique alcool* » a été relevée dans des fiches de suivi.

Recommandation

Le placement en chambre d'isolement comme réponse disciplinaire à une méconnaissance des règles de vie doit impérativement être proscrit.

Le patient placé en chambre d'isolement peut être autorisé à en sortir pour une promenade dans le patio proche, notamment pour fumer. Il n'est pas autorisé à recevoir de visite pendant l'isolement. Exceptionnellement et sur autorisation médicale, il peut disposer de journaux ou

⁶ Article L.3222-5-1 : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. (...) »

d'un livre. En principe, sa chambre lui est conservée, dans la mesure où l'occupation des unités le permet.

Le statut d'admission des patients en soins libres placés à l'isolement est changé si l'isolement se poursuit au-delà de 24 heures, la famille étant contactée pour ce faire. A défaut, un médecin extérieur à l'hôpital (service de dialyse ou de radiothérapie) signe le certificat d'admission. **Il a été indiqué que le médecin contacté ne se déplaçait pas pour examiner le patient** : le psychiatre ou les secrétaires lui donnent les informations sur la symptomatologie qui doivent figurer dans le certificat d'admission.

Recommandation

Il n'est pas admissible que lors des changements de statut d'admission en cours d'hospitalisation, les médecins signant le certificat d'admission ne se déplacent pas pour examiner le patient concerné.

Il est prévu que pour chaque placement en chambre d'isolement, une fiche de suivi portant des relevés médicaux, comportementaux et les événements tels sorties, fumer des cigarette ou visite du médecin est renseignée par l'équipe de surveillance. En pratique, ces feuilles sont renseignées de manière lacunaire : il a été relevé que peuvent manquer la date du jour de la surveillance ou le nom du patient.

Il a été indiqué que le service de sécurité de l'hôpital n'est pas informé des placements en chambre d'isolement, sauf lorsque le patient est autorisé à fumer dans la CI – plutôt que d'être conduit dans le patio pour ce faire – car alors, l'alarme incendie risque d'être déclenchée ; il convient alors d'informer le service de sécurité afin d'éviter qu'il ne se déplace pour une « *fausse alerte* ».

Un *débriefing* est organisé avec le patient à la sortie de l'isolement par le médecin en entretien individuel, puis éventuellement, spontanément, il est repris en équipe. Selon le protocole de mise à l'isolement, « l'évaluation de l'isolement » est consignée dans le dossier de soin du patient ; en pratique, le cas échéant, ce « débriefing » n'est tracé que dans le dossier médical du patient. Il n'a pas été possible de vérifier son caractère systématique.

Recommandation

La procédure de mise en chambre d'isolement doit être plus sérieusement observée, son suivi médical régulièrement assuré et sa traçabilité contrôlée.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique qu'« *une modification des pratiques a vu disparaître la mention « mesure disciplinaire » et qu' « il n'existe pas de service de sécurité au CHAM »* ».

5.2 DES CONDITIONS DE MISE SOUS CONTENTION QUI MERITENT D'ÊTRE REVUES

Le protocole de contention est tout aussi précisément établi par l'établissement, des fiches – qui ne sont pas plus à jour au regard de la loi du 26 janvier 2016 – explicitent les conditions matérielles, les traitements associés, les conditions de surveillance, la traçabilité ou l'évaluation.

Une fiche de traçabilité prévoit d'indiquer, outre les éléments administratifs du patient concerné, le nom du médecin décideur et des soignants opérant, la date et l'heure de début, les motifs

(état d'agitation/agitation toxique/ risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif/ risque élevé fugue associé / autre), le type de contention utilisée (totale ou partielle) ; le traitement médicamenteux utilisé et les voies d'administration, l'information donnée au patient et/ou à son entourage, la possibilité d'un examen clinique, la mise en pyjama, l'inventaire, et la conformité de la contention (aimants en place oui/non, aimants efficaces oui/non).

Il a été indiqué que pour permettre aux patients sous contention de fumer, on leur détachait un bras, le temps de consommer la cigarette.

Recommandation

Contrairement à l'hypothèse envisagée par le protocole de l'établissement, le souci d'éviter la fugue d'un patient ne saurait justifier la mise sous contention de celui-ci.

Un traitement médicamenteux est toujours associé au placement sous contention ; le médecin généraliste ne voit pas systématiquement les patients sous contention.

Recommandation

La surveillance par un médecin somaticien des patients placés sous contention est impérative et sa régularité doit être contrôlée.

5.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de santé publique⁷ est constitué par un cahier dans lequel sont collées des feuilles pré imprimées portant un tableau qui, en colonne comporte les rubriques : « date » / « étiquette » (administrative du patient) / « date 1° [prescription] » / « date levée » / « prescripteur » / « contention date presc date levée » / « intervenants CSI ».

Les intervenants sont indiqués par leurs initiales. Tel quel, ce registre ne remplit pas les obligations légales, notamment il ne permet pas de mesurer la durée des MCI. Au surplus, il est très inégalement rempli : outre que faute de prévoir les heures de début et de fin, il ne permet pas de mesurer précisément les durées des isolements, les dates de sorties manquent souvent ; on constate également des confusions entre la date du jour et la date de la première entrée en CI. On constate que certains jours, le registre n'est pas du tout renseigné.

Il est impossible, à sa lecture, de mesurer le recours à l'isolement en quantité et durée. Une nouvelle mouture des feuilles constituant ce registre a été montrée aux contrôleurs, elle prévoit de faire figurer le motif de l'isolement, les heures et dates de début et de fin.

⁷ Article L.3222-5-1 du code de santé publique : « (...) Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article [L. 3222-1](#). Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. / L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.(...) »

Cependant, selon un interlocuteur, l'isolement met en valeur les difficultés de l'équipe à prendre en charge certaines personnes ; il relève que l'effectif médical a été en grande partie renouvelé en 2015, que l'équipe soignante est récente et manque d'expérience de la psychiatrie ce qui expliquerait ces difficultés.

Recommandation

Le registre d'isolement et de contention doit être finalisé de façon à fournir l'outil pertinent de l'observation des pratiques prévue annuellement par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique ; la qualité de sa tenue doit être contrôlée pour qu'il remplisse effectivement cette mission.

6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

6.1 UNE LIBERTE D'ALLER ET VENIR RESTREINTE

En dépit de son appellation d'unité ouverte, la totale liberté d'aller et venir des patients dans l'unité 1 est limitée aux heures d'ouvertures de la porte d'entrée soit de 10h à 12h et de 15h à 17h ; si la sortie de l'unité est possible en dehors de ces créneaux horaires, celle-ci reste soumise à la disponibilité d'un soignant pour ouvrir la porte. De même l'accès au patio central, commun aux deux unités, n'est autorisé, pour les patients d'une unité, que sur la demi-journée.

Les patients ne sont pas autorisés à déambuler dans tous les couloirs de l'unité, chacun ne pouvait emprunter que le couloir qui dessert sa chambre.

Les patients qui ne peuvent sortir sont regroupés sur les sièges installés face au poste de soins ; ils sont désœuvrés et apathiques, nombreux se plaignent de l'ennui.

Au moment de la visite des contrôleurs, deux patients en soins libres dans cette unité ne pouvaient en sortir qu'accompagnés, cette restriction d'aller et venir étant gérée dans le cadre d'un contrat de soins. Le patient en soins sans consentement à l'unité 1 était en chambre d'isolement.

L'examen de la situation des patients de l'unité 2 fait apparaître que sur les dix-neuf patients présents le 16 février 2017 (un patient étant sorti le 15 février) :

- un patient était en permission de sortie de moins de 48 heures ;
- cinq patients en soins libres avaient des restrictions de sorties (soit limitation de la durée des sorties, soit obligation d'être accompagnés) ;
- sur les cinq patients admis en SDRE, trois avaient l'autorisation de sortir de l'unité pour se rendre au *Relais H*, deux pouvaient sortir accompagnés, un ne pouvait quitter l'unité ; les cinq pouvaient cependant participer aux activités du bloc ;
- sur les huit patients admis en SDDE (quatre en SPI et cinq en SDT), cinq n'avaient aucune autorisation de sortir, deux pouvaient quitter l'unité accompagnés (d'un parent pour l'un et d'un soignant pour l'autre), un pouvait sortir seul.

A l'unité 2, un couloir est interdit à la circulation des patients. Si un patient souhaite rejoindre sa chambre il doit faire appel à un soignant pour que le couloir lui soit ouvert. Selon les propos recueillis, les patients affectés dans les cinq chambres (dont la CI) de ce couloir « *doivent faire l'objet d'une surveillance très spécifique* ». Au moment du contrôle quatre patients de ce couloir étaient autorisés à sortir dans l'unité et le patio intérieur, le dernier n'était autorisé qu'à circuler au sein de ce couloir fermé.

Par ailleurs, certains patients témoignent de mises à l'isolement régulier dans leur chambre « *dès qu'un comportement ou une demande ne plaisent pas aux soignants* ». Ces mises à l'isolement sont particulièrement craintes, vécues comme des punitions, d'autant qu'elles font suite parfois à un processus évolutif allant du placement en CI, puis dans le couloir fermé, puis dans une chambre ouverte avec liberté de circuler dans l'unité et le patio intérieur.

Recommandation

La limitation de circulation au sein même de l'unité 2 paraît excessive et attentatoire aux droits des patients.

Recommandation

La limitation de l'accès au patio central aux patients d'une seule unité par demi-journée impose aux patients une contrainte exagérée qui ne paraît justifiée ni par la configuration des locaux, ni par l'insuffisance de personnel pour assurer une présence dans ce lieu.

Recommandation

Dans l'unité 2, la mise en isolement en chambre ne peut être utilisée comme réponse à un comportement jugé inapproprié.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que plusieurs groupes de travail ont été institués pour permettre « l'accessibilité au patio et une circulation plus grande des patients en unité 1 ». Il est ajouté que « la mise en chambre d'isolement thérapeutique fait suite à une décision médicale. Elle a pour objectif d'éloigner le patient de tous stimuli extérieurs ».

6.2 UNE VIE COURANTE SATISFAISANTE SAUF EN CE QUI CONCERNE LE TABAC

6.2.1 La restauration

La restauration des patients est assurée par la cuisine centrale du centre hospitalier qui fonctionne selon un système de liaison froide et fournit chaque jour 2 500 repas. Les installations de cuisine datent d'une vingtaine d'années mais ont connu un renouvellement régulier. Le dernier contrôle d'hygiène de la cuisine date de novembre 2016. Durant une année, l'UHP consomme près de 38 000 repas. Chaque matin, les denrées correspondant aux repas de la journée sont livrées par conteneurs qui assurent la conservation et permettent de réchauffer les aliments.

Le taux de repas particuliers pour des raisons diététiques ou confessionnelles reste faible (autour de 10 %).

L'évaluation de la satisfaction est uniquement faite à partir des questionnaires de satisfaction dont les retours restent faibles et globalement ne permettent pas un véritable contrôle de la satisfaction. Mais la question n'est pas propre à l'unité des soins psychiatriques. Selon les propos des patients, globalement le service de restauration donne satisfaction. Le menu est affiché quotidiennement.

Une diététicienne participe à l'élaboration des menus. Les quantités servies sont plus importantes que pour les patients hospitalisés à l'hôpital général et quelques agréments supplémentaires sont disponibles (comme le choix dans les confitures).

Les patients se placent librement à table, les soignants aident au service mais ne prennent pas les repas avec eux. Lorsqu'un patient se présente en dehors des repas, une collation est toujours disponible pour lui permettre de s'alimenter. A l'unité 2 la salle à manger dispose de quatre tables de six places, deux services sont donc proposés.

Les patients sont sollicités pour participer à la remise en état de la salle à manger après chaque fin de repas : ils débarrassent leur plateau, essuient la table et remontent leur chaise sur la table.

6.2.2 L'hygiène

En juillet 2016, le centre hospitalier a renoncé à son service de blanchisserie pour ne pas avoir à supporter le coût de remplacement des équipements. L'organisation du lavage du linge collectif (environ vingt-deux tonnes par an) est confiée à un prestataire de services. Ce changement a fait apparaître des difficultés de gestion des flux et de qualité dans la prestation lors de son démarrage. Il a aussi contribué au remplacement du pyjama des patients par la blouse opératoire.

Le linge des patients est entretenu par les familles, les tuteurs ou avec l'aide d'associations. Il existe des machines à laver dans chacune des deux unités qui peuvent être utilisées par les patients, sous la surveillance des soignants, à la condition qu'ils soient totalement démunis.

Les patients sont incités à participer au ménage, quand ils en ont la capacité, ils changent leurs draps ou font leur lit et le ménage dans leur chambre.

Il est proposé de changer les draps tous les jours, si les soignants s'aperçoivent que le patient ne le fait que trop rarement ils changeront les draps eux-mêmes (une fois par semaine minimum).

Les unités disposent d'un stock de linge, de pyjamas et des vêtements provenant de dons d'anciens patients.

Un coiffeur offrant des prestations, à des prix abordables, peut être sollicité sur site.

Dans le cadre des ateliers « esthétique », le rasage et les épilations ne sont plus autorisés (en raison des risques allergiques), ce que regrettent les patients comme les soignants qui les animent.

Si le patient est indigent des produits d'hygiène de première nécessité lui seront fournis.

Recommandation

Les unités disposant de machines à laver le linge, un accompagnement thérapeutique des patients pourrait être proposé dans le but de viser à l'autonomisation des patients.

6.2.3 La sécurité

L'accès dans le domaine hospitalier n'est pas contrôlé. Selon les témoignages recueillis, un patient mécontent de ne pas s'être vu restituer un téléphone portable à son départ, est venu à plusieurs reprises, dans les semaines précédant le contrôle, réclamer son bien de manière véhémement. A la suite de cet incident il a été décidé de réguler les entrées dans le service. Par un interphone, les visiteurs doivent indiquer auprès du secrétariat l'objet de leur visite. L'entrée au sein de l'unité d'hospitalisation se fait après le passage par le sas. Les entrées, mais aussi les sorties, sont, depuis, contrôlées par les agents du secrétariat. Selon les propos recueillis cette situation n'a pas vocation à perdurer.

En dehors de l'incident décrit, aucune intrusion n'avait jamais été déplorée et l'établissement ne connaît pas de phénomènes liés au trafic de stupéfiants. Le site dispose de caméras de surveillance visant à l'extérieur : l'entrée de l'unité et le parking ; à l'intérieur : tous les couloirs de circulation des unités et les extérieurs. Les images, de bonne qualité, sont diffusées dans le bureau des soignants.

En cas de violence des patients, ce sont les renforts internes de l'unité de psychiatrie qui sont mobilisés. Les professionnels ont à leur disposition des dispositifs de protection des travailleurs isolés (PTI), aucun problème n'a été relaté en la matière.

6.2.4 L'accès au tabac

Le livret d'accueil indique qu'il est interdit de fumer dans les lieux affectés à l'usage collectif et qu'il est autorisé d'utiliser les espaces extérieurs aménagés (c'est-à-dire les patios). Il est interdit de fumer dans le bâtiment. Les patients qui le souhaitent peuvent conserver leur tabac. Ils sont néanmoins invités par prudence à le mettre dans la réserve pour éviter les vols ou sollicitations des autres patients. Aucune forme de régulation de la consommation de tabac des patients n'est proposée mais des substituts nicotiques (patchs) peuvent être prescrits sur demande du patient. Les infirmiers gardent les briquets des patients qui doivent sans cesse les solliciter pour allumer leur cigarette et attendre leur disponibilité. Les contrôleurs ont constaté que ce fonctionnement été contraignant tant pour les patients que pour le personnel.

Le livret d'accueil indique qu' « *il vous appartiendra de vous prémunir en ce qui concerne votre réserve de tabac pour vos besoins personnels durant votre séjour* ».

Néanmoins, l'achat du tabac, pour les personnes non autorisées à sortir, est fait lors de sorties accompagnées par des soignants, mais en cas de sous-effectif, il est indiqué qu'il est arrivé que le moyen de paiement disponible n'ait pas été utilisé et que le patient soit resté sans tabac.

Les patients à l'isolement peuvent exceptionnellement être autorisés à fumer dans la chambre (cf. § 5.1).

Recommandation

Des allume-cigares doivent être installés dans les patios intérieurs afin de permettre aux patients d'allumer leurs cigarettes sans dépendre de la disponibilité des soignants.

6.3 DES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR LIMITEES

6.3.1 Le téléphone

Le livret d'accueil prévoit que les téléphones portables ne sont pas autorisés « *pour des raisons de sécurité et de confidentialité* », ils ne sont accessibles qu'à l'extérieur du bâtiment, les patios ne sont pas, cette fois, considérés comme étant extérieurs au bâtiment. Les patients qui sortent du bâtiment récupèrent leurs portables auprès des soignants.

Selon les propos recueillis, les patients sont pauvres, peu possèdent un téléphone très moderne, l'UHP n'est pas confrontée à des problèmes d'enregistrement avec des Smartphones.

Les deux premiers jours d'hospitalisation, sur autorisation médicale, le patient peut joindre ses proches par le biais des soignants.

Dans chaque unité, un *point-phone* est mis à disposition des patients autorisés à téléphoner utilisable de 14h30 à 18h30 alors que le règlement intérieur prévoit cette possibilité de 14h30 à 20h30. Par ailleurs, en réalité jusqu'à 16h30 ce sont les appels entrants qui sont autorisés. Les appels sortants ne sont possibles qu'après cette heure. Le règlement ne fait pas référence à cette distinction.

Les patients donnent le numéro aux soignants qui le composent à partir de leur appareil portatif puis le transfèrent sur le *point-phone*. Le temps de communication n'est pas limité mais il peut être demandé au patient d'être rapide en fonction du nombre de sollicitations des patients.

Un patient est autorisé à appeler en Espagne, la communication est alors établie par le standard du CHAM. Lors du contrôle vingt-cinq patients étaient autorisés à téléphoner dans l'unité 1 et treize dans l'unité 2.

6.3.2 Le courrier

Le livret d'accueil indique que : « *l'établissement se charge de faire suivre votre courrier. Pour cela, il vous incombe de fournir le matériel* ».

Selon les propos recueillis, les courriers au départ et à la réception ne font pas l'objet de restrictions et ils ne sont pas lus par le personnel soignant. Le courrier est remis en mains propres. Les patients sont autorisés à écrire librement aux autorités, le matériel leur serait alors fourni. Dans les autres cas, il revient aux familles de le fournir. Si le patient ne sait pas lire ou ne comprend pas le courrier, à sa demande, il lui sera expliqué par un soignant. Il en est de même pour la rédaction quand un patient est en difficulté. Il arrive que les patients s'aident entre eux. Pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir, le vagemestre se charge de déposer le courrier à *La Poste*.

6.3.3 La télévision

Dans chaque unité des salons permettent aux patients de regarder la télévision jusqu'à 23h. Les patients disposent de la télécommande qui leur est confiée le matin et est récupérée le soir par les soignants.

6.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Le règlement intérieur prévoit qu'aucun appareil multimédia (PC portable, tablette) n'est autorisé dans le service. Un jeune patient a indiqué aux contrôleurs ne pas comprendre qu'on lui ait retiré une tablette et un *Ipod*, d'autant que selon lui, les activités proposées, auxquelles il ne souhaite pas participer, s'adressent à des personnes d'un certain âge. Aucun accès Internet n'est possible à l'UHP.

Recommandation

L'UHP doit pouvoir un point d'accès internet, d'autant que la configuration permet une utilisation contrôlée.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique qu'« *une étude d'accès WIFI est en cours sur l'ensemble du CHAM* ».

6.3.5 Les visites

Le livret d'accueil prévoit que les visites sont autorisées de 14h30 à 18h30 et celles des enfants de moins de 16 ans ne sont pas autorisées. Malgré cela, les enfants en bas âge sont tolérés, même si, selon les soignants, les familles sont découragées de les faire venir à l'hôpital. Selon les propos recueillis, certaines familles sollicitent la présence d'un professionnel durant l'entretien.

Deux salons de visites, hors des unités, sont disponibles pour les visites des proches du patient, ce qui permet à la fois de préserver l'intimité des patients et des familles et évite de les exposer aux crises d'autres patients. Des jeux pour enfants sont disponibles dans la pièce. Lors du contrôle vingt-cinq patients étaient autorisés à recevoir des visites dans l'unité 1 et treize dans l'unité 2.



Salon des familles

6.4 LES SOINS SOMATIQUES SONT DISPENSES A MINIMA

6.4.1 L'accès au médecin généraliste

Un médecin généraliste intervient au sein des deux unités à raison de trois demi-journées par semaine. En cas de besoin en dehors de ses temps de présence, les soignants font appel au médecin psychiatre qui prend ou non la décision de transférer le patient aux urgences.

Il n'est pas prévu de visite systématique du médecin généraliste pour les patients placés à l'isolement ou en contention (cf. § 5.1 et 5.2).

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « *certes un médecin généraliste intervient trois demi-journée par semaine, de plus, notre territoire est connu pour sa désertification médicale, mais un cabinet médical de garde est situé au sein des urgences et garantit l'accueil des patients à l'hôpital de 20h à minuit en semaine, le samedi de 14h à 24h, dimanche et jour férié de 8h à 24h, pendant les ponts le cabinet médical de garde organise soit une garde supplémentaire soit fournit la liste des cabinets médicaux ouverts ce qui est une ressource supplémentaire* ».

6.4.2 Les consultations spécialisées

Les consultations spécialisées ont lieu à l'hôpital général qui bénéficie de services de chirurgie, médecine, maternité, gynécologie, pédiatrie, pneumologie, radiologie-scanner, kinésithérapie.

Les soins dentaires et ophtalmologiques sont en revanche dispensés en dehors de l'établissement. Lorsque le patient veut poursuivre le suivi débuté à l'extérieur, il peut bénéficier d'une permission de sortie, accompagné soit d'un membre de sa famille soit d'un soignant. Pour les patients en soins sans consentement, l'accompagnement pour des soins en ville se fait nécessairement par un véhicule de service ou par VSL ; dans ce cas, la demande de prise en charge est faite par les unités, la direction financière délivre un bon de commande et les frais sont pris en charge par l'établissement.

6.4.3 La pharmacie

La pharmacie du centre hospitalier central comprend six pharmaciens, correspondant à 4,7 ETP, treize préparateurs en pharmacie, cinq aides en pharmacie, deux secrétaires.

Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées, assurant un circuit du médicament sécurisé. Les vérifications (validations des posologies, des contre-indications, validation des associations de médicaments) sont faites au fur et à mesure par les pharmaciens.

Chaque unité de psychiatrie dispose dans l'armoire de service d'une dotation pour les médicaments « tout venant » ; celle-ci fait l'objet d'un réassortiment une à deux fois par semaine. Les autres médicaments prescrits sont suivis nominativement, livrés « en vrac » et acheminés – tout comme le réassortiment – par un coursier de l'hôpital dans des caissons scellés. La préparation nominative des traitements est assurée par les soignants de l'unité.

En cas d'urgence, les soignants peuvent faire appel au pharmacien de permanence, présent à l'hôpital le samedi matin et d'astreinte téléphonique le reste du week-end. Les médicaments sont alors préparés par le pharmacien et apportés par lui dans l'unité de psychiatrie.

Dans les unités, la distribution des médicaments s'effectue trois fois par jour – matin, midi et soir – dans le local des infirmiers, un patient après l'autre.

6.4.4 Le laboratoire

La majeure partie des examens de biologie médicale demandés par les unités de psychiatrie est réalisée par le laboratoire du CHAM, composé de quatre biologistes et de dix-sept techniciens. Les prélèvements sont faits par les soignants et placés dans des pochettes fermées puis apportés au laboratoire par un agent du CHAM dans des conteneurs clos.

Les analyses sont enregistrées informatiquement par le personnel du laboratoire. Pour les examens les plus courants, les résultats sont disponibles et consultables en ligne par les soignants dans la demi-journée suivant l'envoi au laboratoire (la consultation informatique permet également l'accès aux antécédents) ; un compte rendu papier est ensuite apporté aux unités de psychiatrie par un agent du CHAM.

Les examens moins courants, sous-traités, suivent le même parcours. Toutefois, les soignants ne peuvent avoir accès informatiquement aux résultats qui leur sont adressés sur support papier.

6.4.5 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CHAM dispose d'un CLUD qui s'est réuni à trois reprises en 2015. Deux réunions programmées en 2016 (3 mars et 8 septembre) ont été annulées de sorte que la dernière réunion effective du CLUD date du 10 septembre 2015.

Un protocole de prise en charge de la douleur physique en psychiatrie a été validé le 10 octobre 2014.

Par ailleurs, des protocoles élaborés en Interclud (regroupement de structures départementales accueillant des personnes souffrant de troubles psychiatriques, sans interférence avec le CLUD) devraient permettre de sensibiliser l'ensemble des équipes de psychiatrie, notamment celles intervenant à domicile ou lors de consultations de pédopsychiatrie, à l'importance d'évaluer et de réévaluer la douleur.

6.5 LA SEXUALITE EST DISCUTEE EN EQUIPE MAIS NE FAIT PAS L'OBJET DE REGLES CLAIRES

Ce sujet n'est pas évoqué dans les règles de vie mais, selon les cadres de santé rencontrés, régulièrement abordé en équipe ou encore dans les groupes de paroles soignants-soignés et ce le plus souvent à l'initiative des patients.

Le seul interdit posé dans le règlement intérieur et les règles de vie est celui « *d'entrer dans les chambres des autres patients pour le respect et l'intimité de chacun* ». Pour autant les chambres ne ferment pas et cette règle n'est pas toujours respectée. Les soignants font toujours une distinction entre les personnes vulnérables auxquelles une attention particulière est apportée et les adultes consentants qui sont invités à une certaine discrétion et à éviter les rapprochements au sein de l'unité.

Les contrôleurs ont constaté que des préservatifs étaient mis à disposition mais dans la salle d'attente des familles située dans le hall et donc inaccessibles aux patients non autorisés à sortir de leur unité. Les professionnels ne sont eux-mêmes pas toujours au courant de cette possibilité et déclarent ne pas être à l'aise quand des jeunes filles sont accueillies en même temps que des patients jugés dangereux.

6.1 LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UN SUIVI RIGOUREUX

6.1.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations peuvent être faites aussi bien sur le site du centre hospitalier que par courrier adressé soit au directeur soit au service de relation avec les usagers ou encore directement auprès de ce service. Dans tous les cas, plaintes et réclamations sont traitées par ce service qui assure une permanence physique et téléphonique de 8h45 à 12h30 et de 13h30 à 17h.

Dès réception, une lettre est adressée au plaignant accusant réception de la plainte et sollicitant l'autorisation d'accéder à son dossier médical. Lorsque la plainte émane d'un membre de la famille, un justificatif du lien de parenté est exigé et la demande d'accès au dossier au médical est présentée au patient, sauf cas de décès ou de coma.

Si le courrier est difficilement lisible ou que son contenu est peu compréhensible, il est envoyé au cadre du pôle pour obtenir une aide à la réponse et à la gestion du dossier. Quand la plainte porte sur une question médicale, une enquête est menée par l'intermédiaire du chef de service dans le service ou l'unité ayant accueilli le patient. Lorsque la plainte porte sur une difficulté rencontrée avec un agent paramédical, un courrier pour enquête est adressé au cadre du pôle, au cadre du service, au chef de service et à la directrice des soins. Le même circuit est mis en œuvre quand la plainte porte sur un événement (vol, dégradation, dysfonctionnements logistiques etc.), le service qualité étant également informé.

En cas de plainte faite oralement ou par téléphone, un compte rendu de celle-ci est rédigé par un agent du service de relation avec les usagers et signé du patient pour validation.

Une médiation peut être organisée par la responsable du service de relation avec les usagers, et plus exceptionnellement par le médecin du département d'information médicale (DIM), en présence de toutes les personnes pouvant être concernées de près ou de loin.

Une fois l'enquête interne terminée, un rapport est adressé au service de relation avec les usagers par le chef de pôle ou le cadre de l'unité concernée selon la teneur de la plainte et sa gravité, et une synthèse est adressée au plaignant ainsi qu'à toutes les personnes ayant participé à l'enquête.

Le bilan des réclamations pour l'année 2015 s'élève à quatre-vingt-dix-neuf (soixante-treize plaintes écrites et vingt-six verbales), le plus grand nombre concernant le service des urgences et cinq le pôle de psychiatrie (trois écrites et deux verbales). La majeure partie des réclamations portent sur le médical ou le paramédical. S'agissant des plaintes déposées en 2015 pour le pôle

psychiatrie, deux concernaient les conditions de fonctionnement du service, une visait l'absence de contact avec le médecin assurant la prise en charge, une émanait du frère d'un patient en désaccord avec sa sortie, une autre manifestait le souhait d'un autre type d'hospitalisation.

En 2016, trois réclamations (une verbale et deux écrites) ont été enregistrées pour le pôle psychiatrie.

Le taux de sinistralité (dossiers envoyés au contentieux) est en diminution : 0,21 % en 2016 contre 0,60 % en 2010.

6.1.2 Les événements indésirables

Un comité de Pilotage Qualité-Gestion des risques (COFIL) a été mis en place en sein du centre hospitalier en 2003. Toutes les catégories de personnel ont la possibilité de signaler un événement indésirable, en leur nom ou au nom d'un patient ou d'un visiteur, au moyen d'un logiciel de gestion des risques ayant remplacé en 2011 les fiches papier et nominatives d'événement indésirable. Le logiciel n'est pas exhaustif ; chaque agent dispose d'un identifiant personnel et les nouveaux arrivés sont systématiquement formés à l'utilisation de ce logiciel. Fin 2011-début 2012 a été établie une charte d'incitation au signalement, remise à chaque formation, laquelle précise que l'agent ne peut être sanctionné pour un événement indésirable signalé.

Courant 2015 une charte Dommages Patients a été signée précisant les modalités de suivi des dommages de soins. Des Revues de Mortalité-Morbidité (RMM) sont en place depuis 2008. En octobre 2015, le centre hospitalier a mis en place le « Patient-Traceur » ; deux dossiers ont été exploités en psychiatrie en 2016.

A compter de 2011, ont été installés les comités de retour d'expérience (CREX), composés de douze groupes de travail (un par pôle dont le pôle psychiatrie et quatre CREX transversaux sur les thématiques (gestion de l'identité, circuits du médicament, dispositifs médicaux et examens biologiques), qui se réunissent plusieurs fois par an sur un concept spécifique selon les événements indésirables analysés pour trouver les solutions d'amélioration préventive et valoriser les actions correctives et curatives ; chaque CREX procède au classement de la gravité des événements indésirables. Le CREX psychiatrie adulte s'est ainsi réuni quatre fois en 2015. A chaque CREX tous les événements indésirables survenus depuis le CREX précédant sont repris et les suites et réponses données sont évoquées. Dès avant le CREX, des actions immédiates sont gérées par les « pilotes » ou « responsables de risques » et une information systématique est donnée au cadre de l'agent qui a fait le signalement. Tout le parcours de gestion est géré informatiquement de sorte que l'agent peut consulter à tout moment la suite donnée à son signalement et que toutes les personnes qui ont été informées de l'événement indésirable sont destinataires en temps réel de la réponse donnée.

En 2016, 2 537 événements indésirables ont été enregistrés pour l'ensemble du centre hospitalier ; le chiffre correspondant au pôle psychiatrie n'était pas connu au jour du contrôle. En 2015, sur 2 952 événements indésirables déclarés au CHAM, 125 concernaient le pôle psychiatrie répartis comme suit pour les événements classés : soixante-trois au titre « sécurité des personnes » (vingt-quatre chutes de patients, vingt-deux agression d'agent par patient ou famille, sept fugues ou non-retour après permission, six blessures d'agents dont quatre par patient, une agression de patient par patient, un patient désorienté égaré, un vol de bien au CHAM, une perte de bien d'un patient), douze aux titres « sécurité des biens » et « locaux », trois aux titres « gestion de l'identité patient » et « gestion dossier patient », neuf pour

« organisation/coordination des soins », dix en lien avec le médicament (un sur la prescription, une sur l'administration et huit sur la dispensation), un sur la « gestion des examens biologiques », deux sur la circulation, quatre sur la logistique (gestion du repas et du linge), un problème informatique et une dégradation de matériel médical.

Le pôle psychiatrie est investi dans plusieurs groupes de travail : prise en charge médicamenteuse, prise en charge en urgence et des soins non programmés, les droits du patient, le parcours patient, la gestion de l'identité.

7. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE

7.1 DEUX UNITES AUX LOCAUX IDENTIQUES MAIS AUX FONCTIONNEMENTS QUOTIDIENS BIEN DISTINCTS POUR LES PATIENTS

L'unité 1 - unité ouverte - accueille majoritairement les patients en soins libres, avec risque limité de fugue ou de passage à l'acte.

L'unité 2 - unité fermée - est priorisée pour les soins sans consentement mais peut également recevoir des patients en soins libres quand ceux-ci connaissent déjà le service afin d'éviter les pertes de repère et les changements d'équipe de soins.



Accès aux unités et au « bloc » activités

7.1.1 Le personnel

L'équipe médicale est composée de trois psychiatres, tous formés à l'étranger : le chef de service qui intervient dans les deux unités ; un praticien hospitalier dans chaque unité ; un interne qui partage son temps entre les deux unités.

Les médecins reçoivent très régulièrement les patients, en général une fois par semaine, parfois plus dans le cadre d'entretiens informels répondant ainsi aux sollicitations directes des patients. Les patients ont la possibilité de solliciter un changement de psychiatre. La demande, qui doit être présentée par écrit, est évoquée avec le médecin concerné puis reprise en équipe et enfin débattue lors d'un entretien médecin-patient. La prise en charge du patient peut ensuite être assurée par le médecin de l'autre unité.

L'équipe non médicale comprend : un cadre supérieur ; un cadre de santé pour chacune des unités ; des soignants en nombre équivalent dans les deux unités soit le matin et l'après-midi une équipe d'au moins deux infirmiers et deux aides-soignants (AS), la nuit une équipe d'un infirmier et deux AS ; un agent des services hospitaliers (ASH) par unité.

Ces effectifs (parfois majorés en journée de 9h à 18h par un infirmier chargé des accompagnements et un AS, et la nuit par un infirmier) sont présentés comme « *suffisants pour la vie quotidienne mais un peu tendus pour organiser des accompagnements et des activités à l'extérieur* ».

Outre les rencontres quotidiennes entre médecin et soignant, un *staff* regroupant l'ensemble de l'équipe se réunit de manière hebdomadaire.

Une synthèse de suivi du patient, peut être organisée en cas de besoin. Se réunissent alors l'ensemble des intervenants (médecins, cadres, infirmiers, ergothérapeute, assistante sociale, éducateurs, ASH).

Les cadres de l'unité, dont un a suivi une formation d'infirmier de secteur psychiatrique, sont présentés comme dynamiques et très soutenant des équipes de jeunes professionnels. Des études de cas et des formations sur site à la prise en charge des questions de violence permettent un accompagnement à la compréhension des situations des patients et un étayage des soignants.

7.1.2 Les locaux

Le bureau des soignants est situé à l'entrée des unités il ne permet pas une surveillance de toutes les chambres des patients qui sont généralement, en journée, assis sur des sièges face à ce bureau.

L'unité 1 dispose de vingt-deux chambres individuelles, l'unité 2 de treize et chacune de trois chambres doubles. Selon les propos recueillis, ce sont les patients « *ayant besoin de stimulation* » qui sont affectés en chambre double.

Les chambres sont numérotées. Les patients disposent de salles d'eau avec douche à l'italienne, sans flexible et d'une patère. Deux boutons d'appel sont disponibles, un dans la chambre, l'autre dans la salle d'eau. Le patient peut entrouvrir sa fenêtre.

A l'unité 1, huit chambres du couloir de la chambre d'isolement ont une porte à hublot et six ont en guise de lit un matelas « bleu » (modèle des CI), une a un lit ordinaire, une comporte deux lits ordinaires. Les patients n'ont pas le droit de circuler dans ce couloir « d'isolement ». Les patients qui demandent à être enfermés la nuit, ne le seront que si la porte de leur chambre est pourvue d'un hublot, afin de permettre leur surveillance de nuit sans les réveiller.

A l'unité 2, les patients peuvent être enfermés dans leur chambre, à leur demande et si le médecin accorde une autorisation.

Les chambres restent ouvertes, les patients peuvent en demander la fermeture mais ne disposent pas de la clef. Sur consigne médicale certains patients disposent des clefs de leur placard.

En raison « de *protocole de sécurité incendie* » les patients ne sont pas autorisés à décorer leur chambre, selon les propos recueillis, il a été demandé à une patiente de retirer ses photos de familles accrochées au mur.

Recommandation

Les patients doivent être autorisés à décorer les murs de leur chambre par des objets ou photographies personnels.

Chaque unité dispose de deux petits salons qu'on envisage de transformer en chambre d'isolement à l'unité 2. Dans ces salons les patients disposent de quelques jeux de société et livres. Le week-end les soignants y proposent d'écouter de la musique avec leur matériel personnel. Ces pièces sont adaptées pour conduire une activité mais peu conviviales (pas de fauteuil, tables basse, poste de radio...) ce qui explique probablement que les patients s'y rendent très peu.

Le grand patio central commun aux deux unités est partagé : les patients de l'unité 1 y ont accès le matin et ceux de l'unité 2 l'après-midi. Peu équipé également, les contrôleurs ont pu constater que les patients n'y faisaient que de courts passages pour fumer.

Recommandation

Le grand patio central, commun aux deux unités, doit être accessible pour tous les patients autorisés toute la journée et mieux équipé pour le confort de ces derniers.

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « dans un but thérapeutique et afin de permettre la projection vers un retour à domicile, la chambre doit rester le plus neutre possible pour favoriser la construction du futur ».

7.1.3 Les patients

Au premier jour de la visite :

-l'unité 1 comptait vingt-huit patients (treize hommes et quinze femmes) dont trois en soins sans consentement (deux SDDE en urgence et un SDT), l'un depuis le 9 janvier, le second depuis le 4 février ; l'hospitalisation la plus longue concerne un patient en soins libres depuis le 15 juillet 2014, soit 2 ans et 7 mois

-l'unité 2 hébergeait vingt patients (treize hommes et six femmes) dont six en SDRE, six en SDDE et cinq en soins libres (dont un patient hospitalisé depuis deux ans et demi). Un patient avait fait l'objet d'une transformation de SDT en SDRE.

Selon les propos recueillis, certains patients en soins libres sont affectés en unité 2 pour éviter qu'ils se perdent car ils sont très « désorientés ».

7.1.4 Présentation générale et projet thérapeutique

A l'exception des prises en charge de longue durée, les patients n'ont pas de soignant référent, pour la vie quotidienne, pour les sorties accompagnées et les projets post hospitalisation.

Les relations avec les familles et les tuteurs sont rapidement mises en œuvre pour notamment subvenir aux besoins quotidiens du patient (argent, cigarettes, produits d'hygiène, vêtements etc.). Des consignes individuelles quotidiennes très détaillées, remplies par les soignants, permettent de voir l'évolution du patient dans son quotidien (lavage de son linge, hygiène corporelle, participation aux activités du bloc).

A l'unité 1, à l'arrivée du patient une visite des locaux lui est proposée puis un entretien psychiatrique.

Les consultations avec le psychiatre se déroulent toujours en présence d'un infirmier. Cette présence permet au soignant de réexpliquer au patient tout ce qui a été évoqué lors de l'entretien et qu'il n'a parfois pas bien compris, mais aussi de passer les instructions au reste de l'équipe lors des transmissions.

Les familles des patients sont souvent rencontrées par le psychiatre et systématiquement avant une autorisation de sortie pour un retour à domicile.

Même si cette unité dite « ouverte » a des horaires de fermeture de la porte d'entrée, la prise en charge des patients est tournée vers la recherche de leur autonomisation.

En ce qui concerne l'unité 2, les patients arrivent souvent des urgences en situation de crise. **Dès lors le port du pyjama systématiquement prescrit aux urgences sera obligatoirement gardé**

plusieurs jours après le début de l'hospitalisation. La mesure ne sera revue qu'après plusieurs jours d'observation. Ensuite au cours de la prise en charge, en fonction du comportement du patient, à tout moment, une prescription de pyjama peut être décidée.

Ces mesures sont très mal vécues par les patients d'autant qu'en réalité il s'agit plutôt d'une blouse courte attachée par des liens à l'arrière, ne préservant pas la pudeur des patients. Sur insistance de certains patients, il arrive parfois que le médecin autorise le port d'un pantalon de pyjama ou d'un jogging personnel à la place de la blouse. Lors du contrôle, six personnes déambulaient entre le couloir et le patio habillées de cette blouse, parfois avec une couverture en plus sur les épaules et des chaussons en papier peu adaptés aux dalles extérieures en béton. Certains circulaient entre l'intérieur et l'extérieur les pieds nus. Certains patients en blouse ne portaient pas de sous-vêtements.

Recommandation

Le port systématique du pyjama, à l'entrée puis lors de tout incident, à l'unité 2 doit être revu. La blouse qui ne respecte pas la pudeur des patients doit être proscrite. Dans le respect de la dignité des personnes une plus grande attention doit être portée sur les tenues des patients (vêtements et chaussures).

A son arrivée, le patient est placé dans une chambre du couloir fermé ; dans le cas où toutes sont occupées, un autre patient est déménagé dans le couloir ouvert.

Contrairement à l'analyse des questionnaires de satisfaction, les patients ont déploré le manque de disponibilité des soignants « *on est juste parqués ici. Il devrait y avoir des secrétaires dans l'unité pour faire la paperasse et les appels téléphoniques comme ça les infirmiers seraient disponibles pour nous* ».

Un patient a déclaré préférer la prise en charge en clinique « *ici c'est trop carcéral, là-bas les soignants sont avec nous et tout n'est pas interdit comme ici* ».

Les contrôleurs ont relevé une association stricte du soin sans consentement et de la fermeture (de l'unité, des chambres ou d'un couloir). Les restrictions sont très nombreuses (sur les téléphones portables, les tablettes, les *Ipod...*). Les interdits sont généraux et ne semblent pas toujours justifiés par l'état clinique de la personne.

La prise d'initiative par les soignants n'est pas valorisée et il y a peu d'espace de négociation avec le patient qui permette aussi de travailler son autonomisation.

Au sein des deux unités, les seules activités qui peuvent rythmer le quotidien des patients sous réserve d'une prescription médicale se déroulent au « bloc ».

Le directeur du CHAM dans son courrier en date du 16 octobre 2017, indique que « *le port du pyjama est le symbole de l'état antérieur afin de se projeter vers le futur* ».

7.2 UN POLE D'ACTIVITE DYNAMIQUE MAIS PEU EN LIEN AVEC LES EQUIPES SOIGNANTES

A l'intérieur, les patients ne disposent que d'une petite bibliothèque, avec des coloriages et quelques jeux, et d'une salle de télévision. Il est indiqué que les patients peuvent garder des magazines et des postes de radio sans fil dans leur chambre. Les soignants organisent parfois quelques sorties collectives au marché ou au musée. Les activités quotidiennes sont proposées dans un espace dénommé « le bloc ».

Le bloc se situe dans le grand patio au centre des unités. Les locaux sont grands, propres, clairs, bien équipés et agréablement décorés par les productions artistiques des patients. Ils sont composés : d'un bureau pour les professionnels, de six salles d'activités de grandes tailles (dont une salle de sport, une d'arts plastiques, un atelier mosaïque et une cuisine). Deux espaces de stockage permettent de ranger le matériel nécessaire au jardinage, et le matériel de sport (vélos, tapis etc.).

Patients comme professionnels ne disposent pas d'ordinateur, ni d'un accès à Internet.

Les activités sont animées par : deux éducateurs spécialisés, un éducateur sportif à 0,8 ETP, une infirmière, une aide-soignante à mi-temps et une ergothérapeute sur deux jours intervention.



Salle de sport du bloc



Salle arts plastiques

*Atelier mosaïque**Cuisine**Salle de détente, bibliothèque*

Des activités variées sont proposées de 10h à 12h et de 14h à 16h : des ateliers cuisine, estime de soi (esthétique, coiffure), d'arts plastiques (peinture sur soie, collage, modelage), vidéo et ciné-club, musique, jeux scéniques, mosaïque, poterie, jardinage... de nombreuses activités sportives sont proposées, à l'intérieur comme à l'extérieur (accompagnement à la piscine, utilisation du dojo communal, sorties en vélo).

Les patients ont accès librement à un espace détente, équipé de livres, revues, télévision console de jeux et chaîne hifi. Ils peuvent aussi utiliser le baby-foot installé dans le couloir.

En l'absence des professionnels exerçant habituellement au bloc, il est précisé que les soignants sont autorisés à utiliser les locaux librement, ce qui selon les propos recueillis, se fait rarement.

Ce sont les éducateurs qui vont chercher les patients dans les unités. Les patients intéressés attendent dans le couloir leur passage. Selon les propos recueillis, si les patients ne sont pas présents dans le couloir rien n'est prévu pour les mobiliser quand ils restent dans leur chambre. Les personnes sont accompagnées au bloc, puis les portes sont fermées pour éviter les intrusions des personnes en promenade dans le patio.

En cas de rendez-vous médical le patient est autorisé à se rendre en activité avant et après, ce qui nécessite à chaque fois l'accompagnement par un éducateur (et l'ouverture de trois portes).

Des informations, concernant la participation des patients aux activités, sont écrites dans les transmissions et les éducateurs participent parfois au *staff* du personnel.

Le bloc présente une prise en charge variée et intéressante, mais les contrôleurs ont constaté qu'il y avait peu d'échanges entre les soignants des unités et les intervenants socio-éducatifs. Si les activités sont proposées elles ne semblent pas s'inscrire dans une réflexion globale du parcours de soins du patient. De nombreux patients ont une autorisation médicale pour se

rendre au bloc mais tous ne s'y rendent pas. De ce fait des places sont toujours disponibles. Aucune évaluation ou réflexion ne semble être menée sur ce sujet.

Des projets avec des partenaires extérieurs sont parfois proposés comme des rencontres littéraires en partenariat avec les services extra hospitaliers.

Chaque professionnel présente, à l'occasion d'une réunion annuelle avec le cadre supérieur, pour validation, les projets d'activités pour l'année. Les professionnels n'ont aucune autonomie budgétaire mais ne sont pas restreints.

Le planning des activités proposées au bloc est affiché toutes les semaines dans les unités et les patients sollicitent directement les éducateurs pour y être inscrits. Ce planning est réalisé tous les lundis en fonction de la présence des professionnels susceptibles de proposer des activités.

Si un patient sollicite une inscription aux activités, les éducateurs en font part aux soignants afin que les consignes médicales soient revues.

Selon les possibilités budgétaires, depuis deux ans, des séjours thérapeutiques sont organisés (en mars et septembre) par le biais d'une association sportive, « Sport en tête », qui propose des séjours clefs en main (avec pour thèmes : randonnées, basées sur l'autonomie, sorties sportives collectives ou séjours à *Center-parc™*).

Bonne pratique

L'espace dédié aux activités est très bien conçu, agréable et les nombreux équipements permettent de proposer un espace de respiration apprécié des patients.

Recommandation

Les activités doivent être proposées aux patients dans le cadre d'une prise en charge globale de soins. Pour ce faire, les liens entre les équipes de soins et les intervenants socio-éducatifs doivent être renforcés et les activités mieux planifiées pour chaque patient.