



Rapport de constat :

27 novembre au 7 décembre 2017 – 1^{ère} visite

*Centre hospitalier régional
universitaire de Tours
(Indre-et-Loire)*

SYNTHESE

Sept contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite du pôle de psychiatrie-addictologie du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Tours (Indre-et-Loire) du 27 novembre au 7 décembre 2017. Le rapport de constat de cette visite a été adressé le 4 septembre 2018 à la directrice générale de l'établissement, à la direction départementale de l'ARS, à la préfecture d'Indre-et-Loire ainsi qu'au président et au procureur près le TGI de Tours. L'hôpital, la préfecture et l'ARS ont communiqué au Contrôleur général des lieux de privation de liberté leurs observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

En l'absence d'établissement de santé mentale départemental, le CHRU gère quatre des sept secteurs de psychiatrie générale du département d'Indre-et-Loire et un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Les services de psychiatrie sont répartis sur quatre sites : Bretonneau, Trousseau, Clocheville et Saint-Cyr-sur-Loire. Le pôle compte dix unités d'hospitalisation temps plein adultes (216 lits), une unité pour adolescents (12 lits) et un service d'urgences psychiatriques (CAC).

Au moment de la visite, un projet de schéma directeur immobilier visant notamment à regrouper, à l'horizon 2026, l'ensemble des activités de psychiatrie sur le site de Trousseau venait de recevoir la validation du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) mais était, à ce stade, encore uniquement conçu autour d'une rationalisation financière des moyens, sans aborder dans son ensemble une stratégie médicale de détermination du besoin intra, extrahospitalier, ambulatoire et médico-social.

Le pôle de psychiatrie-addictologie a réalisé en 2016 et en hospitalisation complète 2 559 séjours pour 1 416 patients hospitalisés. La durée moyenne de séjour était de 26 jours.

Au premier trimestre 2017, les patients admis en soins sans consentement représentent 26,4 % des hospitalisations. La répartition des soins sans consentement est de 86 % pour les soins sur décision du chef d'établissement et 14 % sur décision du représentant de l'État. Parmi les soins sans consentement, la proportion de « péril imminent » s'établit à 12,6 %, pourcentage nettement au-dessous de la moyenne nationale.

Bien qu'il occupe une place importante au sein du CHRU en terme d'activité, le pôle de psychiatrie-addictologie est insuffisamment pris en compte tant au niveau des instances décisionnelles que de concertation (la commission médicale d'établissement, la commission des usagers et le comité d'éthique ne se penchent pas sur des thèmes propres à la psychiatrie) et sa dotation globale de fonctionnement est exagérément mise à contribution (6 millions en 2016) pour combler le déficit du CHRU alors même qu'une partie de cette somme devrait pouvoir permettre de pallier à certaines carences qui impactent la qualité des soins et les conditions de vie des patients hospitalisés (sous-effectif médical et soignant dans certaines unités, locaux vétustes voire indignes pour certaines chambres d'isolement etc.).

Le pôle souffre d'un manque de procédures et de réflexion institutionnelle forte relative aux droits des patients en soins sans consentement qui va de la procédure d'accueil et de notification jusqu'aux mesures d'isolement ; si la prise en charge est globalement bienveillante, l'édifice s'en trouve fragilisé. Ce manque de protocolisation se double par ailleurs d'un manque de formation des équipes aux pratiques d'isolement et de contention et aux droits des patients de façon plus large.

Les restrictions aux libertés et aux droits des patients dans les unités sont globalement mesurées et s'appliquent au cas par cas, en fonction de justifications cliniques (les patients peuvent

conserver leur téléphone portable, l'accès au tabac n'est pas restrictif, le port du pyjama n'est jamais systématique). Il y existe une harmonisation des pratiques dans les différents secteurs. Toutes les unités sont officiellement ouvertes, cependant, la sortie du service n'est pas libre même si l'espace de déambulation est vaste ; les patients admis en soins sans consentement ont cependant de larges autorisations de sortir du service.

A l'exception d'un des secteurs dont les locaux d'hospitalisation sont situés à Saint-Cyr-sur-Loire, les activités thérapeutiques sont nombreuses et diversifiées ; les services sont équipés d'une cafétéria gérée par des infirmiers qui constitue un véritable lieu de soins et de paroles.

Certains points doivent cependant être améliorés.

Aucun médecin somaticien n'intervient dans les unités du pôle de psychiatrie. L'examen somatique initial – lorsque les patients ne sont pas passés par le service des urgences – et le suivi des pathologies somatiques chroniques sont assurés par les médecins psychiatres ou les internes, voire les externes, éventuellement présents, sans supervision d'un somaticien. Les soignants sont fréquemment confrontés à des difficultés d'obtention de rendez-vous de spécialités pour les patients hébergés en psychiatrie et il a par ailleurs été signalé que leurs hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique étaient parfois écourtées au prétexte qu'ils disposaient d'un lit en psychiatrie.

Si l'information des patients sur leur situation juridique, leurs droits et voies de recours semble être satisfaisante, la transmission aux patients des pièces médicales, juridiques et des documents d'information n'est pas toujours effective.

Bien que l'établissement dispose d'une salle d'audience, en 2016 et 2017 près de la moitié des audiences s'est tenue au TGI en raison d'un manque de greffiers et de magistrats. Cette situation a entraîné une multiplication des certificats médicaux de non présentabilité motivée par l'insuffisance de soignants disponibles pour l'accompagnement aux audiences.

Les conditions matérielles d'hébergement sont variables d'un site à l'autre mais les locaux sont globalement vétustes (pas de douche dans les chambres, absence de bouton d'appel). Certaines chambres d'isolement, dépourvues de sanitaire sont dotées d'un sceau hygiénique.

Si l'isolement et la contention semblent pratiqués avec mesure au sein des unités (seule une des onze chambres d'isolement de l'établissement était occupée au moment de l'arrivée des contrôleurs), l'établissement souffre d'un gros retard en terme de réflexion institutionnelle sur ces pratiques et le registre prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique n'est toujours pas mis en place.

Enfin, les contrôleurs se sont interrogés sur la place de l'unité d'hospitalisation pour adolescents qui, pour des raisons historiques, n'est pas rattachée à l'intersecteur de pédopsychiatrie mais à la psychiatrie adulte et déplorent l'absence de projet médical définissant de façon pluridisciplinaire la prise en charge des mineurs hospitalisés afin de satisfaire notamment l'obligation éducative (pas d'éducateur ni d'enseignant au sein de l'unité) et une prise en charge ambulatoire adaptée (l'hôpital de jour pour les mineurs étant réservé aux patients autistes).

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 17

L'établissement a développé un ensemble d'outils permettant le remplacement d'agents absents pour ne pas impacter la qualité des soins.

2. BONNE PRATIQUE 17

L'établissement délègue une enveloppe financière au pôle de psychiatrie pour les formations spécifiques de type participation à des colloques et congrès pour le personnel non médical.

3. BONNE PRATIQUE 20

Le nombre de patients pris en charge selon la procédure dite du « péril imminent » reste très en dessous de la moyenne nationale et conserve un caractère exceptionnel.

4. BONNE PRATIQUE 26

L'accès au vote des patients a été parfaitement organisé par la diffusion d'une information pertinente en amont puis par des possibilités de sortie les jours de scrutin.

5. BONNE PRATIQUE 47

Les patients conservent leur téléphone portable personnel, sans aucune restriction, sous la seule réserve de leur état de santé.

6. BONNE PRATIQUE 49

L'accès à internet, par la mise à disposition d'un poste informatique et l'aide à la navigation qui peut être prodiguée par les soignants, favorise la capacité d'insertion des patients. L'offre d'un réseau internet sans fil, que les patients peuvent rejoindre depuis leur téléphone portable de type smartphone, renforce cette dynamique.

7. BONNE PRATIQUE 60

Le travail mené par l'équipe des urgences psychiatriques pour limiter le recours aux soins sans consentement mérite d'être souligné. Il explique le faible taux de cette catégorie de patients observé dans cet hôpital.

8. BONNE PRATIQUE 62

Les cafétérias ont un rôle moteur en psychiatrie A, B et D et les activités thérapeutiques sont nombreuses et diversifiées.

9. BONNE PRATIQUE 66

Une commission du comité du médicament spécifique à la psychiatrie-addictologie permet un débat autour des prescriptions de psychotropes.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 15

Les dotations financières dédiées aux soins psychiatriques doivent être prioritairement affectées aux besoins nécessaires à une qualité des soins attendue des patients de psychiatrie.

2. RECOMMANDATION 17

La formation des élèves et étudiants ne doit pas se faire au détriment du respect de l'intimité et du colloque singulier entre le patient et son médecin. Si la participation de deux étudiants à une consultation est concevable sur accord sur patient, le nombre d'élèves ou étudiants (interne, FFI, externe, élève aide-soignant) doit être raisonnable.

3. RECOMMANDATION 18

Le comité d'éthique doit s'emparer du sujet des restrictions de liberté et susciter une réflexion institutionnelle sur ce sujet

4. RECOMMANDATION 22

L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient.

5. RECOMMANDATION 22

L'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient dans le respect des dispositions de l'article L.3211 du code de la santé publique.

6. RECOMMANDATION 31

Les procès-verbaux de visite et les rapports annuels de la CDSP devraient être systématiquement communiqués aux établissements visités et largement diffusés aux médecins, cadres de santé et soignants.

7. RECOMMANDATION 32

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d'admissions du directeur ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

8. RECOMMANDATION 35

Pour les patients en SPDRE, les demandes de sorties de courtes durée, prévues de façon réitérée sur un ou plusieurs jours de la semaine, doivent mentionner la date et l'heure de la première sortie afin de faire courir utilement le délai de réponse du représentant de l'Etat.

Conformément aux dispositions de L. 3211-11-1 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire à l'avis favorable du psychiatre.

9. RECOMMANDATION 42

L'accès aux espaces à l'air libre, arborés, aménagés au sein de chaque service, ne doit pas être soumis à des restrictions liées aux horaires d'ouverture de la cafétéria par exemple. Par ailleurs, les horaires d'accès doivent être étendus, notamment en tenant compte des saisons.

Le contrôle mesuré et avant tout humain des sorties du bâtiment – et plus encore le système mis en place à la psy A – démontrent qu'un système plus libéral peut être mis œuvre dans tous les services, sans soumettre les patients en soins libres à la présentation d'une autorisation médicale de sortie.

10. RECOMMANDATION 44

Les espaces accessibles pour fumer doivent être équipés d'allume-cigares. Les extracteurs de fumée des fumeurs doivent faire l'objet d'un entretien fréquent.

11. RECOMMANDATION 45

Le port du pyjama ne peut résulter que d'une évaluation médicale fréquemment actualisée et incompatible avec une prescription « si besoin ». Il ne doit pas avoir pour conséquence de limiter les visites des proches et l'accès à certaines ressources thérapeutiques.

12. RECOMMANDATION 48

La possibilité de charger son téléphone portable personnel ne doit pas être plus restreinte que l'accès au téléphone portable lui-même. Les règles en vigueur doivent être harmonisées en ce sens.

13. RECOMMANDATION 52

Les locaux de la CPU sont inadaptés pour l'accueil des adolescents. Ils génèrent pour les adultes une forme de relégation dans des espaces confinés tandis que les extérieurs ne sont pas investis. Il convient de reconsidérer l'ensemble afin d'offrir à tous les patients du CHRU des conditions d'accueil favorables aux soins.

14. RECOMMANDATION 52

Il convient de prévoir la possibilité d'occulter les hublots des boxes des urgences afin de préserver l'intimité des patients.

15. RECOMMANDATION 55

Les salles de bains collectives des unités de psychiatrie D doivent être rénovées.

16. RECOMMANDATION 56

Un inventaire des biens des patients sur support papier doit être édité et signé à l'entrée et à la sortie.

17. RECOMMANDATION 57

L'entretien quotidien des locaux et plus particulièrement des salles de bains doit être correctement assuré dans l'ensemble des unités.

18. RECOMMANDATION 59

La vie sexuelle des patients doit être prise en compte. Il convient d'engager une réflexion institutionnelle afin d'harmoniser et de soutenir la pratique professionnelle des soignants.

19. RECOMMANDATION 61

Les dispositifs de vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, comme cela existe aux urgences psychiatriques, sont à proscrire car ils portent atteinte à la dignité et à l'intimité des patients. Le CGLPL rappelle sa recommandation déjà formulée dans son rapport sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale (page 120) et dans son rapport d'activité de 2016 (page 199).

20. RECOMMANDATION 63

Le CHRU doit mettre à la disposition du pôle de psychiatrie-addictologie des temps de médecin somaticien et harmoniser les pratiques sur l'ensemble des services de psychiatrie.

21. RECOMMANDATION 63

La dispensation des traitements doit être réalisée lors d'un entretien confidentiel avec le patient.

22. RECOMMANDATION 65

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un accès aux toilettes et à un point d'eau ; des boutons d'appel doivent permettre d'appeler un soignant à tout moment y compris dans les phases de contention. La chambre doit pouvoir être aérée.

23. RECOMMANDATION 66

Une surveillance de l'état psychique et physique du patient doit être assurée au moins toutes les heures. Cette surveillance doit être tracée dans le dossier du patient. Les mesures d'isolement doivent être décidées pour un maximum de douze heures et renouvelées si besoin par le psychiatre.

24. RECOMMANDATION 66

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place, conformément aux règles imposées par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

25. RECOMMANDATION 69

Durant leur hospitalisation, les patients détenus doivent bénéficier d'un égal accès aux soins ainsi que des droits attachés à leur qualité de détenus (visites, échanges avec l'extérieur, etc.), dès que leur état de santé le permet. Des consignes claires doivent être données aux soignants pour que la prise en charge de ces personnes s'effectue dans le respect de leurs droits.

26. RECOMMANDATION 70

L'unité adolescents doit disposer de locaux adaptés aux besoins de ces patients : espace extérieur accessible et sécurisé, chambres équipées de douches, véritable salon pour les visites des familles. L'utilisation de la chambre d'isolement pour des adultes au sein de l'unité adolescents doit être proscrite

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| OBSERVATIONS | 4 |
| SOMMAIRE | 8 |
| RAPPORT | 10 |
| 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE | 10 |
| 2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT | 12 |
| 2.1 Le pôle de psychiatrie-addictologie du CHRU joue un rôle central dans l'offre de soins psychiatriques dans le département | 12 |
| 2.2 Le pôle de psychiatrie-addictologie n'utilise pas l'intégralité des crédits dont il dispose | 14 |
| 2.3 Bien que l'organigramme ne fasse pas apparaître de vacances de postes, les ressources humaines semblent insuffisantes dans certaines unités..... | 15 |
| 3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS | 19 |
| 3.1 A l'inverse de la tendance nationale, les patients en soins sans consentement selon la procédure dite du « péril imminent » sont en faible pourcentage | 19 |
| 3.2 L'information à destination des patients hospitalisés sans leur consentement est pertinente, accessible et bien diffusée | 20 |
| 3.3 Le recueil des plaintes et la collecte des événements indésirables sont bien organisés au niveau central puis analysés et exploités au niveau du pôle..... | 23 |
| 3.4 Si la question de la désignation d'une personne de confiance semble systématiquement posée, la notion elle-même semble peu explicite tant pour les patients que pour les soignants | 25 |
| 3.5 L'accès au vote a été garanti à ceux qui ont voulu l'exercer après une information préalable à la fois générale et pertinente..... | 26 |
| 3.6 Si l'accès au culte est organisé, l'information des patients sur ses modalités n'est pas homogène d'un service à l'autre | 26 |
| 3.7 Le service des tutelles de l'hôpital se voit confier les mesures de protection des patients sans patrimoine et avec peu de ressources..... | 27 |
| 4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES | 29 |
| 4.1 Les pièces médicales et juridiques sont trop rarement remises aux patients malgré des supports de qualité..... | 29 |
| 4.2 Parmi les institutionnels, seule la CDSP exerce sa mission de contrôle | 30 |
| 4.3 Les registres de la loi, tenus à bref délai, sont insuffisamment renseignés | 31 |
| 4.4 La confidentialité sur l'hospitalisation est assurée grâce à un protocole régulièrement actualisé | 33 |

| | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.5 | Les sorties, accompagnées ou non, partie intégrante de la prise en charge, participant à la levée de la mesure fréquemment précédée d'un passage en programmes de soins..... | 33 |
| 5. | LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS..... | 41 |
| 5.1 | La liberté de circulation ne connaît pas de restrictions injustifiées au sein des unités mais reste parfois réduite dans le périmètre de l'hôpital | 41 |
| 5.2 | Les contraintes dans la vie quotidienne sont rares | 43 |
| 5.3 | La sécurité des patients et du personnel est prise en compte sans suppléer les soins | 45 |
| 5.4 | Les modalités de communication avec l'extérieur sont nombreuses, mais les modalités de recharge des appareils électroniques les limitent | 47 |
| 6. | LES CONDITIONS DE VIE DANS LES UNITES..... | 51 |
| 6.1 | les conditions d'hébergement sont très variables d'un site à l'autre | 51 |
| 6.2 | L'inventaire des biens des patients n'est pas signé | 56 |
| 6.3 | L'entretien des locaux est inégalement assuré | 56 |
| 6.4 | La restauration ne pose pas de difficulté..... | 57 |
| 6.5 | La réflexion sur la vie sexuelle des patients demeure balbutiante | 58 |
| 7. | LA PRISE EN CHARGE MEDICALE | 60 |
| 7.1 | Les patients bénéficient de soins psychiatriques adaptés..... | 60 |
| 7.2 | La prise en charge somatique n'est pas satisfaisante..... | 62 |
| 7.3 | la délivrance des traitements ne respecte pas la confidentialité nécessaire | 63 |
| 8. | L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION..... | 64 |
| 8.1 | l'isolement n'a pas fait l'objet d'une réflexion institutionnelle et reste assez pratiqué sans être tracé..... | 64 |
| 8.2 | La contention est peu utilisée mais n'est pas analysée..... | 66 |
| 8.3 | Les registres ne sont pas opérationnels..... | 66 |
| 9. | LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES..... | 68 |
| 9.1 | Les rares hospitalisations de personnes détenues, de courte durée, se déroulent le plus souvent en chambre d'isolement..... | 68 |
| 9.2 | Une unité adolescents rattachée à la psychiatrie adultes..... | 69 |
| 10. | CONCLUSION GENERALE..... | 71 |

Rapport

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, chef de mission ;
- Luc Chouchkaïeff ; contrôleur,
- Michel Clémot ; contrôleur,
- Dominique Lodwick ; contrôleur,
- Philippe Nadal ; contrôleur,
- Bénédicte Piana ; contrôleur,
- Fabienne Viton ; contrôleur,
- Constance Cavart, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite du pôle de psychiatrie-addictologie du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Tours (Indre-et-Loire) du 27 novembre au 7 décembre 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement, situé 2 boulevard Tonnelé à Tours, le 27 novembre 2017 à 15h. Ils l'ont quitté le 7 décembre à 15h30. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 5 décembre.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur délégué, responsable du pôle de psychiatrie-addictologie. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont le directeur délégué auprès du pôle, le directeur des soins, la secrétaire générale, le chef de pôle et les médecins chefs de service, des cadres de santé et un représentant de l'UNAFAM¹.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Tours, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré la préfète d'Indre-et-Loire, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Tours et la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

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

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

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

¹ UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 7 décembre à 14h en présence notamment du directeur délégué, de la secrétaire générale, de la cadre supérieure de santé et de praticiens hospitaliers, chefs de service.

Le rapport de constat de cette visite a été adressé le 4 septembre 2018 à la directrice générale de l'établissement, à la direction départementale de l'ARS, à la préfecture d'Indre-et-Loire ainsi qu'au président et au procureur près le TGI de Tours. L'hôpital, la préfecture et l'ARS ont communiqué au Contrôleur général des lieux de privation de liberté leurs observations qui sont intégrées dans le présent rapport. La directrice générale du CHRU a formulé des observations sur la quasi-totalité des recommandations émises par le CGLPL ; ses observations figurent après chacune des recommandations entre guillemets et en italique dans le présent rapport.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE-ADDICTOLOGIE DU CHRU JOUE UN ROLE CENTRAL DANS L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LE DEPARTEMENT

Le pôle de psychiatrie-addictologie est l'un des quinze pôles hospitalo-universitaires du CHRU.

Seul établissement hospitalo-universitaire de la région Centre-Val de Loire, le CHRU de Tours dispose de 1 999 lits et places (1 670 lits et 329 places) qui lui ont permis, en 2016, d'accueillir, 105 535 patients en hospitalisation, dont 65 246 en hospitalisation complète et 40 170 en hospitalisation de jour.

Le CHRU est le premier employeur de la région, il compte près de 10 000 personnels médicaux et non médicaux, c'est-à-dire environ 4 % des emplois du département d'Indre-et-Loire.

L'établissement regroupe six hôpitaux :

- hôpital Bretonneau - 823 lits et places ;
- hôpital Trousseau - 537 lits et places ;
- hôpital Clocheville - 213 lits et places ;
- hôpital de l'Ermitage - 192 lits et places ;
- centre Psychiatrique de Tours Sud (CPTS) - 174 lits et places ;
- clinique Psychiatrique Universitaire (CPU) - 60 lits et places.

Le CHRU de Tours intègre, depuis juin 2016, le groupement hospitalier de territoire « *GHT 37* ». Il a adhéré le 1^{er} janvier 2017 au groupement de coopération sanitaire « *GCS Nord-Ouest Touraine* » à la disposition duquel est mise la blanchisserie du CRHU.

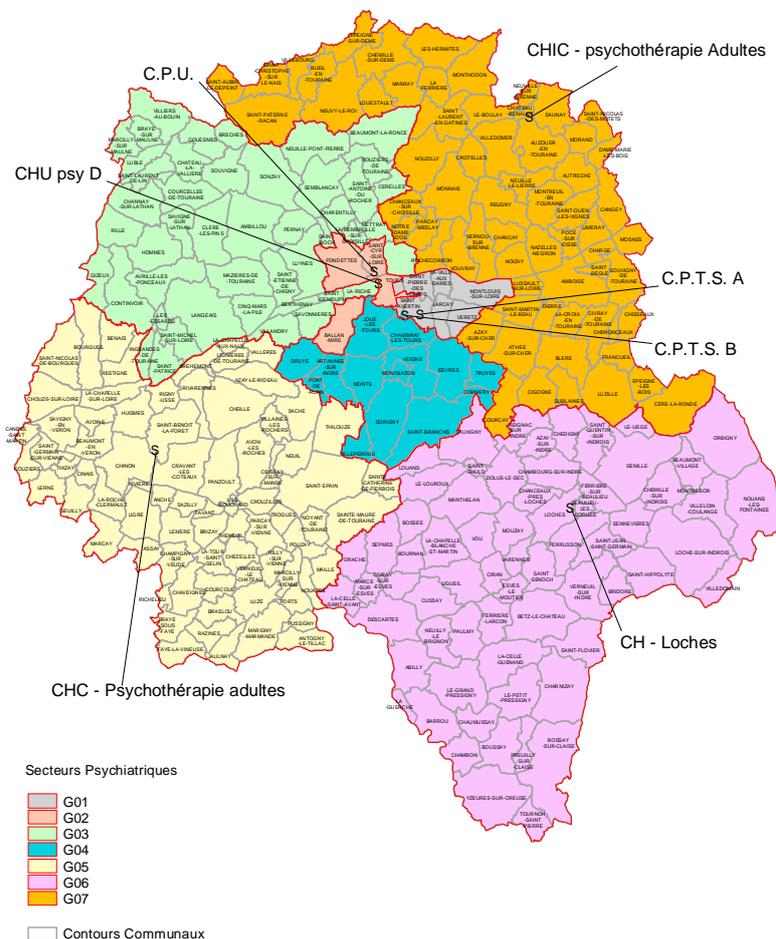
Au moment de la visite, un projet de schéma directeur immobilier venait de recevoir la validation du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Ce projet vise à regrouper, à l'horizon 2026, l'ensemble des activités de soins sur deux sites : Bretonneau (centre de la mère et de l'enfant, centre de prise en charge des cancers, centre des médecines spécialisées) et Trousseau reconstruit (centre chirurgical et interventionnel spécialisé, centre d'accueil et de la prise en charge des urgences, centre de psychiatrie). Pour permettre cet investissement, le CHRU s'engage dans un plan « *attractivité-performance et accompagnement du changement* » avec des actions mises en place dès 2017. Ces actions visent à optimiser les recettes par la recherche d'un codage plus efficient des séjours et des actes, et à engager des économies par la fermeture d'hôpitaux de semaine, le développement de la pharmacie clinique et la rationalisation des moyens de remplacement.

En l'absence d'hôpital psychiatrique départemental, le pôle de psychiatrie-addictologie gère quatre des sept secteurs de psychiatrie générale du département d'Indre-et-Loire et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile : 37G01 (CPTS) psychiatrie A, 37G02 CPU, 37G03 psychiatrie D et 37G04 (CPTS) psychiatrie B. Par ailleurs, le secteur 37G06 de Joué-Lès-Tours (centre hospitalier de Loches) ne disposant pas de lit d'hospitalisation à temps complet, ses patients sont hospitalisés en psychiatrie B.



Sectorisation Psychiatrique

Indre
et
Loire



D.D.A.S.S. 37 - Juillet 2008

Les quatre secteurs de psychiatrie sont répartis sur trois sites distincts :

- site Bretonneau : psychiatrie D, cinquante-quatre lits et vingt et une places (trois unités d'hospitalisation à temps complet : Baudelaire, Gauguin et Ronsard) ;
- site Trousseau : (CPTS) psychiatrie A, soixante lits et trente places (trois unités d'hospitalisation à temps complet : Véronèse, Garance et Outremer – cette dernière est en réalité une unité intersectorielle de douze lits accueillant des patients régressés) et psychiatrie B, cinquante-quatre lits et trente places (deux unités d'hospitalisation à temps complet : rez-de-chaussée et 1^{er} étage) ;
- site de Saint-Cyr-sur-Loire : CPU, quarante-huit lits et vingt places (trois unités d'hospitalisation à temps complet : adulte 1, adulte 2 et adolescents).

Les urgences psychiatriques sont situées sur le site Trousseau.

Un projet de redécoupage des secteurs est actuellement en débat ; il viserait à équilibrer les populations par secteur, privilégier la contiguïté tout en tenant compte des durées de transport. Ce projet se complète d'une réflexion sur un site unique de soins ambulatoires et soins séquentiels sans qu'il ne soit possible à ce stade de connaître précisément la recombinaison de

l'offre de soins intra et extrahospitalière sur le territoire. L'opportunité d'y développer des filières intra/extrahospitalières plus cohérentes et fortes n'est pas abordée.

Le pôle de psychiatrie-addictologie a réalisé en 2016 et en hospitalisation complète 2 559 séjours pour 1 416 patients hospitalisés. La durée moyenne de séjour était de 26 jours. Le pôle a également réalisé 25 857 journées d'hospitalisation partielle pour 452 patients ; enfin 76 912 actes ambulatoires ont été réalisés pour 5 509 patients.

2.2 LE POLE DE PSYCHIATRIE-ADDICTOLOGIE N'UTILISE PAS L'INTEGRALITE DES CREDITS DONT IL DISPOSE

2.2.1 La répartition des unités et l'organisation des filières de soins

L'établissement bénéficie pour ses quatre secteurs de psychiatrie générale de neuf unités d'hospitalisation temps plein.

Le pôle dispose également de trois hôpitaux de jour, d'un centre médico-psychologique (CMP) par secteur, d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), et d'une unité intersectorielle d'accueil familial thérapeutique de cinq places.

L'intersecteur de pédopsychiatrie comprend un hôpital de jour de trente-quatre places, un CMP, une pédopsychiatrie de liaison, des unités et équipes dédiées à l'autisme pour l'enseignement, le soutien aux équipes et l'accompagnement lors du diagnostic, une unité d'explorations fonctionnelles, un centre de ressources et une unité d'hospitalisation complète de douze lits.

Enfin des prises en charges spécifiques sont développées comme les urgences psychiatriques, l'unité sanitaire en maison d'arrêt, les structures d'addictologie, la cellule d'urgence médico-psychologique et le centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

Le service des majeurs protégés comprend 2 ETP de mandataires judiciaires et 0,5 ETP d'adjoint administratif. Le bureau des soins sans consentement comprend quant à lui, 1,5 ETP d'adjoint administratif et 0,5 d'adjoint des cadres.

Le projet de regroupement physique des différentes unités de psychiatrie à l'horizon 2026 reste, à ce stade, conçu sur une rationalisation financière des moyens, sans aborder encore dans son ensemble, une stratégie médicale de détermination du besoin intra, extrahospitalier, ambulatoire et médico-social.

2.2.2 Les traductions budgétaires des choix de prise en charge

En 2016, les recettes totales du CHRU, y compris celles des écoles et activités médico-sociales, se sont élevées à 674 millions d'euros dont principalement, 302 millions de produits de la tarification des séjours, 73 millions de dotations pour les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation et 44,5 millions d'euros de dotation annuelle de fonctionnement pour la psychiatrie-addictologie et soins de suite et réadaptation.

Les dépenses se sont élevées à 682,8 millions d'euros de charges en 2016, occasionnant ainsi un déficit de 8,8 millions euros. L'établissement est en déficit régulier depuis 2013 (entre 2 et 5,2 millions d'euros par an). Sa capacité d'autofinancement est toujours positive mais en diminution à 23,8 millions d'euros et les dettes s'élèvent à 170,6 millions en 2016 (contre 155 en 2015). Il ne fait pas l'objet d'un plan de retour à l'équilibre et ne souffre pas d'emprunts toxiques.

Concernant la psychiatrie, la dotation annuelle de fonctionnement attribuée par l'agence régionale de santé (ARS) était, en crédits reconductibles, de 35 709 673 euros en 2015 et 35 786 164 euros en 2016, soit une augmentation de 76 000 euros. Les crédits non reconductibles passaient quant à eux de 109 541 à 7 807 euros. L'ensemble des recettes générées par le pôle de psychiatrie-addictologie s'élève à 41 892 563 euros, pour des dépenses de 35 306 512 euros, soit un excédent financier dégagé de 6 586 051 euros.

Ainsi, si le budget alloué à la psychiatrie représente 6,23 % des recettes du CHU, son propre excédent représente 15,72 % de ses produits et une contribution très importante à l'équilibre global de l'établissement au regard de son enveloppe, alors même que des besoins sont identifiés – sous-effectif médical et soignant dans de nombreuses unités (cf. § 2.3), certains locaux vétustes voire indigènes (cf. § 6.1) – qui permettraient de garantir une meilleure qualité des soins.

Recommandation

Les dotations financières dédiées aux soins psychiatriques doivent être prioritairement affectées aux besoins nécessaires à une qualité des soins attendue des patients de psychiatrie.

« Les comptes de résultats analytiques de la psychiatrie démontrent que la DAF n'est pas pleinement mobilisée en 2017, faisant apparaître un résultat excédentaire de 8 M€ » mais toutefois, dès 2018, « les charges seront impactées de la création de 2,5 ETP IDE et de 2 postes de PH, soit environ 325 K€ annuels et « des amortissements des chambres d'isolement, intégralement refaites en 2018 (pour un coup de 360 000€, soit un amortissement annuel de 36 000€). Par ailleurs, le parc immobilier de la psychiatrie est également en cours de rénovation (...) impactant les charges du pôle à hauteur de 100 K€ pour la structure extra-hospitalière La Chevalerie et 1,2 M€ pour la construction du bâtiment de psychiatrie à Trousseau. Le différentiel recettes/charges doit donc être analysé en tenant compte de ces différents éléments et de l'éventualité d'un rebasage régional de la DAF annoncé comme défavorable au CHU à hauteur de 3,6 M€ ».

2.3 BIEN QUE L'ORGANIGRAMME NE FASSE PAS APPARAÎTRE DE VACANCES DE POSTES, LES RESSOURCES HUMAINES SEMBLENT INSUFFISANTES DANS CERTAINES UNITÉS

Le pôle de psychiatrie-addictologie du CHRU de Tours dispose de 55,6 ETP en personnel médical et 503 ETP en personnel non médical, dont 300 infirmiers.

Le fonctionnement des urgences psychiatriques et du service des adolescents ne souffre pas de manque de personnel en terme quantitatif, mais d'un déficit en éducateurs pour l'unité des adolescents.

Pour la psychiatrie adulte en hospitalisation complète, les modes de prises en charge des patients sont différents dans les neuf unités contrôlées (deux unités de psy A, deux unités de psy B, trois unités de psy D, deux unités de la CPU) et le nombre de soignants n'est pas lié à l'activité réelle ou à un besoin ajusté, mais simplement à l'histoire de chaque service. Les durées moyennes de séjour renvoient cette hétérogénéité puisqu'elles vont de 16 jours (CPU) à 56 jours (psychiatrie A intégrant l'unité Outremer), avec 28 jours pour la psychiatrie B. Enfin, l'activité qui en résulte est très hétérogène avec un nombre de patients suivis par lit en 2016 qui est de 15,6 à la CPU, 7,3 en psychiatrie B, 6,4 en psychiatrie D et 3,7 en psychiatrie A.

Concernant le personnel médical, on note, dans certaines unités, un nombre d'équivalents temps pleins en seniors assez faible (0,8 ETP par exemple à la CPU pour vingt-quatre lits) ; il n'y a ainsi parfois pas de senior l'après-midi dans le service mais uniquement l'interne. Ce chiffre est par ailleurs plus faible que ce qui est constaté dans d'autres établissements de santé (souvent un minimum d'1,5 de senior par unité de vingt-quatre lits). Cet effectif oblige des remplacements réguliers par des médecins provenant d'autres unités.

Les effectifs paramédicaux sont également sensiblement différents selon les unités. Les temps d'encadrement sont très variables, allant d'un cadre pour trois unités à trois cadres pour deux unités. Le nombre d'infirmiers par lit sur la même période était de 0,56 ETP à la CPU, 0,77 en psy B, 0,83 en psy D, et 0,60 en psy A. L'établissement est confronté, au moment de la visite, à l'absence de volontaire sur les postes de cadre de nuit auxquels sont rattachés hiérarchiquement tous les soignants de nuit ; une mesure conservatoire est en cours avec deux cadres de psychiatrie de jour effectuant la gestion des équipes de nuit, par exemple les plannings et l'état des places disponibles en début de nuit ; ensuite, ce sont les cadres de nuit pour l'ensemble du CHU qui œuvrent de 20h à 6h.

Pour les deux unités de la CPU, l'effectif insuffisant de psychiatres se conjugue avec l'effectif insuffisant de soignants, alors même que ces deux unités présentent une activité plus forte.

L'analyse des plannings de soignants sur les trois derniers mois montrent en effet que pour les deux unités de la CPU, le nombre de soignant simultanément présents auprès des patients étaient très majoritairement de trois ou moins (quelques jours à deux soignants).

De même, les unités de psychiatrie B accueillent les patients avec une légère majorité de demi-journées occupées par trois infirmiers avec là aussi quelques moments à deux.

Sur les autres unités du pôle, la majorité des demi-journées du mois comporte quatre infirmiers ou plus (deux tiers des demi-journées sur l'unité Garance ou Véronèse, et légèrement plus de la moitié pour l'unité Baudelaire).

Le pôle de psychiatrie n'emploie historiquement aucun aide-soignant dans les unités d'hospitalisation complète, le choix ayant été fait de privilégier la présence infirmière.

Les postes sont tous pourvus et il n'est pas signalé de difficultés actuelles de recrutement en personnel médical ou paramédical.

L'absentéisme est relativement faible et stable à 7 % en octobre 2017, et un des plus faibles du CHRU (9,28 % pour le CHRU). Il est pris en compte par une conjugaison de plusieurs dispositifs : un pool rattaché à la direction des soins pour l'ensemble du CHRU pour des remplacements de plus de trois mois (146 ETP), un pool interne dite équipe de suppléance de dix ETP spécifique au pôle de psychiatrie pour remplacement de courte durée, programmée ou maladie ; enfin l'utilisation de l'application *Whoog* lorsqu'une suppléance n'est pas trouvée. Cette application est liée aux heures supplémentaires et propose les jours à effectuer à une liste de volontaires. Les infirmiers rapportent néanmoins le frein lié au fait que les infirmiers de psychiatrie qui effectuent des remplacements par cette application au sein d'un autre service du même pôle, ne peuvent que récupérer les heures supplémentaires sans pouvoir choisir d'être payés. Très peu d'heures supplémentaires ont été rémunérées en 2016 et 2017 en psychiatrie (590 h sur l'année). Enfin pour les congés annuels, trente mensualités d'agents sont à la disposition de la direction des soins en 2017 pour respecter les effectifs.

Bonne pratique

L'établissement a développé un ensemble d'outils permettant le remplacement d'agents absents pour ne pas impacter la qualité des soins.

Le CHU dispose d'un institut de formation en soins infirmiers et pour les médecins, de terrains de stage agréés par la faculté de médecine pour les internes et externes.

Les contrôleurs ont cependant constaté une certaine saturation des unités de psychiatrie en nombre d'élèves ou étudiants ; une consultation de psychiatrie dans le bureau de consultation d'un service s'est ainsi déroulée en présence du praticien hospitalier, du patient et de l'infirmier, mais aussi de l'interne, du faisant fonction d'interne (FFI) et de deux externes, soit six personnes autour du patient.

Recommandation

La formation des élèves et étudiants ne doit pas se faire au détriment du respect de l'intimité et du colloque singulier entre le patient et son médecin. Si la participation de deux étudiants à une consultation est concevable sur accord sur patient, le nombre d'élèves ou étudiants (interne, FFI, externe, élève aide-soignant) doit être raisonnable.

« Ce point va faire l'objet d'un rappel de la part de l'encadrement médical et paramédical aux équipes sur la limitation du nombre d'étudiants lors des consultations ».

Il n'y a pas de supervision organisée.

Les formations suivies par les médecins au titre du développement personnel continu n'ont pratiquement pas concerné les droits des patients et pas du tout l'isolement ou la contention, au cours des trois dernières années. Quatre agents ont participé aux 3^{ème} rencontres soignantes en psychiatrie le 29 novembre 2017, portant sur « *isolement et/ou contention : quelles perspectives cliniques ?* ». En 2015 quelques agents (nombre inconnu) ont participé à une journée du colloque « *du droit des patients à la qualité et à la sécurité des soins* » ; seize agents ont été formés à la pacification de la crise en 2016 et en 2017 avec des sessions de vingt-huit heures. Une personne de la direction de la psychiatrie a suivi une formation sur « *psychiatrie droit des patients et responsabilités juridiques* » en 2017.

Pour les soignants, le plan de formation du pôle de psychiatrie 2018 prévoit, parmi l'ensemble des thématiques traitées, « *les soins infirmiers en psychiatrie dans le cadre de l'isolement et de la contention* » et « *violence et agressivité en psychiatrie* » (groupe de douze).

Enfin, outre les formations collectives internes au CHRU et les formations individuelles (quinze personnes de psychiatrie formées par an), une enveloppe financière pour les formations « *journées, congrès, colloques* » est déléguée à la direction du pôle ; elle était de 14 927 euros en 2017, pour 14 000 en 2016. Cette enveloppe concerne le financement des frais d'inscription et de transport, repas, hébergements pour l'ensemble du personnel non médical du pôle.

Bonne pratique

L'établissement délègue une enveloppe financière au pôle de psychiatrie pour les formations spécifiques de type participation à des colloques et congrès pour le personnel non médical.

L'établissement a également mis en place la consolidation des savoirs pour neuf personnes (cinq fois trois jours) et le tutorat des nouveaux infirmiers pour douze personnes pendant deux jours. La formation « *pratiquer le tutorat auprès d'étudiants en formation paramédicale* » a été donnée à un groupe pendant sept heures en 2015, un groupe pendant vingt et une heures en 2016.

Un comité d'éthique est mis en place au sein du CHRU ; il n'a cependant pas traité de sujet lié à l'isolement, la contention ou des droits des patients.

Cependant un comité qualité comprenant deux coordonnateurs, un médecin et un cadre supérieur de santé, travaillent actuellement par groupes de travail, sur la douleur, les soins somatiques, l'isolement et la contention, les soins sans consentement, l'analyse des fiches d'événements indésirables.

Enfin, la recherche développée au CHRU implique la psychiatrie à travers un axe neuropsychiatrie et innovations technologiques ; les thèmes abordés sont l'autisme, la dépression, les maladies neurodégénératives, l'imagerie cérébrale diagnostique, les approches de stimulation en thérapeutique psychiatrique. Si le développement de la recherche en psychiatrie est incontestablement une bonne pratique, les contrôleurs regrettent que le thème de l'isolement et de la contention n'y soit pas abordé.

Recommandation

Le comité d'éthique doit s'emparer du sujet des restrictions de liberté et susciter une réflexion institutionnelle sur ce sujet

« Le référent « éthique » du pôle psychiatrie va interpellé le comité d'éthique du CHU sur le sujet ».

3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

3.1 A L'INVERSE DE LA TENDANCE NATIONALE, LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA PROCEDURE DITE DU « PERIL IMMINENT » SONT EN FAIBLE POURCENTAGE

3.1.1 Les patients et leur mode d'hospitalisation

L'établissement a fourni les chiffres et analyses suivantes sur le nombre de patients en hospitalisation, la nature juridique des soins et les principales pathologies prises en charge pour la dernière année complète de référence 2016.

Le nombre de patients accueillis s'élève à 1 416 (contre 1 490 en 2015) pour 2 559 séjours et une durée moyenne de séjour de 25,9 jours. Sur quatre ans, ces chiffres restent globalement stables.

Pour la nature juridique des soins toujours en 2016² :

- les patients en soins libres représentent 82 % de l'ensemble ;
- les soins sur demande d'un tiers 16,4 % de l'ensemble (en baisse par rapport à 2015) ;
- soins pour péril imminent 4,6 % (en hausse) ;
- soins sur décision du représentant de l'État : 2 % ;
- personnes détenues/irresponsabilité pénale : 0,1 %.

Au premier trimestre 2017, les patients admis en soins sans consentement représentent 26,4 % des hospitalisations. La répartition des soins sans consentement est de 86 % pour les soins sur décision du chef d'établissement et 14 % sur décision du représentant de l'État. Parmi les soins sans consentement, la proportion de « péril imminent » s'établit à 12,6 %.

Dans sa présentation sur l'activité du pôle psychiatrie en 2016, l'établissement établit un constat chiffré de la nature des soins sans consentement depuis la réforme introduite par la loi de 2011. Il est d'abord rappelé les chiffres nationaux sur la part respective des types d'hospitalisation sans consentement :

- 64 % de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (un ou deux certificats) (SPDT) ;
- 21 % « péril imminent » sans tiers ;
- 15 % soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Puis sur la même période, les proportions relevées au CHRU de Tours sont les suivants 76 % pour les SPDT, 10 % pour les « périls imminents » et 14 % pour les SPDRE.

Avec 10 % sur cinq ans et même 12,6 % en 2017 de patients en soins pour « péril imminent » l'établissement est donc dans une logique conforme à l'esprit du législateur pour lequel la procédure de l'article 3212-1-II 2° du code de la santé publique (dite « péril imminent ») devait conserver un caractère exceptionnel.

Au questionnement des contrôleurs sur cette situation, l'établissement a avancé comme explication l'excellent travail effectué au sein des urgences psychiatriques.

² Pourcentage supérieur à 100 car parfois des séjours sont scindés en plusieurs modes légaux.

Bonne pratique

Le nombre de patients pris en charge selon la procédure dite du « péril imminent » reste très en dessous de la moyenne nationale et conserve un caractère exceptionnel.

3.1.2 Les pathologies traitées

Au niveau des pathologies prises en compte le diagnostic le plus fréquent est la schizophrénie paranoïde. Toujours en 2016, l'ensemble des schizophrénies (955 séjours) correspond à environ un tiers des hospitalisations.

Les autres diagnostics les plus fréquents en hospitalisation complète sont :

- Les troubles de la personnalité (475 séjours) ;
- les épisodes dépressifs (355 séjours) ;
- les troubles bipolaires (319 séjours) ;
- les troubles liés à la consommation d'alcool (295 séjours).

3.1.3 La prise en compte des patients de longue durée

Le pôle psychiatrie-addictologie s'est particulièrement investi pour trouver des solutions médico-sociales aux patients dits « chroniques ».

En plus de la recherche de foyers ou résidences toujours délicate en raison des faibles disponibilités, des actions au sein même des structures ont été entreprises pour éviter que le patient ne fasse l'objet d'un rejet du personnel de la structure d'accueil médico-sociale au bout de quelques semaines.

Des praticiens hospitaliers, accompagnés d'un cadre de santé et d'un soignant sont allés présenter dans l'établissement médico-social la pathologie du patient dont le placement était prévu pour indiquer les comportements qu'il faut adopter pour pérenniser son séjour.

Dans certaines unités, il a été indiqué qu'il n'y avait plus de patients au long cours mais au niveau global du pôle le problème est loin d'être réglé en raison principalement de la difficulté de trouver des établissements.

3.2 L'INFORMATION A DESTINATION DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT EST PERTINENTE, ACCESSIBLE ET BIEN DIFFUSEE

3.2.1 La gestion administrative des patients placés en soins sans consentement

Le suivi administratif et juridique des dossiers des patients placés en soins en consentement est assuré pour les trois sites d'hospitalisation par le « bureau des soins sans consentement » situé sur le site Bretonneau. Ses missions sont :

- le contrôle des certificats médicaux et des arrêtés d'admission ;
- la préparation des décisions d'admission ;
- les relations avec l'ARS pour les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ;
- la gestion des permissions de sortie, des programmes de soins, de levées d'hospitalisation ;
- les saisines du juge des libertés et de la détention ainsi que le suivi des audiences et des décisions.

Pendant les fins de semaine, la gestion des admissions et la réception des certificats médicaux sont assurées par le bureau des admissions de l'hôpital. Une formation spécifique sur les soins sans consentement a été dispensée aux agents de ce bureau par la responsable du bureau des soins sans consentement.

3.2.2 L'information sur le statut et les droits

Lors de l'admission, la décision est généralement expliquée au patient par le médecin puis la notification est faite, selon les unités, par le cadre de santé, plus rarement par un soignant, parfois même par la secrétaire.

A cette occasion différents documents sont remis aux patients ou proposés à sa signature.

Lui sont remis :

- daté de janvier 2015, le livret d'accueil « *la prise en charge en psychiatrie au CHRU de Tours* », en format A5³ contenant cinq pages déclinant les modes d'hospitalisation, des informations pratiques, des règles de vie institutionnelles, et les droits du patient en psychiatrie ;
- une plaquette « *liste des autorités auprès desquelles les soins psychiatriques sans consentement peuvent être contestés* » ;
- datée de septembre 2014 une plaquette « *information sur la présence d'un avocat auprès des patients devant le juge des libertés et de la détention* ».

A côté des documents qui lui sont remis, le patient est invité à signer deux documents élaborés par l'établissement, la « *notification d'une décision au patient* » et la « *traçabilité de l'information au patient* ».

Le premier permet de s'assurer qu'une décision a été notifiée. Il a été conçu grâce à des cases à cocher pour être utilisé pour tous les types de soins sans consentement et pour tous les types de décisions (admission, maintien à 72h, maintien mensuel, modifications de la prise en charge avec un programme de soins, réintégration, levée).

Le second document que le patient est invité à signer a pour but de lui faire prendre acte (et d'en garder trace) qu'il a bien reçu les trois documents informatifs explicités plus haut.

La notification du statut et des droits s'effectue dès que l'unité est en possession des décisions d'admission. Cette transmission peut intervenir avec un certain décalage de temps par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité.

En effet, s'agissant des patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers après 17h ou 18h (fermeture du bureau des soins sans consentement et fin de service de son responsable), les décisions d'admissions ne sont prises que le lendemain matin.

Toutefois, comme les contrôleurs ont pu le vérifier, la décision du directeur porte bien mention du jour effectif de l'admission. Pour les patients admis en SPDRE seul l'arrêté préfectoral fait l'objet d'une notification ; cet arrêté est envoyé directement par l'ARS au patient et, lorsqu'il fait suite à un arrêté provisoire du maire, n'est pris en général que dans les 48 heures de l'admission.

Sur l'utilisation de ces supports de notification, il convient de préciser que le report de la notification en cas de refus ou d'impossibilité de signer n'est jamais pratiqué. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une réflexion sur cette « *notification différée* » était en cours à la demande de la CDSP qui avait relevé cette carence.

³ 14,8 sur 21 cm, moitié d'une feuille au format A4

Recommandation

L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient.

Recommandation

L'arrêté municipal, nonobstant son caractère provisoire, doit être notifié au patient dans le respect des dispositions de l'article L.3211 du code de la santé publique.

Ainsi qu'ont pu le vérifier les contrôleurs, la pratique de la remise des copies de la décision d'admission et des fiches d'information au patient varie d'un service à l'autre.

Lorsque la remise de ces documents est proposée aux patients, il a été dit que bon nombre d'entre eux refusaient de les prendre (un patient a indiqué aux contrôleurs avoir déchiré ces papiers dont « *il n'avait pas besoin* »). Il faut souligner l'impossibilité pour les patients de conserver ces papiers dans un casier en dehors de leur chambre, ce qui peut également expliquer la destruction des documents.

3.2.3 Qualité des informations et modalités d'explications

a) Le règlement intérieur et le livret d'accueil du CHRU

Le règlement intérieur de l'établissement est un document de 113 pages, daté de 2017, très exhaustif, qui a vocation à pouvoir être opposable tant aux patients qu'à leurs accompagnateurs ou aux professionnels ; mais qui se révèle difficilement exploitable au quotidien par un patient qu'il relève de la médecine générale ou de la psychiatrie. Ce règlement intérieur n'est pas remis aux patients. Il est cependant consultable à la demande que ce soit en psychiatrie ou en médecine générale.

Le livret d'accueil global du CHRU bénéficie d'une excellente présentation et permet une large information des patients de tout l'établissement. Il est à souligner que la problématique des soins psychiatriques sans consentement apparaît page 22 dans le chapitre « vous avez des *droits* ». L'information y est très générale ce qui a justifié la diffusion des plaquettes ciblées uniquement pour les soins sans consentement. Des informations recueillies, il ne semble toutefois pas que le livret d'accueil global soit remis à tout arrivant en psychiatrie sauf au service des urgences psychiatriques à l'inverse des documents relatifs à la psychiatrie car il a été expliqué aux contrôleurs qu'il fallait « *éviter d'insister sur l'aspect psy et ne pas stigmatiser* ».

Dans une autre unité, il a été précisé par un infirmier que la remise d'un livret d'accueil n'était pas opportune pour les patients souffrant de psychoses en ajoutant « *l'accueil doit avant tout passer par la parole, l'échange, le regard, l'écoute* ».

b) Les règles de vie des unités

Les règles de vie sont identiques dans tout le pôle. Elles ne sont pas remises aux patients mais largement affichées dans toutes les unités et à plusieurs endroits, sauf dans les deux services de psychiatrie A. Il convient de préciser que dans le livret spécifique à la psychiatrie, systématiquement remis, les informations pratiques sont nombreuses et détaillées (inventaire,

procédure de dépôt des biens, repas, linge, téléphone et courrier, télévision et poste de radio, organisation des visites, sortie de courte durée et sortie définitive) de même que les règles de vie (respect des personnes et de leurs biens, respect des locaux du mobilier et du matériel, hygiène et tenue vestimentaire, tabac, alcool et toxiques, participation à la vie collective, pratique religieuse).

Les règles de vie affichées dans les unités et celles du livret d'accueil « psychiatrie » sont identiques. Aucune autre interdiction que l'alcool, les toxiques et les objets dangereux n'y est prescrite.

c) L'information juridique relative aux soins sans consentement

L'information émanant des documents conçus par l'établissement et explicités *supra* apparaît complète, facilement compréhensible et accessible. Il sera juste émis une remarque sur celle concernant le coût de la présence d'un avocat et les conditions de ressource pour accéder à l'aide juridictionnelle. Cette information est parfaitement exacte et juridiquement tout à fait correcte, mais elle est inutile dans le cas d'espèce puisque d'un accord entre le barreau et le tribunal l'ensemble des assistances est pris en charge par l'aide juridictionnelle. Il apparaît donc inutile de complexifier l'information des patients et des familles sur un éventuel règlement d'honoraires qui n'interviendra pas.

d) La formation du personnel

L'appréciation sur la connaissance par le personnel soignant des enjeux juridiques des soins sans consentement est apparue hétérogène. Un médecin chef de service a estimé qu'il s'agissait là d'une des carences les plus importantes de ses unités. Opinion qui ne semble pas partagée par ses confrères, ni par les cadres de santé rencontrés.

3.3 LE RECUEIL DES PLAINTES ET LA COLLECTE DES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT BIEN ORGANISES AU NIVEAU CENTRAL PUIS ANALYSES ET EXPLOITES AU NIVEAU DU POLE

3.3.1 Collecte et traitement des plaintes, des réclamations et des événements indésirables

a) Les événements indésirables

Les événements indésirables font l'objet d'une procédure formalisée. Le signalement s'effectue uniquement par voie informatique à l'aide d'un logiciel dénommée « *Qualiweb* ». Une charte de confiance pour la gestion des risques cosignée par le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et la directrice des soins protège le salarié déclarant de poursuites disciplinaires pour améliorer la quantité et la qualité des déclarations d'événements indésirables.

La direction de la qualité et de la patientèle gère l'ensemble des événements indésirables du CHRU. Mais au sein du pôle psychiatrie, à partir des données relevées par la direction de la qualité, un programme « d'actions qualité pôle » inscrit dans le contrat de pôle 2016-2018 procède à des analyses et à des propositions pour améliorer la qualité du service, notamment sur :

- les conditions de prise en charge en chambres d'isolement ;
- les droits et libertés : respect de la liberté individuelle et gestion des mesures de restriction de liberté ;

- la sensibilisation à la confidentialité ;
- la prise en charge somatique des patients en psychiatrie.

Ce groupe de travail conduit par une cadre supérieure du pôle s'appuie pour ses travaux sur des cartographies de risques établies entre autres à partir des déclarations d'événements indésirables.

Comme le prévoient les textes, un compte rendu des signalements d'événements indésirables est effectué lors des commissions des usagers. En 2016, 225 événements indésirables ont été déclarés au sein du pôle psychiatrie pour 4 294 sur l'ensemble du CHRU. Ce nombre apparaît globalement stable d'une année à l'autre (242 en 2015, 258 en 2014).

Les services d'hospitalisation complète sont ceux d'où émanent le plus de déclarations, psychiatrie A 19,11 %, psychiatrie B 23,11 %, CPU 17,33 %, psychiatrie D 16 % et CPU Ado 8,44 % soit pour l'ensemble de ces cinq services 68 % de l'ensemble, le reste se répartissant dans les structures extrahospitalières.

Sur la nature des événements indésirables plus de la moitié (124 soit 52 %) concerne des dommages corporels ou matériels qui se répartissent ainsi :

- agressions physiques 56 soit 45 % ;
- blessures 20 soit 16 % ;
- dégradations de locaux ou d'équipements 19 soit 15 % ;
- agressions verbales 9 soit 7 % ;
- chutes 11 soit 9 % ;
- bris d'objet 4 soit 3 % ;
- vols et pertes d'objets : 2 pour chaque catégorie.

Les événements indésirables les plus graves font l'objet d'une signalisation auprès de l'ARS ainsi que les contrôleurs ont pu le constater pour des faits particulièrement sérieux.

Les contrôleurs ont examiné le contenu des dix derniers événements indésirables déclarés. Ils concernent pour quatre d'entre eux des violences exercées par des patients sur des soignants, un manque de couvertures en unité, un problème de stationnement, deux mauvais fonctionnements des appareils de protection du travailleur isolé (PTI), et surtout la fugue devenue évasion d'un patient détenu qui a menacé d'une arme le personnel soignant après s'être extrait d'une chambre d'isolement.

b) Les plaintes et réclamations des patients

Seules les plaintes écrites font l'objet d'un traitement. La direction de la qualité du CHRU estime indispensable la formalisation même brève de la plainte pour une prise en compte pertinente.

Depuis la mise en place en 2013 d'un module spécifique au sein du logiciel de traitement des plaintes et réclamations « Kalirec », vingt-sept plaintes concernant le pôle psychiatrie ont été enregistrées, ce qui représente 4,4 % du total général, alors que le pourcentage de lits en psychiatrie et en MCO⁴ est supérieur.

Sur ces vingt-sept plaintes en quatre ans, vingt-trois ont été traitées et quatre ont été réorientées. Aucun dossier n'était en instance lors de la visite.

⁴ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

L'ensemble des plaintes a donné lieu à trois saisines du médecin médiateur, dont l'une portait sur des soupçons de maltraitance émanant d'un père qui ne comprenait pas la pathologie de sa fille hospitalisée. Une autre médiation relevait davantage de la prise en compte psychologique d'une famille traumatisée par le suicide d'un parent survenu hors enceinte hospitalière.

La moyenne de délai de réponse est de quinze jours. Les modalités d'expression d'une requête sont explicités page 18 du livret d'accueil version 2017.

3.3.2 Les questionnaires de satisfaction

Le traitement des questionnaires de sortie est peu ou pas traité en raison du nombre trop faible de retour même en médecine générale. En revanche, les obligations légales d'information sont respectées. Toutes les personnes sorties de l'établissement sont signalées à la société privée *ISATIS* qui les invitent par mail à répondre au questionnaire.

Si les informations ne font pas l'objet d'un suivi, tout questionnaire qui comporte un questionnement fait l'objet d'une réponse. Il y a eu 193 réponses de ce type pour l'ensemble de l'établissement, très peu concernaient la psychiatrie.

3.3.3 Le rôle des familles et des usagers

La commission des usagers (CDU) regroupe l'ensemble des pôles du centre hospitalier régional universitaire. Il n'est pas tenu de sessions de la CDU spécifique au pôle de psychiatrie. Elle se réunit régulièrement, la prochaine date étant le 21 décembre 2017.

Les associations d'usagers regroupées au sein d'un « forum des associations d'usager du CHRU de Tours » apparaissent particulièrement structurées. Elles organisent deux fois par an des journées d'information-formation. Ce regroupement de la quarantaine d'associations a été mis en place pour améliorer l'information des usagers et la coopération entre associations tout en devenant auprès de la direction un interlocuteur unique.

Au titre de la psychiatrie c'est l'UNAFAM 37 qui est présente depuis des années mais dont les représentants ont récemment changé. Il apparaît que lors des CDU les problèmes spécifiques à la psychiatrie ne sont que rarement abordés et quand ils le sont c'est le plus souvent à la demande de la représentante de l'UNAFAM ou pour évoquer soit un événement grave soit la plainte d'un patient ou de sa famille.

De son côté, l'UNAFAM regrette effectivement qu'il n'y ait pas de CDU uniquement consacrée au pôle de psychiatrie dont les problématiques sont largement différentes de celles de la médecine somatique.

L'UNAFAM constate également que l'association reste très méconnue du personnel soignant qui n'a jamais le réflexe de fournir aux familles leurs coordonnées bien que l'association se soit organisée pour assurer depuis six mois une astreinte téléphonique tous les jours de 10h à 18h.

3.4 SI LA QUESTION DE LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE SEMBLE SYSTEMATIQUEMENT POSEE, LA NOTION ELLE-MEME SEMBLE PEU EXPLICITE TANT POUR LES PATIENTS QUE POUR LES SOIGNANTS

Le concept de « personne de confiance » est apparu, comme les contrôleurs le constatent souvent, mal compris et mal appliqué malgré un réel effort d'information tant en direction des patients et de leur famille qu'en interne à la direction du personnel.

Les cadres de santé rencontrés n'ont pas caché leurs difficultés à progresser dans la mise en application au quotidien même si la notion semble maintenant bien connue des soignants.

Les contrôleurs ont pu constater dans l'ensemble des unités un affichage et une abondante documentation à disposition du personnel et des patients. Ainsi dans l'unité Baudelaire, l'information à destination des patients était affichée même en anglais.

Il a pu être établi également que la question de la désignation de la personne de confiance est dans l'ensemble systématiquement posée à tout arrivant et les cadres de santé veillent à ce que les réponses même négatives soient consignées dans le dossier informatique des patients.

Malgré cela, le pourcentage de patients ayant désigné une personne de confiance reste faible, moins de 10 % à la CPU, 20 % à Baudelaire, 40 % en psychiatrie B, la moitié environ des patients dans les autres unités de psychiatrie Ronsard et Gauguin. Le nombre de personnes de confiance ayant pris connaissance et ayant signé l'imprimé est encore bien plus restreint. Il apparaît aussi que la confusion est systématique pour les majeurs protégés avec celle de tuteur ou de curateur.

Plus globalement, l'établissement indique travailler tant pour les services de psychiatrie que pour ceux de MCO sur une amélioration de la prise en compte de la personne de confiance.

3.5 L'ACCES AU VOTE A ETE GARANTI A CEUX QUI ONT VOULU L'EXERCER APRES UNE INFORMATION PREALABLE A LA FOIS GENERALE ET PERTINENTE

Pour les deux élections nationales survenues en 2017, les modalités d'exercice du droit de vote ont fait l'objet d'une large diffusion notamment par affichage. Lors de la visite, quelque six mois après les élections législatives, l'affichage perdurait encore. L'information diffusée est apparue à la fois pertinente, complète et facile d'accès.

La pratique utilisée dans l'ensemble des unités pour permettre à ceux des patients qui voulaient exercer leur droit de vote a été de leur accorder une sortie. Ainsi il n'a pas été utile de faire appel aux services de police ou de gendarmerie compétents pour l'établissement des votes par procuration.

Bonne pratique

L'accès au vote des patients a été parfaitement organisé par la diffusion d'une information pertinente en amont puis par des possibilités de sortie les jours de scrutin.

3.6 SI L'ACCES AU CULTE EST ORGANISE, L'INFORMATION DES PATIENTS SUR SES MODALITES N'EST PAS HOMOGENE D'UN SERVICE A L'AUTRE

L'information sur les possibilités d'accès aux cultes apparaît dans le livret d'accueil qui contient un paragraphe « *vie spirituelle* », rappelant que « *le CHRU est un établissement public donc laïc, mais que chaque usager est libre d'exprimer ses convictions religieuses dans le respect du fonctionnement du service, de la sécurité des soins et de la tranquillité de ses voisins* ». Il y est indiqué ensuite que l'on peut solliciter la venue d'un représentant du culte de son choix soit auprès d'un cadre de santé soit en appelant un numéro de téléphone.

En psychiatrie, l'information est ensuite relayée par affichage dans les unités mais les contrôleurs ont pu constater des disparités dans cette transmission. A la clinique psychiatrique universitaire de Saint-Cyr-sur-Loire, l'affichette n'apparaît que dans le seul bureau de soins infirmiers, elle se trouve dans les couloirs à Ronsard et Gauguin mais aucun affichage n'a été constaté ni à Garance ni à Véronèse.

Dans la pratique, si le représentant du culte catholique semble organisé et présent il apparaît qu'il effectue le relais avec les autres religions et notamment l'imam.

L'aumônier catholique est salarié de l'hôpital pour quatre demi-journées par semaine. Il est assisté de quatre bénévoles. Il assure avec ses collègues une astreinte d'urgence 24h sur 24, principalement pour les services de « médecine, chirurgie, obstétrique » et les demandes d'assistance d'urgence en fin de vie.

Au niveau des unités psychiatriques implantées sur le site de Bretonneau, l'aumônier catholique est présent tous les mardis après-midi mais il n'a pas le droit d'entrer dans les unités. Il se tient pour ses permanences dans la cafétéria qui est accessible à tous les patients. Le cas échéant, il peut bénéficier d'un bureau attenant à la cafétéria pour les entretiens individuels.

Un office hebdomadaire est célébré le mercredi après-midi au sein de la chapelle de l'hôpital. Les patients qui le souhaitent peuvent s'y rendre, ceux qui ont l'autorisation de sortir y viennent seuls. Un patient de Ronsard qui ne bénéficie de l'autorisation de sortie est accompagné chaque semaine à l'office par un soignant.

L'organisation à Trousseau est légèrement différente puisque l'aumônier présent également une fois par semaine a la possibilité d'accéder aux services.

A la CPU, l'aumônier ne vient qu'à la demande.

3.7 LE SERVICE DES TUTELLES DE L'HOPITAL SE VOIT CONFIER LES MESURES DE PROTECTION DES PATIENTS SANS PATRIMOINE ET AVEC PEU DE RESSOURCES

Le CHRU de Tours est doté d'un service de tutelle qui se trouve sur le site de Bretonneau. Ce service ne gère que les patients dont le juge lui a confié la charge, il n'entre pas dans ses attributions de gérer les problématiques des majeurs protégés placés sous tutelle de tuteurs privés ou familiaux.

La plupart des personnes protégées qui sont confiées par le juge au service des tutelles de l'hôpital sont sinon, des indigents, en tout cas des gens avec peu de ressources ou de patrimoine. Dans le cas contraire (revenus ou patrimoine), la gestion est plutôt confiée à un tuteur privé.

Le jour de la visite le service a la charge de trente-deux mesures de tutelle et quarante-trois mesures de curatelle renforcée. Il s'agit de chiffres globaux pour l'ensemble du CHRU, mais 90 % de ces mesures concernent la psychiatrie, les 10 % restant, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le service n'a en charge aucune curatelle simple.

Le repérage des situations est effectué principalement dans les unités par les assistantes sociales, mais également par le personnel médical. Pour la psychiatrie, les situations sont en général connues et identifiées depuis longtemps, la détection s'effectue plutôt en gériatrie.

Pour cette raison, les nouvelles mesures au cours des deux dernières années restent en nombre limité : huit curatelles renforcées en 2016 et trois en 2017, aucune nouvelle tutelle.

Le service ne gère aucun numéraire.

Pour que les patients qui lui sont confiés puissent entrer en possession d'argent liquide le système est organisé différemment selon les sites d'hospitalisation :

- pour le site principal de Bretonneau, le service est ouvert deux matinées par semaine, mardi et vendredi ou sur rendez-vous. Le patient se fait remettre un bon qui lui permet de retirer du liquide auprès de la trésorerie installée dans l'établissement. Les écritures relatives aux opérations sont effectuées en direct ;

- pour le site de Trousseau : l'association « Traverses » avance l'argent liquide aux majeurs protégés après concertation entre patients, service des tutelles et personnel soignant et se voit créditée par virement du montant des avances effectuées ;
- le même système est en place à la CPU de Saint Cyr-sur-Loire avec l'association locale.

Le service des tutelles est amené régulièrement à effectuer directement des achats, notamment pour les vêtements. Toutes les dépenses sont réglées par mandat administratif.

Le service est systématiquement convoqué aux audiences du juge des libertés et de la détention dès lors qu'un de ses majeurs protégés est cité à l'audience. Dans ces cas-là, il est établi à destination du magistrat un bulletin de situation mais personne du service n'est physiquement présent à l'audience.

Le service revendique des relations individualisées avec ceux des majeurs protégés en état pathologique de comprendre leur situation, relations tissées par la pérennité dans le temps des mesures de protection et la proximité au sein de l'établissement.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES

4.1 LES PIÈCES MÉDICALES ET JURIDIQUES SONT TROP RAREMENT REMISES AUX PATIENTS MALGRÉ DES SUPPORTS DE QUALITÉ

4.1.1 Remise des pièces médicales et juridiques au cours de l'hospitalisation

Si les pièces médicales et juridiques ne sont pas systématiquement laissées au patient lors de son admission, il a toutefois été précisé aux contrôleurs que ces documents pouvaient lui être remis à tout moment sur simple demande.

Tout au long de l'hospitalisation, les certificats médicaux et décisions de maintien sont expliqués au patient par le médecin, le cadre ou un soignant et donnent lieu à signature d'une fiche de notification mentionnant la nature de la décision prise et rappelant les droits du patient et les voies de recours. La copie de cette fiche est parfois remise au patient, selon l'unité dans laquelle il se trouve, mais les copies de la décision et du certificat médical ne le sont en revanche presque jamais (cf. sur ce point le rapport de la commission départementale des soins psychiatriques § 4.2.1).

Les certificats médicaux, lorsqu'ils sont établis informatiquement, portent mention de ce que « *le patient a été informé ce jour de manière adaptée à son état du projet de décision de maintien de prise en charge et a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à son état* » mais ne précisent pas si ce droit a été exercé et quelles ont été les observations formulées. Il s'agit donc d'une simple formule de style ne permettant pas de s'assurer du respect effectif de ce droit à formuler des observations, sauf à entrer dans le dossier informatisé du patient rempli par le médecin et/ou le soignant lors des entretiens.

4.1.2 L'accès au dossier médical

La procédure d'accès au dossier médical, qui peut être faite pendant ou après l'hospitalisation par le patient, un ayant droit ou un tiers mandaté, est gérée par la direction de la qualité et des relations avec les usagers (DQRU). Des formulaires de demande sont disponibles sur le site du CHRU ou peuvent être retirés à la DQRU ou dans les secrétariats des services. Après avoir vérifié la recevabilité de la demande et la présence de toutes les pièces nécessaires, la DQRU envoie au demandeur un accusé de réception puis transmet la demande à l'unité compétence qui prépare le dossier. Si le patient demandeur est présent à l'hôpital, la communication de son dossier est faite par son médecin ; sinon une copie du dossier est envoyée par courrier. Les demandes de copies de dossier médical, majoritairement faites après la fin de l'hospitalisation, prévalent très largement sur celles de communication sur place.

Les demandes d'accès au dossier pour le pôle psychiatrie, toutes modalités confondues, varient d'une année l'autre : vingt-huit en 2014, quarante-huit en 2015, cinquante en 2016 et trente-deux du 1^{er} janvier au 30 novembre 2017.

Selon le rapport d'activité de la CRUC de 2016, la transmission au demandeur des dossiers de moins de cinq ans s'effectue dans un délai très raisonnable (trente-neuf jours soit moins de deux mois), tandis que le délai de transmission pour les dossiers de moins de cinq ans reste supérieur à celui fixé par la loi (dix-huit jours contre huit jours prévus par le législateur). Les demandes urgentes sont toutefois traitées prioritairement, la demande étant parfois satisfaite dans les deux jours.

La copie du dossier est facturée au forfait (12,94 euros) auquel s'ajoute 0,18 euro la feuille A4 et les frais de CD Rom de 2,75 euros en cas de clichés.

Lorsque la demande ne porte que sur un document unique ou lorsque la copie du dossier est sollicitée par un médecin, l'envoi ne fait pas l'objet de facturation. Ainsi, en présence d'un dossier volumineux, le bureau de la qualité conseille au demandeur de faire passer sa demande par son médecin pour lui permettre la gratuité de cet accès au dossier médical.

4.2 PARMIS LES INSTITUTIONNELS, SEULE LA CDSP EXERCE SA MISSION DE CONTROLE

4.2.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP d'Indre-et-Loire est composée d'un magistrat du TGI de Tours, qui en assure la présidence, de trois médecins (deux psychiatres – un libéral et un hospitalier – et un généraliste), un représentant de l'UNAFAM et un représentant de France Dépression. Il n'est pas signalé de difficulté quant à la désignation de ses membres ; le dernier arrêté de sa composition a été pris début 2017. Selon la présidente, rencontrée par les contrôleurs, les membres de cette commission sont tous très impliqués et actifs ; les réunions se tiennent toujours à trois ou quatre membres parmi lesquels un médecin.

Le rapport d'activités 2016, le procès-verbal (PV) de visite du site Bretonneau du 14 janvier 2016 ainsi que les PV de visite de l'année 2017 (dont ceux du 14 mars pour la CPU, du 25 avril pour la psychiatrie D, et ceux de juin et septembre pour le CH du chinonais et le centre hospitalier intercommunal (CHIC) Amboise-Château-Renault) ont été adressés aux contrôleurs par la présidente de la CDSP faute d'être disponibles au bureau des soins sans consentement de l'établissement visité.

Tous ces documents attestent d'un travail de qualité réalisé par les membres de cette commission. La CDSP procède au moins à une visite par an de chacun des cinq sites de sa compétence au cours de laquelle elle échange avec les médecins et le personnel, rencontre les patients qui en ont fait la demande, examine tous les dossiers des patients en soins sans consentement de l'établissement visité (en hospitalisation complète ou non); la présidente vérifie les registres de la loi. Depuis l'arrêt de la cour de cassation du 4 mars 2015⁵, un travail a été mené avec les médecins sur la rédaction des certificats médicaux et sur les programmes de soins (jugé par la CDSP comme « *trop souvent hors des clous* », la durée de la présence à l'hôpital au cours d'une semaine étant souvent supérieure au temps passé à l'extérieur). Selon la présidente de la CDSP cette pratique a cependant évolué, de sorte qu'il n'y aurait plus au moment du contrôle de « *faux programmes de soins* ».

Deux chantiers de réflexion ont été initiés par la CDSP portant l'un sur la « *notification différée des droits* », le second sur la notion de « *troubles* » et la recherche d'un passage à « *une autre prise en charge que l'hospitalisation complète* ». Suite aux visites de la CDSP, un groupe de travail

⁵ Cet arrêt rappelle que s'agissant des mesures prévues par un programme de soins, il incombe au juge de vérifier si l'hospitalisation mise en place constitue une hospitalisation à temps partiel au sens de l'article R. 3211-1 du code de la santé publique et non une hospitalisation complète. Il confirme la décision prise en appel de mainlevée d'une mesure avec un effet différé de vingt-quatre heures aux motifs que « après avoir constaté que le programme de soins incluait l'hospitalisation à temps partiel de Mme X... et limitait ses sorties à une ou deux fois par semaine et une nuit par semaine au domicile de sa mère, le premier président a pu en déduire que ces modalités caractérisaient une hospitalisation complète assortie de sorties de courte durée ou de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures, telles que prévues par l'article L. 3211-11-1 du code précité ».

informel a été constitué par des médecins du CHRU de Tours sur la thématique « rédaction des certificats médicaux et des programmes de soins ». Selon la présidente de la CDSP, ses propos reprenant les remarques faites lors de la visite du 25 avril 2017, il est ainsi constaté une amélioration dans la rédaction des certificats et des programmes de soins, même « *s'il subsiste encore des manques relatifs à la notion de troubles psychiques et/ou des motifs justifiant la poursuite du maintien de la mesure en hospitalisation complète ou ambulatoire surtout quand le patient semble adhérer aux soins, si les programmes de soins demanderaient à être plus détaillés notamment sur la nécessité de la contrainte et si les certificats mensuels sont parfois trop succincts car ne rappelant pas les troubles et la nécessité de la mesure* ».

Lors des visites de la CDSP au CHRU, trois patients ont évoqué la non-remise de documents relatifs à leur situation, comme la non-réception de la décision d'admission ou de maintien ou encore de l'ordonnance rendue, ainsi qu'une méconnaissance de leurs droits et l'absence de remise de la charte du patient hospitalisé. Les médecins ont par ailleurs évoqué les difficultés rencontrées suite à des décisions du JLD ayant ordonné la mainlevée de la mesure, avec ou sans mise en œuvre d'un programme de soins.

Recommandation

Les procès-verbaux de visite et les rapports annuels de la CDSP devraient être systématiquement communiqués aux établissements visités et largement diffusés aux médecins, cadres de santé et soignants.

« *Un rappel sera fait à la secrétaire de la CDSP d'adresser au bureau des soins sans consentement (direction de la qualité et de la patientèle) les procès-verbaux de visite et les rapports annuels. Actuellement les dysfonctionnements et problèmes particuliers font l'objet d'une information directe au pôle de la part de la CDSP* ».

4.2.2 Le Conseil local de santé mentale

Ce conseil n'existe pas au CHRU de Tours.

4.2.3 La visite des autorités

Le président du TGI de Tours, le procureur de la République près ce tribunal et le maire de la ville de Tours n'ont pas visité le pôle de psychiatrie-addictologie du CHRU de Tours depuis plusieurs années.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI, TENUS A BREF DELAI, SONT INSUFFISAMMENT RENSEIGNES

Les registres de la loi – un registre unique pour les SPDRE et les SPDT, femmes et hommes confondus – sont tenus par le bureau des soins sans consentement sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission.

Les contrôleurs ont examiné les deux derniers registres en cours et plus particulièrement les admissions intervenues entre le 2 octobre et le 28 novembre 2017, concernant cinquante-deux patients dont vingt-quatre femmes et vingt-huit hommes.

Ces registres sont tenus sans retard dans les 24 à 48 heures au maximum. Toutefois, les documents reproduits pour les SPDT sont insuffisants et les mentions figurant sur l'ensemble des registres sont incomplètes.

En effet, si les arrêtés du maire et du préfet sont toujours reproduits, les décisions d'admission prises par le directeur ne sont en revanche pas dupliquées dans les registres. De même les mentions de notification des arrêtés ou décisions d'admission comme celles des certificats médicaux ultérieurs ou des décisions du JLD et des voies de recours n'y figurent pas contrairement aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP ; certes une date de notification est imprimée au bas de l'ordonnance du juge mais celle-ci correspond à la date de transmission de la décision au CHRU par le greffe et non à celle de la notification effective au patient. Par ailleurs, si les mentions concernant les identités du patient et du tiers demandeur, l'éventuelle mesure de sauvegarde, les autres formes de prise en charge, la levée de la mesure (y compris les transferts) sont convenablement renseignées, la mention de l'intervention du JLD, avec précision d'un contrôle de plein droit ou d'un recours facultatif, est quant à elle souvent omise sur les registres les plus récents. Enfin, s'agissant des dernières admissions il a pu être constaté que les documents n'étaient pas toujours collés de façon chronologique, le certificat des 72 heures précédant par exemple ceux d'admission et des 24 heures.

Les certificats initiaux sont dans l'ensemble peu détaillés, qu'ils émanent des urgences, de psychiatres libéraux ou de médecins généralistes. Les certificats médicaux ultérieurs sont quant à eux circonstanciés et actualisés, exception faite toutefois, comme relevé par la CDSP, de certains certificats mensuels qui omettent de caractériser les troubles et la nécessité de la mesure ou encore de certificats prescrivant un programme de soins sans rappeler les motifs justifiant des soins sans consentement.

L'examen de ces registres a permis également de constater que :

- pour les admissions sur arrêté du maire, l'arrêté préfectoral maintenant la mesure de soins sans consentement intervient dans un délai de 48 heures ;
- les admissions se font majoritairement selon la procédure de soins en urgence (sur les cinquante-deux admissions examinées, six sont des SPDRE, cinq des SPDT, cinq des SPPI et trente-six SPDTU), la difficulté rencontrée lors de l'admission n'étant pas celle de la recherche d'un tiers mais celle de trouver un second médecin (difficulté résultant selon le bureau des soins sans consentement du fait que les médecins des urgences ne peuvent signer ce certificat puisque dépendant du même établissement et que SOS médecins n'accepte plus de se déplacer en raison de problèmes de facturations) ;
- les mesures prises sous le statut de l'urgence sont souvent levées à très brève échéance (à titre d'exemple : trois mesures levées dans les 24 heures ; dix entre le troisième et le sixième jour ; quatre transformées en soins libres avant le septième jour).

Les registres ne portent visa que de la seule CDSP, la dernière fois le 12 avril 2017.

Recommandation

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même, notamment les décisions d'admissions du directeur ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

« Jusqu'à présent, les contrôles de la CDSP n'ont pas mis en évidence ce manque. Une dématérialisation du registre est à l'étude ».

4.4 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION EST ASSUREE GRACE A UN PROTOCOLE REGULIEREMENT ACTUALISE

La non-divulgence de la présence et de l'état de santé d'un patient a fait l'objet d'un protocole diffusé le 24 juin 2010, intitulé « *gestion des identités des patients – consignes générales de saisie* », et réactualisé pour la dernière fois en juin 2017, permettant d'une part des hospitalisations sous X, d'autre part que certaines informations soient cachées.

La demande de confidentialité est faite sur un document signé du patient.

Lorsque la demande est formalisée pour le temps du séjour, l'identité du patient est enregistrée mais son nom est modifié par un IEP (numéro de séjour) et le prénom est remplacé par le terme « *présence* » ; la date de naissance n'est quant à elle pas modifiée et l'adresse n'est pas masquée. Quand la demande est faite de façon pérenne, et acceptée par la cellule d'identité-vigilance, le patient est enregistré sous un numéro (IPP) qu'il conservera à chacun de ses séjours.

Une procédure particulière est mise en place pour les patients détenus : le nom est suivi du numéro d'écrou communiqué par l'établissement pénitentiaire.

Le standard, comme le secrétariat de chaque service, dispose de la liste des patients avec leur numéro IEP. Ainsi, lorsque le standard reçoit un appel de l'extérieur demandant à entrer en contact avec un patient, le standardiste ne trouvera pas le nom de la personne et mettra fin à l'appel. Si la demande est faite directement dans l'unité, l'appelant sera également éconduit dans la mesure où la confidentialité est affichée.

4.5 LES SORTIES, ACCOMPAGNEES OU NON, PARTIE INTEGRANTE DE LA PRISE EN CHARGE, PARTICIPENT A LA LEVEE DE LA MESURE FREQUEMMENT PRECEDEE D'UN PASSAGE EN PROGRAMMES DE SOINS

La pratique des médecins est de favoriser au maximum les sorties, de façon progressive en commençant toujours par des sorties accompagnées, pour permettre un retour à la vie à l'extérieur, au plus vite et dans les meilleures conditions, avec le plus fréquemment passage en programme de soins avant levée de la mesure de soins sans consentement.

Les sorties de courtes durées et les programmes de soins ne sont répertoriées en tant que tel ni sous forme papier ni informatiquement ce qui a empêché les contrôleurs d'en connaître le nombre sur une période donnée.

Les certificats médicaux sont transmis par les unités au bureau des admissions et sont suivis d'une décision du directeur. Pour les SDRE les certificats médicaux et la décision du directeur sont envoyés à l'ARS pour information et avis éventuel.

Les tiers demandeurs à la mesure sont informés des sorties non accompagnées par le bureau des soins sans consentement dès lors que la date de la sortie est bien renseignée dans le certificat médical (ce qui n'apparaît pas dans les cas d'autorisation de sorties répétitives). Lorsqu'il s'agit de la famille, les tiers sont parallèlement avisés par les soignants ne serait-ce que pour organiser matériellement la prise en charge du patient à sa sortie.

4.5.1 Les sorties de courte durée

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

Ces sorties, autorisées dès que l'état du patient le permet et qu'il est assez stabilisé, sont accordées, par exemple, pour faire des courses, honorer un rendez-vous à l'extérieur, faire une promenade, participer aux sorties organisées par les équipes de soins, pratiquer une activité sportive à l'extérieur ou retourner quelques heures au domicile. Lors de ces sorties le patient est normalement accompagné soit par un soignant soit par un membre de sa famille. Dans certains cas toutefois les médecins autorisent les sorties seul d'une durée inférieure à 12 heures, quel que soit le statut du patient (SPDT ou SPDRE).

Au 28 novembre 2017, vingt-six des soixante et un patients en soins sans consentement bénéficiaient de sorties d'une durée inférieure à 12 heures : neuf en Psy D (dont huit à Baudelaire et un à Gauguin), dix à la CPU, trois en Psy B et quatre à Garance.

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 d'hospitalisation complète, 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.

Au 28 novembre 2017, quatorze des soixante et un patients en soins sans consentement bénéficiaient de sorties d'une durée maximum de 48 heures : dix en Psy D (huit à Baudelaire et deux à Gauguin) et quatre à la CPU.

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

Dans les unités il n'a pas été signalé de difficulté particulière dans les relations avec l'autorité préfectorale, ni d'interventionnisme de la direction ou du préfet dans le processus thérapeutique.

Selon les informations recueillies auprès des bureaux des soins sans consentement, le positionnement du représentant de l'Etat fluctue selon la personne en charge du suivi du dossier (secrétaire général ou directeur de cabinet). La politique suivie au jour du contrôle, depuis l'arrivée d'un nouveau préfet et le changement du directeur de cabinet, est encore mal connue des professionnels du CHRU ; s'inscrivait auparavant, dans un excès sécuritaire, des conditions (comme par exemple l'exigence d'un accompagnement) assortissant parfois l'accord donné par le préfet, et ce au mépris des dispositions de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique qui stipule que le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

L'examen des tableaux informatiques des situations des patients tenus par le bureau des soins sans consentement démontre toutefois que pour les vingt patients suivis en SPDRE au 20 novembre 2017 :

- deux ne bénéficiaient d'aucune sortie ;
- quatre étaient autorisés à sortir seuls pour des durées inférieures à 12 heures ; pour deux autres, l'autorisation de sortie seul a donné lieu à un « accord du représentant de l'Etat sous réserve d'accompagnement » et n'a pu être suivie d'effet faute de soignant susceptible d'assurer le dit accompagnement ;
- neuf pouvaient sortir accompagnés de soignants pour des randonnées ou des activités sportives ou thérapeutiques ;
- deux bénéficiaient de sortie non accompagnées de moins de 48 heures ;

- une sortie non accompagnée d'un patient pour se rendre au domicile de sa sœur s'était heurtée à l'opposition du représentant de l'Etat ;
- deux autorisations de sorties de moins de 4 heures pour un patient et de moins de 12 heures pour un autre, communiquées au préfet respectivement les 23 et 24 novembre n'avaient pas donné lieu à réponse le 29 novembre, les sorties prévues dans l'intervalle n'ayant de ce fait pas eu lieu. Pour chacun de ces patients, le médecin avait autorisé plusieurs sorties sur des jours déterminés de la semaine (par exemple tous les jeudis) avec un créneau horaire précis mais sans toutefois mentionner la date de la première sortie, empêchant ce faisant de retenir le principe d'un accord tacite du représentant de l'Etat en l'absence de réponse au plus tard douze heures avant la date prévue (article L. 3211-11-1 du CSP).

Recommandation

Pour les patients en SPDRE, les demandes de sorties de courtes durée, prévues de façon réitérée sur un ou plusieurs jours de la semaine, doivent mentionner la date et l'heure de la première sortie afin de faire courir utilement le délai de réponse du représentant de l'Etat.

Conformément aux dispositions de L. 3211-11-1 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire à l'avis favorable du psychiatre.

« Un rappel régulier est fait aux médecins sur le sujet, lors des bureaux de pôle, par le bureau des soins sans consentement (PV des bureaux de pôle), ainsi que des formations sur site ».

Au sujet des autorisations de sortie, la préfète d'Indre-et-Loire écrit dans ses observations au rapport du CGLPL : *« dans le plein respect des dispositions légales et réglementaires, nous veillons à la progressivité dans l'octroi des sorties. Aussi, sont refusées les sorties sans accompagnement si elles ne sont pas précédées d'une sortie accompagnée. De même, sont refusées les demandes simultanées pour plusieurs sorties sans accompagnement si elles ne sont pas précédées d'une sortie seule suivie d'une évaluation avant un éventuel élargissement. Nous tenons enfin compte des fuites ou de tout événement qui aurait été porté à notre connaissance : il nous est parfois proposé une sortie seule pour un patient n'ayant pas réintégré l'hôpital lors de sa précédente sortie seul. Dans ces cas, nous demandons de repasser par une période de sorties accompagnées. A l'exception de ces cas de figure, les sorties sont autorisées. Au mois de février 2018, mes services ont rencontré spécifiquement ceux de la délégation départementale d'Indre-et-Loire de L'ARS afin d'expliquer cette doctrine et ses modalités de mise en œuvre ».*

4.5.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

a) L'avis conjoint

La préconisation médicale de la mainlevée d'une mesure de SDRE ne se heurte qu'assez rarement au refus du représentant de l'Etat. Ainsi au cours de l'année 2017 sept demandes de mainlevée de mesure d'hospitalisation complète – dont quatre avec maintien de l'hospitalisation en soins libres – et deux levées d'un programme de soins n'ont pas fait l'objet d'une opposition du préfet. La procédure du recours à un second avis – donné par un médecin non en charge du suivi – a toutefois été mise en œuvre pour un patient en septembre 2017, la demande ayant été faite par

le représentant de l'Etat par simple mail adressé *via* l'ARS ; la saisine du JLD n'a quant à elle pas été à son terme la mesure ayant été levée après le second avis.

b) Le collège des professionnels de santé

Le bureau des admissions travaille avec différents tableaux indiquant les échéances et dates à respecter pour chacun des patients, notamment quand la réunion du collège des professionnels de santé est nécessaire.

Un planning sur deux mois est adressé aux unités en prévision des collèges à venir. L'organisation du collège – choix du second médecin et de la date – est faite par le secrétariat des unités. La désignation du collège, les convocations de ses membres et du patient sont faites par le bureau des soins sans consentement. L'équipe pluridisciplinaire de soins est représentée par les cadres de santé lorsque le patient est encore hospitalisé, par les infirmiers quand le patient est suivi par le secteur.

A la CPU, il a été précisé que le collège ne se réunissait pas physiquement, que le cadre désigné recevait uniquement les deux certificats médicaux et le papier à signer, que le patient n'était jamais reçu par le collège et que ses observations n'étaient pas recueillies. En Psy D en revanche, la réunion du collège est effective ; il a été indiqué aux contrôleurs que dans un cas l'avis du second médecin avait permis de trouver une solution autre que la continuité des soins sans consentement.

Entre le 1^{er} janvier et le 29 novembre 2017, la situation de quatre-vingt-quinze personnes a justifié la réunion du collège, parmi lesquelles sept patients en hospitalisation complète. La réunion de deux collèges pour des patients en programme de soins était prévue dans le courant du mois de décembre 2017.

4.5.3 Le passage en programme de soins

Comme indiqué ci-dessus (*cf.* § 4.2.1), une réflexion a été menée dans le cadre de la veille juridique sur les programmes de soins de sorte que ceux-ci ne puissent être accordés que si le temps à l'hôpital est de moindre durée que celui passé à l'extérieur. Cette réflexion a été reproduite dans le « *guide des soins sans consentement* » utilisé notamment dans le cadre des formations dispensées par la responsable du bureau des soins sans consentement pour les nouveaux médecins, cadres ou soignants.

Si la rédaction et le contenu des programmes de soins ont ainsi évolué, il reste que deux patients en programme de soins anciens (en Psy D) passent au moins 50 % de leur temps à l'hôpital. Par ailleurs, l'examen de onze programmes de soins décidés entre septembre et novembre 2017 (huit du CPTS, un de la CPU et deux de Psy D) démontre que pour neuf d'entre eux, ce programme consiste pour le patient en des sorties seul de plusieurs heures et plusieurs fois par semaine (par exemple sortie seul de 12 heures tous les jours ou encore sorties seul de 48 heures jusqu'à deux fois par semaine) ; la situation de base, qui reste celle de l'hospitalisation, peut durer plusieurs semaines avant que n'intervienne une modification de ce programme avec retour à domicile accompagné de consultation en extrahospitalier et d'un traitement. Il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs que des patients traversant des périodes difficiles demandaient parfois à rester à l'hôpital durant leur période de sortie.

Seul un de ces programmes de soins a été ordonné avant le 12^{ème} jour d'hospitalisation et donc avant passage devant le JLD, les autres l'ayant été dans un délai variant de quatre semaines à cinq mois après l'admission.

Dans une unité il a été précisé que les lits des patients en programme de soins leur étaient conservés durant leur sortie ; dans une autre, la chambre d'un patient revenant à l'hôpital 48 heures par mois lui est réservée quelques jours avant son retour, en jouant sur les sorties.

4.5.4 La levée de la mesure

La famille, le cas échéant les tuteurs ou curateurs mais également les assistantes sociales sont informées des sorties de courte durée et associés à la préparation de la levée de la mesure, élaborée dans le cadre des réunions de synthèse hebdomadaires. Il a toutefois été signalé par l'ensemble du personnel un manque crucial de structures médico-sociales et de maisons de retraite pour accueillir les patients comme une insuffisance d'assistantes sociales et de ressources infirmières pour accompagner des visites nécessaires à la préparation de la sortie, ce qui constitue un frein à la levée de la mesure pour les patients « chroniques ».

Dans certaines unités le médecin accompagné du cadre de santé et d'un infirmier se déplacent dans les structures pressenties pour l'accueil du patient afin d'apporter au personnel de l'établissement les informations sur le comportement du patient et des conseils sur la gestion des crises.

Si la demande d'un second avis n'est que peu sollicitée par le représentant de l'Etat face à une demande de levée de la mesure, tous les professionnels rencontrés s'accordent à dire que la levée des SPDRE dits « judiciaires » (patients ayant fait l'objet d'une déclaration judiciaire d'irresponsabilité pénale) est difficile à obtenir de la préfecture, au point que certains patients disent « *regretter de ne pas être allés en prison* ».

Le juge des libertés et de la détention exerce pleinement sa mission de contrôle mais trop souvent dans le cadre d'audiences se tenant en dehors de l'établissement. A la date du contrôle la fonction de JLD était assurée par un magistrat ; la désignation à compter de janvier 2018 d'un second JLD va nécessiter une réorganisation du service, non encore définie au jour de l'entretien.

Une convention a été signée le 27 août 2014 entre le tribunal de grande instance de Tours (représenté par la présidente et le procureur de la République) et l'agence régionale de santé du Centre, portant sur la mise à disposition gratuite par le CHRU de Tours d'une salle d'audience spécialement aménagée sur son site de la CPU à Saint-Cyr-sur-Loire concernant les audiences du JLD relatives aux patients pris en charge sur les trois sites du CHRU de Tours et sur ceux de CH Chinonais et du CHIC Ambroise-Château-Renault.

Comme prévu dans cette convention, les locaux mis à disposition comprennent également une salle d'attente, une salle de délibérés (non utilisée dans la pratique) et un local polyvalent réservé les jours d'audiences aux entretiens de l'avocat avec son client, dont les avocats ne font pas toujours usage préférant rester dans la salle d'attente près des infirmiers. La salle d'audience, bien signalisée et située au rez-de-chaussée, est accessible librement par un escalier depuis l'accueil ou directement par l'arrière du bâtiment par une entrée badgée. La pièce qui sert également de salle de cours, est meublée simplement de tables et de chaises mais est dépourvue de matériel informatique à l'exception d'une imprimante.

L'examen des tableaux informatiques tenus par le bureau des soins sans consentement a mis en lumière que, au cours des deux dernières années, plus de la moitié des audiences s'étaient tenues non dans la salle dédiée mais au TGI de Tours (en 2016, 68 audiences sur un total de 111 ; sur la période du 1^{er} janvier au 30 novembre 2017, 63 audiences sur les 100). Si la présidence du TGI, rencontrée par les contrôleurs, a expliqué cette situation par un manque d'effectif de magistrats, force est de constater qu'une telle difficulté n'est pas constitutive de la force majeure prévue à

la convention pour justifier la tenue des audiences au TGI, d'autre part que cette pratique s'est poursuivie pendant le contrôle (notamment pour l'audience du 7 décembre 2017) alors même que, selon la présidente, le tribunal était alors à effectifs pleins. Outre le non-respect de la convention et de la loi, cette dérogation intensive à la tenue des audiences dans la salle dédiée n'est pas sans attenter aux droits des patients dans la mesure où le passage au tribunal est pour eux source d'angoisse, où ils se voient contraints de passer sous le portique de sécurité et de parcourir plusieurs mètres en extérieur (le véhicule ne pouvant être stationné devant le tribunal) puis dans le palais au milieu des justiciables.

Recommandation

Les audiences doivent se tenir dans la salle spécialement aménagée dans les locaux de la CPU, conformément à la convention et à la loi, l'organisation de la juridiction ne pouvant à soi seule constituer la force majeure autorisant le déroulement des audiences au TGI.

4.5.5 Les modalités d'organisation de l'audience

Le bureau des soins sans consentement du CHRU de Tours a créé un tableau informatique lui permettant de surveiller les délais (dates butoir de la saisine du JLD, des audiences à 12 jours puis à six mois, des réunions de collège, etc.). Ce bureau réclame si besoin aux unités les documents nécessaires et notamment l'avis motivé. Lorsque le patient refuse de se rendre à l'audience, son refus est matérialisé par un écrit émanant du patient lui-même ou de deux soignants. La possibilité ou non du patient d'être entendue par le juge est précisé, selon les praticiens, soit dans l'avis motivé soit dans un certificat médical spécifique. Ces certificats sont toujours signés du médecin en charge du suivi du patient malgré les dispositions de l'article R.3211-12 du code de la santé publique modifiées par le décret n°2014-897 du 15 août 2014 qui disposent que cet avis, mentionnant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition, doit émaner d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne. Cette modification, dont s'est saisie le JLD, a conduit l'établissement à engager une réflexion afin de trouver un deuxième médecin susceptible de rédiger ce certificat, recherche d'autant plus difficile que l'établissement est en manque de médecins.

Une fois complet, le dossier est envoyé au greffe du JLD par courrier doublé d'une télécopie. En retour, le bureau des soins sans consentement reçoit la convocation pour l'audience qu'il transmet à l'unité concernée ; un mail d'information est adressé au médecin en charge du suivi du patient, au cadre pour organiser les transferts et au secrétariat de l'unité. La convocation est le plus souvent notifiée au patient par le cadre de santé, avec remise d'une copie. C'est l'occasion pour le cadre d'expliquer au patient le rôle du JLD — évitant en général le terme « *de la détention* » très mal compris et très mal reçu par le patient – et celui de l'avocat avec ses modalités d'intervention, ainsi que le déroulement de l'audience. Une fois signée par le patient la notification de la convocation est renvoyée au greffe du JLD *via* le bureau des soins sans consentement.

4.5.6 Tenue de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mardi 28 novembre au cours de laquelle étaient examinées les situations de trois patients, un de Psy D (Bretonneau), un de la CPU et un de Psy B (Trousseau). A l'issue de l'audience ils ont pu s'entretenir avec l'avocat présent, puis avec le juge et son greffier.

Les patients sont conduits à l'audience par un soignant (plus rarement deux) à bord d'un véhicule de l'unité lorsque la personne vient de Bretonneau ou de Trousseau. Les patients ne sont jamais sédatisés ni amenés en pyjama.

L'audience se déroule porte ouverte, en la seule présence de l'avocat, le soignant accompagnateur et les autres patients attendant à l'extérieur de la salle. Le patient peut toutefois demander la présence du soignant à ses côtés. Juge, greffier et avocat sont en civil. Le magistrat, qui se présente comme « le *juge des libertés* » laisse le patient parler sur sa situation, ses envies, ses problèmes ; il l'interroge sur les raisons de son hospitalisation, recueille son opinion sur la nécessité de ses soins, ses relations avec son médecin, le déroulement de son hospitalisation et le maintien ou non de celle-ci. La parole est ensuite donnée à l'avocat qui a pu prendre connaissance du dossier la veille de l'audience au greffe du JLD et qui s'est entretenu avec le patient avant l'audience. Le greffier, qui travaille avec un ordinateur portable du tribunal, édite un procès-verbal de l'audition que le patient est invité à relire et à signer et dont copie est remise au patient et à l'avocat. Puis le juge annonce que sa décision sera rendue dans l'après-midi et envoyée à l'hôpital pour notification.

Le JLD a précisé aux contrôleurs que, à la différence de son prédécesseur, sa décision n'était jamais rendue immédiatement, la principale raison tenant à l'imprévisibilité de la réaction des patients et à son souhait d'éviter tout risque lors du trajet de retour.

Le procureur de la République donne un avis écrit qui figure au dossier mais n'est pas lu à l'audience. L'administration n'est jamais présente ni représentée à l'audience.

Les avocats interviennent dans le cadre d'une permanence assurée par un groupe d'une soixantaine de volontaires qui n'ont pas reçu de formation spécifique. Sauf dans les rares cas où le patient choisit son conseil, l'intervention de l'avocat est entièrement prise en charge par l'aide juridictionnelle, sans examen des ressources.

Les tiers demandeurs à la mesure sont convoqués par courrier mais peu d'entre eux se présentent à l'audience ou réagissent. Les tuteurs et les curateurs sont également convoqués ; ils ne se présentent jamais mais adressent parfois un rapport ou un avis de situation.

Ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs, les décisions sont effectivement adressées par télécopie le jour même, mais souvent après la fermeture des bureaux (pour l'audience du mardi 28 novembre la transmission par télécopie est intervenue à 19h12) de sorte que la notification effective au patient ne peut avoir lieu que le lendemain (parfois plus tard selon la réactivité du cadre ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs dont l'intervention a permis une notification de l'ordonnance deux jours après la réception par l'établissement) alors que l'ordonnance mentionne une notification faite le jour même.

Les notifications sont faites par le cadre de santé qui explique au patient le contenu de la décision, lui donne connaissance des recours possibles et des délais et lui remet copie de l'ordonnance.

Lorsqu'il entend faire appel, le patient rédige un courrier qui est transmis à la cour soit directement soit *via* le bureau des soins sans consentement. Les patients sont conduits par les soignants à la cour d'appel d'Orléans (Loiret). Il a été précisé aux contrôleurs que bon nombre de patients se désistaient de leur appel. Il a par ailleurs été rapporté aux contrôleurs que lors d'une récente procédure le patient, arrivé en retard en raison d'embouteillage, n'avait pu être entendu que l'espace d'une minute, situation très mal vécue par l'intéressé et les soignants.

4.5.7 Les décisions rendues

Les éléments statistiques divergent légèrement selon qu'ils émanent du service du JLD ou du bureau des soins sans consentement mais attestent d'une activité soutenue.

En 2016, les JLD ont été saisis de 369 requêtes dont 355 dans le cadre du recours obligatoire et 14 d'initiative d'un patient. Les tableaux de l'hôpital mentionnent quant à eux 354 saisines dont 224 obligatoires à douze jours, 27 obligatoires à six mois, 94 obligatoires à douze jours suite à réintégration et 9 saisines facultatives (demande de mainlevée par le patient).

Pour l'année 2017, chiffres arrêtés au 7 novembre 2017, les statistiques JLD font état de 374 saisines dont 13 par les patients et 361 contrôles obligatoires. Ceux de l'établissement, arrêtés au 30 novembre, mentionnent 352 saisines dont 212 à 12 jours, 43 à six mois, 83 à douze jours suite réintégration et 14 demandes de mainlevées par le patient.

Les décisions de prolongation de l'hospitalisation complète sont largement majoritaires (selon les chiffres du JLD, 297 en 2016 et 321 en 2017). Les ordonnances de non-lieu à statuer, rendues lorsque la mesure a été levée ou que le mode de prise en charge a été modifié avant l'audience, sont également nombreuses (selon les chiffres du JLD, 29 en 2016 comme en 2017, soit de l'ordre de 8 à 10 %). Jusqu'en octobre 2017, date de la prise de fonction du nouveau JLD, les mainlevées ont été nombreuses : selon les statistiques du JLD (recoupant celles de l'établissement), ont ainsi été prononcées trente-cinq mainlevées dont trente et une avec effet différé en 2016 et vingt et une mainlevées dont dix-huit avec effet différé en 2017. Le surplus des décisions rendues concerne des désistements (trois en 2016, zéro en 2017), des radiations (trois en 2016, une en 2017), des irrecevabilités (trois en 2016, une en 2017) et une incompétence territoriale en 2017.

Les statistiques communiqués par le JLD font enfin ressortir que 140 patients en 2016 et 134 en 2017 n'ont pas comparu à l'audience, ce chiffre étant à rapprocher du nombre des audiences s'étant tenues au TGI, de nombreux certificats de « *non auditionabilité* » ayant dans ces conditions été signés par les médecins.

5. LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION NE CONNAIT PAS DE RESTRICTIONS INJUSTIFIEES AU SEIN DES UNITES MAIS RESTE PARFOIS REDUITE DANS LE PERIMETRE DE L'HOPITAL

Que les unités soient situées en étage (Psy A, Psy B, CPU) ou soient de plain-pied (urgences, Psy D), les portes d'accès aux unités sont ouvertes pendant la journée. La circulation est libre au sein de chaque service de psychiatrie, réunissant jusqu'à trois unités de vie et incluant l'accès à un espace extérieur. Cet espace est un petit patio aux urgences, un grand jardin arboré et une terrasse en étage à la psy A comme à la psy B, un parc à la CPU, une place paysagère réunissant les bâtiments d'hébergement à la psy D.



Psy A



Psy D

Dans le service de Psy D, l'espace extérieur n'est théoriquement plus accessible pendant la nuit ; les patients comme les soignants témoignent d'une pratique très souple, notamment pour fumer (cf. § 5.2.1). Dans les services situés en étage, cet espace extérieur n'est accessible qu'en journée (CPU), voire en journée aux horaires d'ouverture de la cafétéria s'agissant du jardin (Psy A, Psy B). Les conditions d'accès à l'extérieur doivent être prises en compte lors de la détermination des horaires d'ouverture de la cafétéria – s'agissant notamment des longues journées d'été – voire les patients doivent pouvoir y accéder même en cas de fermeture de la cafétéria comme lieu de passage pour aller dehors. Cette réouverture du passage est possible : l'utilisation tardive de l'espace cafétéria de la Psy A le mercredi de 17h à 19h pour un tournoi de ping-pong est particulièrement appréciée pour bénéficier de cet accès tardif à l'extérieur.

Dans les différents services, l'interdiction de sortir de l'unité n'est qu'exceptionnelle, motivée par l'état clinique du patient. A la CPU, un seul des huit patients en soins sans consentement n'avait pas le droit de sortir de son unité ; à la Psy D, unité Ronsard, deux patients sur dix-huit n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité à la date du 27 novembre 2017. L'interdiction s'accompagne parfois du port d'un pyjama (cf. § 5.2.2). Lorsqu'un patient en soins libres présente un risque auto-agressif élevé conduisant à des restrictions durables de liberté, il a été indiqué que le statut juridique des soins est modifié en soins sans consentement. Les constats effectués dans les unités, comme le nombre raisonnable de soins sans consentement, n'ont pas permis de mettre en lumière des restrictions de circulation non justifiées au sein de chaque service.

En revanche, hors urgences et hors Psy A, la circulation n'est pas libre hors du service. Le contrôle des allers et venues est effectué par un agent des services hospitaliers (ASH) dont le poste de travail est situé dans le hall du service, occupé généralement de 9h à 18h du lundi au dimanche

(jusqu'à 19h à la Psy D). Les bâtiments sont équipés d'une porte dont l'ouverture est commandée par cet agent. Tout patient quittant le bâtiment, quel que soit le statut juridique de son hospitalisation, doit se présenter à l'ASH.

Le patient doit présenter un document attestant qu'il peut sortir. Ce document est en fait une autorisation médicale, stipulant l'identité du patient, le cadre juridique des soins, une date et une durée de sortie. Les services de psychiatrie du CHRU disposent tous des mêmes carnets à souche. A la psy D, un carnet est attribué à chaque patient. Pour assurer la réactivité du système, les autorisations sont pré signées par le médecin, en nombreux exemplaires s'agissant des patients en soins libres ; le patient expose son besoin de sortir à un infirmier qui finit de remplir l'imprimé avec le motif et la durée de la sortie après avoir vérifié les consignes médicales dans le dossier informatisé du patient. Il a par exemple été constaté une sortie de deux heures, en début d'après-midi, motivée par « balade ». Chaque sortie et chaque retour sont notés sur un registre par l'ASH.

En cas de sortie non autorisée, l'ASH fait appel au personnel des unités, voire aux services de sûreté et accueil, par téléphone ou en actionnant une alarme. Le personnel en poste, expérimenté, n'a fait état que de très rares appels à renfort.

Ce système présente l'avantage de ne pas discriminer les patients en soins sans consentement, qui ne sont pas les seuls soumis au contrôle.

Il a été exprimé à un contrôleur que la restriction se justifie par le souci de protéger les personnes, en cas d'incendie par exemple, le personnel devant alors connaître le nombre de patients se trouvant dans le service.

La mise en œuvre de ce contrôle est apparue discrète, le système étant acquis par tous les patients, et les ASH se montrant courtoises et avenantes. Il est apparu aussi qu'elles ont une bonne connaissance des patients et se positionnent en personnel de soins, une conversation s'engageant avec chaque patient. Lors de la visite à la CPU, un seul patient en soins libres sur vingt-trois n'avait pas le droit de sortir du service. A la Psy D, la totalité des cinquante-quatre patients en soins libres avaient le droit de sortir du bâtiment.

A la Psy A, douze patients sur quarante-huit étaient autorisés à en sortir, soit un quart des patients accueillis. Les contrôleurs ont relevé un autre système à la Psy A : la vérification du droit à circulation s'effectue sur liste, sans autorisation individuelle écrite que devrait en sus présenter le patient. Le personnel en poste dans le hall n'est pas non plus chargé du déverrouillage de la porte pour les personnes qui souhaitent sortir du bâtiment. Les patients gardent toutefois l'habitude de se présenter à l'ASH en poste dans le hall, ce qui permet au contrôle des allers et venues de s'effectuer avec une grande souplesse.

Recommandation

L'accès aux espaces à l'air libre, arborés, aménagés au sein de chaque service, ne doit pas être soumis à des restrictions liées aux horaires d'ouverture de la cafétéria par exemple. Par ailleurs, les horaires d'accès doivent être étendus, notamment en tenant compte des saisons.

Le contrôle mesuré et avant tout humain des sorties du bâtiment – et plus encore le système mis en place à la psy A – démontrent qu'un système plus libéral peut être mis œuvre dans tous les services, sans soumettre les patients en soins libres à la présentation d'une autorisation médicale de sortie.

« Tous les services ont mené une réflexion pour faciliter l'accès aux espaces à l'air libre. Cependant, la configuration architecturale actuelle des sites ne permet pas d'aller plus loin, pas d'avantage que nos effectifs : le personnel non médical ne permet pas d'assurer une surveillance des patients au-delà des périmètres aménagés. L'objectif prioritaire reste de protéger le patient de lui-même. Il convient également d'intégrer dans la réflexion les contraintes de sécurité, notamment exprimées très fortement par la Préfecture, liées aux différentes modalités de prise en charge des patients, avec ou sans consentement ».

Sur ce point, la préfète d'Indre-et-Loire précise dans ses observations que « sans rien ignorer des règles en matière de respect des libertés individuelles des patients, je constate toutefois que les fuites sont un phénomène récurrent dans cet établissement (...). Au-delà du phénomène des fuites en lui-même, je constate que le circuit de l'information donnée aux forces de l'ordre et à la préfecture ne fonctionne pas de manière satisfaisante. Les forces de l'ordre sont régulièrement averties après un délai parfois très long (le lendemain matin pour une fuite la veille au soir), et parfois sans respecter les règles d'alerte (envoi par fax au lieu d'un envoi par mail de la demande, envoi non suivi d'un appel téléphonique), et ce en dépit d'une réunion commune de rappel des procédures au printemps et des fiches de procédure remises à jour conjointement. Aussi, je ne saurais souscrire à votre recommandation tendant à un « système plus libéral pouvant être mis en œuvre dans tous les services ». Si la liberté de circulation des patients doit être respectée autant que possible, elle doit nécessairement prendre en compte la dangerosité potentielle pour eux-mêmes et pour autrui de certains patients, qui doivent faire l'objet d'une attention renforcée des personnels soignants ».

5.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES

5.2.1 L'accès au tabac

A la date de la visite, aucune restriction médicale de fumer du tabac n'était édictée à l'encontre des patients pris en charge. Ce type de restriction est appliqué si nécessaire pour les patients incapables de contrôler leur consommation.

Dans tous les services, les patients conservent avec eux leurs cigarettes et les moyens de les allumer. Toutefois à la CPU, un patient ne disposait pas du moyen d'allumer ses cigarettes de façon autonome. Seul le service des urgences applique une règle plus restrictive quant à l'accès au feu : les patients ne disposent ni de briquet, ni d'allumettes et doivent demander à chaque fois aux soignants d'allumer leur cigarette.

Les achats liés à l'usage du tabac sont réalisés par les patients eux-mêmes, ou par les familles, ou par les soignants appuyés par les tuteurs pour ceux des patients qui ne peuvent s'en charger eux-mêmes. Des sorties sont aussi organisées avec des soignants pour aller acheter des cigarettes.

Les patients fument dans les espaces à l'air libre, selon les conditions décrites ci-dessus, équipés d'un abri contre les intempéries (patio des urgences, jardins des services), sur les terrasses extérieures en étage de la Psy B et de l'unité Véronèse de la Psy A, ainsi que dans des fumeurs situés au sein de chaque unité de la Psy A, de la Psy B et de la CPU. Il s'agit d'une pièce fermée, équipée de sièges, parfois d'un poste de télévision, d'un bac servant de cendrier et d'un système d'extraction des fumées, accessible en permanence, y compris la nuit. Les extracteurs de fumée sont apparus encrassés à la CPU. Aucun des espaces fumeurs n'est équipé d'allume-cigare. Le personnel qui travaille dans ces unités en étage y fume également, et y noue par la même occasion des discussions avec les patients.



Fumoir de l'unité Garance



Fumoir de l'unité Véronèse, terrasse en second plan

Des substituts nicotiques sont proposés et accessibles sans difficulté.

Recommandation

Les espaces accessibles pour fumer doivent être équipés d'allume-cigares. Les extracteurs de fumée des fumoirs doivent faire l'objet d'un entretien fréquent.

« Compte tenu de la remarque faite sur les extracteurs de fumée, le contrôleur technique refait une visite d'entretien de ces dispositifs en psychiatrie. Il est prévu d'installer des allume-cigarettes muraux dans les zones prévues à cet effet, permettant d'éviter la présence d'allumettes ou de briquets chez les patients (travaux prévus en 2019) ».

5.2.2 Le port du pyjama

Le pyjama n'est jamais porté systématiquement dans les services. Les patients conservent par principe leurs effets personnels, dont leurs habits de ville.

Le pyjama hospitalier n'est imposé que sur décision médicale, individuelle, inscrite dans le dossier du patient, dont les motifs tiennent au placement en isolement (cf. § 8) ou au risque de fugue. Cette décision, lorsqu'elle est prise aux urgences, perdure jusqu'à nouvelle évaluation médicale au sein de l'unité d'affectation. Il a été déclaré aux contrôleurs que seuls les patients en soins sans consentement sont susceptibles de se voir imposer le port du pyjama face au risque de fugue. Il a été rapporté aux contrôleurs que la condition « *si besoin* » accompagne à l'occasion la décision médicale.

Selon les propos d'un médecin, le pyjama a pour conséquence d'attirer l'attention des soignants et des autres patients sur l'instabilité de la personne qui en est vêtue, attention constituée par de la compréhension mais aussi une vigilance particulière quant à la circulation de ce patient. Les équipes ont exprimé le souci de ne pas mettre en œuvre le port du pyjama tant que le risque de fugue n'a pas été matérialisé. Un autre médecin, conscient que « *quand on dit à un patient « vous restez en pyjama », on ne lui dit pas rien* », a tenu à préciser que l'ouverture des unités vers l'extérieur induit un usage plus fréquent du pyjama, qui pourrait être plus limité s'il y avait plus de personnel soignant. Le 28 novembre 2017, un seul patient (parmi dix-huit) était soumis depuis

deux semaines au port du pyjama hospitalier dans l'unité Gauguin de la Psy D, en raison d'un antécédent de fugue au cours de la même période d'hospitalisation et d'un risque toujours actuel.

Il peut également arriver qu'un patient soit doté d'un pyjama face à la nécessité de lavage de ses effets personnels dans les premiers temps de l'hospitalisation. Un patient se trouvait dans cette situation lors de la visite de la psy A. Des motifs thérapeutiques ont également été avancés en psy D, en cas d'énurésie ou d'hypomanie par exemple. Des patients en soins libres peuvent être concernés dans ces deux cas.

Si, comme l'a résumé un soignant, le port du pyjama est lié au déni de soins et permet d'en rappeler le besoin, sa mise en œuvre ne doit pas limiter les capacités de soin en cantonnant le patient en pyjama dans son unité. En l'état, le port du pyjama, en entraînant l'impossibilité de circuler hors de l'unité, limite l'accès aux ressources thérapeutiques et interdit les liens avec la famille puisque les familles ne sont pas autorisées à se rendre dans les unités.

Recommandation

Le port du pyjama ne peut résulter que d'une évaluation médicale fréquemment actualisée et incompatible avec une prescription « si besoin ». Il ne doit pas avoir pour conséquence de limiter les visites des proches et l'accès à certaines ressources thérapeutiques.

« Le port du pyjama n'entraîne pas l'impossibilité de circuler au sein du service et, de ce fait, le patient peut bénéficier des ressources thérapeutiques. Le port du pyjama n'a donc pas d'impact sur les visites des proches qui restent autorisées ».

5.2.3 L'accès aux chambres

L'accès aux chambres n'est soumis à aucune restriction, de jour comme de nuit, en dehors de celle que le patient, occupant lui-même la chambre, souhaite apporter en fermant la serrure de sa porte lorsqu'il se trouve à l'intérieur.

Les règles de vie dans les unités des services n'imposent pas d'horaire de coucher ou de lever. Si la télévision est généralement éteinte avant minuit, il a été constaté lors de la visite de nuit que peu de patients étaient devant les téléviseurs et la très grande majorité était déjà en chambre à 22h. Des allers et venues des chambres vers les espaces fumeurs, la nuit, ont été rapportés par les patients comme par les soignants.

5.3 LA SECURITE DES PATIENTS ET DU PERSONNEL EST PRISE EN COMPTE SANS SUPPLEER LES SOINS

Le service de sûreté-accueil, anciennement conciergerie, rattaché comme la sécurité incendie à la direction générale du CHU, situé sur le site de Bretonneau, dispose des écrans de report de la vidéosurveillance extérieure de l'hôpital et centralise les alarmes émises par les protections de travailleur isolé (PTI) et autres dispositifs d'alerte. Il peut être joint par les services en composant un numéro de téléphone dédié qui fait l'objet d'un affichage dans les bureaux.

Le service, composé de quarante agents, fonctionne en H24 avec deux à trois agents de sûreté en journée et trois la nuit. Le poste de contrôle, occupé en permanence par un agent, a notamment la charge du filtrage de l'accès de plus de 8 000 véhicules quotidiennement. Un autre poste de contrôle, associant sûreté-accueil et sécurité incendie, fonctionne en outre sur le site

de Trousseau. Il n'en existe aucun sur le site de la CPU. La nuit, un agent dans un véhicule effectue une ronde intersites (Bretonneau, Chevalerie, CPU, Ermitage, Trousseau, etc.).

En complément de l'équipe de sûreté-accueil, les agents de la sécurité incendie peuvent être appelés à intervenir. Pour répondre aux besoins particuliers de l'accueil aux urgences, un agent de sécurité privé est positionné devant la porte sur le site de Trousseau.

Sauf à être conviés au sein d'un service par les soignants, les agents de la sûreté-accueil ne s'y rendent pas. La présence physique dans les services de psychiatrie est unanimement qualifiée de rare, tant par les agents de sûreté que par les soignants, pour des motifs tenant à la fois au déficit de ressources de la sécurité-accueil et aux bonnes pratiques des équipes médicales et de soins.

Selon les données recueillies, 235 événements sur 1 012 ont été signalés par la psychiatrie à la sûreté-accueil depuis 2008. En 2017 (jusqu'au 25 novembre), 36 événements ont été signalés concernant la psychiatrie, répartis de la manière suivante :

| Site | Nombre | Type | Moment |
|------------|--------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Bretonneau | 30 | Dont 10 fugues, 8 patients agités, 1 personne indésirable | En fin de journée et le week-end en journée |
| CPU | 5 | 4 patients agités, 1 personne indésirable | 4 en fin de journée, 1 nuit |
| Trousseau | 1 | 1 fugue | 1 nuit |

Les agents de sûreté décrivent clairement une capacité d'intervention limitée à de la négociation verbale et une intervention physique subordonnée à la légitime défense. Il en ressort parfois une incompréhension entre les médecins, les soignants, et les agents de sûreté lorsqu'il est décidé de faire appel à ces derniers : les agents se positionnent toujours en seconde intention. Il a par exemple été décrit l'appel à la sûreté pour la gestion d'un patient en chambre d'isolement un dimanche, pour laquelle un seul agent se présente et se positionne à proximité de la chambre hors la vue du patient alors qu'une présence physique plus active et directe était imaginée par le médecin et les soignants. Il a également été rapporté le cas d'un patient armé d'une paire de ciseaux et réclamant de quitter l'hôpital : l'agent de sûreté, face à une situation devenue calme dans laquelle les personnes n'étaient pas directement en danger, n'a pu que laisser partir le patient. En cas de fugue d'un patient signalée à la sûreté, celle-ci recherche le patient dans l'hôpital avant de signaler la fugue à la police en cas d'échec de ses investigations.

Il arrive également qu'aucun agent de sûreté ne puisse venir renforcer l'équipe de soins par sa présence, notamment le week-end, ainsi que cela a été rapporté par un médecin s'agissant de renforcer mi-novembre un entretien en chambre d'isolement.

Une personne travaillant en journée depuis de nombreuses années au poste d'accueil d'un service rapporte avoir vu la sûreté-accueil venir une seule fois à deux agents. La plupart du temps, un unique agent se présente, notamment quand il s'agit de sécuriser des actes en chambre d'isolement.

C'est donc avant tout l'attention des équipes médicales et de soins entre elles qui crée la sécurité du personnel et des patients. Aux urgences, un bouton d'alarme permet de mobiliser les soignants des urgences générales au profit de la psychiatrie, et inversement. A la psy A et à la psy B, l'appel par les PTI permet rapidement de faire converger les infirmiers des autres unités du service (des portes au rez-de-chaussée et au 1^{er} étage, fermées en temps normal, permettent de

passer d'un service à l'autre). Il en est de même à la CPU. A la psy D, les PTI sonnent en premier lieu au sein du service avant d'être déportées vers le poste de contrôle de la sûreté-accueil (un test de fonctionnement a eu lieu le 4 décembre 2017 lors de la visite).

Le personnel, stable, a unanimement rapporté aux contrôleurs son réflexe d'appeler les collègues avant de faire appel aux services de sécurité. Un agent en poste à l'accueil dans le hall d'un service a reconnu n'avoir jamais fait usage des dispositifs d'alerte pendant ses nombreuses années de service, sauf le cas d'une unique utilisation du PTI. Ainsi, en fin de journée un dimanche, l'intrusion dans un service d'un ancien patient venu frapper un patient d'un coup de poing au visage a été géré en première intention par les soignants, puis par les médecins, qui ont à la fois pris en charge la victime et l'agresseur, forts de la bonne connaissance des personnes.

Les pratiques rapportées comme les données recueillies témoignent de l'intervention de l'équipe de sécurité en dernier recours, mais parfois pour pallier le manque de ressources parmi les soignants notamment la nuit et les fins de semaine.

5.4 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT NOMBREUSES, MAIS LES MODALITES DE RECHARGE DES APPAREILS ELECTRONIQUES LES LIMITENT

5.4.1 Le courrier

Les patients peuvent recevoir et envoyer du courrier, sans restriction. Le courrier est traité par le vaguemestre. Il a été constaté que des timbres sont en vente à la cafétéria de la CPU ; il a été mentionné à la Psy B que des timbres sont fournis aux patients qui ne peuvent en acheter ; dans plusieurs services, il a été précisé que le traitement du courrier par le vaguemestre du CHRU implique le financement de son acheminement postal par le CHRU lorsqu'il n'a pas été timbré par le patient.

5.4.2 Le téléphone

L'accès au téléphone est autorisé par principe, l'interdiction constitue une exception sur prescription médicale. Le cas d'un mésusage, comme un patient qui harçèlerait téléphoniquement une victime, a été cité en justification d'interdiction. Lors de la visite, tous les patients avaient accès au téléphone. Un seul patient, dans le service de Psy D, ne pouvait téléphoner qu'en présence des soignants.

Les téléphones portables sont laissés aux patients qui en possèdent un, même s'il s'agit de smartphones. La prise de photos n'est manifestement pas une difficulté : les patients respectent la consigne de ne pas prendre de photos. Un seul incident a été signalé, concernant un patient ayant diffusé une photo de lui nu sur un réseau social puis en a souffert. Il a été précisé que le risque de rupture avec la famille est jugé plus grand que le risque d'atteinte aux droits des autres patients. L'équipe continue donc à préférer un usage libre de tout appareil téléphonique.

Bonne pratique

Les patients conservent leur téléphone portable personnel, sans aucune restriction, sous la seule réserve de leur état de santé.

Dans quelques cas particuliers, les appareils sont retirés durant la nuit. Il arrive aussi que des patients demandent aux soignants de les protéger du risque de vol de leur téléphone personnel (malgré le placard individuel cadenassé dans chaque chambre).

Seule la gestion des chargeurs électriques des téléphones portables fait l'objet de réponses différentes dans les services, parfois même entre les unités d'un unique service. A la Psy A, les patients conservent leur chargeur à Garance, alors qu'à Véronèse les chargeurs sont conservés dans le bureau de soins et la recharge des téléphones est faite par les infirmiers à la demande des patients. Dans les deux unités pour adultes de la CPU, les chargeurs sont gardés en salle de soins. Ces modalités plus restrictives n'ont pas reçu de justification médicale, les patients de ces unités présentant les mêmes caractéristiques que les patients des autres unités.

Recommandation

La possibilité de charger son téléphone portable personnel ne doit pas être plus restreinte que l'accès au téléphone portable lui-même. Les règles en vigueur doivent être harmonisées en ce sens.

« Une réflexion va être menée pour harmoniser les pratiques et, de ce fait, assurer un meilleur service aux patients sur l'usage des téléphones portables ».

Les patients qui ne disposent pas d'un téléphone personnel, ou qui ont besoin d'une aide (forfait épuisé par exemple), peuvent avoir des conversations téléphoniques gratuites avec un téléphone du service. A la Psy A comme à la CPU, un téléphone mural est placé à cette fin dans chaque unité, mais ne garantit pas la confidentialité de la conversation eu égard à son emplacement dans une zone de circulation. Dans une unité de la Psy D, la communication s'effectue sur un téléphone sans fil, mis à disposition du patient afin qu'il puisse s'isoler où il le souhaite au sein de l'unité. Le personnel soignant de cette même unité rapporte avoir demandé l'installation d'un téléphone fixe dans une zone librement accessible aux patients mais permettant la confidentialité des échanges. Cette demande n'a pas eu de suite à ce jour.

5.4.3 L'informatique, internet

Il a été signalé la mise à disposition de son ordinateur personnel à un patient de la CPU. Dans les autres services, aucun patient n'avait demandé à avoir son matériel informatique, sauf à signaler l'exemple en Psy D, antérieurement à la visite, rapporté par un soignant, de la demande d'un patient rejetée en raison de l'incompatibilité entre la capacité électrique de son matériel et celle du réseau électrique de sa chambre.

Des patients ont été vus avec des tablettes.

Aucune position de principe ne vient donc limiter l'accès à l'informatique.

L'accès à internet est libre, en témoigne l'usage non contrôlé des smartphones personnels. L'association « Traverses », gestionnaire de la cafétéria de la Psy B, met gratuitement à la disposition des patients un réseau internet sans fil. Ailleurs, les patients utilisent un réseau internet mobile.

Les services – sauf la CPU – mettent aussi à disposition un poste informatique, connecté à internet, sans restriction autre que des règles de bon usage (interdiction d'y mettre des clés USB et de faire des téléchargements, ainsi que cela est affiché à l'espace Camille Claudel de la psy D) et une cotisation à l'association gestionnaire de chaque cafétéria, qui en a la charge. Les patients ont pris l'habitude d'y venir librement en journée, parfois avec un casque audio personnel. L'écran est tourné vers la salle, mais les soignants de l'espace cafétéria éloignent les autres

patients trop curieux quand un patient est utilisateur du poste. Les patients peuvent aussi solliciter l'aide d'un soignant pour leur navigation.



Poste informatique de l'espace Camille Claudel, Psy D

Bonne pratique

L'accès à internet, par la mise à disposition d'un poste informatique et l'aide à la navigation qui peut être prodiguée par les soignants, favorise la capacité d'insertion des patients. L'offre d'un réseau internet sans fil, que les patients peuvent rejoindre depuis leur téléphone portable de type smartphone, renforce cette dynamique.

5.4.4 Visite des familles

Les visites sont autorisées par principe, sauf cas particulier justifié par l'état de santé du patient. A la date du contrôle, dans l'ensemble des unités, un seul patient de la Psy A n'y avait pas droit. Aux urgences, les visites se déroulent dans les chambres. Elles sont décidées au cas par cas, avec souplesse s'agissant des horaires notamment.

Partout ailleurs, les visites ont lieu l'après-midi, de 13h à 18h ou 19h. Des exceptions sont permises en fonction des contraintes des visiteurs : des visites peuvent ainsi avoir lieu le matin ou en fin de journée. « *On s'adapte* » ont indiqué des soignants. Il est demandé aux visiteurs de ne pas rester plus de deux heures ; des durées de visite beaucoup plus brèves ont été constatées, par exemple à la Psy D.

Elles se déroulent généralement dans les espaces collectifs des services, où sont situées les cafétérias, incluant l'accès à une terrasse et au jardin : espace Corail de la Psy A, espace Camille Claudel de la Psy D. D'autres espaces sont parfois investis : salles à manger des unités de la Psy A, bibliothèque de la Psy B. La visite dans la chambre n'est globalement pas recommandée mais reste possible si l'état du patient ne permet pas son déplacement, sauf si de jeunes enfants sont présents, auquel cas les espaces hors hébergement sont privilégiés.

Les lieux des visites n'offrent pas d'intimité et de tranquillité, celles-ci se déroulant au vu et au su des autres patients. Seule la CPU dispose d'un salon pour les familles, près du hall du rez-de-chaussée ; ailleurs, aucune salle de visite n'a été conçue. Une réflexion est en cours à la Psy A pour en créer une dans une partie du hall d'entrée.

Seule la Psy D exclue toute possibilité de visite des familles dans les unités, ce qui revient à priver de visites les patients qui ne peuvent pas se rendre à l'espace Camille Claudel (s'agissant de ceux qui sont soumis au port du pyjama, cf. § 5.2.2).

6. LES CONDITIONS DE VIE DANS LES UNITES

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT TRES VARIABLES D'UN SITE A L'AUTRE

6.1.1 Les locaux des unités situées à la clinique psychiatrique universitaire

Située à Saint-Cyr-sur-Loire elle rassemble dans un même bâtiment les unités B et C en étage et l'unité adolescents en rez-de-chaussée.

Les trois unités présentent la même configuration en U. La disposition des pièces dans les unités B et C est identique, elle diffère dans l'unité pour adolescents, qui compte moins de chambres et bénéficie ainsi d'espaces collectifs plus importants.

Dans les unités B et C une grande salle d'activité avec table, fauteuil télévision, fontaine à eau, sert aussi de salle à manger. Chez les adolescents la salle à manger et la cuisine sont distinctes de la grande pièce « à vivre ».

Les unités B et C de la CPU comptent huit chambres simples et huit chambres doubles, spacieuses et propres et l'unité adolescents cinq chambres doubles et deux chambres individuelles. Les fenêtres aux étages peuvent être ouvertes sans visibilité de l'extérieur, au rez-de-chaussée elles sont closes par sécurité. Les patients adultes ont la possibilité de fermer leur porte de l'intérieur. Dans tout le bâtiment les chambres restent ouvertes toute la journée. Elles ne sont pas équipées de sonnette d'appel.

Toutes les chambres sont dotées de grands placards individuels. Les adultes ont la possibilité d'y installer un cadenas en vente à la cafétéria du rez-de-chaussée.

Les chambres des unités B et C sont équipées de sanitaires comportant uniquement des WC et un lavabo. Cinq cabines de douche, bien entretenues, sont accessibles depuis le couloir de l'unité, de 7h à 10h et 18h à 19h.

Chaque unité comporte une chambre d'isolement dont la vitre est opacifiée alors qu'il n'y a pas de vis-à-vis (cf. § 8.1).

Chez les adultes les unités disposent d'un fumoir intérieur avec aération fréquenté par les patients et les soignants.

Les salles de soins, salles pour délivrer les médicaments, les différents bureaux ainsi que de petites salles d'activité et de petits salons complètent l'ensemble.

Les locaux de la CPU, installés à distance du centre urbain souffrent d'une absence totale d'animation. Les rares visiteurs ont peu de chance de croiser « âme qui vive » avant d'entrer dans le bâtiment planté au creux d'un parc non aménagé, non investi ce qui est particulièrement regrettable pour les patients. Rien n'a vraiment été pensé dans cet aménagement et cependant, les équipes continuent dans un transitoire qui dure à penser le bien-être de leur patient : qu'il s'agisse par exemple du libre accès aux chambres, de la possibilité y compris très tard de parler avec un soignant, de l'extrême propreté des unités dotées d'une équipe d'agents hospitaliers présents toute la semaine et investis dans leur travail.

Recommandation

Les locaux de la CPU sont inadaptés pour l'accueil des adolescents. Ils génèrent pour les adultes une forme de relégation dans des espaces confinés tandis que les extérieurs ne sont pas investis. Il convient de reconsidérer l'ensemble afin d'offrir à tous les patients du CHRU des conditions d'accueil favorables aux soins.

« Dans le projet de regroupement des services de psychiatrie sur le site de Trousseau à l'horizon 2026, projet validé par le COPERMO en avril 2017, une unité de 12 lits sera dédiée à la prise en charge des adolescents ».

6.1.2 Les locaux des unités situées sur le site de l'hôpital Trousseau

Les Locaux des urgences psychiatriques sont situés sur le site de l'hôpital Trousseau.

L'accueil est commun aux urgences générales qu'il faut traverser pour arriver aux urgences psychiatriques ; l'hospitalisation est ainsi discrète et non stigmatisante ; le panneau indiquant l'unité indique « *urgences psychiatriques centre d'accueil et de crise* ».

Les urgences psychiatriques rassemblent sur un même espace – situé au rez-de-chaussée – et une même équipe, trois prises en charge distinctes : consultations spécialisées, box d'urgence (deux) ou chambres (quatre) type UHCD⁶ (hospitalisation de maximum 72 heures). Ces quatre chambres sont appelées centre d'accueil et de crise (CAC) ; il est installé depuis le 1^{er} décembre 2014.

Outre les deux boxes individuels d'urgence et les quatre chambres d'UHCD, les urgences disposent de deux pièces de consultations, une salle de soin et une salle d'attente avec six sièges, avec des toilettes publiques à proximité.

Les portes des deux boxes d'urgences sont munies d'un hublot non occultable. Les boxes sont équipés de boutons d'appel.

Recommandation

Il convient de prévoir la possibilité d'occulter les hublots des boxes des urgences afin de préserver l'intimité des patients.

« Au CAC, des volets sur les deux boxes vont être mis en place. Ces travaux seront réalisés en 2019 sous réserve de l'avis du service ».

Ces urgences sont séparées des urgences générales par une porte coupe-feu ouverte (et parfois fermée si un patient est agité). Une petite cour, close par des grilles, avec un banc et des bacs à fleurs, est réservée aux patients des urgences psychiatriques.

Les quatre chambres du CAC disposent d'un poste de télévision protégé avec télécommande ; deux chambres sont équipées d'une salle de douche dotée de WC, les deux autres se partagent des sanitaires identiques, situés à proximité. Les chambres comportent un lit type hôpital classique avec table de chevet, fauteuil, chaise et tablette pour les repas. Les fenêtres donnant sur l'extérieur sont protégées par un film opaque pour respecter l'intimité, les urgences

⁶ UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

psychiatriques étant située au rez-de-chaussée. Les fenêtres sont équipées de volets roulants. Les chambres sont dépourvues de sonnette d'appel.

La chambre d'isolement qui jouxte le bureau de soins, possède deux accès (une porte donnant dans le couloir – une porte donnant dans le bureau de soins). Elle est équipée d'un lit de type *Cumbria* et d'un pouf en mousse bleu pouvant faire office de table ou de siège. L'horloge est visible par le hublot de la porte donnant sur la salle de soins.

La chambre d'isolement est dotée d'un bouton d'appel.

Un bloc WC et point d'eau en inox est installé dans la chambre d'isolement mais elle est dépourvue de douche.

Le hublot de la porte donnant sur le couloir est protégé par un volet pour préserver l'intimité mais permettre aux soignants de regarder à l'intérieur. La fenêtre donnant sur l'extérieur est protégée par un film opaque.

La psychiatrie B (les deux unités : rez-de-chaussée et 1^{er} étage)

La psychiatrie B se compose d'un bâtiment d'un étage implanté au fond de l'emprise de l'hôpital Trousseau, entouré d'un grand parc arboré. On entre par une double porte à vantail. L'accueil est assuré de 8h45 à 18h en semaine et de 9h à 17h le week-end par une ASH, qui contrôle les entrées et les sorties.

Les patients du rez-de-chaussée et ceux de l'étage ont accès à l'ensemble du parc en passant par la cafétéria située au rez-de-chaussée du bâtiment. Le parc est clôturé par un grillage de très faible hauteur très facilement franchissable.

Les patients du premier étage peuvent accéder autant qu'ils le désirent au service du rez-de-chaussée et réciproquement. Il y a donc en fait, un grand service installé sur deux niveaux sans aucune impression d'enfermement.

Derrière la cafétéria, un grand couloir dessert les salles d'activité des deux services. Au premier étage, au-dessus de la cafétéria se situent les locaux administratifs.

Bien que datant de 1974, les locaux sont en bon état d'entretien et de propreté.

Les dix chambres simples et huit doubles sont toutes équipées de fenêtres. Elles possèdent un lavabo, un WC mais pas de douche. Les douches sont accessibles le matin. Les chambres sont équipées d'un lit, un chevet, une chaise, un fauteuil, une armoire le tout dans un état acceptable ; ces éléments sont doublés dans les chambre pour deux.

Les patients ne disposent pas de clés de confort.

Il n'y a qu'une pièce collective pour la télévision. Le téléviseur lui-même est de petite dimension.

L'unité est totalement ouverte sur un vaste espace qui comprend à l'intérieur la cafétéria et les salles d'activité et à l'extérieur le grand parc paysager avec terrain de volley-ball, tennis de table etc.



Cafétéria de la Psy B

Il ressort de la visite de ces locaux que la circulation y est aisée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du bâtiment. Les espaces collectifs sont pensés pour favoriser la sociabilité et les espaces privatifs respectueux du bien-être des patients.

La psychiatrie A (les unités Garance et Véronèse)

Le bâtiment de la psychiatrie A est situé à proximité de celui de psychiatrie B.

Les deux unités sont identiques : Véronèse est située au 1^{er} étage et Garance au 2^{ème} étage. La seule variante porte sur le fumoir et le bureau médical (l'un est à la place de l'autre) et la présence, en plus, d'une terrasse fumoir à Véronèse. Chaque unité compte seize chambres (huit chambres individuelles de 11,4 m² et huit chambres doubles de 22 m²) et une chambre d'isolement. Les chambres, fermées par une porte pleine, sont correctement équipées (lit, table de chevet, siège, table). Les mobiliers sont doublés dans les chambres à deux lits.

Dans chaque chambre, une baie vitrée laisse largement pénétrer la lumière du jour ; l'ouverture de ces baies, possible pour assurer l'aération, est très limitée pour éviter tout franchissement. Des volets roulants permettent de les occulter durant la nuit. Il n'y a aucun vis-à-vis.

Aucun bouton d'appel n'est installé. Les chambres sont dotées d'un verrou de confort.

Chaque patient dispose d'un placard. Chacun doit acheter un cadenas à la cafétéria pour le fermer (ceux qui n'ont pas les moyens sont aidés par l'association qui finance la cafétéria). Le patient conserve sa clé et, s'il le souhaite (ce qui est généralement le cas), donne un double aux infirmiers. Le placard est considéré comme un lieu privé et les soignants n'y accèdent pas, sauf après accord du patient. Les patients sont cependant libres de ne pas mettre de cadenas (mais ce cas est rare).

Une salle d'eau, avec WC et lavabo (et miroir incassable), est attenante à la chambre. Dans deux chambres individuelles, la salle d'eau est également équipée d'une douche. Les autres patients ont accès aux deux salles de douches ouvertes de 7h à 10h (et ensuite, ponctuellement, à la demande). Une salle de bains est équipée d'une baignoire (mais cette pièce devrait disparaître pour permettre la réorganisation de la chambre d'isolement).

Au 2^{ème} étage est également implantée l'unité Vermillon, elle regroupe diverses salles d'activités (psychomotricité, esthétique et coiffeur, musique, théâtre et bibliothèque, poterie, cuisine etc.).

Dans chaque unité, les patients ont également accès :

- à une grande pièce commune, servant de salle à manger et de salle de télévision ;

- à un fumoir installé dans une pièce équipée de sièges, d'un téléviseur et d'un bac servant de cendrier.

Une terrasse close par des grilles décoratives est installée à l'unité Véronèse (mais accessible aux patients de l'unité Garance), équipée de sièges et d'un bac servant de cendrier. Cette terrasse présente un inconvénient pour les soignants qui peuvent difficilement surveiller ce qui s'y passe. Par ailleurs, les patients ont accès aux salles d'activités de l'unité Vermillon, au 2^{ème} étage, et à la cafétéria, au rez-de-chaussée.

6.1.3 Les locaux des unités situées sur le site de l'hôpital Bretonneau

La psychiatrie D : les unités Ronsard, Gauguin et Baudelaire.

Les locaux ont été conçus dans les années 1970. Les trois pavillons de plain-pied de ces unités sont conçus de manière identique. Chaque bâtiment dispose de quatre accès : la porte d'entrée principale ouvre sur une agora, une baie vitrée dans le salon donne sur le jardin à l'arrière et une porte vitrée située au bout des deux ailes d'hébergement.

Les unités restent constamment ouvertes, ce qui permet aux patients de déambuler dans un vaste espace clos dont l'unique sortie s'effectue par l'accueil au niveau de la cafétéria (cf. § 5.1).

Les dix-huit lits de chaque unité sont répartis dans quinze chambres, douze chambres individuelles et trois chambres doubles situées dans deux couloirs partant du salon et du hall d'entrée. Elles sont équipées d'un lit, une table de chevet et un placard individuel fermant par un cadenas fourni par le patient ou qui peut être acheté à la cafétéria.

Les fenêtres à double battant s'ouvrent entièrement. Les volets roulants actionnables par le patient depuis la chambre sont dans un état de fonctionnement variable. Les noms des patients ne sont pas inscrits sur les portes pleines mais figure le numéro de la chambre.

Les chambres, à l'exception des chambres d'isolement, ne sont pas dotées de bouton d'appel.

Les chambres sont équipées d'un cabinet de toilette qui peut être fermé de l'intérieur pour préserver l'intimité ; il comporte un lavabo, un miroir, une tablette, un porte-serviettes, des WC et un chauffage. Chaque aile d'hébergement est dotée d'une salle de bains collective accessible le matin (toute la journée à l'unité Ronsard). L'ensemble des installations est vétuste : moisissures aux plafonds, faïences et carrelages manquants ou fendus, pommeaux de douche et flexibles abimés etc.

Recommandation

Les salles de bains collectives des unités de psychiatrie D doivent être rénovées.

« Des travaux sont en cours dans la salle de bains de la grande aile de l'unité Gauguin de la Psy D ; une salle de bains a été refaite à l'unité Baudelaire. Toutefois, une dégradation rapide des matériaux par moisissure a été constatée, nécessitant une amélioration de la ventilation de ces espaces (devis de travaux en cours) ».

Lorsque, faute de place disponible, un patient ne peut pas être hospitalisé dès son arrivée dans son unité « naturelle », il est prioritairement hébergé dans une unité du même secteur, à défaut il sera orienté vers un autre secteur, éventuellement sur un autre site. Dès lors qu'un lit se libère, la règle partout est de faire revenir en priorité les patients hors-secteur, puis hors service.

Deux problèmes ont été évoqués :

- les patients imposés par l'administrateur de garde en chambre d'isolement sans chambre de suite. Ces situations sont rares mais mobilisent fortement l'équipe médicale ;
- l'accueil de mineurs en psychiatrie adulte pour prise en charge en chambre d'isolement. Les contrôleurs ont pu vérifier qu'il n'y en avait eu aucun en 2017 alors qu'à l'inverse des majeurs avaient été placés en isolement dans l'unité des adolescents.

6.2 L'INVENTAIRE DES BIENS DES PATIENTS N'EST PAS SIGNE

Un inventaire contradictoire est établi à l'arrivée dans chaque unité, si l'état de la personne le permet en présence de deux infirmiers. Dans toutes les unités sauf une (Véronèse), suivant les directives de l'hôpital, il est consigné uniquement sur le logiciel de l'hôpital sans édition papier et donc sans signature.

Recommandation

Un inventaire des biens des patients sur support papier doit être édité et signé à l'entrée et à la sortie.

« Un rappel de la réglementation (qui précise que l'inventaire doit être fait dans la journée) auprès des équipes sera effectué à la prochaine réunion d'encadrement ».

Les objets dangereux (coupants, tranchants etc.) et les documents sensibles, comme les documents d'identité, sont retirés et placés dans des boîtes ou casiers conservés dans les bureaux de soins. Chez les adultes les rasoirs sont ainsi conservés par les soignants, remis le matin avant la toilette à ceux qui veulent se raser et repris aussitôt après.

Les valeurs sont conservées dans les coffres « relais » lors d'une arrivée en urgence en dehors des heures d'ouverture du service des admissions, puis transmises à la trésorerie principale de l'hôpital Bretonneau et, si l'hospitalisation dure plus de six jours, à celle de l'hôpital Trousseau. Deux difficultés apparaissent : durant l'hospitalisation, l'argent ainsi conservé ne peut pas faire l'objet de retrait partiel ; en fin d'hospitalisation, le patient doit se rendre personnellement à la trésorerie d'un de ces deux sites et présenter obligatoirement une pièce d'identité afin de retirer ses fonds.

Les objets volumineux ou inutiles sont en principe stockés mais le souhait est de les remettre rapidement aux familles.

Pour les personnes sous tutelle ou curatelle, une solution souple a été mise en place pour éviter d'attendre que les tuteurs ou curateurs versent de l'argent pour les besoins quotidiens (par exemple, pour l'achat des cigarettes) : les associations qui gèrent les cafétérias peuvent avancer de l'argent au patient après accord de principe du tuteur ou curateur qui rembourse ensuite l'association.

6.3 L'ENTRETIEN DES LOCAUX EST INEGALEMENT ASSURE

A la CPU, dans les unités pour adultes, les produits d'hygiène ne sont distribués qu'à la demande. Un patient a expliqué aux contrôleurs qu'il attendait sa famille pour disposer de produits de toilette, il n'avait pas pensé à en réclamer et rien ne lui a été proposé spontanément. De plus, les heures d'ouverture des douches collectives sont restrictives.

Une ASH gère avec les patients le lavage de leur linge grâce à deux machines à laver et un sèche-linge. Si l'hospitalisation dure plus d'un an les patients ont la possibilité de faire laver leurs effets par un prestataire extérieur (le linge part le jeudi et revient lavé et repassé le jeudi suivant).

L'entretien des locaux est bien assuré par une équipe de neuf ASH.

A l'unité adolescents, les soins corporels sont favorisés, les salles de bains accessibles en permanence. Les locaux parfaitement entretenus.

Sur le site de Bretonneau, la vétusté et le manque d'hygiène des salles de bains est préjudiciable aux patients. Lors de la visite, des odeurs d'urine dans les unités Ronsard et Gauguin suggèrent qu'il serait nécessaire d'accorder plus de soin à l'entretien général des locaux.

Les patients peuvent accéder à des machines à laver à la lingerie. Ils peuvent laver leur linge eux-mêmes ou confier cette tâche aux soignants. Il est parfois demandé au patient d'acheter sa lessive. L'entretien du linge est un prétexte à la relation soignant-soigné.

Sur le site de Trousseau, une lingère est employée à temps plein ; elle prend complètement en charge le linge des patients. En principe, elle ne devrait intervenir que pour les patients chroniques et ceux dont les familles ne peuvent assurer cette charge mais l'ensemble des patients s'adresse) elle. Elle dispose d'une buanderie située au rez-de-chaussée du bâtiment.

Dans toutes les unités la disponibilité du linge plat ne semble pas poser de problème.

Recommandation

L'entretien quotidien des locaux et plus particulièrement des salles de bains doit être correctement assuré dans l'ensemble des unités.

« Un rappel des bonnes pratiques de bionettoyage auprès des équipes concernées sera effectué et donnera lieu à un affichage ».

6.4 LA RESTAURATION NE POSE PAS DE DIFFICULTE

Dans l'ensemble des unités les patients se sont dit satisfaits des repas. La quantité et la qualité sont appréciées et ces propos sont confirmés par le personnel.

Les deux diététiciennes du service central de préparation des repas et leurs vingt collègues dans les services assurent avec les professionnels de la restauration un travail de qualité.

Deux cycles – été et hiver – rythment la programmation des menus sur quatre semaines. Une commission réunie régulièrement les représentants de la production chaude, froide, le chef, l'approvisionnement, les magasins. Un représentant d'une unité est associé à chaque réunion.

Ce qui a pu être apprécié ou rejeté est paramétré dans un logiciel qui propose ainsi une base de recettes avec une centaine de déclinaisons possibles : aversions, allergies etc.

Le grammage est unique mais il y a possibilité sans restriction aucune de commander deux parts, de rajouter une part de légumes ou d'un autre ingrédient.

Les suppléments pour les encas de 10h, 16h et 21h sont composés de laitages et de compotes.

Les soignants ont à disposition des formulaires pour organiser un pique-nique.

Le service restauration ne fournit pas de denrée pour les ateliers cuisine.

La plupart des produits frais sont régionaux ou d'origine française, la politique d'achat concerne le regroupement d'une cinquantaine d'établissements.

Les repas sont livrés quotidiennement dans des chariots mixtes (chaud, froid) à deux compartiments, stockés et branchés dans la cuisine de chaque unité. Ces cuisines sont dans certaines unités vétustes mais propres, entretenues quotidiennement.

Les soignants ne prennent pas leur repas avec les patients. Chez les adultes, ils sont présents pour le surveiller (éviter les « fausses routes ») chez les adolescents, ils se tiennent à une distance raisonnable pour leur permettre de manger entre eux.

Les repas sont pris dans la salle à manger de chaque unité. En général des tables de quatre sont à la disposition des patients. Souvent, une table, plus en retrait, peut être réservée aux patients présentant des troubles particuliers.

Dans certaines unités les patients se présentent avec un plateau devant un chariot comme dans un self et un soignant les sert ; les patients prennent alors tous les composants du repas et s'installent à table. Dans d'autres, le service se fait à table, de façon séquentielle : entrée, puis plat principal et enfin dessert. Il a été indiqué que cette formule permet de respecter l'ordre du repas et évite que certains mangent trop rapidement.

Les patients disposent de couverts traditionnels.

Les menus sont affichés dans l'unité. Le placement à table est libre. Les repas sont pris vers 8h/8h30 pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner et 18h30/19h pour le dîner. Un goûter est servi vers 16h mais la tisane du soir, avant le coucher, a été supprimée dans certaines unités.

Il a été observé parfois qu'en fin de repas, les patients desservent et rangent leurs assiettes, verre et couverts pour qu'ils soient lavés.

Dans tout l'hôpital les familles peuvent apporter de la nourriture mais aucun produit périssable ne peut être conservé en chambre.

6.5 LA REFLEXION SUR LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS DEMEURE BALBUTIANTE

Dans les unités adultes de la CPU la question de la sexualité des patients n'est pas abordée de manière institutionnelle. Il n'y a pas d'action d'éducation ou de prévention sur le sujet. Le rassemblement de deux personnes dans une chambre est interdit sauf accord du médecin.

Il n'y a pas de préservatif ni vérification de la contraception. L'absence de médecin-somatique dans le service (cf. § 7.2) peut en partie l'expliquer; la contraception est uniquement renouvelée par le psychiatre si elle est déjà en place à l'arrivée.

Sur le site de Bretonneau, selon les propos recueillis, la question est rarement abordée. Le principe exprimé est celui de l'interdiction des relations sexuelles dans l'hôpital. En pratique, les soignants réagissent en fonction de chaque patient. Il est précisé que le sujet n'est pas tabou, pas banni, mais discuté, repris, travaillé et que la question du consentement des patients doit être centrale.

A l'hôpital Trousseau, il est indiqué qu'il n'y a pas d'interdiction globale formelle ou informelle. Une vigilance et un traitement au cas par cas avec le souci premier de protection des plus faibles sont mis en œuvre.

Ces quelques exemples montrent la disparité des points de vue sur une question qui concerne l'ensemble des patients.

Recommandation

La vie sexuelle des patients doit être prise en compte. Il convient d'engager une réflexion institutionnelle afin d'harmoniser et de soutenir la pratique professionnelle des soignants.

« Une harmonisation des pratiques entre unités sur l'absence d'interdiction, sauf cas spécifique, sera recherchée ».

7. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

7.1 LES PATIENTS BENEFICIENT DE SOINS PSYCHIATRIQUES ADAPTES

7.1.1 L'arrivée et l'accueil aux urgences

Le service des urgences psychiatriques, ouvert en permanence, est placé au sein des urgences générales implantées à l'hôpital Trousseau. Les patients en crise n'y arrivent que rarement en étant uniquement accompagnés d'un proche mais ils sont généralement conduits par des sapeurs-pompiers et, s'agissant des ASPDRE, par des policiers. Ces derniers ne vont alors pas au-delà du hall d'accueil.

Une vingtaine de patients se présentent, en moyenne, chaque jour. Ils sont accueillis par une équipe composée de cinq médecins (représentant 3 ETP⁷) et de quinze infirmiers (dix de jour et cinq de nuit, représentant 14,3 ETP). Chaque jour :

- un psychiatre assure le service entre 9h et 18h30 et deux autres, le matin, au plus fort de l'activité ; un autre prend la garde en première partie de nuit et une astreinte en deuxième partie et un interne est de garde pour la nuit entière (de 18h30 à 9h) ;
- deux infirmiers sont présents le matin (de 6h35 à 14h15), deux autres l'après-midi (de 13h45 à 21h25) et un autre est éventuellement de service en journée (de 9h à 16h40) ; la nuit (de 21h à 7h) est assurée par deux infirmiers.

Les médecins et les infirmiers reçoivent les patients. Les contrôleurs ont observé que l'évaluation et l'observation étaient réalisées avec une grande attention, que l'évaluation était complète et que le temps passé avec chaque patient n'était pas limité. La recherche du consentement aux soins est privilégiée et la question est abordée en équipe, dans le souci de restreindre les soins contraints à la stricte nécessité.

Bonne pratique

Le travail mené par l'équipe des urgences psychiatriques pour limiter le recours aux soins sans consentement mérite d'être souligné. Il explique le faible taux de cette catégorie de patients observé dans cet hôpital.

Les locaux sont situés dans une aile du service des urgences générales et sont séparés de la partie somatique par une porte qui reste ouverte, sauf cas particulier. Cette situation facilite l'accès aux soins somatiques, si besoin. L'entrée commune évite également toute stigmatisation.

Une salle d'attente (avec six sièges), des toilettes librement accessibles et un patio (clos par des grilles, avec un banc et des bacs à fleurs) sont à la disposition des patients. Les bureaux des médecins et le bureau des infirmiers sont à proximité. Le service dispose aussi de deux boxes, de quatre chambres dépendant du centre d'accueil et de crise (CAC) et d'une chambre d'isolement. Seules, deux caméras de vidéosurveillance sont installées dans le service : l'une dans la chambre d'isolement, l'autre dans le couloir pour avoir une vue sur un recoin. Les images, qui ne sont pas enregistrées, sont reportées sur un écran placé dans le bureau des infirmiers, à l'abri des regards

⁷ Les médecins partagent leur activité entre les urgences et des consultations en centres médico-psychologiques et hôpitaux de jour ou en psychiatrie de liaison. La cheffe de service est également adjointe au chef du pôle « psychiatrie – addictologie ».

extérieurs. Le champ de la caméra placée dans la chambre d'isolement couvrant le WC, les soignants ont collé un morceau de sparadrap sur la partie correspondante de l'écran pour préserver l'intimité du patient.

Recommandation

Les dispositifs de vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, comme cela existe aux urgences psychiatriques, sont à proscrire car ils portent atteinte à la dignité et à l'intimité des patients. Le CGLPL rappelle sa recommandation déjà formulée dans son rapport sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale (page 120) et dans son rapport d'activité de 2016 (page 199).

« La vidéosurveillance des chambres d'isolement existe au CAC et à la CPU, suite à une réflexion d'équipe. En l'absence de réglementation, la sécurité des patients a été privilégiée. Les bonnes pratiques d'utilisation (positionnement des caméras) permettent de préserver la dignité des patients ».

Deux boxes individuels servent à l'accueil des patients devant rester quelques heures en observation : la fenêtre donnant sur l'extérieur du bâtiment est protégée par un film opaque, un bouton d'appel y est placé et un brancard constitue le seul ameublement. La porte d'entrée est équipée d'un hublot vitré mais aucun dispositif de protection n'y a été installé, contrairement à ce qui a été fait pour la chambre d'isolement et l'un des bureaux médicaux (cf. § 6.1.2 ci-dessus). Les durées de séjour dans ces boxes sont très courtes (quelques heures). Sauf cas particuliers, la porte est ouverte et les patients, qui restent revêtus de leurs habits de ville, conservent leur téléphone mobile (y compris si ce sont des smartphones) ainsi que leurs cigarettes ; ils peuvent aller fumer dans le patio et recevoir des visites (sans que des horaires soient imposés).

Les quatre chambres du CAC sont réservées à des patients devant rester entre un et trois jours. Aucune personne en soins sans consentement n'y est hébergée.

Les patients admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), généralement placés en chambre d'isolement, sont très rapidement orientés vers une unité.

7.1.2 La présence médicale et l'implication des soignants

Pour des raisons historiques, les prises en charge médicales sont différentes d'un service à l'autre même si, selon les propos recueillis, elles sont en voie d'harmonisation. Cependant, dans l'ensemble des unités, les médecins exercent leurs fonctions sur l'intra et sur l'extra hospitalier avec un temps prioritaire sur l'un ou l'autre des secteurs.

Dans la majorité des unités, les soins psychiatriques reposent sur une bonne présence médicale – malgré une faible présence numérique dans certaines d'entre elles – généralement relayée par des équipes soignantes engagées. L'accès au médecin est facile, la prise en charge psychiatrique, coordonnée par le psychiatre, est pluridisciplinaire.

Chaque patient a un médecin référent, il n'existe pas d'infirmier référent.

Les patients sont reçus en entretien par le psychiatre au moins une fois par semaine. Dans la majorité des unités ces entretiens se déroulent en présence d'un infirmier. Outre ces entretiens, les patients rencontrent régulièrement leur médecin de façon plus informelle.

Si les projets de soin individuel ne sont pas nécessairement formalisés, des *staffs* pluridisciplinaires et des réunions de synthèse, largement ouverts, se déroulent régulièrement

dans toutes les unités et permettent à l'équipe d'avoir un point médical mais aussi non médical pour chaque patient hospitalisé.

L'ensemble des secteurs souffre du manque de structures d'aval dans le département qui permettraient de faire sortir des services des patients chroniques et sans solution sociale dont l'état clinique leur permettrait de vivre ailleurs ; « *on fait du médico-social dans du sanitaire* ».

7.1.3 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques au bénéfice des patients sont organisées au sein des secteurs ; leur organisation varie selon les sites. A l'exception de la CPU, elles sont nombreuses et diversifiées.

Les cafétérias de chaque secteur, qui fonctionnent grâce à un budget associatif (une association différente pour chaque secteur), jouent un rôle important dans l'organisation de nombreuses activités ; sauf à la CPU où elle n'est ouverte qu'une heure par jour. Quelques produits de base y sont vendus et les patients peuvent aussi venir consommer un café ou un jus de fruit pour des sommes modiques ; les bénéfices dégagés sont réinvestis dans les activités. Tenues par un infirmier, ouverte une grande partie de la journée, week-end compris, les cafétérias sont un véritable lieu de rencontre et d'échange ; « *c'est la plaque tournante de l'unité* ».

Les activités sont réparties tout au long de la semaine. Elles permettent de mélanger les patients – ceux des différentes unités au sein d'un même secteur mais aussi ceux de l'intra et ceux de l'extra puisque des patients peuvent participer à des activités organisées au sein de l'hôpital de jour du secteur – de mélanger les lieux (cafétéria, espaces d'ergothérapie du secteur et lieux extérieurs à l'hôpital) et les intervenants (infirmiers affectés à la cafétéria, soignants des unités et ceux affectés à l'ergothérapie).

Bonne pratique

Les cafétérias ont un rôle moteur en psychiatrie A, B et D et les activités thérapeutiques sont nombreuses et diversifiées.

Une enveloppe budgétaire « ergo-loisirs » est attribuée par le CHRU à chaque secteur en fonction des projets en cours et de la somme dépensée l'année précédente ; gérée par les cadres supérieurs elle atteint souvent 8 000 euros par an.

Les unités organisent également des séjours thérapeutiques, en psychiatrie B quatre séjours sont organisés chaque année.

7.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE N'EST PAS SATISFAISANTE

Aucun médecin somaticien n'intervient dans les unités du pôle de psychiatrie. L'examen somatique initial – lorsque les patients ne sont pas passés par le service des urgences – et le suivi des pathologies somatiques chroniques sont assurés par les médecins psychiatres ou les internes, voire les externes, éventuellement présents, sans supervision d'un somaticien. La prise en charge des situations aiguës varie d'un site à l'autre : sur le site de Bretonneau les internes des spécialités concernées se déplacent dans les unités, sur le site de Trousseau les patients sont transportés aux urgences et à la CPU, il est fait appel au SAMU.

Si les patients de psychiatrie ont théoriquement accès à l'ensemble des spécialités du CHRU, selon les informations fournies, ils ne seraient pas traités avec les mêmes égards que les patients lambda. De nombreuses difficultés d'accompagnement, d'obtention de rendez-vous et de durée

d'hospitalisation en MCO (qui sont parfois écourtées pour ce type de patients au prétexte qu'ils disposent d'un lit en psychiatrie) ont été signalées aux contrôleurs.

Selon plusieurs témoignages, la MCO bénéficie largement des services de la psychiatrie *via* l'équipe de psychiatrie de liaison mais la réciproque n'est pas vraie.

Recommandation

Le CHRU doit mettre à la disposition du pôle de psychiatrie-addictologie des temps de médecin somaticien et harmoniser les pratiques sur l'ensemble des services de psychiatrie.

« Le temps de médecin somaticien a été demandé par le pôle dans le cadre de la révision des effectifs de PH 2019. Un poste de praticien hospitalier sera ainsi créé en collaboration avec le service de médecine interne ».

7.3 LA DELIVRANCE DES TRAITEMENTS NE RESPECTE PAS LA CONFIDENTIALITE NECESSAIRE

Les pharmacies des unités sont livrées chaque semaine par la pharmacie centrale du CHRU.

La délivrance des traitements s'effectue souvent au moment des repas avec un chariot mobile sur lequel les infirmiers ont préparé les prises individuelles après contrôle de l'ordonnance. Cette dispensation ne respecte pas le secret médical et ne permet pas un dialogue relatif à l'objet et l'intérêt du traitement avec le patient, les autres patients étant tout autour dans la salle à manger. Seule une unité procède par dispensation au sein de la salle de soins, patient par patient, ce qui permet cette confidentialité des échanges.

Recommandation

La dispensation des traitements doit être réalisée lors d'un entretien confidentiel avec le patient.

« La dispensation individuelle en salle de soins est privilégiée compte tenu des effectifs présents ; une action doit être engagée au niveau de chaque service pour harmoniser les conditions de confidentialité ».

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 L'ISOLEMENT N'A PAS FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE ET RESTE ASSEZ PRATIQUE SANS ETRE TRACE

Le pôle de psychiatrie dispose sur l'ensemble de ses unités de onze chambres d'isolement (CI) : deux en psychiatrie B, deux en psychiatrie A, trois en psychiatrie D, deux à la CPU, une aux urgences et une dans l'unité des adolescents.

Toutes les chambres (à l'exception de celle située dans l'unité adolescents qui est équipée d'un lit scellé) disposent d'un lit de type *Cumbria* pouvant être déplacé par le patient, sous forme d'un épais matelas en mousse recouvert d'un plastique bleu ; un pouf également en plastique permet de poser le plateau-repas, ou aux soignants de s'asseoir près du patient. Toutes les chambres permettent une orientation dans le temps par une horloge visible depuis la chambre.

Un bouton d'appel mural est présent dans les chambres d'isolement sauf à la CPU. Dans aucune chambre n'existe un bouton d'appel sur le lit pour les périodes de contention.

Une partie des chambres disposent d'un bloc inox WC point d'eau au sein même de la chambre ; les autres disposent d'une salle d'eau donnant sur le sas et accessible après ouverture par les soignants ; deux salles d'eau ne disposent pas de douche (unités Garance et Véronèse). Les chambres des unités sans bouton d'appel, comme celle qui en disposent mais n'ont pas de toilettes dans les chambres, comportent un seau hygiénique.

Certaines disposent d'une fenêtre s'ouvrant sur l'extérieur, permettant l'aération et au patient de fumer à travers (une des chambres de psychiatrie B par exemple), mais la plupart ont des vitres fixes ne le permettant pas. Outre l'aération, l'accès au tabac est lui aussi hétérogène ; en l'absence de fenêtre ou d'accès extérieur, le patient doit demander des substituts nicotiques.

Certaines portes disposent d'un hublot avec abattant permettant de préserver l'intimité ; néanmoins dans une unité, un des hublots n'était pas occulté au moment du contrôle avec un homme nu sur son lit visible depuis le couloir.

Une seule chambre, celle des urgences psychiatriques, possède une caméra dont les images sont visibles depuis le bureau de soins à proximité, l'écran n'étant pas visible du public.

Les contrôleurs prennent acte que des travaux sont prévus au sein des unités de l'hôpital Trousseau, ou pour l'unité Garance pour aménager l'espace de manière plus digne.



Chambres d'isolement

Recommandation

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un accès aux toilettes et à un point d'eau ; des boutons d'appel doivent permettre d'appeler un soignant à tout moment y compris dans les phases de contention. La chambre doit pouvoir être aérée.

« La réhabilitation de l'ensemble des chambres d'isolement, avec point d'eau, sanitaires et système d'aération adapté, sera achevée en 2018, sur la base de la programmation engagée en 2016 pour un coût total de 360 000€ ».

Sur l'ensemble des unités, le placement en chambre d'isolement implique le port du pyjama ou du kimono (il n'y a d'ailleurs pas d'autres options sur le dossier informatique patient).

Les personnes placées en isolement mangent dans leur chambre avec des couverts en plastique et reçoivent une bouteille d'eau en plastique. Les soignants ne restent pas avec les patients le temps du repas.

Les visites ne sont pas autorisées pour les personnes en CI sauf aux urgences psychiatriques.

Aucune unité n'a mis en place une traçabilité de la surveillance infirmière des isolements. La présence des pots de chambre, outre qu'elle offre des conditions d'hébergement indignes, interroge sur l'effectivité de la surveillance permanente toutes les heures dans la mesure où cette surveillance comme l'appel du malade aux soignants en cas de besoin, lui permettraient un accès aux toilettes de la chambre d'isolement situées à proximité.

De même, en l'absence de registre il est impossible de vérifier que le renouvellement toutes les douze heures par un médecin de la mesure d'isolement est respecté, y compris le week-end.

Recommandation

Une surveillance de l'état psychique et physique du patient doit être assurée au moins toutes les heures. Cette surveillance doit être tracée dans le dossier du patient. Les mesures d'isolement doivent être décidées pour un maximum de douze heures et renouvelées si besoin par le psychiatre.

« La mise en œuvre de cette recommandation de l'HAS est adaptée à l'état du patient. Les surveillances sont tracées dans le DPP. Au CHU, les mesures d'isolement sont décidées par 24h ».

8.2 LA CONTENTION EST PEU UTILISEE MAIS N'EST PAS ANALYSEE

L'ensemble des soignants a rapporté un usage très modéré de la contention, la mise en place de psychotropes sédatifs au moment des crises permettant souvent de l'éviter. L'absence de registre ne permet pas cependant d'analyser objectivement la pratique.

Aucun patient n'était sous contention au moment du contrôle mais on déplore une décision « *si besoin* » persistante dans une unité, ce qui doit être proscrit.

Un sous-comité du médicament spécifique à la psychiatrie permet une analyse des approches des prescriptions. Animé par un psychiatre et un pharmacien, il a un rôle de conseil pour les nouvelles demandes de référencement des psychotropes, et réalise des fiches de bon usage des médicaments (hypnotiques, antidépresseurs) mises à disposition de l'ensemble de la communauté du CHU.

Bonne pratique

Une commission du comité du médicament spécifique à la psychiatrie-addictologie permet un débat autour des prescriptions de psychotropes.

8.3 LES REGISTRES NE SONT PAS OPERATIONNELS

Les décisions de mise en chambre d'isolement sont notées dans les dossiers patients mais il n'y a pas de registre permettant de connaître les décisions prises ces dernières années. Aucun praticien n'a effectué une analyse de sa pratique, et le recensement des placements en isolement, associés ou non à la contention, a obligé les cadres de chaque unité à un recueil *a posteriori* en recherchant sur les dossiers sauf une unité dans laquelle la cadre tenait sa propre liste papier.

Recommandation

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place, conformément aux règles imposées par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

« Un registre informatisé a été mis en place en mai 2018. L'appropriation technique de cet outil du DPP par les médecins doit être poursuivie ».

En absence de registre de l'isolement et de la contention, il a été demandé aux cadres des unités et à la direction du pôle, une liste des patients placés en isolement et contention sur tout le mois d'octobre 2017. Outre que des divergences existent entre les listes à disposition de la direction

du pôle et celles fournies par les soignants, ces informations semblent indiquer un usage raisonné mais réel de l'isolement, avec globalement entre deux et six patients en chambre d'isolement dans le mois par unité (vingt-trois patients sur l'ensemble du pôle), dont cinq avec contention initiale, et des durées de moins de 48 heures pour seulement six patients (26 %) (les durées de plus de 48 heures sont préconisées comme devant être exceptionnelles par la haute autorité de santé), de moins de quatre jours pour 70 % des séjours ; de rares patients sont restés six ou sept jours et un patient y est resté vingt-neuf jours.

Au moment du contrôle, deux patients étaient en chambre d'isolement sur les onze chambres disponibles.

L'analyse des isolements connus depuis janvier 2017 indique les mêmes tendances ; les unités recensent chacune entre quinze et trente mises en isolement sur les onze premiers mois de l'année ; les personnes en soins libres sont parfois placées en isolement mais les soignants indiquent déclencher dans ce cas une procédure de placement en soins sans consentement dans des délais qui varient entre deux et vingt-trois jours ce qui est beaucoup plus que les douze heures recommandées par la HAS.

Les durées de séjour en chambre d'isolement en 2017 varient d'un à soixante-et-onze jours avec partout des moyennes dépassant quatre jours.

L'usage de la contention est assez modéré dans toutes les unités, souvent rapportée par les soignants à une fréquence inférieure à dix fois par an.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES RARES HOSPITALISATIONS DE PERSONNES DETENUES, DE COURTE DUREE, SE DEROULENT LE PLUS SOUVENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Les personnes détenues de la maison d'arrêt de Tours sont généralement orientées vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'Orléans, ouverte depuis 2013, mais celle-ci ne fait aucune entrée durant les week-ends. Ainsi, les patients détenus nécessitant des soins psychiatriques ne sont hospitalisés au CHRU de Tours que dans des cas limités, essentiellement en fin de semaine. Ces admissions sont donc peu fréquentes : trois en 2015, trois en 2016 et sept au premier semestre 2017 (avec, respectivement, une durée moyenne de séjour de sept, onze et dix jours). Lors de la visite, seules deux personnes détenues étaient présentes.

Les personnes détenues ne viennent jamais aux urgences psychiatriques mais sont placées dans une des deux chambres sécurisées (appelées localement « *chambres carcérales* ») placées aux urgences générales. Les psychiatres s'y déplacent si nécessaire.

Leur affectation dans un service se fait en fonction de leur secteur de rattachement si elles habitent dans l'un de ceux relevant du CHRU. Dans le cas contraire, l'affectation s'effectue en fonction de leur date de naissance, comme pour les admissions des patients hors secteurs : au secteur 37 G 01 pour ceux nés au 1^{er} trimestre, au 37 G 02 pour ceux nés au 2^{ème} trimestre, au 37 G 03 pour ceux nés au 3^{ème} trimestre et au 37 G 04 pour ceux nés au 4^{ème} trimestre. Souvent, le choix est aussi lié aux places disponibles dans les chambres d'isolement.

La durée du séjour est généralement brève (cf. *supra*), quelques jours, le temps de libérer une place à l'UHSA. Tel était le cas des derniers admis.

Les personnes détenues sont le plus souvent placées en chambre d'isolement pour éviter les fugues car, a-t-il été indiqué, les unités sont ouvertes. Dans quelques unités, il a été indiqué que ce placement n'était pas systématique ; ainsi, lors de la visite, les deux personnes détenues hospitalisées étaient installées dans des chambres ordinaires à l'unité Gauguin.

Des soignants ont regretté le flou dans lequel ils doivent accomplir leur mission.

Ainsi, ils ne disposent que de peu d'informations sur ces patients et, notamment, ne connaissent pas leur situation pénale, ce qui est mal ressenti par les équipes. Cela l'est d'autant plus que, dans la nuit du 18 au 19 novembre 2017, une personne détenue admise en chambre d'isolement à Garance a réussi à démonter une grille d'aération pour se glisser dans le sas, à appeler les deux infirmiers, à les menacer et à s'enfuir.

Durant l'hospitalisation, les patients n'ont accès ni au téléphone, ni aux visites compte tenu de la brièveté du séjour. Il a été indiqué que cela pourrait être possible sur décision médicale si le séjour se prolongeait mais les soignants ne disposent d'aucune information relative aux droits des détenus à téléphoner et à recevoir des visites. Pourtant, dans un document interne à l'hôpital (mais informel) fourni aux contrôleurs, il est indiqué : « *les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine. S'il s'agit de prévenus, ils sont considérés comme placés en détention provisoire* » ; « *les règlements pénitentiaires continuent à leur être applicables, notamment dans leurs relations avec l'extérieur (courrier, appels). Les visites sont possibles après autorisation du préfet* ».

Recommandation

Durant leur hospitalisation, les patients détenus doivent bénéficier d'un égal accès aux soins ainsi que des droits attachés à leur qualité de détenus (visites, échanges avec l'extérieur, etc.), dès que leur état de santé le permet. Des consignes claires doivent être données aux soignants pour que la prise en charge de ces personnes s'effectue dans le respect de leurs droits.

« Aucune information n'est systématiquement transmise au CHU par l'administration pénitentiaire, quant au statut et aux droits des patients détenus. En cas de doute, cette administration est contactée pour vérifier les droits questionnés. Toutefois, un départ le plus rapide possible à l'UHSa est généralement recherché, quand l'état du patient le permet ».

9.2 UNE UNITE ADOLESCENTS RATTACHEE A LA PSYCHIATRIE ADULTES

En 1989 l'hôpital s'est doté d'une unité d'hospitalisation complète spécialisée dans la prise en charge des adolescents tandis que le centre universitaire de pédopsychiatrie qui gère l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile poursuivait sa spécialisation sur l'autisme.

180 mineurs âgés de 13 à 17 ans ont été hospitalisés dans l'unité pour une durée moyenne de 13 jours entre le 1^{er} janvier et 31 octobre 2017. Parmi eux 109 filles et 71 garçons. Parmi ces mineurs 83 d'entre eux ont 15-16 ans, 50 ont 17-18 ans, 46 ont 13-14 ans.

Ils vivent majoritairement dans leur famille, mais un nombre constant d'entre eux, environ 20 %, a fait précédemment l'objet de suivi ou placement en assistance éducative.

L'unité n'a jamais reçu de mineurs en SDRE. Elle a en revanche reçue des mineurs confiés par ordonnance de placement provisoire du juge des enfants, ou confiés judiciairement à l'aide sociale à l'enfance.

Ils souffrent au moment de leur accueil d'anorexie, de troubles scolaires anxieux, de dépressions sévères qui mettent en péril les conditions de leur éducation et à ce titre peuvent être considéré comme doublement vulnérables du fait de leur minorité et de leur état de santé.

Leurs parents quelle que soit la situation au moment de leur admission en psychiatrie sont toujours juridiquement partie prenante de la décision d'hospitalisation.

Ces enfants peuvent être connus et suivis par les intervenants de secteur, CMP, maison des adolescents et/ou faire l'objet d'un accueil en urgence en pédiatrie à l'hôpital Clocheville ou au service des urgences de l'hôpital Trousseau parce qu'ils sont dénutris, suicidaires ou dans un état d'extrême confusion ou d'agitation.

L'unité adolescents est installée dans des locaux inadaptés au rez-de-chaussée de la CPU à Saint-Cyr-sur-Loire.

Elle ne dispose pas d'éducateur ni de médecin généraliste, généralement présents dans ce type d'unité. L'équipe soignante, renforcée par la présence d'une assistante sociale et d'une psychologue, travaille sans hôpital de jour à proximité, celui-ci, situé sur le site de Bretonneau étant spécialisé sur l'autisme.

L'espace réservé aux adolescents est une enclave au sein d'un bâtiment sans âme, sans véritable jardin extérieur aménageable, les enfants pouvant tout au plus accéder, s'ils sont accompagnés, à une cour en contrebas de l'immeuble.

Dans ces locaux parfaitement entretenus, un grand espace de vie, une salle à manger, une cuisine en partie équipée permettent l'exercice d'une sociabilité contrainte et acceptable, voire

thérapeutique autour du coin salon-télévision, de la grande table de ping-pong, des temps de repas, et de la confection des petits déjeuner ou de gâteaux.

Le regard et l'attention des adultes est positionné au centre et se déploie à partir du bureau infirmier vitré et installé au milieu de l'unité.

C'est dans cette pièce que se réfléchit, s'organise, se note, toute l'activité interne et externe.

Les cinq grandes chambres à deux lits et les deux chambres à un lit reçoivent les filles d'un côté les garçons de l'autre. Les chambres individuelles sont plutôt réservées aux patients anorexiques. Aucune ne dispose de bouton d'appel, les fenêtres ne peuvent s'ouvrir. Les chambres sont accessibles 24h sur 24h.

Les deux locaux sanitaires sont équipés de trois douches et un lavabo pour les filles et deux douches et deux lavabos pour les garçons. Dans chacun d'eux, des meubles casiers en plastique permettent de ranger les affaires personnelles. Des toilettes en bon état complètent l'ensemble.

Ces locaux sont ouverts en permanence.

Une chambre d'isolement est située au centre du couloir, près du bureau infirmier et de celui de l'assistante sociale ce qui ne manque pas de poser problème lorsqu'un adulte agité y est transféré. Elle est équipée de toilettes, d'un lit scellé. Dans le sas d'entrée une douche et un petit réveil apposé près de la vitre.

Recommandation

L'unité adolescents doit disposer de locaux adaptés aux besoins de ces patients : espace extérieur accessible et sécurisé, chambres équipées de douches, véritable salon pour les visites des familles.

L'utilisation de la chambre d'isolement pour des adultes au sein de l'unité adolescents doit être proscrite.

« L'utilisation par les adultes de la chambre d'isolement au sein de l'unité d'adolescents est proscrite. La mise en place de douches dans les chambres de l'unité adolescents, possible mais techniquement compliquée du fait de la présence d'amiante dans les locaux de la CPU et donc onéreuse, se heurte à l'imminence de l'opération de regroupement des activités de psychiatrie sur le site de Trousseau dans le cadre du plan de restructuration du CHU. De la même façon, la question du salon des familles est difficile à traiter au sein de la CPU faute de place et donc jusqu'à l'ouverture de nouveaux locaux ».

Les professionnels, en nombre suffisant, sont stables, formés au travail avec des adolescents, inscrits dans une approche systémique qui leur permet d'inscrire dans leur pratique la nécessité de travailler avec les familles.

10. CONCLUSION GENERALE

Le pôle de psychiatrie-addictologie du CHRU de Tours apparaît globalement comme soucieux et respectueux des droits des patients ; les équipes médicales et soignantes sont bienveillantes et attentives. Les restrictions aux libertés et aux droits des patients dans les unités sont mesurées et s'appliquent au cas par cas, en fonction de justifications cliniques. Il y existe en ce domaine une harmonisation des pratiques dans les différents secteurs, sauf exception sur des points particuliers. Toutes les unités sont officiellement ouvertes, cependant, la sortie du service n'est pas libre même si l'espace de déambulation est vaste ; les patients en soins sans consentement bénéficient de larges autorisations de sortir du service.

A l'exception d'un des secteurs dont les locaux d'hospitalisation sont situés à Saint-Cyr-sur-Loire, les activités thérapeutiques sont nombreuses et diversifiées. Les services sont équipés d'une cafétéria gérée par des infirmiers véritable lieu de soins, d'échanges, de parole.

On peut regretter que le pôle de psychiatrie-addictologie, bien qu'il occupe une place importante au sein du CHRU en terme d'activité, soit insuffisamment pris en compte tant au niveau des instances décisionnelles que de concertation et que sa dotation globale de fonctionnement soit exagérément mise à contribution (6 millions d'euros en 2016) pour combler le déficit du CHRU alors même qu'une partie de cette somme devrait permettre de pallier certaines carences qui impactent la qualité des soins et les conditions de vie des patients hospitalisés (sous-effectif médical et soignant dans de nombreuses unités, locaux vétustes voire indignes pour certaines chambres d'isolement etc.).

En l'absence de temps de médecin somaticien dans les secteurs, la prise en charge somatique n'est pas satisfaisante ; les soins sont assurés par les internes ou les externes. Par ailleurs, les unités éprouvent parfois des difficultés à obtenir des rendez-vous auprès de spécialistes.

Enfin, les contrôleurs s'interrogent sur la place de l'unité d'hospitalisation pour adolescents qui pour des raisons historiques n'est pas rattachée à l'intersecteur de pédopsychiatrie mais à la psychiatrie adulte. Ils déplorent l'absence de projet médical définissant de façon pluridisciplinaire la prise en charge des mineurs hospitalisés afin de satisfaire notamment l'obligation éducative (pas d'éducateurs ni d'enseignant) et une prise en charge ambulatoire adaptée (l'hôpital de jour pour les mineurs étant réservés aux patients autistes).

Dans ses observations au rapport de constat du CGLPL, la directrice générale de l'ARS Centre-Val-de-Loire précise : « *Je n'ai aucune observation à formuler concernant votre rapport dont nous partageons les recommandations émises. Les points de non-conformité et les remarques émises par les inspecteurs de l'ARS (effectuant une visite de conformité de l'activité de psychiatrie dans la même période que le CGLPL) rejoignent les axes d'amélioration préconisés par vos contrôleurs sur les domaines relevant de nos compétences respectives, et notamment :*

- *l'absence de registre sur les mesures d'isolement et de contention des patients (...)* ;
- *l'état globalement délabré des salles de bains collectives (...)* ;
- *un équipement et une structuration des chambres d'isolement ne respectant pas la dignité des patients dans certaines unités* ;
- *l'inadaptation des locaux de l'unité d'adolescents de la clinique psychiatrique universitaire aux besoins du public jeune pris en charge* ».