



Rapport de visite

3 au 7 janvier 2022 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier de
Châteauroux-Le Blanc

(Indre)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite, annoncée la semaine précédente, du pôle de psychiatrie du centre hospitalier (CH) de Châteauroux-Le Blanc (Indre) du 3 au 7 janvier 2022.

Un rapport provisoire a été adressé 20 juillet 2022 au chef d'établissement, au préfet du département, à l'agence régionale de santé Val de Loire, au président et au procureur du tribunal judiciaire de Chateauroux pour une période contradictoire de quatre semaines. Seule la directrice du centre hospitalier a fait valoir des observations en retour, par courrier du 9 septembre, prises en compte dans le présent rapport.

Le pôle de psychiatrie est implanté sur le sur le lieu-dit « Gireugne », distant de 5Km de la ville de Châteauroux, les plateaux techniques de médecine et de chirurgie sont répartis sur le site principal implanté à Châteauroux et sur le site du Blanc, à soixante kilomètres.

Le pôle de psychiatrie compte 150 lits d'hospitalisation complète pour adultes dont 120 positionnés sur le site de Gireugne et trente au CH de la Châtre, situé à quarante kilomètres de Châteauroux. Il ne présente pas de suroccupation. Le CH est le seul établissement de référence de l'Indre à accueillir des patients en soins sans consentement. L'ensemble des patients sont pris en charge au sein de cinq unités en fonction de leurs pathologies et non de leur secteur d'origine, une seule n'accueille pas de patients en soins sans consentement (SSC). Les contrôleurs ont donc visité quatre unités, dont le pavillon d'addictologie qui accueille des patients en soins sans consentement et le service des urgences. Le service de pédopsychiatrie, qui souffre d'une pénurie de pédopsychiatres, propose essentiellement une offre de soins ambulatoires ; les mineurs de plus de 16 ans sont admis dans les pavillons pour adultes.

Malgré une activité déployée sur plusieurs sites, le pôle de psychiatrie est bien intégré au reste de l'établissement, la cheffe du pôle de psychiatrie fait partie du directoire.

Les locaux sont anciens mais globalement bien entretenus, un effort est fait pour les rendre agréables et chaleureux.

Les équipes médicales et paramédicales sont à flux tendu. La majorité des postes de médecins sont pourvus mais parfois à temps partiel, en outre certains ne maîtrisent pas bien la langue française et rencontrent des difficultés pour se faire comprendre des patients. Les postes d'infirmiers sont pourvus mais le pôle est confronté à de nombreux arrêts maladie qui ne sont pas remplacés. Par ailleurs, certains soignants ayant choisi de demeurer affectés au même poste depuis une voire deux décennies, sont réticents à faire évoluer leurs pratiques.

Dans ce contexte, les projets de soins sont plus ou moins formalisés selon les pavillons et selon le profil des patients, de même que les activités au sein des unités sont irrégulières. En revanche l'établissement offre de larges possibilités d'activités culturelles et sportives sur le site (terrain de sport, gymnase, cafétéria), malheureusement d'accès restreint par les épidémies de Covid. Certaines actions d'éducation thérapeutiques méritent d'être soulignées, notamment en addictologie. La prise en charge somatique est également très variable selon les praticiens et les pavillons, l'examen à l'entrée n'est pas systématiquement réalisé quand le patient ne passe pas par les urgences, pas plus que celui des patients placés à l'isolement.

Les mesures de SSC ont représenté en 2020 28% de la file active. La très grande majorité est prise par décision du directeur, à 76% en urgence faute de pouvoir obtenir un certificat d'un médecin n'exerçant pas à l'hôpital. Les décisions prises par le préfet ne représentent que 8,7% des admissions en SSC. Si les mesures sont en général rapidement levées, quelques patients sont en

SDRE depuis 8, 20 et même 40 ans, faute de possibilité d'orientation vers une structure plus adaptée (médico-sociale, EHPAD).

L'information sur leurs droits remise à ces patients est empirique et peu protocolisée. Aucun document comportant l'ensemble de leurs droits ni la manière de les exercer ne leur est notifié, pas plus qu'ils ne reçoivent copie des décisions et certificats médicaux qui les fondent.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir sont importantes pour tous, trois unités sur cinq ont leurs portes fermées en permanence alors que tous les pavillons étaient ouverts il y a sept ans. Sortir dans le parc ou se rendre en activité à l'extérieur de l'unité suppose une autorisation de sortie, plus ou moins aisément accordée selon les unités.

Les communications avec l'extérieur sont en revanche facilitées : pas de retrait généralisé du téléphone personnel, Wifi en libre accès, rencontres souples avec les proches (hors restrictions sanitaires, drastiques durant la visite).

Concernant les pratiques d'isolement et de contention, les registres sont peu fiables et ne donnent lieu à aucune réflexion ni *a fortiori* politique visant à en limiter le recours.

Il apparaît pourtant que les décisions d'isolement sont nombreuses : sur l'année 2021, un tiers des patients en SSC ont fait au moins une fois l'objet d'une mesure d'isolement, très majoritairement au pavillon A de soins intensifs (70 % des patients). Ces mesures se déroulent au surplus dans des conditions matérielles totalement inadaptées : les chambres d'isolement (CI), au nombre de dix plus une dite « cellulaire » pour les détenus, sont éloignées des postes de soin, toutes équipées d'une caméra mais dépourvues de sonnettes d'appel. On peut d'ailleurs s'interroger sur la nécessité de disposer de onze chambres d'isolement compte tenu de la capacité d'hébergement de 120 lits des quatre pavillons visités. Les durées sont globalement inférieures à 48 heures. Le pôle n'a jamais recours à la contention.

Les publics spécifiques que sont les mineurs et les détenus souffrent de mesures à caractère sécuritaire et non médical : les premiers sont hébergés en CI pour assurer leur protection, les second en chambre « cellulaire » pour prévenir leur évasion et voient tous leurs droits pénitentiaires suspendus (téléphone, visites, cantines). Au surplus ces mesures ne sont pas comptabilisées dans le registre d'isolement.

La visite s'est déroulée dans d'excellentes conditions. Les observations livrées en réunion de fin de visite ont été bien accueillies par l'ensemble des interlocuteurs.

La directrice d'établissement apporte dans sa réponse écrite des éléments contradictoires qui figurent en police bleue italique.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 37

L'installation d'un réseau wifi permet aux patients de disposer gratuitement d'Internet et d'accéder à l'information, aux réseaux sociaux et à leur messagerie électronique.

BONNE PRATIQUE 2 57

La tenue de groupes de parole, associant professionnels de santé et un membre de l'entourage proche du patient choisi par ce dernier, contribue à une meilleure connaissance de la pathologie psychiatrique et à une meilleure acceptation du patient par ses proches.

BONNE PRATIQUE 3 61

L'offre thérapeutique est enrichie d'une grande diversité d'activités culturelles et sportives.

BONNE PRATIQUE 4 69

L'existence d'une unité mobile d'accueil, d'évaluation et de coordination permet de recevoir rapidement les mineurs en situation de crise et contribue à limiter certaines hospitalisations.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 16

L'établissement doit s'assurer de la maîtrise suffisante de la langue française par les médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.

RECOMMANDATION 2 17

L'effectif des infirmiers doit être maintenu durant les week-ends et les jours fériés. Par ailleurs durant la nuit, les postes d'infirmiers et d'aides-soignants ne doivent pas être remplacés par des agents de services hospitaliers, ces derniers ne disposant pas d'une formation aux soins.

RECOMMANDATION 3 18

Le pôle de psychiatrie doit étoffer son programme de formation et le rendre accessible à l'ensemble des agents. Il doit leur être proposé des modules portant sur la consolidation des savoirs en psychiatrie, les mesures d'isolement et les droits du patient admis en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 4 19

Il y a lieu d'émettre un obstacle médico-légal en cas de décès d'un patient en chambre d'isolement, le parquet avisant des suites.

RECOMMANDATION 5 20

Le comité d'éthique doit être réactivé afin de permettre aux professionnels de santé de le saisir notamment sur des questions relatives au respect des droits fondamentaux et de la dignité des patients.

RECOMMANDATION 6	22
Les mesures d'isolement et de contention décidées dans les services d'urgence doivent être tracées dans le dossier du patient ainsi que sur un registre spécifique.	
RECOMMANDATION 7	22
Les patients doivent bénéficier d'un examen somatique dans les 24 heures qui suivent leur admission.	
RECOMMANDATION 8	24
Un livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie ainsi qu'un document explicitant les règles de vie de l'unité doivent être remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.	
RECOMMANDATION 9	24
En cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'identité du tiers doit être communiquée au patient.	
RECOMMANDATION 10	24
L'information portant sur les droits doit être explicitée oralement lors de l'admission en soins sans consentement ou aussitôt que l'état du patient le permet. Elle doit être rappelée chaque fois que le patient en fait la demande.	
RECOMMANDATION 11	25
Un document mentionnant clairement les droits afférents au statut d'admission en soins sans consentement doit être remis et notifié, de même que les décisions et certificats médicaux.	
RECOMMANDATION 12	25
Le patient doit être informé de l'inscription de la mesure de soins sans consentement dans le fichier HOPSYWEB dès que son état clinique le permet.	
RECOMMANDATION 13	27
Lors de dégradations constatées dans les pavillons, des travaux de réfection doivent être programmés rapidement afin de préserver la qualité d'hébergement.	
RECOMMANDATION 14	28
Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort afin que l'intimité des patients soit préservée et qu'ils puissent se reposer en toute sécurité.	
RECOMMANDATION 15	30
Les placards des chambres doivent tous être dotés d'un système de fermeture afin de protéger les effets personnels des patients. Ces derniers doivent pouvoir en conserver la clef.	
RECOMMANDATION 16	30
Des mesures doivent être mises en place afin de permettre à l'ensemble des patients de disposer librement de leur argent.	
RECOMMANDATION 17	31
Les patients doivent bénéficier de repas complets et d'une alimentation adaptée, conforme à leur régime alimentaire, prenant en compte leurs éventuelles aversions et incluant des grammages supplémentaires pour les patients mineurs.	
RECOMMANDATION 18	33
Une réflexion doit être engagée rapidement sur le fonctionnement des unités et la sécurité du site pour permettre, à brève échéance, le respect du principe de la liberté d'aller et venir au sein du centre hospitalier.	

- RECOMMANDATION 19** 34
 La pratique des rondes de nuit consistant à ouvrir de manière systématique toutes les chambres des patients doit être supprimée. Ces modalités de surveillance, qui portent atteinte au sommeil des patients, doivent être strictement proportionnées, individualisées et régulièrement réexaminées.
- RECOMMANDATION 20** 36
 La fréquence et la durée des visites doivent être élargies et leurs conditions matérielles doivent respecter la dignité, l'intimité et la confidentialité des échanges.
- RECOMMANDATION 21** 38
 Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.
- RECOMMANDATION 22** 39
 Le CGLPL renouvelle son opposition de principe à l'installation d'un dispositif de vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, en ce sens qu'il porte atteinte à l'intimité et à la dignité du patient. En outre, la caméra ne saurait se substituer à la surveillance physique des soignants.
- RECOMMANDATION 23** 40
 Il convient d'installer un sas pour les chambres d'isolement du pavillon C afin de préserver l'intimité et la dignité des patients.
- RECOMMANDATION 24** 41
 Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel afin de garantir la sécurité des patients.
- RECOMMANDATION 25** 42
 Les chambres d'isolement, qui le nécessitent, doivent être rénovées et les WC doivent tous être séparés par une cloison. A l'instar du pavillon D, elles doivent être équipées d'une horloge numérique indiquant également la date.
- RECOMMANDATION 26** 44
 Lors d'un placement à l'isolement, le patient doit systématiquement faire l'objet d'un examen somatique.
- RECOMMANDATION 27** 45
 Le psychiatre de garde doit systématiquement examiner le patient au moment du renouvellement de la mesure d'isolement.
- RECOMMANDATION 28** 45
 Les patients, placés à l'isolement, doivent faire l'objet d'une surveillance infirmière adaptée à leur condition physique et clinique. Ces modalités de surveillance doivent être systématiquement prescrites par le médecin. Le passage infirmier doit être réalisé à minima toutes les heures, conformément aux recommandations de la Haute autorité à la santé, et les éléments recueillis doivent être renseignés dans le dossier patient.
- RECOMMANDATION 29** 46
 La crainte d'une fugue éventuelle ne peut justifier l'interdiction systématique d'accès au patio pour les patients placés à l'isolement.
- RECOMMANDATION 30** 46
 A l'issue du placement à l'isolement, un débriefing doit un être conduit auprès du patient afin de recueillir son ressenti et des temps de reprise en équipe doivent avoir lieu.

- RECOMMANDATION 31 47**
Le registre recensant les mesures d'isolement doit permettre de recueillir des données fiables en vue d'une analyse approfondie.
- RECOMMANDATION 32 49**
L'établissement doit mettre en place une politique visant à réduire les mesures d'isolement. La réflexion institutionnelle portant sur l'aménagement de chambres d'apaisement doit se poursuivre.
- RECOMMANDATION 33 50**
Une information complète sur l'existence, le rôle et les compétences de la commission départementale de soins psychiatriques doit être délivrée à l'ensemble des patients et leurs proches, tant par voie d'affichage dans les pavillons que par ajout dans le livret d'accueil et les formulaires notifiés aux patients en soins sans consentement.
- RECOMMANDATION 34 51**
La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer pleinement ses missions et utiliser à cet effet toutes les prérogatives qui lui sont reconnues. Conformément à l'article L.3223-1 du code de la santé publique, elle doit vérifier que figurent dans les registres l'ensemble des mentions prescrites par la loi.
- RECOMMANDATION 35 52**
Il est d'urgent de mettre à jour le registre de la loi et de trouver une organisation en permettant la tenue régulière.
- RECOMMANDATION 36 53**
Le document de notification des voies de recours contre la décision d'admission doit être entièrement revu et épuré de toutes les mentions erronées. Le rôle du JLD doit être clairement expliqué ainsi que la possibilité du patient ou d'un proche de le saisir à tout moment du déroulement de la mesure. L'assistance obligatoire d'un avocat et la possibilité de bénéficier de l'aide juridictionnelle doit être précisée.
- RECOMMANDATION 37 56**
Les certificats médicaux destinés à éclairer la décision du juge des libertés et de la détention, à apprécier la nécessité du maintien de la mesure de soins sans consentement ne peuvent être établis qu'après un examen médical effectif du patient par un psychiatre.
- RECOMMANDATION 38 57**
A l'instar du pavillon D, les autres unités d'hospitalisation doivent mettre en place des réunions soignants-soignés.
- RECOMMANDATION 39 58**
Des séances de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles doivent être proposées aux soignants en exprimant le besoin.
- RECOMMANDATION 40 59**
Une réflexion sur le mode de prise en charge des patients hospitalisés au long cours doit impérativement être engagée afin de minimiser les effets délétères d'une telle situation et de conserver leurs chances de réintégration sociale. En outre, l'absence de place dans une structure adaptée ne saurait justifier le maintien de mesures en soins sans consentement.
- RECOMMANDATION 41 62**
Il convient de promouvoir l'accès aux activités thérapeutiques se déroulant à l'extérieur à l'ensemble des patients.

- RECOMMANDATION 42** 62
Le patient doit être associé à la prise en charge proposée notamment grâce à l'élaboration d'un projet de soins individualisé.
- RECOMMANDATION 43** 63
Le protocole de désignation de la personne de confiance doit être systématiquement mis en œuvre par les soignants. La personne concernée doit être informée de sa désignation par le patient et son accord doit être recueilli.
- RECOMMANDATION 44** 64
A l'instar du pavillon D, les modalités d'attente de la distribution des médicaments doivent être rendues plus confortables et respectueuses de la confidentialité dans les autres pavillons.
- RECOMMANDATION 45** 65
Les prescriptions médicales doivent systématiquement être précédées d'un examen médical.
- RECOMMANDATION 46** 66
Chaque pavillon doit disposer du matériel médical nécessaire à l'exercice des missions du médecin généraliste.
- RECOMMANDATION 47** 66
Les patients doivent pouvoir bénéficier de soins de kinésithérapie au sein des unités.
- RECOMMANDATION 48** 69
Nonobstant l'inadaptation des locaux du SPIJ pour l'hospitalisation complète de mineurs, le CGLPL recommande qu'ils ne soient pas accueillis dans un service de psychiatrie pour adultes.
- RECOMMANDATION 49** 70
La mise en pyjama constitue une mesure dégradante qui porte atteinte à la dignité du patient mineur. Elle ne doit pas être systématiquement imposée durant le placement en chambre d'isolement. Sa prescription, à titre très exceptionnel, doit être fondée sur des considérations cliniques et faire l'objet d'une réévaluation constante.
- RECOMMANDATION 50** 71
L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen. Outre qu'il n'est pas prévu par les dispositions légales, il ne saurait intervenir, en tout état de cause, que s'il existe un risque sérieux et imminent pour le mineur ou pour autrui et après que des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, se soient révélées inefficaces. Sa durée, qui doit être la plus courte possible, ne doit jamais dépasser la situation de crise.
- RECOMMANDATION 51** 74
Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique, sans justification clinique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 Le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc est le seul établissement de référence du département habilité à accueillir des patients en soins sans consentement.....	13
2.2 La majorité des postes sont pourvus mais la composition des équipes soignantes n'est pas adaptée aux besoins des pavillons.....	15
2.3 L'offre de formation ne répond pas aux besoins du personnel	18
2.4 La majorité des événements indésirables signalés sont traités avec attention..	18
2.5 Il n'existe plus de comité d'éthique au sein de l'établissement	20
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	21
3.1 Les patients admis en soins sans consentement ne bénéficient pas systématiquement d'un examen somatique dans les 24 heures suivant leur arrivée.....	21
3.2 En raison de la pénurie de médecins généralistes libéraux sur le territoire, le pourcentage de patients admis sur décision d'un tiers en urgence est très élevé	23
3.3 L'information des patients admis en soins sans consentement est lacunaire....	23
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	26
4.1 Les conditions d'hébergement sont dignes et confortables mais les chambres ne sont pas munies de verrou de confort	26
4.2 L'hygiène des locaux et des patients est assurée.....	29
4.3 Les patients ont accès à leurs biens mais leur protection n'est pas garantie et certains ne disposent pas de leur argent	29
4.4 Le service de restauration ne donne pas satisfaction	30
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	32
5.1 Les atteintes à la liberté d'aller et venir se sont accrues au fil du temps	32
5.2 Les patients disposent d'une liberté de mouvement au sein des pavillons mais font l'objet d'une surveillance inadaptée la nuit	33
5.3 Les communications avec l'extérieur ne font pas l'objet de restrictions systématiques mais les visites sont limitées de façon drastique en raison du contexte sanitaire	35
5.4 La sexualité, comme dimension de la vie des patients, est totalement occultée	37
6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	39

6.1	La configuration des chambres d'isolement est attentatoire à la dignité des patients	39
6.2	Il n'est pas fait usage de la contention mais les conditions de mise à l'isolement sont insuffisamment encadrées	43
6.3	Le registre retraçant les mesures d'isolement n'est pas exploitable.....	47
6.4	L'établissement n'a pas défini de politique visant à limiter le recours à l'isolement	48
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	50
7.1	La commission départementale des soins psychiatriques est installée mais procède à un contrôle <i>a minima</i>	50
7.2	La place des usagers dans la vie des pavillons est limitée.....	51
7.3	La tenue du registre de la loi enregistre un retard conséquent.....	51
7.4	Le recours au JLD ne fait pas l'objet d'une information adéquate	52
8.	LES SOINS.....	56
8.1	La prise en charge psychiatrique des patients hospitalisés au long cours présente des carences	56
8.2	La recherche du consentement guide les pratiques mais de manière inégale selon les pavillons.....	62
8.3	L'organisation des soins somatiques présente des dysfonctionnements susceptibles d'engendrer des pertes de chances pour les patients.....	65
8.4	La préparation de la sortie pâtit de la crise sanitaire et d'un manque de certaines structures d'aval	66
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	68
9.1	Les lits de pédopsychiatrie n'étant pas utilisés, les mineurs sont hébergés à l'hôpital général ou dans les chambres d'isolement des unités de psychiatrie adulte.....	68
9.2	Les droits fondamentaux des détenus ne sont pas garantis au cours de leur hospitalisation	72

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleures :

Bonnie Tickridge, coordinatrice de mission ;

Marie Cretenot ;

Marie Pinot ;

Estelle Royer.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleures ont effectué une visite du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc (département de l'Indre) du 3 au 7 janvier 2022.

Les contrôleures sont arrivées à l'établissement le 3 janvier à 14 h. Elles l'ont quitté le 7 janvier à midi. La visite a été annoncée la semaine précédente à la direction. La directrice de cabinet du préfet de l'Indre, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) de l'Indre, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Châteauroux ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleures ont été accueillies par le directeur adjoint, la cadre supérieure de santé et la cadre administrative du pôle de psychiatrie, le chef de service du pavillon D et un représentant de la direction des usagers.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleures ont pu s'entretenir tant avec les patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Durant la visite, un entretien téléphonique a été organisé avec la directrice de l'établissement.

Postérieurement à ce contrôle, un contact téléphonique a été établi avec la cheffe de pôle de psychiatrie.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenues avec la procureure de la République.

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

La réunion de restitution s'est tenue en présence des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation ainsi qu'avec les cadres de santé des pavillons d'hospitalisation.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUROUX-LE BLANC EST LE SEUL ETABLISSEMENT DE REFERENCE DU DEPARTEMENT HABILETE A ACCUEILLIR DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

2.1.1 Présentation générale du centre hospitalier

Le centre hospitalier (CH) de Châteauroux-Le Blanc, établissement public de santé issu d'une fusion absorption du 1er janvier 2017, appartient au territoire de santé de l'Indre qui regroupe 233 000 habitants. Il s'agit d'un département vieillissant, affecté par la démographie en baisse des médecins généralistes. Il dispose d'une capacité de 1 112 lits et places, il est l'établissement de référence de l'Indre et établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'Indre. Les plateaux techniques de médecine et de chirurgie sont répartis sur le site principal implanté à Châteauroux et sur le site du Blanc situé à soixante kilomètres de Châteauroux. Les services adultes du pôle de psychiatrie sont, quant à eux, implantés sur le lieu-dit « Gireugne » situé à cinq kilomètres de Châteauroux.

2.1.2 Présentation du pôle de psychiatrie

Le CH de Châteauroux-le-Blanc est le seul établissement à prendre en charge des patients admis en soins sans consentement (SSC) dans le cadre d'une hospitalisation complète ou de soins ambulatoires pour la population adulte du département de l'Indre (trois secteurs). Cependant, la population relevant des deux cantons d'Issoudun sont pris en charge dans département du Cher. Le service de pédopsychiatrie du pôle de psychiatrie du CH de Châteauroux-le-Blanc assure les soins des mineurs sur l'ensemble du département de l'Indre. Il compte un service de psychiatrie infanto-juvénile (SPIJ), implanté sur le site du CH, qui accueille les enfants de zéro à dix-sept ans domiciliés dans le département de l'Indre. Cependant dans le cadre des hospitalisations complètes, les mineurs de dix-sept ans sont pris en charge – sauf exception – par les équipes du pôle de psychiatrie adulte (cf. § 9.1).

La capacité d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie du CH est portée à 150 lits destinés aux adultes uniquement. 120 lits sont positionnés sur le site de Gireugne et trente sont installés au CH de la Châtre, situé à quarante kilomètres de Châteauroux. Depuis 2019, l'autorisation en psychiatrie accordée précédemment au CH de la Châtre a été transférée au CH de Châteauroux.

Par ailleurs, en 2008, le pôle de psychiatrie a fait le choix de regrouper les patients hospitalisés non plus en fonction de leur secteur d'origine mais selon leur pathologie. Les 150 lits sont donc désormais répartis comme suit :

- le pavillon A est une unité de soins intensifs de vingt-cinq lits. Il accueille majoritairement des patients admis en SSC et qui sont dans la phase aiguë de leur pathologie ;
- le pavillon B est une unité de la personne âgée de trente-cinq lits. Initialement, il s'agissait d'un pavillon de réhabilitation mais il a dû prendre en charge les personnes âgées hospitalisées à La Châtre qui ne disposait plus de médecin généraliste. Si le pavillon B accueille encore des patients relevant de la réhabilitation (ils étaient au nombre de treize lors du contrôle), il est prévu à moyen terme que ces patients soient tous transférés au CH de La Châtre. Le pavillon B n'accueillera que des patients relevant de la psycho-gériatrie. A cet égard des travaux pour disposer d'une annexe, ayant une capacité d'accueil de dix-huit

- lits, destinée aux personnes à mobilité réduite (PMR) étaient en cours lors de la visite. Cette annexe devrait voir le jour au cours du premier semestre 2022 ;
- le pavillon C est un service d'accueil d'évaluation et d'orientation de trente-cinq lits. Il prend en charge principalement des patients admis en soins libres (SL) présentant des syndromes dépressifs et/ou souffrant de troubles anxieux et de névroses. Les soins sont orientés vers un réajustement du traitement ;
 - le pavillon D, dont la capacité d'accueil est de vingt-cinq lits, est spécialisé dans la prise en charge des addictions simples ou complexes chez des patients présentant des troubles psychiatriques associés. Les modalités de soins reposent sur une double culture psychiatrique et addictologique. L'équipe soignante recourt à un programme adapté et pérenne d'activités thérapeutiques incluant des thérapies cognitivo-comportementales ;
 - le service de réadaptation du CH de La Châtre est une unité ouverte, de trente lits, n'accueillant que des patients en soins libres. Il n'a donc pas fait l'objet d'un contrôle.

Les quatre pavillons, implantés sur le site de Châteauroux, accueillent des patients en SSC et disposent tous de chambres d'isolement (CI) qui sont au nombre de onze et réparties sur les quatre unités. Le pavillon D a également aménagé deux chambres protégées (cf. § 6.1.2). Enfin une chambre « cellulaire », destinée à l'hospitalisation des détenus mais qui est peu usitée, est située au pavillon B (cf. § 9.2).

Lors de la visite des contrôleurs, seul le pavillon C avait ses portes ouvertes ; tous les autres pavillons étaient fermés (cf. § 5.1).

Le pôle de psychiatrie comprend également vingt-deux places en hospitalisation de jour (HDJ) et neuf places en hospitalisation de nuit. Il compte aussi un service de soins ambulatoires organisé autour du centre médico-psychologique départemental pivot (CMPDP) de Châteauroux et de ses antennes satellites qui comptent cinq autres CMP et centres d'aide thérapeutique à temps partiel (CATTP). Sont également installés au sein du CMPDP, une équipe mobile psychiatrie précarité (E.M.P.P.) ainsi que l'institut du couple et de la famille (ICF) qui propose des thérapies familiales et des thérapies de couples. Ce dispositif de prise en charge ambulatoire est complété par deux structures comprenant vingt-neuf appartements thérapeutiques. Enfin l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA), composée de deux infirmiers et d'un neuropsychologue, intervient auprès des établissements d'hébergement de la personne âgée dépendante (EHPAD).

Les psychiatres du pôle interviennent aussi dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) du centre pénitentiaire (CP) de Châteauroux et de la maison centrale (MC) de Saint-Maur – qui dépendent du CH de Châteauroux – ainsi qu'au sein de la cellule médico psychologique de l'Indre (CUMP 36).

Le service des urgences de Chateauroux prend en charge les patients présentant des troubles psychiatriques et les oriente vers une hospitalisation ou un suivi ambulatoire. Une équipe de quatre infirmiers est détachée du pôle de psychiatrie adulte sur le pôle des urgences pour prendre en charge ces patients. (cf. § 3.1). Sur le site du Blanc, le psychiatre assurant la psychiatrie de liaison peut, sur son temps de présence au Blanc, être sollicité. Il en est de même pour les infirmiers affectés au CMP de Le Blanc qui peuvent se déplacer si besoin.

2.1.3 Le projet d'établissement

Le pôle de psychiatrie a été associé à l'écriture et à l'élaboration du projet d'établissement 2020 – 2024 dans lequel figure un chapitre sur la santé mentale. Il a été précisé, au cours de la visite, que le pôle de psychiatrie était pleinement intégré à la gouvernance du CH. A cet égard, la cheffe du pôle de psychiatrie fait partie du directoire de l'établissement.

Les contrôleurs ont pris connaissance du projet d'établissement. En tant qu'acteur de santé majeur sur le territoire, le CH de Châteauroux-Le-Blanc a décidé de concentrer ses ressources sur le déploiement du repérage et des prises en charge précoces des troubles mentaux afin de réduire les symptômes, limiter l'impact psychosocial, éviter les passages à l'acte suicidaire et l'apparition du handicap. Deux catégories de population ont été identifiées notamment : les enfants et adolescents, dont le repérage précoce des troubles est un enjeu de santé publique, et les personnes âgées qui représentent plus du tiers des habitants de l'Indre. Pour ce faire, l'établissement a choisi de privilégier les modes de prises en charge alternatifs à l'hospitalisation complète et de développer les prises en charge ambulatoires. Ainsi donc, une unité mobile d'accueil, d'évaluation et de coordination (UMAEC) centralise l'ensemble des demandes de soins dans le département de l'Indre et reçoit tous les mineurs en situation de crise (cf. § 9.1.1). L'établissement a également fait le choix de renforcer la « filière santé mentale » de la personne âgée en instaurant des équipes mobiles (cf. *supra*). Enfin, il est prévu de déployer le dispositif de téléconsultations.

La question des droits fondamentaux a été totalement occultée dans ce document. Aucun des objectifs définis ne sont corrélés avec le respect de la dignité ou encore les droits des patients, ce qui est tout à fait regrettable.

2.1.4 Le budget du pôle

Selon les propos recueillis, le budget du pôle de psychiatrie est à l'équilibre grâce notamment aux appels à projets auxquels le pôle a répondu (EMPPA et UMEAC puis renforcement des CMP et du SPIG¹) et qui ont été validés par l'ARS. Ces appels à projets ont permis d'augmenter la dotation attribuée à la psychiatrie par l'ARS. Par ailleurs depuis 2019, la dotation annuelle de financement (DAF) a été revalorisée. La DAF n'est utilisée que pour le pôle de psychiatrie, il n'y a pas de fongibilité entre les pôles.

2.2 LA MAJORITE DES POSTES SONT POURVUS MAIS LA COMPOSITION DES EQUIPES SOIGNANTES N'EST PAS ADAPTEE AUX BESOINS DES PAVILLONS

Lors de la visite l'effectif du pôle comptait 17,25 équivalents temps plein (ETP) de médecins, 3,75 ETP étaient non pourvus. Il s'agissait des postes de pédopsychiatres du SPIJ, la cheffe de service étant l'unique psychiatre à exercer dans le service. L'effectif non médical comptait 373,2 ETP d'agents, 5,20 ETP n'étaient pas pourvus. Ces postes vacants concernaient également la pédopsychiatrie (un cadre de santé, un infirmier, deux psychologues et un art thérapeute). Un poste d'orthophoniste est également vacant depuis plusieurs années.

¹ Service de psychiatrie infanto-juvénile.

2.2.1 Les équipes médicales

A l'instar de nombreux autres départements, l'établissement est confronté de plein fouet à une pénurie de pédopsychiatres. A ce jour, aucune solution viable n'a été identifiée pour pallier ces vacances de poste. Le pôle de psychiatrie ne peut pas non plus compter sur le recrutement d'internes qui, pour la plupart, privilégient le centre hospitalier universitaire (CHU) de Tours (Indre et Loire) situé à 125 kilomètres du CH.

Si les postes de psychiatres sont pourvus en psychiatrie adulte, une majorité de psychiatres est employée à temps partiel et doit répartir son temps de travail entre l'intra et l'extra hospitalier ainsi que les USMP. Il a été indiqué que les structures ambulatoires étaient pénalisées puisque le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre en CMP pouvait varier entre un et trois mois. De fait certains psychiatres reçoivent leurs patients, en consultation externe, au sein des unités d'hospitalisation. Dans les pavillons d'hospitalisation, une présence médicale est assurée au quotidien du lundi au vendredi. Un système de tours de garde est également instauré la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Parmi les seize psychiatres présents, dix ont le statut de praticien hospitalier (PH), quatre sont praticiens contractuels et deux autres occupent des postes de médecins associés. Ces derniers n'ont donc pas la plénitude de leur exercice puisqu'ils ne peuvent pas établir de certificat médical de soins sans consentement ni décider seuls d'une mesure d'isolement. Lors de la visite, ces deux médecins étaient en attente d'une réponse du conseil national de l'ordre des médecins dans le cadre d'une demande d'inscription à l'ordre. Il convient de préciser que l'un d'eux est affecté au pavillon A qui dispose de cinq CI et qui accueille une majorité des patients admis en SSC.

Par ailleurs il a été indiqué que le recrutement de médecins, ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, posait des difficultés en raison de la barrière de la langue. Certains praticiens ont du mal à se faire comprendre des patients.

RECOMMANDATION 1

L'établissement doit s'assurer de la maîtrise suffisante de la langue française par les médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger.

Concernant les médecins généralistes, au nombre de trois au moment de la visite, le départ de l'un d'eux était prévu pour le mois de mars 2022 et aucun remplaçant n'avait encore été identifié (cf. § 8.3.1).

2.2.2 Les équipes non médicales

Les équipes de soins des pavillons d'hospitalisation sont composées d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), d'aides-soignants (AS), d'aides médico-psychologique (AMP) qui exercent sous la responsabilité d'un cadre de santé. En journée l'organisation prévoit, *a minima*, deux infirmiers le matin et l'après-midi ainsi qu'un ou deux AS et/ou AMP. Les agents alternent entre les matins et les après-midis. Deux agents de journée (deux infirmiers ou bien un infirmier accompagné d'un AS et/ou d'un AMP) viennent compléter ces équipes du lundi au vendredi. Ils interviennent en horaire décalé. Ils sont chargés d'accompagner les patients pour leurs rendez-vous à l'extérieur et d'animer les activités thérapeutiques.

L'entretien des locaux est assuré par des agents des services hospitaliers (ASH) intervenant dans l'ensemble du pôle.

Durant les week-ends et les jours fériés, l'effectif des équipes est identique mais les agents de journée ne sont pas présents. Au pavillon D, l'un des deux infirmiers est remplacé par un AS à partir de 16h30 sous prétexte que de nombreux patients bénéficient de permissions les week-ends. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un pavillon qui accueille des patients en SSC présentant une pathologie psychiatrique associée à leur addiction et dont l'état n'est pas stabilisé.

L'organisation des équipes de nuit prévoit la présence d'un infirmier secondé par un ou deux ASH. Seul le pavillon B, qui dispense des soins de nursing en raison de la population âgée dont il a la charge, dispose d'un AS. Le remplacement d'AS par un ASH dans les autres pavillons interpelle. L'ASH, ne disposant pas de formation aux soins, ne peut pas venir en soutien auprès de l'infirmier lorsqu'un patient est agité ou décompense.

RECOMMANDATION 2

L'effectif des infirmiers doit être maintenu durant les week-ends et les jours fériés. Par ailleurs durant la nuit, les postes d'infirmiers et d'aides-soignants ne doivent pas être remplacés par des agents de services hospitaliers, ces derniers ne disposant pas d'une formation aux soins.

En 2021, le taux d'absentéisme du personnel non médical au sein du pôle de psychiatrie était inférieur (5,62 %) à celui de l'ensemble de l'établissement (8,92 %). Cependant lorsqu'un agent vient à manquer dans un pavillon d'hospitalisation adulte, les agents de journée sont amenés à combler ces absences. En conséquence, les activités thérapeutiques sont suspendues comme ont pu le constater les contrôleuses. Lors du contrôle, cinq infirmiers étaient absents (dont deux en congés longue maladie) et un seul agent était remplacé. Un AS était également absent mais il n'était pas remplacé. Enfin, une infirmière affectée au service d'urgence psychiatrique était en congé maternité et n'était pas remplacée. Le pôle de psychiatrie ne dispose pas d'un pool d'infirmiers remplaçants. Certains agents sont rémunérés en heures supplémentaires ou bien l'établissement fait appel aux agences intérimaires.

Le pôle ne favorise pas la mobilité en interne, les syndicats ne s'y montreraient pas favorables. Certains agents occupent le même poste depuis dix voire quinze ans. Si leur expérience, dans la gestion de la crise notamment, mérite d'être soulignée il a été constaté que certains d'entre eux avaient du mal à faire évoluer leur pratique.

Dans ses observations du 9 septembre répondant au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital considère inexact le fait que le pôle ne favoriserait pas la mobilité interne :

« Conformément à la politique institutionnelle RH, lorsqu'un poste est à pourvoir dans l'établissement une note d'information est diffusée (au sein du pôle et au sein de l'établissement). Les professionnels sont invités à présenter une lettre de motivation et un entretien a lieu avec la cadre supérieure de santé du pôle. La mobilité est donc bien favorisée, mais elle n'est pas imposée. C'est ce qui explique que des agents qui ne souhaitent pas effectuer de mobilité soient en poste depuis longtemps ».

En outre, il n'a pas été instauré des séances d'analyses de pratique dans les services. Concernant le recrutement des agents, les infirmiers sont engagés en contrat à durée indéterminée (CDI) et il est prévu deux concours annuels pour pouvoir être titularisé par la suite mais il a été précisé que la

nouvelle génération ne souhaitait pas être rattachée à un établissement. Les AS et les ASH se voient proposer en premier lieu un contrat à durée déterminée (CDD), un à deux concours en vue d'une titularisation sont également prévus. Le jour de la visite 62% des agents étaient titulaires et 15% d'entre eux bénéficiaient d'un CDD.

2.3 L'OFFRE DE FORMATION NE REpond PAS AUX BESOINS DU PERSONNEL

De l'avis des interlocuteurs rencontrés, l'éventail de formations proposé par le CH ne répond pas aux besoins des agents affectés en psychiatrie. A ce jour, aucune formation relative aux pratiques sur l'isolement et la contention ainsi que sur les droits des patients admis en soins sans consentement n'est inscrite dans le plan de formation. Les contrôleurs ont pu constater que les connaissances des soignants des pavillons d'hospitalisation et du service des urgences étaient lacunaires (cf. §3.1). De même aucun module visant à consolider les savoirs n'est à l'ordre du jour. Avant la pandémie de Covid-19, les agents nouvellement recrutés bénéficiaient d'une journée d'intégration organisée en interne. Elle a été suspendue en raison du contexte sanitaire. Les sujets abordés portaient sur les droits des patients, la procédure de notification d'admissions en SSC et les pathologies rencontrées en psychiatrie. La journée se terminait par un cas concret autour de l'intervention des soignants en CI.

Concernant les formations proposées, les infirmiers se voient proposer un module de formation relatif à la conduite d'entretiens de niveau 1 et 2 (douze inscrits en 2021). Une formation sur le génogramme, afin de mieux connaître et comprendre l'histoire du patient, leur est également proposée. La formation OMEGA (formation à la gestion et à la prévention des situations de violence) est désormais systématiquement proposée mais les délais d'attente pour s'inscrire sont supérieurs à un an. Seuls vingt-quatre agents du pôle avaient bénéficié de cette formation.

RECOMMANDATION 3

Le pôle de psychiatrie doit étoffer son programme de formation et le rendre accessible à l'ensemble des agents. Il doit leur être proposé des modules portant sur la consolidation des savoirs en psychiatrie, les mesures d'isolement et les droits du patient admis en soins sans consentement.

2.4 LA MAJORITE DES EVENEMENTS INDESIRABLES SIGNALES SONT TRAITES AVEC ATTENTION

2.4.1 Les événements indésirables

Les professionnels ont une bonne connaissance de la procédure de signalement des événements indésirables (EI) et peuvent y procéder de manière anonyme, par le biais d'un logiciel qui intègre la date de l'événement, le service déclarant, le service concerné, la description des faits, les conséquences et, le cas échéant, les mesures immédiates prises. Selon les données fournies, quarante-huit signalements (portant parfois sur les mêmes faits) ont été réalisés au cours du second semestre 2021, concernant pour une large part des dysfonctionnements logistiques (27 %) : des problèmes d'hôtellerie tels des manquements dans la délivrance des repas (produits manquants, grammages jugés insuffisants, etc.) ou des difficultés de maintenance (fuites d'eau en cas d'intempéries dans certaines chambres d'isolement par exemple). Les autres EI concernent par ordre d'occurrence :

- des chutes de patients ;
- des agressions verbales ou physiques ;
- des tentatives de suicide ainsi qu'un départ de feu initié par un patient ;
- des questions d'insécurité au travail – insuffisance de personnel la nuit par exemple ;
- des problèmes de commande ou de livraison au niveau de la pharmacie ;
- des fugues et une sortie par erreur sans autorisation du préfet ;
- des difficultés d'accès aux soins, plus particulièrement de médecine générale ;
- une erreur dans la délivrance d'un traitement (sans conséquence pour le patient).

Tous les signalements sont centralisés par l'unité risques-qualité du CH chargée de les traiter et de les analyser. Le logiciel permet de suivre les étapes de traitement des fiches d'événements indésirables (FEI) et un relevé mensuel anonyme est transmis aux cadres des services concernés.

Des comités de retour d'expérience (CREX) relatifs au service hôtelier sont organisés trois à quatre fois par an pour évoquer les difficultés liées à la restauration ou à la blanchisserie. En amont, des réclamations auprès des prestataires privés sont opérées dans les jours qui suivent des FEI, avec communication des réponses des sociétés. Des CREX techniques sont également tenus pour les problèmes de maintenance.

Concernant les CREX portant sur la qualité de vie au travail, les prises en charge, les traitements médicamenteux, ils se tiennent autant que de besoin après appréciation de la gravité et des marges d'actions correctives. Ils impliquent les cadres et le personnel du service concerné. Ainsi, lors du CREX psychiatrie du 20 septembre 2021 ont été étudiées une tentative de suicide au pavillon B et une fugue d'un patient en SPDRE par les trappes de désenfumage lors d'un test des dispositifs incendie au pavillon A.

Tous les événements indésirables graves (EIG) sont portés en CREX pour une analyse poussée (reconstitution de la chronologie des faits, identification des facteurs contributifs, recherche des causes, plan d'actions d'amélioration avec échéanciers). En 2021, cinq EIG ont été déclarés à l'ARS : deux tentatives de suicide, deux débuts d'incendie causés par des patients et le décès d'un soignant en service. Venu en renfort dans un autre pavillon pour contenir un patient, le soignant a fait un infarctus. A la suite, de nombreux débriefings ont été organisés avec la psychologue du travail et un soignant bénéficie d'un suivi psychologique à l'extérieur.

En revanche, n'a pas été signalé comme EIG le décès d'un patient en CI, quelques heures après son placement. En dépit du lieu du décès, aucun obstacle médico-légal n'a été soulevé, le parquet n'en a donc pas été informé.

RECOMMANDATION 4

Il y a lieu d'émettre un obstacle médico-légal en cas de décès d'un patient en chambre d'isolement, le parquet avisant des suites.

Les problèmes de violence – cinq au cours des six derniers mois, sont gérés en interne. La procureure de la République, en poste à Châteauroux depuis l'été 2020, indique n'avoir jamais été saisie au titre de l'article 40 du code de procédure pénale.

2.4.2 Les plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations formulées par les patients ou leurs proches sont peu nombreuses. Cinq ont été formulées en 2021 (six en 2020), concernant la qualité de la restauration, le problème d'accès aux personnes à mobilité réduite (PMR), la détérioration d'un bien, la contestation du maintien d'une hospitalisation et la contestation d'une levée par un tiers.

Les plaintes et réclamations donnent lieu à une réponse systématique circonstanciée par le directeur-adjoint, chargé par intérim des relations avec les usagers, avec indication de la possibilité de rencontrer le médiateur-médecin de l'établissement et d'être accompagné lors de cet entretien par un représentant de la commission des usagers (CDU), les coordonnées de chacun étant indiquées.

2.5 IL N'EXISTE PLUS DE COMITE D'ETHIQUE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Selon les informations recueillies, il n'y a plus de comité d'éthique depuis 2016, en raison de difficultés à réunir des membres extrahospitaliers.

Il est fait état, à la place, d'une réflexion éthique, non formalisée, dans le cadre d'un comité placé sous l'égide de la directrice des soins du centre hospitalier. Cependant, cet espace n'est pas connu des professionnels rencontrés.

RECOMMANDATION 5

Le comité d'éthique doit être réactivé afin de permettre aux professionnels de santé de le saisir notamment sur des questions relatives au respect des droits fondamentaux et de la dignité des patients.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT NE BENEFICIENT PAS SYSTEMATIQUEMENT D'UN EXAMEN SOMATIQUE DANS LES 24 HEURES SUIVANT LEUR ARRIVEE

Les admissions en urgence se font selon deux modalités :

3.1.1 Le passage au service des urgences du CH de Châteauroux

Ce service bénéficie du concours de quatre ETP d'infirmiers spécialisés en psychiatrie, présents sept jours sur sept, jours fériés inclus, de 7h à 21h30 et de 9h à 16h30 lorsqu'il manque du personnel. Le psychiatre en charge des urgences, également responsable du pôle de psychiatrie, intervient dans ce service les lundis, mercredis et vendredis matin.

Dans ses observations du 9 septembre répondant au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique :

« Il serait plus exact de dire que l'horaire réduit 9h - 16h30 s'applique en cas d'arrêt de travail plutôt qu'en cas de manque de personnel ».

Certains patients (10% environ) peuvent se rendre de leur propre gré au service des urgences pour une demande de soins. Cependant, la grande majorité des demandes émanant des médecins traitants, des CMP, de l'entourage ou d'un représentant de l'autorité de l'Etat, fait l'objet d'une régulation par le médecin du SAMU. Ces personnes appellent le 15 et un échange téléphonique s'établit avec le médecin urgentiste. Une symptomatologie psychiatrique va conduire l'urgentiste à solliciter le psychiatre en charge des urgences psychiatriques. Si ce dernier est absent, le médecin régulateur sollicite, par téléphone, un psychiatre des pavillons d'hospitalisation ou le psychiatre de garde.

La décision de conduire un patient au service des urgences du CH est prise par le médecin urgentiste – avec l'aval du psychiatre – au moindre doute sur l'existence d'un risque somatique ou devant une intoxication (patient âgé sans antécédent psychiatrique, ingestion de substances toxiques, tentative de suicide...).

Une fois admis aux urgences, le patient est accueilli en journée par l'un des infirmiers de psychiatrie ou par l'infirmière d'orientation et d'accueil si l'admission s'effectue la nuit. Le professionnel de santé recueille tous les renseignements médico-sociaux utiles puis le patient est installé dans un box en vue d'un bilan somatique et, en journée, d'une évaluation par un IDE en psychiatrie. Cet entretien d'évaluation est tracé dans le dossier médical informatisé du patient. Les traitements éventuels, notamment sédatifs, sont prescrits par les médecins urgentistes sur avis parfois des psychiatres contactés.

Les patients présentant un risque somatique associé peuvent être gardés en observation dans l'un des lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). La nuit, en l'absence d'infirmier en psychiatrie, le médecin urgentiste peut solliciter le psychiatre de garde pour un avis téléphonique et si le patient est gardé en observation à l'UHCD.

En ce qui concerne l'admission des patients en SSC dans le service des urgences, la notification de cette décision est du ressort des infirmiers de psychiatrie qui n'ont bénéficié sur les droits des patients, SSC compris, que d'une formation interne d'une demi-journée assurée par le cadre supérieur. Il est remis au patient une feuille sur les voies de recours dont il dispose et qu'il est invité à signer.

Si une hospitalisation est indiquée à la suite de l'évaluation faite aux urgences, le patient sera transporté par ses proches ou une ambulance privée conventionnée sur le site de Gireugne.

Le cas échéant, une fois la sédation obtenue aux urgences, le patient sera transféré en ambulance allongé, sans contention en dehors des ceintures de sécurité, vers son pavillon d'hospitalisation.

Les indications de contention mécanique à visée psychiatrique pour le transport des patients seraient rares. Cependant, elles ne sont pas retranscrites sur le logiciel d'enregistrement des mesures d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 6

Les mesures d'isolement et de contention décidées dans les services d'urgence doivent être tracées dans le dossier du patient ainsi que sur un registre spécifique.

Si, au vu de l'évaluation faite par le médecin régulateur du SAMU, le patient est connu, qu'il s'agit d'une décompensation d'une pathologie déjà prise en charge, il sera directement adressé dans le pavillon affecté à sa pathologie, sans passer par le service des urgences.

3.1.2 L'admission directe dans les pavillons d'hospitalisation adulte

Au pavillon A et B, les admissions directes sont minoritaires ; la plupart des patients ont transité par les urgences. Il n'existe pas de protocole spécifique concernant leur admission dans le service. Les modalités de leur prise en charge sont fonction de leur état clinique et ils peuvent être installés dans leur chambre ou bien placés en CI en cas d'agitation. L'examen somatique est rarement effectué dans les 24 heures ou bien de manière très superficielle, aux dires de plusieurs professionnels de santé. Ainsi donc, il a été rapporté aux contrôleurs qu'aux pavillon A et B, le médecin généraliste n'examinait pas systématiquement les entrants et notamment ceux admis en SSC ou bien de manière sommaire.

Les patients arrivants sont accueillis par un infirmier puis vus dans la journée par le psychiatre du service qui se charge d'informer oralement ceux admis en SSC, des motifs qui justifient ce statut, des procédures qu'il suppose et des voies de recours possibles.

Il n'existe pas de période d'observation *stricto sensu* mais les entretiens réguliers du médecin avec les patients lui permettent d'apprécier l'évolution de leur état clinique.

RECOMMANDATION 7

Les patients doivent bénéficier d'un examen somatique dans les 24 heures qui suivent leur admission.

Au pavillon C, la procédure est globalement similaire. Le consentement du patient est recherché d'emblée afin de faciliter la prise en charge. Au pavillon D, pour les patients en SSC, l'information sur le statut est faite par le psychiatre qui voit le patient à son arrivée et reprise par les infirmiers.

L'examen somatique est effectué par un médecin généraliste dans les 24h.

Dans tous les pavillons, aucun document n'est remis au patient à l'exception du *formulaire ad hoc* « information sur les voies de recours pour les admissions en SSC » (cf. §. 3.3.2). Le certificat médical n'est pas remis, les observations des patients sont parfois recueillies (pavillon D) et figurent sur le certificat médical et le dossier médical.

3.2 EN RAISON DE LA PENURIE DE MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX SUR LE TERRITOIRE, LE POURCENTAGE DE PATIENTS ADMIS SUR DECISION D'UN TIERS EN URGENCE EST TRES ELEVE

3.2.1 L'activité générale

Les données chiffrées communiquées par l'établissement pour les années 2019 et 2020 montrent une augmentation de 7,6 % de la file active (FA) totale de patients suivis (4 916 en 2019 et 5 288 en 2020). Si la FA de patients hospitalisés est globalement similaire d'une année à l'autre (753 en 2019 et 742 en 2020), la FA de patients suivis en ambulatoire a très légèrement augmenté (3 906 en 2019 et 4 315 en 2020).

Concernant le taux d'occupation des lits, l'établissement n'est pas confronté à un phénomène de sur occupation. Selon les données transmises, le taux d'occupation était de 69% en 2019 et de 80% en 2020.

3.2.2 Les patients admis en soins sans consentement

Les patients admis en SSC représentaient 22,70% de la totalité des patients hospitalisés en 2019 et 27,9% en 2020. Si ce taux a augmenté d'une année à l'autre, leur nombre a diminué (668 en 2019 contre 615 en 2020).

Concernant les soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE), le nombre et le pourcentage de soins sur décision d'un tiers en urgence (SDTU) sont particulièrement élevés : 144 en 2019 soit 80,5% de la totalité des SDDE et 162 en 2020 soit 76,5% de la totalité des SDDE. Cela tient au fait que le département est confronté à une baisse de la démographie des médecins généralistes libéraux. La grande majorité des patients hospitalisés transite par le service des urgences. Faute de pouvoir faire appel à un médecin généraliste, disponible pour examiner le patient et établir le certificat initial pour des SSC, le PH des urgences rédige un certificat de SDTU.

Le nombre de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) a augmenté (17 en 2019 contre 26 en 2020) mais le pourcentage par rapport à la totalité des SSC est relativement stable (8,7% en 2019 et 10,9% en 2020). La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) de ces patients est nettement plus élevée (139 jours en 2019 et 100 jours en 2020) par rapport aux SDDE (59 jours en 2019 et 63 jours en 2020). Certains de ces patients sont hospitalisés depuis huit, douze ou quinze ans (cf. § 8.1.2).

3.3 L'INFORMATION DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST LACUNAIRE

3.3.1 L'information sur le fonctionnement général de l'hôpital et les règles de vie

Un livret d'accueil a été réactualisé en 2020 mais il est commun à l'ensemble du CH. Il contient des informations sur le rôle et la composition de la CDU, la possibilité d'émettre des réclamations, le rôle de la personne de confiance ou encore les modalités d'accès au dossier médical. Cependant, la plupart des éléments relatifs au séjour ne s'appliquent pas en pratique au pôle de psychiatrie, ce qui est de nature à rendre l'information confuse. Généraliste, le livret comprend beaucoup d'éléments superflus pour un patient hospitalisé en psychiatrie ; les données le concernant sont, de fait, noyées dans l'ensemble. En tout état de cause, le livret d'accueil n'est pas remis systématiquement aux patients. Si sa présence a été constatée dans les chambres du pavillon D, c'est l'exception. Dans les autres, la remise n'est pas opérée ou de manière très aléatoire.

Les règles de vie sont propres à chaque pavillon, détaillant le rythme de la journée (horaires des repas, de distribution des médicaments, des couchers et levers, etc.) et les conduites à tenir ou

éviter. En dehors des modalités de visite des mineurs variables d'une unité à une autre et des restrictions d'aller et venir spécifiques aux pavillons fermés, l'ensemble est plutôt homogène et précis. Toutefois, la présentation et la qualité rédactionnelle diffèrent. Si le pavillon D a pris soin d'expliquer en préambule que le bien-être des patients est la priorité mais que la vie en communauté impose son lot de compromis, les autres pavillons n'ont pas eu cette attention. Certaines règles sont rédigées de manière abrupte, en termes essentiellement prescriptifs.

Les règles de vie sont expliquées aux patients lors de l'entretien d'entrée mais aucun support papier ne leur est remis. Elles ne font l'objet que d'un affichage dans le couloir, voire dans les postes de soins, ce qui est insuffisant.

RECOMMANDATION 8

Un livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie ainsi qu'un document explicitant les règles de vie de l'unité doivent être remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.

3.3.2 L'information propre à la mesure de soin sans consentement

Les patients sont informés de leur statut par les médecins lors du premier entretien médical, généralement aux urgences. L'information est renouvelée par les psychiatres lors de l'entretien suivant l'admission en pavillon. Les médecins prennent le temps d'expliquer aux patients les raisons qui ont conduit à initier une admission en SSC et/ou à maintenir la mesure et les restrictions que cela implique. Selon les praticiens, les observations des patients sont recueillies et inscrites sur le certificat médical. Cependant, en cas de SDT, l'identité du tiers n'est pas toujours communiquée, parfois même jamais, certains psychiatres s'y refusant, de crainte de lui causer du tort. La possibilité du tiers de solliciter la levée de la mesure n'est, par ailleurs, pas indiquée.

RECOMMANDATION 9

En cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'identité du tiers doit être communiquée au patient.

De manière générale, aucune explication substantielle des droits et voies de recours n'accompagne ces échanges, ni la notification des décisions par les soignants. Il en est de même concernant le rôle du JLD (§ 7.4.1).

RECOMMANDATION 10

L'information portant sur les droits doit être explicitée oralement lors de l'admission en soins sans consentement ou aussitôt que l'état du patient le permet. Elle doit être rappelée chaque fois que le patient en fait la demande.

Aucun document n'est remis aux patients (ni la décision, ni les certificats médicaux fondant la décision), à l'exception, au mieux, d'un imprimé improprement appelé « information sur les voies de recours », daté d'octobre 2011, n'indiquant pas le rôle du JLD, ni sa saisine obligatoire ni ses prérogatives (cf. §7.4.1).

Dans un flou entre le droit de communiquer avec certaines autorités et celui de saisir le JLD, le document se contente d'indiquer, au-dessus de l'adresse du tribunal : « *vous pouvez vous adresser auprès du Président du tribunal de Grande Instance ou du Juge des Libertés et des Détentions* » (sic), sans autre précision, si ce n'est une – erronée – indiquant que « *dans le département de l'Indre, il s'agit de la même personne* ».

Par ailleurs, si la possibilité de s'adresser à la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) est évoquée, le document ne fournit aucune explication sur son rôle et ses attributions.

Au demeurant, les droits afférents à leur situation énumérés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ne sont pas communiqués aux patients. Ils ne sont pas expliqués à l'oral, ni affichés, ni édités pour être notifiés. Ils sont certes listés dans le livret d'accueil de l'hôpital mais, comme indiqué *supra*, le document n'est pas systématiquement remis.

Or, aucun module de formation dans le plan de développement des compétences n'est proposé sur les droits spécifiques des patients en SSC (cf. § 2.3).

RECOMMANDATION 11

Un document mentionnant clairement les droits afférents au statut d'admission en soins sans consentement doit être remis et notifié, de même que les décisions et certificats médicaux.

Les patients ne sont guère plus informés de l'inscription nominative de la mesure de soins sans consentement au fichier national informatisé HOPSYWEB². Ils restent, par la suite, ignorants des conditions d'accès à ce fichier qui comporte pourtant des informations personnelles les concernant.

RECOMMANDATION 12

Le patient doit être informé de l'inscription de la mesure de soins sans consentement dans le fichier HOPSYWEB dès que son état clinique le permet.

² Décret n°2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement et le croisement de ce fichier avec celui relatif au traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT DIGNES ET CONFORTABLES MAIS LES CHAMBRES NE SONT PAS MUNIES DE VERROU DE CONFORT

Le pôle de psychiatrie a fait l'objet de travaux de rénovation à partir de 2008 et l'ensemble est bien entretenu. Au jour du contrôle, des travaux d'extension sont en cours au pavillon B, d'une surface de 660m², destinés à l'accueil de patients relevant de la gérontopsychiatrie (cf.§ 2.1.2).

4.1.1 Les parties communes

La configuration architecturale et l'agencement des quatre pavillons d'hospitalisation sont sensiblement similaires.

Chacun possède une vaste cour intérieure autour de laquelle sont implantés les locaux d'hébergement.



Cours intérieures des pavillons B et C

L'essentiel des bureaux et des parties communes se trouve au rez-de-chaussée des pavillons : bureaux soignants, médicaux et administratifs, salles de réunion, salles de soins, grande salle commune, salles de restauration, salles d'activités et de télévision, espaces d'accueil des familles, *points phone*, etc.

En journée, les patients séjournent le plus souvent dans les grandes salles communes – quand ils ne sont pas dans leur chambre ou, aux beaux jours, dans les cours intérieures des unités. Ces salles, spacieuses et lumineuses, disposent d'une télévision et de sièges confortables pour la regarder. Il a été observé que les patients y restent de nombreuses heures, parfois endormis devant des programmes qu'ils n'ont pas choisis. Des tables de ping-pong sont installées et les patients peuvent également y partager des jeux. Au pavillon A, des perruches calopsittes égayent le lieu.



Salles communes des pavillons C et A

Tous les pavillons disposent de salles d'activités, exploitées différemment, certaines disposent d'une deuxième salle de télévision et d'autres de salles de « bien-être » aménagées pour les soins du corps, des séances de massage et de relaxation.

A l'exception de Pavillon B qui n'en possède qu'une, chaque pavillon dispose de plusieurs salles de bain collectives, réparties sur les deux étages, équipées de douches et de baignoires. Des WC communs sont également implantés au rez-de-chaussée et à l'étage.

Les locaux sont propres, à des endroits fraîchement repeints, et bien entretenus. Il a cependant été observé, au pavillon C, des infiltrations d'eau dans le plafond, exposant les patients aux risques de chute. De même, au pavillon B, la salle de douche est vieillissante (carreaux cassés sur certaines cloisons avec traces importantes de calcaire et de moisissure) et nécessiterait d'être rénovée.



Infiltrations d'eau au plafond du pavillon C



Dégradations de la douche au pavillon B

RECOMMANDATION 13

Lors de dégradations constatées dans les pavillons, des travaux de réfection doivent être programmés rapidement afin de préserver la qualité d'hébergement.

4.1.2 Les chambres

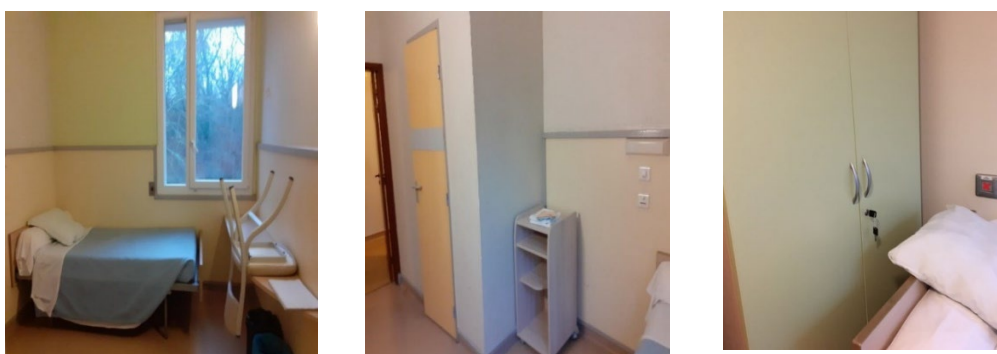
Chaque pavillon comprend de vingt-cinq à trente-cinq lits, dont la majorité sont installés en chambre individuelle. Au total, l'établissement dispose de dix chambres doubles réparties sur l'ensemble des pavillons et de deux chambres pour PMR au pavillon B.

Les chambres, petites, situées sur les deux étages des unités, sont meublées d'un lit, d'une liseuse, d'une table de chevet, d'une tablette murale, d'une chaise et d'une armoire à double porte qui, à l'exception du pavillon D, ne ferme pas à clefs. Elles sont globalement dépourvues de toute décoration même s'il a été indiqué que les patients hospitalisés au long cours pouvaient être autorisés à personnaliser leur chambre. L'interdiction d'apposer des affiches, posters ou photo sur les murs est cependant inscrite dans les règles de vie d'un pavillon.

Les fenêtres sont équipées d'un dispositif oscillo-battant permettant aux patients de disposer d'air frais et munies de volets. Toutes les chambres sont équipées de sonnettes d'appel positionnées au-dessus de la tête de lit.



Chambres individuelles des pavillons B et C



Chambres individuelles du pavillon A

*Placard avec serrure
au pavillon D*

Les chambres des pavillons A, B et C ne disposent pas de verrou de confort ni d'un quelconque dispositif permettant à leurs occupants de préserver leur intimité et de se reposer en toute sécurité. Au pavillon B cependant, une chambre a été équipée d'un verrou de confort au regard de la situation particulière d'un patient. Il a également été précisé aux contrôleuses que certaines chambres étaient fermées par les soignants, en l'absence des occupants, pour éviter les vols.

RECOMMANDATION 14

Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort afin que l'intimité des patients soit préservée et qu'ils puissent se reposer en toute sécurité.

Les chambres disposent d'un espace sanitaire séparé par une porte, équipé d'un WC, d'un lavabo avec miroir et tablette et d'un porte serviettes. Aucune n'est pourvue de douche ou de baignoire, à l'exception des deux chambres pour personnes à mobilité réduite qui sont équipées de « douche au lit ». Il a été constaté que certains WC étaient dépourvus d'abattant.



Espace sanitaire des chambres des pavillons B et C

4.2 L'HYGIENE DES LOCAUX ET DES PATIENTS EST ASSUREE

L'entretien des locaux est assuré quotidiennement par les ASH qui disposent du matériel nécessaire – à l'exception de celui pour l'entretien des vitres dont il est indiqué qu'il fait défaut. Les locaux sont dans l'ensemble très propres.

Les draps et le linge de toilette sont changés une fois par semaine et autant que de besoin. Aucune difficulté n'a été relevée s'agissant du stock de linge disponible.

Les familles sont sollicitées pour l'entretien du linge de leur proche hospitalisé et, lorsque cela n'est pas faisable, le linge personnel est étiqueté et pris en charge gratuitement par un prestataire privé. Des machines à laver sont également mises à disposition à la cafétéria mais elles sont payantes et rarement utilisées.

Pour leur hygiène corporelle, les patients peuvent accéder quotidiennement aux douches et aux salles de bain communes situées dans chaque unité. Des produits d'hygiène sont en vente à la cafétéria et, en cas de besoin, un nécessaire d'hygiène est remis gratuitement aux patients qui n'ont pas les moyens de s'en procurer. Les pavillons disposent également d'un petit stock de vêtements donnés ou récupérés qui peuvent être fournis aux patients démunis.

4.3 LES PATIENTS ONT ACCES A LEURS BIENS MAIS LEUR PROTECTION N'EST PAS GARANTIE ET CERTAINS NE DISPOSENT PAS DE LEUR ARGENT

Les effets personnels des patients et les valeurs (bijoux, argent, moyens de paiement) font l'objet d'un inventaire contradictoire lors de l'admission.

Lorsque l'état clinique du patient nécessite que des objets ou des produits lui soient retirés (objets coupants, produits d'hygiène, ceintures etc.), ils sont rangés dans des casiers individuels, accessibles dans le bureau infirmier. Les pavillons disposent également d'un local fermé à clef permettant aux patients d'entreposer des effets personnels. Les moyens de paiement sont conservés dans un coffre au point d'accueil et d'encaissement du service ou par les trois AMP, en poste à la cafétéria, ayant qualité de régisseur.

Seules les chambres du pavillon D sont dotées de placards munis de serrures – dont les patients gardent la clé. Dans les autres unités, ni les portes, ni les placards des chambres ne peuvent être verrouillés, de sorte que la protection des effets personnels des patients n'est pas assurée. Des cadenas sont en vente à la cafétéria au prix de cinq euros et peuvent également être remis au patient au sein des unités, moyennant une caution de dix euros.

RECOMMANDATION 15

Les placards des chambres doivent tous être dotés d'un système de fermeture afin de protéger les effets personnels des patients. Ces derniers doivent pouvoir en conserver la clef.

Les patients peuvent conserver avec eux de petites sommes d'argent – jusqu'à 20 euros – qu'ils sont invités à déposer dans leur casier individuel. Au-delà, l'argent est déposé à la banque des patients, située dans les locaux de la cafétéria qui est ouverte et accessible sept jours sur sept.

Les patients admis en long séjour rencontrent des difficultés pour disposer librement de leur argent dès lors qu'ils sont placés sous une mesure de protection exercée par des associations tutélaires ou des tiers au préposé d'établissement. La majorité des mandataires refusent en effet de manipuler des espèces – au regard de leur déontologie professionnelle – et les soignants n'accompagnent quasiment jamais les patients pour retirer de l'argent au distributeur de billets. Il en résulte que plusieurs patients ne disposent d'aucun argent liquide pour se rendre à la cafétéria ou effectuer des achats. Des substituts nicotiques sont proposés à ceux qui ne disposent pas d'argent pour s'acheter des cigarettes.

RECOMMANDATION 16

Des mesures doivent être mises en place afin de permettre à l'ensemble des patients de disposer librement de leur argent.

4.4 LE SERVICE DE RESTAURATION NE DONNE PAS SATISFACTION

Les repas sont pris dans les salles à manger des pavillons, à 8h30 pour le petit-déjeuner, 12h pour le déjeuner, 16h pour le goûter et 19h pour le dîner. Aucune tisane n'est servie le soir. Au pavillon B, le déjeuner et le dîner débutent une demi-heure plus tôt et se prennent dans la salle commune et dans une annexe du réfectoire pendant les travaux de réaménagement du pavillon.

L'implantation de deux salles à manger dans chaque pavillon permet de réserver l'une d'elle aux patients qui nécessitent une aide ou une surveillance particulière. Les patients choisissent leur place selon leurs affinités et leurs habitudes mais le nombre de personnes par table est limité du fait de la crise sanitaire.

Un plateau est servi aux patients placés en CI.



Salles à manger des pavillons A et D



Salle commune et annexe du réfectoire du pavillon B

La confection et la livraison des deux repas principaux – sous forme de barquettes et en liaison froide – sont effectuées par une entreprise située à Bourges. Les collations, épicerie et petits-déjeuners sont commandés directement au magasin de l'hôpital. Du pain frais est livré tous les jours ainsi que des croissants, les dimanches et jours fériés.

L'entreprise prestataire propose une vingtaine de régimes alimentaires spécifiques mais n'offre aucune solution en cas d'aversion alimentaire. La livraison des repas fait par ailleurs l'objet de nombreux griefs de la part des soignants s'agissant, en particulier, du nombre insuffisant de barquettes livrées au regard du nombre de patients accueillis et du défaut de livraison de régimes alimentaires souhaités ou prescrits. Il est par ailleurs observé que les patients mineurs ne bénéficient d'aucun grammage supplémentaire.

Les professionnels ont été incités à déclarer des EI lorsque des barquettes et des régimes alimentaires spécifiques viennent à manquer. Une procédure « *conduite à tenir en cas de manque de barquettes lors de la livraison des repas en psychiatrie adulte* » était en cours de formalisation lors de la visite. Les difficultés récurrentes en matière de livraison de repas contraignent cependant le pôle de psychiatrie à composer (partage de barquettes entre des patients, réutilisation de barquettes non consommées la veille) et à recourir ponctuellement au service de la cuisine centrale du CH, notamment pour la livraison des repas destinés aux patients bénéficiant de régimes alimentaires spécifiques.

RECOMMANDATION 17

Les patients doivent bénéficier de repas complets et d'une alimentation adaptée, conforme à leur régime alimentaire, prenant en compte leurs éventuelles aversions et incluant des grammages supplémentaires pour les patients mineurs.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES ATTEINTES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SE SONT ACCRUES AU FIL DU TEMPS

5.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

D'un fonctionnement initial en quatre pavillons ouverts, le site est passé à deux il y a quelques années, puis un seul avec la crise sanitaire. Le pavillon A a été fermé il y a sept ans après sa transformation en unité de soins intensifs à compter de 2012. Lors de la visite, quatre patients uniquement étaient autorisés à sortir seuls dans le parc ou pour se rendre à la cafétéria (de 11h à 17h seulement). Bien qu'il ne soit pas annoncé comme tel sur l'espace internet du CH, ni dans les règles de vie, le pavillon B (gérontopsychiatrie et réadaptation) est également fermé. En pratique, tous les patients du pavillon étaient autorisés à sortir, quel que soit leur statut, mais ils étaient contraints de solliciter le personnel pour l'ouverture de la porte fermée à clef.

La porte du pavillon donne sur le bureau de l'assistant de service social et celui de la secrétaire médicale. Cependant, l'interphone extérieur est relié au poste de soins, situé plus loin dans le couloir. La porte n'étant pas dotée d'un système d'ouverture à distance, les soignants doivent se déplacer chaque fois qu'un patient veut rentrer. L'attente est parfois conséquente, jusqu'à quatre ou cinq minutes, quand tous les soignants sont occupés et que personne d'autre ne vient ouvrir la porte. Tous les patients ne sortent pas de leur propre chef. Certains ne le sollicitent pas d'après les soignants et ne sortent que sur incitation, voire accompagnement ; d'autres, rencontrant des difficultés de mobilité, ne peuvent le faire qu'accompagnés.

La décision de fermer la porte aurait été prise, il y a plus de deux ans, après la recherche d'un patient qui n'était pas rentré. Le portail d'entrée du site restant ouvert la journée, le personnel a craint que le patient se soit égaré en prenant la route. Après plusieurs heures de recherche, il s'est avéré qu'il n'était jamais sorti de l'établissement mais que, désorienté, il était resté dans un coin retiré, près d'une grille d'enceinte. La vidéosurveillance n'avait pas permis de repérer sa présence, car les caméras ne couvrent pas l'ensemble du site, mais se concentrent sur les abords des pavillons. A défaut de sécurisation du site, la fermeture du pavillon est perçue comme plus rassurante pour les soignants. L'obligation de passer par eux et d'avoir une vue sur les entrées-sorties leur donnant le sentiment de pouvoir être plus réactifs en cas d'absence.

Dans les autres pavillons, la règle est, en principe, la liberté d'aller et venir dans le périmètre du site de 7h à 20h30. Néanmoins, au titre des mesures sanitaires, le pavillon D (unité d'addictologie) était également fermé, afin, a-t-il été indiqué, d'éviter la venue de visiteurs sur des horaires non programmés. Les patients, non interdits de sortie (tous, à l'exception de ceux en sevrage la première semaine d'admission dans le cadre d'un contrat de soins) étaient ainsi, comme aux pavillons A et B, dans l'obligation de faire appel au personnel pour se faire ouvrir la porte. La restriction n'avait toutefois pas cours au pavillon C, où tous les patients pouvaient librement sortir, non sans poser une question de cohérence.

La circulation est libre au sein même des pavillons. Les patients peuvent se rendre à leur guise dans la salle commune ou le patio. En revanche, les réunions dans les chambres sont interdites dans la plupart des pavillons. Par ailleurs, en raison du contexte sanitaire, un confinement en chambre de sept jours, après admission ou réintégration de l'établissement à l'issue d'une permission ou d'une activité à l'extérieur du site, est imposé aux non-vaccinés, avec un test PCR à J0 et J+5. Le confinement devenant de fait permanent s'ils sortent toutes les semaines. Pour les autres, un test

est réalisé à J+5 ou à échéance régulière hebdomadaire pour ceux qui sortent plusieurs jours par semaine. Au-delà du port du masque, il leur est demandé de ne pas trop s'approcher des autres patients.

RECOMMANDATION 18

Une réflexion doit être engagée rapidement sur le fonctionnement des unités et la sécurité du site pour permettre, à brève échéance, le respect du principe de la liberté d'aller et venir au sein du centre hospitalier.

5.1.2 La gestion de la sécurité

En dépit de la faible sécurisation du site, peu de phénomènes d'intrusion ou de fugue sont signalés. L'établissement n'a déclaré, au cours des six derniers mois, qu'une fugue d'un patient, retrouvé vingt minutes plus tard. Toutefois, l'absence d'agent de sécurité à l'entrée ressort comme un manque pour le contrôle des circulations et la prévention des trafics de stupéfiants. Selon certains, le recours à des agents de sécurité pour vérifier à l'entrée du site les passes sanitaires, avant que la tâche ne soit basculée sur le personnel soignant, offrait l'avantage de dissuader des trafics de stupéfiants.

5.2 LES PATIENTS DISPOSENT D'UNE LIBERTE DE MOUVEMENT AU SEIN DES PAVILLONS MAIS FONT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE INADAPTEE LA NUIT

5.2.1 Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces au sein des pavillons

En journée, les patients peuvent circuler librement au sein des unités, accéder à leur chambre quand ils le souhaitent et se rendre sans restriction dans les cours intérieures, les grandes salles collectives et les salons de télévision.

A l'exception du pavillon B où la salle d'eau collective est fermée entre 10h et 17h (mais ouverte à la demande), les patients sont libres de prendre leur douche à l'horaire qui leur convient, à partir de 6h ou 6h30 et jusqu'à 22h.

Dans les pavillons D et C, les patients doivent être levés respectivement à 7h30 et 7h45. Dans les autres unités, les horaires de lever ne sont pas réglementés même si le petit déjeuner rythme le début de la journée. De même, il existe une certaine souplesse pour les horaires de coucher : les télévisions sont généralement éteintes vers 23h, après le programme du soir, et les patients invités à se coucher à un horaire « raisonnable ».

La nuit, les patients fumeurs peuvent librement sortir dans la cour intérieure au pavillons B et C et sur demande au pavillon D. Les chambres ne sont pas fermées.

La surveillance nocturne est effectuée *via* des caméras installées dans les couloirs des pavillons. Il est indiqué qu'un soignant est présent en permanence devant l'écran de contrôle afin de surveiller les déambulations des patients et, en l'absence de verrou de confort, les éventuelles intrusions dans les chambres. En outre, les agents présents effectuent des rondes systématiques, au minimum trois par nuit, consistant à ouvrir chacune des chambres afin de s'assurer que rien d'anormal ne s'y produit. Plusieurs patients se plaignent de cette pratique qui les réveille et perturbe leur sommeil.

RECOMMANDATION 19

La pratique des rondes de nuit consistant à ouvrir de manière systématique toutes les chambres des patients doit être supprimée. Ces modalités de surveillance, qui portent atteinte au sommeil des patients, doivent être strictement proportionnées, individualisées et régulièrement réexaminées.

5.2.2 L'accès au tabac

L'accès au tabac ne fait pas l'objet de restriction systématique, ni de difficulté particulière lorsque les patients peuvent disposer librement de leur argent (cf. § 4.3). Pour les patients sous mesure de protection ou ceux qui ne sont pas autorisés à sortir, les commandes sont adressées au bureau de tabac qui livre le CH une fois par semaine. Le tabac est réceptionné à la cafétéria puis récupéré par les soignants ou, exceptionnellement, par le patient. Au sein des pavillons, des substituts nicotiniques sont proposés aux patients qui ne disposeraient plus de tabac et à ceux désireux de réduire leur consommation.

Sauf contre-indication médicale, les patients peuvent conserver leur tabac et leur briquet. Les éventuelles restrictions – quant au nombre de cigarettes journalières autorisé ou la possibilité de garder son briquet – sont formalisées dans un contrat de soins établi par le médecin psychiatre. Elles sont gérées au quotidien par les soignants qui conservent le matériel pour fumer dans les casiers nominatifs de chaque patient et en assurent la distribution. Des fumeurs, situés dans les cours intérieures des pavillons et librement accessibles, permettent aux patients de fumer à l'abri des intempéries. Ils sont nettoyés régulièrement.



Fumeur vitré situé dans les cours intérieures de chaque unité

5.2.3 L'usage du pyjama

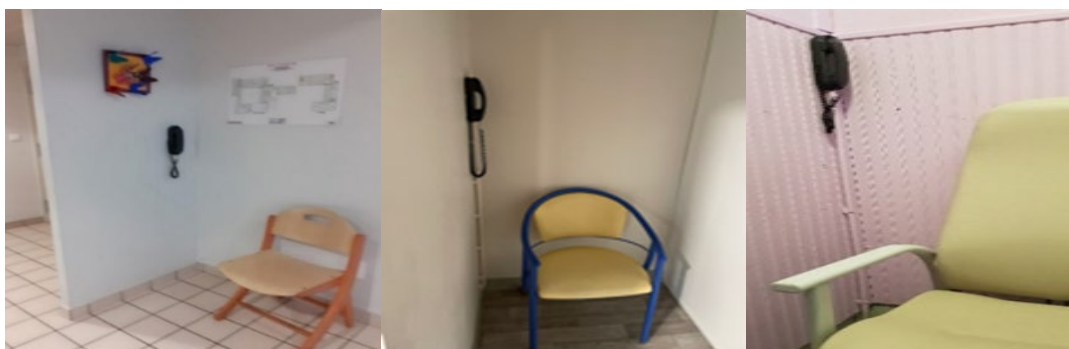
Hormis pour les patients placés en CI ou dans l'espace d'apaisement du pavillon D, le pyjama en intissé du CH n'est que rarement utilisé. Il a été indiqué qu'il pouvait y être recouru, exceptionnellement et sur décision médicale, soit au moment de l'admission lorsqu'un patient est très agité et dans le déni total de sa pathologie, soit en cas de risque de fugue inquiétante dans le pavillon ouvert. Au jour du contrôle, un seul patient non isolé portait un bas de pyjama.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR NE FONT PAS L'OBJET DE RESTRICTIONS SYSTEMATIQUES MAIS LES VISITES SONT LIMITEES DE FAÇON DRASTIQUE EN RAISON DU CONTEXTE SANITAIRE

5.3.1 L'accès au téléphone et les visites

Par principe et sauf contre-indication médicale, tous les patients sont autorisés à conserver leur téléphone portable et leur chargeur. Cependant, au pavillon C les chargeurs sont conservés et mis en charge dans le bureau infirmier afin de « *prévenir les risques suicidaires* ».

Chaque pavillon dispose par ailleurs d'un ou deux *points phone* installés dans des pièces qui peuvent être fermées par une porte – à l'exception du pavillon A où leur localisation ne permet pas de garantir une totale confidentialité des échanges.



Points phone dans un espace ouvert au pavillon A et dans un espace clos aux pavillons B et C

Les *points phone* permettent aux patients de recevoir des appels de leurs proches. Ceux qui souhaitent transmettre un appel utilisent généralement leur téléphone portable et quand ils n'en ont pas – c'est le cas d'un certain nombre de patient âgés – ils ont recours au téléphone du service, les anciennes cabines téléphoniques ayant été fermées par France Télécom.

Les courriers adressés à l'extérieur et les courriers reçus ne sont jamais ouverts par les soignants. Cependant, selon la nature du courrier reçu ou si le patient le demande, les soignants peuvent proposer de le lire avec lui. Du nécessaire de correspondance est en vente à la cafétéria (stylos, papier, enveloppes et timbres verts) et peut également être ponctuellement fourni par les pavillons. Les colis sont ouverts en présence des soignants.

En temps normal, les visites sont autorisées tous les après-midis, sauf consignes médicales spécifiques. Elles peuvent se dérouler dans : les salles communes ou les salons de visite, la cour intérieure, le parc de l'établissement, la cafétéria et, exceptionnellement, dans les chambres des patients. Les pavillons B et D ne disposent pas de salle spécifique.



Salons de visite des pavillons A et C

En raison de la crise sanitaire, les visites ne sont autorisées que sur rendez-vous. De plus, leur durée et leur fréquence ont été fortement limitées à raison d'une demi-heure par personne et, au pavillon D, seulement les samedi et dimanche après-midi. En outre, un soignant reste constamment présent lors de la visite pour s'assurer du respect des gestes de distanciation sociale. Ce procédé porte atteinte à l'intimité et à la confidentialité des échanges.

Les patients et leurs proches n'ont plus la possibilité de se rencontrer à la cafétéria ou dans le parc de l'établissement, les visites se tenant obligatoirement dans une salle spécifique (salle de visite au pavillon C, cuisine thérapeutique au pavillon D et salle de réunion au pavillon B). Au pavillon A, les modalités de visite sont particulièrement drastiques puisque les visiteurs ne sont pas autorisés à entrer dans le pavillon et sont contraints de rester dehors, debout, pour échanger avec leur proche à travers la fenêtre entrouverte du salon réservé aux visites.

L'ensemble de ces aménagements, justifiés par la lutte contre la propagation du virus, ne permet pas aux patients de recevoir dignement leur famille et de maintenir leurs liens familiaux.

RECOMMANDATION 20

La fréquence et la durée des visites doivent être élargies et leurs conditions matérielles doivent respecter la dignité, l'intimité et la confidentialité des échanges.

Les modalités de visites des enfants sont hétérogènes selon les pavillons. Elles sont autorisées au pavillon D, interdites aux mineurs de âgés de moins de 15 ans au pavillon A et elles sont interdites aux moins de 12 ans aux pavillons B et C – sauf autorisation médicale particulière.

La cafétéria dispose d'un espace destiné à l'accueil des enfants qui est particulièrement chaleureux et bien aménagé. Il était néanmoins fermé au jour du contrôle en raison de la crise sanitaire.



Espace spécialement aménagé pour les visites des mineurs mais fermé lors du contrôle

5.3.2 L'accès à Internet et aux outils numériques

Les patients peuvent se connecter librement à Internet grâce à la présence d'un réseau wifi, général et gratuit. Des postes informatiques sont accessibles à la cafétéria et dans certains pavillons mais ils sont rarement utilisés. De même, il n'existe aucune restriction générale quant à la possibilité de conserver un ordinateur portable personnel même si peu de patients en disposent. Ceux qui souhaitent accéder à Internet utilisent généralement leur téléphone portable.

BONNE PRATIQUE 1

L'installation d'un réseau wifi permet aux patients de disposer gratuitement d'Internet et d'accéder à l'information, aux réseaux sociaux et à leur messagerie électronique.

Toutes les unités sont en outre dotées d'un ou deux espaces communs de télévision. Les patients ne disposent pas toujours de la télécommande et, bien souvent, les postes restent allumés en continu, jusqu'à la fin du programme du soir. Aucun patient ne dispose de téléviseur en chambre.

5.4 LA SEXUALITE, COMME DIMENSION DE LA VIE DES PATIENTS, EST TOTALEMENT OCCULTEE

La sexualité est une dimension de la vie des patients totalement occultée voire niée dans l'établissement.

Jamais abordée au cours de l'hospitalisation, elle fait l'objet d'interdits dans plusieurs pavillons :

Au Pavillon A, les règles de vie sans référence explicite aux relations sexuelles mentionnent toutefois qu'il n'est pas autorisé de se rendre dans la chambre d'un autre patient et lorsque deux patients semblent se plaire on leur rappelle qu'il s'agit d'un lieu de soins.

Au pavillon B, aucune règle n'est édictée dans le règlement de l'unité. Au regard des entretiens avec les soignants et le psychiatre responsable de l'unité, la question ne se pose pas ou plutôt n'est pas posée. Deux patients âgés se disent en couple et si la question de la sexualité n'a pas été abordée avec eux, leur relation affective, perçue comme déssexualisée, est respectée.

Au pavillon C, les relations sexuelles sont proscrites et cette interdiction est clairement signifiée au patient. Lorsqu'un couple s'y forme, l'un des deux partenaires est transféré dans un autre pavillon, quand bien même la relation est consentie et qu'aucun des deux ne présente de vulnérabilité particulière. Cette règle vaut également en cas d'hospitalisation simultanée d'un couple notoire et légitime.

Au pavillon D, les règles de vie stipulent que les relations intimes sont vivement déconseillées. Le personnel soignant ne semble pas à l'aise pour échanger sur ces questions. Les patients vulnérables font l'objet d'une attention particulière et les mineurs sont en général hospitalisés dans un espace d'apaisement fermé avec chambre normale, salle de séjour, patio.

La prise en charge de la contraception serait dévolue aux médecins généralistes et aucun service ne propose de préservatifs à disposition des patients.

RECOMMANDATION 21

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 LA CONFIGURATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT EST ATTENTATOIRE A LA DIGNITE DES PATIENTS

Pour rappel, le pôle de psychiatrie compte onze CI et une chambre dite « cellulaire » réservée à l'hospitalisation des détenus. Elle est implantée dans le pavillon B mais en pratique non utilisée, les détenus étant admis au pavillon A (cf.§ 9.2). L'unité d'hospitalisation du CH de La Châtre, qui n'accueille que des patients admis en SL, ne compte pas de CI.

Les onze CI sont réparties comme suit :

- 5 au pavillon A ;
- 2 au pavillon B ;
- 2 au pavillon C ;
- 2 au pavillon D.

Deux chambres dans un « espace protégé » sont également aménagées au pavillon D (cf. *infra*).

6.1.1 Les chambres d'isolement

Les CI ont toutes le désavantage d'être positionnées en bout de couloir et donc d'être éloignées du poste de soins. Par conséquent, elles sont toutes équipées d'un dispositif de vidéo surveillance y compris les chambres d'apaisement. Les images, qui ne sont pas enregistrées, sont retransmises sur des écrans installés dans le bureau infirmer. Un carré blanc masque l'emplacement des WC. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'installation de ces caméras avait pour objectif d'optimiser la réactivité des soignants. Il n'en demeure pas moins que ce dispositif revêt un caractère particulièrement intrusif et attentatoire à la dignité du patient notamment lorsque ce dernier est très agité et qu'il adopte un comportement inadapté qu'il ne peut pas contrôler.

RECOMMANDATION 22

Le CGLPL renouvelle son opposition de principe à l'installation d'un dispositif de vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, en ce sens qu'il porte atteinte à l'intimité et à la dignité du patient. En outre, la caméra ne saurait se substituer à la surveillance physique des soignants.

A l'exception du pavillon C (cf. *infra*), les CI sont aménagées dans un espace d'isolement afin de faciliter l'isolement séquentiel. Au pavillon A, elles sont regroupées dans un espace appelé unité d'hospitalisation protégée (UHP). La porte d'accès, fermée à clef en permanence, débouche sur un salon commun qui dessert les cinq CI. Ce salon commun est équipé d'une table et de deux bancs intégrés ainsi que de sièges en matière plastique. Des placards individuels permettent d'entreposer les vêtements des patients et du linge propre. Un écran de télévision est positionné en hauteur. Cette pièce est habituellement dotée d'une horloge mais elle a été récemment endommagée par un jeune patient placé en CI lors du contrôle. Bien que ce salon dispose d'un accès direct sur le *patio* du pavillon, les patients ne sont pas autorisés à s'y rendre afin d'éviter tout risque de fugue.



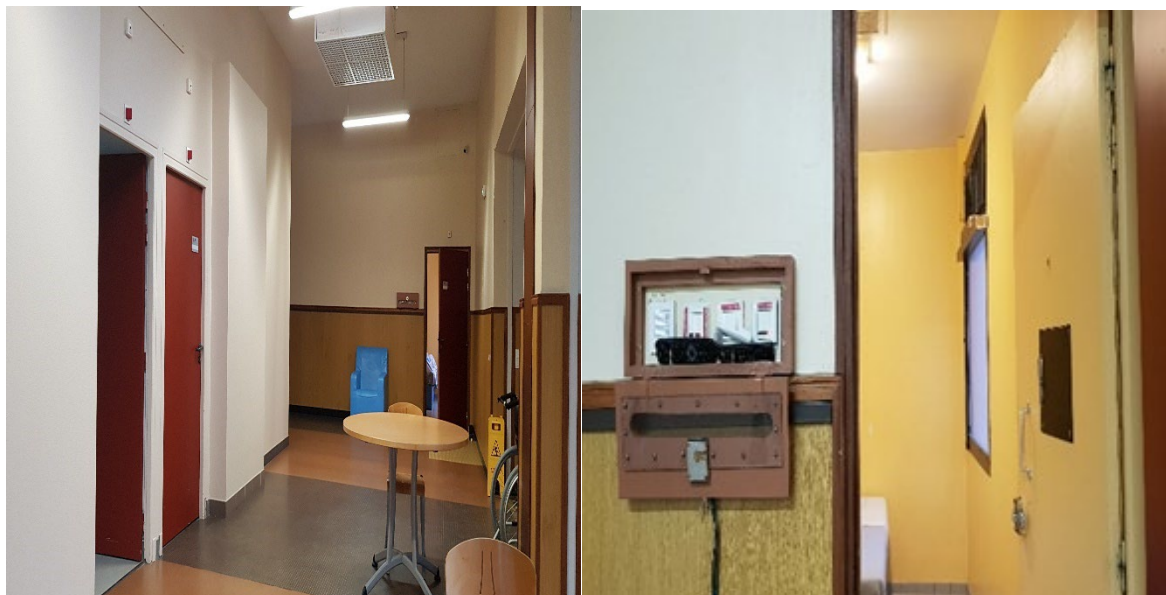
Salon de l'UHP pavillon A

Sas donnant accès aux CI du pavillon B

Au pavillon C, les CI ne sont pas situées dans un espace distinct et elles ne disposent pas d'un sas. Elles donnent donc directement sur le couloir d'hébergement. Les autres patients peuvent ainsi avoir vue sur la CI au moyen de l'oculus.

RECOMMANDATION 23

Il convient d'installer un sas pour les chambres d'isolement du pavillon C afin de préserver l'intimité et la dignité des patients.



Couloir donnant accès aux chambres d'isolement du pavillon C

Au pavillon D, à distance du bureau des infirmiers est installé un « espace protégé » fermé qui comprend une grande pièce de vie avec une table, des chaises, une télévision et des coffres de

rangement individuels fermant à clé. Dans cet espace s'ouvrent les deux CI et deux autres chambres (cf. *infra*).

La conception des CI varie d'un pavillon à un autre en revanche aucune d'entre elles n'est équipée d'un dispositif d'appel. Cette absence conduit les patients à gesticuler devant la caméra lorsqu'ils veulent faire appel au personnel soignant en espérant que l'un d'entre eux soit, à ce moment précis, en train de fixer l'écran. Une patiente a indiqué aux contrôleurs qu'elle avait dû patienter pendant au moins une heure durant la nuit avant qu'un soignant ne se déplace.

RECOMMANDATION 24

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel afin de garantir la sécurité des patients.

Les CI du pavillon A ont été refaites mais tel n'est pas le cas pour celles des autres pavillons qui présentent un aspect austère notamment en raison du carrelage au sol particulièrement vétuste. De même, les murs mériteraient d'être rafraîchis.

Chaque CI dispose, *a minima*, d'un coin WC avec chasse d'eau qui, selon les chambres, est séparé en partie du reste de la pièce par deux cloisons positionnées à mi-hauteur. Une patiente, du pavillon A, s'est plainte auprès des contrôleurs de devoir dormir à proximité de la cuvette des WC comme en témoigne la photo ci-dessous.

Au pavillon A, un lavabo est installé dans les CI. Au pavillon D, les CI disposent d'un espace sanitaire aménagé avec la partie WC en accès libre, séparée de la chambre par une cloison haute et carrelée. Il comprend également une salle d'eau avec douche et lavabo fermée par une porte et accessible en présence des soignants. Au pavillon C, les douches ne sont pas accessibles car l'eau s'écoule dans la chambre. Au pavillon B, les CI ne sont pas équipées de lavabo ni de douche. Les patients ont accès à une douche commune, installée également dans les pavillons A et C.



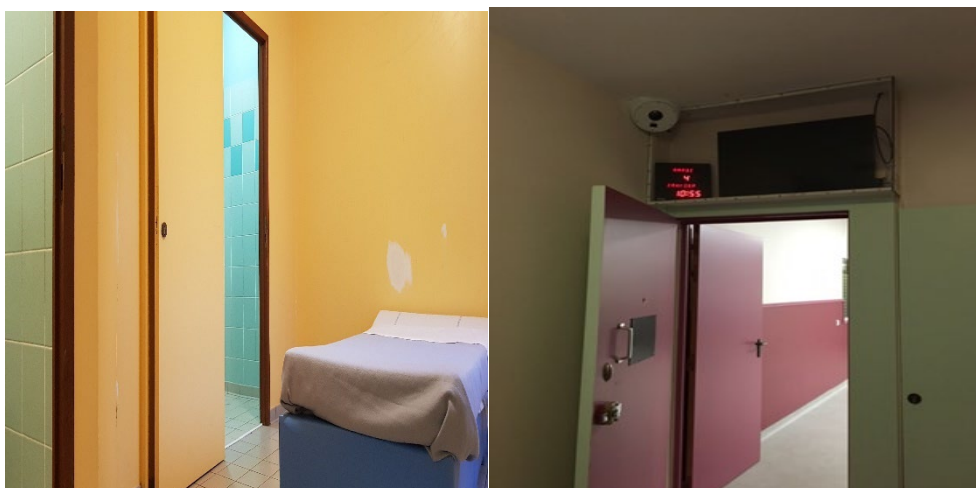
Chambre d'isolement avec WC et douche commune au pavillon A

Le mobilier des CI comprend un « lit bi-blocs », avec une base et un matelas en mousse, recouvert d'un revêtement lavable. Le fauteuil ou le pouf sont conçus avec les mêmes matériaux. Des draps et une couverture sont mis à la disposition des patients.



Chambres d'isolement pavillon B et D

Les CI sont éclairées par des baies ne s'ouvrant pas et occultées par un film opacifiant.



Chambre d'isolement pavillon C Téléviseur, caméra et horloge pavillon D

Les CI du pavillon D sont équipées d'une horloge électronique située dans un angle sous le plafond et qui indique le jour de la semaine, la date et l'heure. Toutes les chambres sont également équipées d'une télévision. L'éclairage électrique des chambres est commandé depuis l'extérieur.

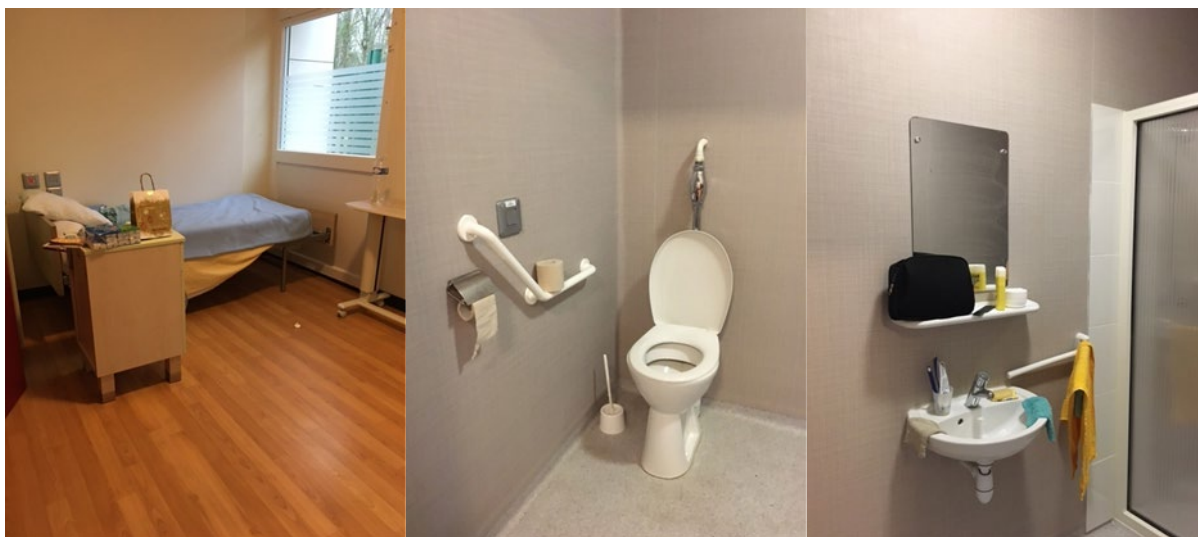
RECOMMANDATION 25

Les chambres d'isolement, qui le nécessitent, doivent être rénovées et les WC doivent tous être séparés par une cloison. A l'instar du pavillon D, elles doivent être équipées d'une horloge numérique indiquant également la date.

6.1.2 Les deux chambres de l'espace protégé

Ces deux chambres sont destinées à des patients nécessitant un sas entre la période d'isolement et le retour en chambre hôtelière et qui sont volontaires pour y séjourner. Ces chambres sont ouvertes sur l'espace de vie qui, quant à lui, est fermé. Elles peuvent être aussi utilisées pour des personnes ne pouvant séjourner à l'étage (patients à mobilité réduite) et dans ce cas, la salle de vie est ouverte sur le reste du pavillon. Ces chambres accueillent également des mineurs et dans ce cas, l'espace est fermé.

Ces deux chambres, situées au pavillon D, sont aménagées comme des chambres d'hospitalisation. Elles disposent d'un lit, d'une table de chevet, d'une table roulante et d'une chaise. L'éclairage naturel est assuré par une grande baie partiellement filmée surmontée d'un vasistas s'ouvrant sur un petit angle. La salle d'eau est attenante à la chambre. Elle comprend une douche, un lavabo avec WC qui sont en libre accès. La chambre comme la salle d'eau sont équipées de boutons d'appel. A l'instar des CI, ces chambres sont également placées sous vidéosurveillance.



Chambre et sanitaires



Patio et salon de l'espace protégé

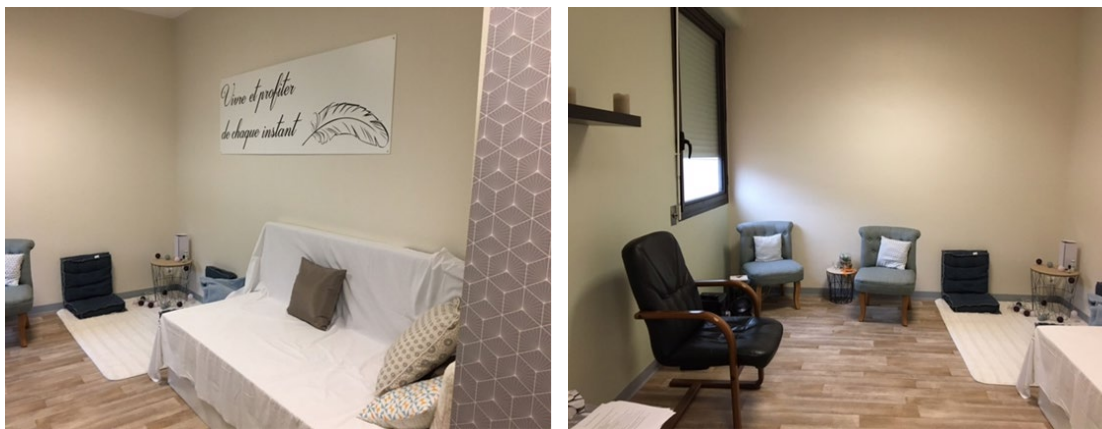
6.2 IL N'EST PAS FAIT USAGE DE LA CONTENTION MAIS LES CONDITIONS DE MISE A L'ISOLEMENT SONT INSUFFISAMMENT ENCADREES

Les professionnels de santé n'ont jamais recours à la contention, « ça n'est pas dans les habitudes du pôle de psychiatrie » selon les propos recueillis.

6.2.1 Les conditions de mise à l'isolement

Les décisions d'isolement sont le plus souvent « *prises à chaud* » pour répondre à une manifestation de violence ou d'agressivité. Il y a certes des mesures de désescalade initiées par les infirmiers expérimentés dans la gestion de la crise cependant tous les soignants n'ont pas bénéficié de la formation OMEGA (cf. § 2.3). Peu d'alternatives sont proposées au patient en dehors de l'entretien infirmier et une sortie dans le *patio* ou dans le parc, selon les disponibilités du personnel. De l'avis de certains médecins psychiatres, le manque d'effectif favorise le recours à l'isolement faute de soignants disponibles pour demeurer auprès du patient en vue de prévenir la crise.

Le pavillon D a cependant instauré un espace aménagé où les patients peuvent se détendre en présence de soignants et bénéficier également de séances de relaxation.



Espace de relaxation du pavillon D

Les décisions d'isolement sont toujours prises par un PH ou par un médecin associé auquel cas, elles sont validées par le PH (*a minima* par téléphone). Les placements en CI décidés dans l'urgence par les soignants sont confirmés par le psychiatre de garde qui, en principe, se déplace. Selon les pavillons, l'examen somatique est effectué par le médecin généraliste (pavillon C et D) ou bien parfois par le psychiatre (pavillon A et B) car le médecin généraliste ne se déplace pas systématiquement.

RECOMMANDATION 26

Lors d'un placement à l'isolement, le patient doit systématiquement faire l'objet d'un examen somatique.

Les réévaluations des décisions de placement sont effectuées deux fois par jour par le psychiatre, y compris le week-end. Cependant, il a été indiqué que selon le médecin qui assure la garde, celui-ci ne se déplacerait pas systématiquement. Si la mesure initiale a été décidée au cours de l'après-midi, le psychiatre réévalue le patient avant la fin des douze heures (en général dans la soirée) afin de ne pas réveiller le patient au milieu de la nuit.

RECOMMANDATION 27

Le psychiatre de garde doit systématiquement examiner le patient au moment du renouvellement de la mesure d'isolement.

La mesure d'isolement est toujours associée à la prescription d'un traitement médicamenteux. Il n'existe pas de décision d'isolement « si besoin » et l'isolement est toujours pratiqué dans un espace spécifique. Des isollements « séquentiels » peuvent être décidés dans certains cas particuliers, le programme de soins individualisés du patient peut prévoir une installation en CI lors de la sieste ou pendant la nuit. Ces mesures, peu fréquentes, sont retranscrites dans le dossier patient.

La décision d'isolement et le traitement associé sont renseignés dans le dossier patient par le médecin prescripteur. Cependant selon le pavillon, les modalités de surveillance infirmière ne sont pas systématiquement prescrites par le médecin. Le patient ne fait alors pas l'objet d'une surveillance infirmière individualisée. Les soignants partent du principe qu'ils doivent se rendre auprès du patient isolé toutes les deux heures. Cela est contraire aux recommandations de la Haute autorité à la santé (HAS) qui précise en ces termes que « *la surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue* ». Dans certains pavillons, comme le pavillon A, il a été indiqué que c'était l'organisation du service qui conditionnait les passages en CI. Ainsi donc, le passage infirmier s'effectue toutes les deux heures au moment des repas et de la collation de 16h, de la douche et lors du nettoyage de la chambre. En outre, les paramètres vitaux et autres éléments de surveillance – tels que l'évaluation de l'état de vigilance, la surveillance des mictions et des selles – ne sont pas vérifiés systématiquement. Or cette surveillance régulière du patient est fondamentale. Elle doit permettre de rétablir un contact avec le patient, de travailler l'alliance thérapeutique et de prévenir les risques de complications somatiques.

RECOMMANDATION 28

Les patients, placés à l'isolement, doivent faire l'objet d'une surveillance infirmière adaptée à leur condition physique et clinique. Ces modalités de surveillance doivent être systématiquement prescrites par le médecin. Le passage infirmier doit être réalisé *à minima* toutes les heures, conformément aux recommandations de la Haute autorité à la santé, et les éléments recueillis doivent être renseignés dans le dossier patient.

Lors du placement en CI, les patients doivent systématiquement revêtir un pyjama et les femmes doivent retirer leur soutien-gorge. Une bouteille d'eau est laissée à disposition. Dans un premier temps, le patient prend ses repas dans la CI. Les couverts (assiette, gobelet et cuillère) sont en plastique. A l'exception du pavillon C qui ne dispose pas de salon commun ni de sas, la sortie de la chambre se fait de façon graduelle. Des temps dans l'espace commun sont instaurés avec notamment la prise des repas. Les patients peuvent regarder la télévision dans leur chambre et des journaux sont mis à disposition. Les visites sont interdites mais les patients peuvent être parfois autorisés à transmettre un appel téléphonique.

Seuls les médecins du pavillon D autorisent l'accès au *patio*, en présence d'un soignant, permettant au patient de s'aérer et de pouvoir fumer. Dans les autres pavillons, l'accès est interdit par crainte d'une tentative de fugue. Les fumeurs se voient distribuer des substituts nicotiques.

RECOMMANDATION 29

La crainte d'une fugue éventuelle ne peut justifier l'interdiction systématique d'accès au patio pour les patients placés à l'isolement.

A l'issue du placement à l'isolement, les patients ne font jamais l'objet d'un débriefing « à chaud » ni ultérieurement en vue de recueillir leur ressenti. De même, aucun temps de reprise en équipe pour échanger autour des décisions de mise à l'isolement n'est organisé.

RECOMMANDATION 30

A l'issue du placement à l'isolement, un débriefing doit un être conduit auprès du patient afin de recueillir son ressenti et des temps de reprise en équipe doivent avoir lieu.

6.2.2 La mise en œuvre de la réforme législative

Les contrôleurs ont pris connaissance du document provisoire intitulé « procédure isolement et information du juge ». Il a été élaboré en vue de répondre aux exigences législatives concernant l'information du patient, du JLD ainsi que les personnes prévues par les textes lors des prolongations exceptionnelles d'isolement (c'est à dire au-delà de 48 heures). Ce document précise les critères et les modalités de mises à l'isolement – et le cas échéant de la contention – ainsi que le processus décisionnel, les modalités de surveillance et de renouvellement de la mesure. Cependant il ne détaille pas toutes les modalités de mise en œuvre telles que les indications et les contre-indications de la mesure, les modalités de la surveillance infirmière, l'analyse de la levée avec le patient, les temps de reprise en équipe... A cet égard, il convient de préciser que le protocole prévoit une surveillance infirmière toutes les deux heures, ce qui est contraire aux recommandations de la HAS (cf. §6.2.1). Sont également déclinées dans le document, les modalités d'information du patient, du JLD et des personnes prévues par le texte de loi.

Plusieurs formulaires ont également été élaborés dans le cadre des nouvelles dispositions législatives relatives aux mesures d'isolement : la fiche de traçabilité des durées d'isolement et des imprimés concernant l'obligation d'information du patient, du procureur de la République (pour les détenus), des tiers et du JLD lorsque la mesure est renouvelée exceptionnellement au-delà de 48 heures. L'information au JLD s'effectue par voie électronique par le secrétariat du service ou par l'administrateur de garde. Le greffe ou la permanence du greffe est informé au préalable par téléphone. Lors du renouvellement de la mesure au-delà de la durée totale cumulée autorisée par la loi (48 heures pour l'isolement, 24 heures pour la contention), le patient est informé par le médecin de son droit à saisir le JLD. L'imprimé détaille les modalités pratiques de manière complète conformément aux dispositions légales³. Une copie de l'imprimé est versée au dossier du patient.

Dès la parution du décret d'application, une réunion s'est tenue avec le JLD au mois de mai 2021 pour évoquer les modalités d'application concrète de la loi.

³ Article L. 3222-5-1 II 3° du code de la santé publique.

6.3 LE REGISTRE RETRAÇANT LES MESURES D'ISOLEMENT N'EST PAS EXPLOITABLE

Le registre, retraçant les mesures, intègre les items figurant dans l'instruction ministérielle⁴. Il s'agit d'un tableau *Excel* dont les données sont extraites à partir du logiciel *DxCare* où figurent les mesures d'isolement renseignées par le médecin prescripteur. Le pôle de psychiatrie a fait appel à un informaticien pour que ces données puissent être extraites du logiciel et figurer sur le registre. Le département d'information médicale (DIM) n'intervient pas dans cette procédure et ne connaît pas ces données alors qu'elles pourraient être exploitées à son niveau.

Les contrôleurs ont constaté que les données figurant sur le registre ne sont pas totalement fiables. A titre d'exemple, pour un même patient il est comptabilisé une nouvelle mesure à chaque renouvellement de la décision. En conséquence, le tableau *Excel* recense un total de 1 743 mesures pour 294 patients ayant fait l'objet d'un isolement en 2021. En outre, le nombre d'heures indiquées pour l'année 2021 (30 967 heures) n'est pas fiable non plus. Les psychiatres omettent parfois de cocher une case spécifique dans le dossier patient lorsqu'il est décidé de mettre un terme à l'isolement. Enfin, la transformation du statut en soins sans consentement pour un patient, initialement admis en SL, n'apparaît pas dans le registre.

RECOMMANDATION 31

Le registre recensant les mesures d'isolement doit permettre de recueillir des données fiables en vue d'une analyse approfondie.

Les contrôleurs ont pu néanmoins obtenir des données communiquées par les cadres de santé (tableau ci-dessous) qui mettent en évidence les éléments suivants : sur l'année 2021, un tiers des patients admis dans les quatre pavillons visités ont fait au moins une fois l'objet d'une mesure d'isolement et la moitié de ces patients provenaient du pavillon A. A cet égard, près de 70 % des patients admis au pavillon A ont fait l'objet d'une mesure d'isolement ; ce pourcentage est particulièrement élevé.

Mesures d'isolement en 2021	File active de patients hospitalisés	Nombre de patients isolés	Statut initial (SL ou SSC)	Durée moyenne (heures)
Pavillon A	200	140	27 SL 127 SSC	17,70
Pavillon B	149	53	26 SL 35 SSC	16,90
Pavillon C	323	52	32 SL 25 SSC	18,85
Pavillon D	225	49	10 SL 43 SSC	18,14
Total	897	294	/	17,77

⁴ INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Les contrôleurs ont également analysé et comparé les données extraites au cas par cas depuis le logiciel *DxCare* afin d'avoir une idée plus précise des durées d'isolement avant et après les nouvelles dispositions législatives relatives aux mesures d'isolement et de contention. Il en ressort que pour les quinze patients du pavillon A ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement au cours du mois de janvier 2021, quatre patients ont été isolés pour une durée inférieure à 48 heures. Pour sept autres, les durées ont varié entre trois et cinq jours. Enfin, les quatre autres patients, dont un mineur, ont été isolés entre neuf et treize jours.

Parmi les vingt patients, ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement au mois de décembre 2021, quinze d'entre eux ont été isolés pour des durées inférieures à 48 heures, quatre pour des durées allant de trois à quatre jours. Un détenu a fait l'objet d'un isolement de huit jours, le JLD a prononcé la levée de la mesure d'isolement, ce patient a été finalement transféré à l'unité d'hospitalisation sécurisée et aménagée (UHSA) d'Orléans.

6.4 L'ÉTABLISSEMENT N'A PAS DÉFINI DE POLITIQUE VISANT À LIMITER LE RECOURS À L'ISOLEMENT

Les données extraites du registre font l'objet – conformément à la loi – de la rédaction d'un rapport annuel. Ce rapport ne propose aucun plan visant à prévenir et à limiter ces mesures. Ce sujet n'a jamais fait, *a priori*, l'objet d'échanges au sein de la CME ; le président de la CME n'ayant par ailleurs aucun souvenir de ces rapports.

Ce rapport annuel, de quatre pages, mentionne les données chiffrées de l'année en cours et quelques données statistiques mais elles ne sont pas comparées avec l'année passée. Deux événements graves ont été mentionnés dans le rapport annuel de 2020 : un patient est décédé en CI au mois de mai 2020. Ce décès n'ayant pas été qualifié de mort suspecte, il n'a pas été jugé nécessaire de faire un CREX (cf. § 2.4.1). En novembre 2020, un patient (détenu à la maison centrale de Saint-Maur) a pris la fuite après avoir cassé le sous-bassement de la CI où il était hospitalisé. Il a été interpellé par les gendarmes dans les heures qui ont suivi son évasion. Pour ce dernier, un CREX s'est tenu à l'issue de cet incident.

Le contenu du rapport annuel de 2020 a fait l'objet d'une discussion lors du dernier conseil de pôle qui s'est tenu le 17 juin 2021. Il est fait mention d'anomalies de prescription et du pourcentage élevé (69,8%) des personnes admises en SSC qui passeraient par l'isolement ainsi que des événements graves cités *supra*. Il est également indiqué que ce bilan nécessite une analyse qualitative.

Si à ce jour aucune politique visant à limiter les mesures n'a été clairement définie par l'établissement, il n'en demeure pas moins que des initiatives émanent de certains pavillons (A, C et D) qui proposent notamment l'aménagement de chambres d'apaisement. Un projet écrit intitulé « *projet d'espace protégé d'apaisement* » a été soumis à la direction du pôle par l'équipe du pavillon D. Il prévoit la transformation des quatre chambres (CI et chambres d'apaisement) avec du mobilier adapté (matelas en mousse, fauteuils), et l'installation d'une banquette et de fauteuils dans l'espace commun des quatre chambres. L'objectif étant de réduire la durée d'isolement en chambre fermée et de proposer une prise en charge alternative dans un espace sécurisé avec un accompagnement spécifique. Si ce document a le mérite d'exister, les contrôleurs s'interrogent sur l'aspect sécuritaire que revêt ce projet. Il prévoit en effet la sécurisation des ouvertures de l'espace pour éviter la possibilité de fuguer par le vasistas et l'installation d'une caméra supplémentaire de surveillance dans les salles de bain.

RECOMMANDATION 32

L'établissement doit mettre en place une politique visant à réduire les mesures d'isolement. La réflexion institutionnelle portant sur l'aménagement de chambres d'apaisement doit se poursuivre.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST INSTALLEE MAIS PROCEDE A UN CONTROLE A MINIMA

Le rôle et les attributions de la CDSP ne sont pas indiqués dans le livret d'accueil et aucun autre document remis aux patients en soins contraints ne vient suppléer ce déficit d'information. Seule est mentionnée la possibilité de saisir la CDSP sans autre précision que son adresse.

RECOMMANDATION 33

Une information complète sur l'existence, le rôle et les compétences de la commission départementale de soins psychiatriques doit être délivrée à l'ensemble des patients et leurs proches, tant par voie d'affichage dans les pavillons que par ajout dans le livret d'accueil et les formulaires notifiés aux patients en soins sans consentement.

La composition de la CDSP est précisée par arrêté du préfet de l'Indre du 8 avril 2019. Elle comprend un magistrat, juge de l'application des peines au TGI de Châteauroux. L'entrée en vigueur de la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 supprimant la présence obligatoire d'un magistrat n'a pas été l'occasion de mettre un terme à sa participation, ce qui est louable.

Présidée par un psychiatre retraité, ancien chef de service à Gireugne, elle comprend, en outre, un psychiatre de l'établissement, un médecin généraliste et deux représentantes de l'Union nationale des familles de personnes atteintes de troubles mentaux (UNAFAM).

La CDSP se réunit deux à trois fois par an et ses membres procèdent à des visites, annoncées par voie d'affichage, chaque semestre, lors desquelles ils rencontrent les patients qui le souhaitent (six tout au plus la fois dernière) et visent le registre de la loi, sans contrôle poussé toutefois. L'absence de mention de la date de notification des droits n'a jamais fait l'objet d'observation, ni l'absence d'inscription d'une éventuelle mesure de protection juridique. La dernière visite date du 6 octobre 2021.

Du dernier rapport d'activité communiqué qui concerne l'année 2020, il ressort que la CDSP est bien informée de l'activité du pôle en matière de SSC (nombres de levées de mesures et de nouvelles mesures, par catégories). Il n'est pas fait état de réclamations de patients portées devant la commission.

En 2020, la CDSP a examiné 136 dossiers dont vingt-sept de patients admis dans le cas de péril imminent et soixante-neuf de patients en SSC depuis plus d'un an, sans émettre d'observations particulières mais tout en déplorant « *de manière générale et récurrente* » une « *monotonie des certificats mensuels sur certains dossiers* ». La commission n'a cependant proposé au JLD aucune levée de mesure en 2020 ni en 2021 selon les informations recueillies. Des échanges conduits, il appert un hiatus entre l'analyse des pratiques, où il est regretté une « *frilosité de la psychiatrie actuelle* », « *des mécanismes de levée de parapluie qui aboutissent parfois à des hospitalisations qui n'en finissent jamais* » et l'usage réduit des prérogatives de la CDSP.

L'apport que peut représenter la CDSP dans la protection des droits en parallèle de l'action du JLD n'est pas pleinement perçu dans la commission ; des questionnements s'expriment sur la pertinence même du dispositif depuis la mise en œuvre du contrôle juridictionnel des procédures. La CDSP est

« une institution qui a été laissée en place alors qu'elle ne sert plus à grand-chose » a-t-il été indiqué pour évoquer un exercice devenu formel du contrôle.

RECOMMANDATION 34

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer pleinement ses missions et utiliser à cet effet toutes les prérogatives qui lui sont reconnues. Conformément à l'article L.3223-1 du code de la santé publique, elle doit vérifier que figurent dans les registres l'ensemble des mentions prescrites par la loi.

7.2 LA PLACE DES USAGERS DANS LA VIE DES PAVILLONS EST LIMITEE

La CDU s'est réunie cinq fois en 2020. Les données 2021 n'étaient pas disponibles. La CDU concerne l'ensemble du CH. Il n'existe pas de commission spécifique à la psychiatrie, cependant un représentant du pôle « psychiatrie » y participe. Les représentants des usagers n'ont, en revanche, aucun lien direct avec la psychiatrie : Ligue contre le cancer (titulaire), Association des paralysés de France (titulaire), Association francophone pour vaincre les douleurs (suppléant), Familles rurales (suppléant).

L'UNAFAM n'est pas représentée, de même qu'aucune association d'usagers en psychiatrie.

Le rôle et la composition de la CDU sont mentionnées dans le livret d'accueil. Néanmoins une enquête conduite en 2020 par les élèves infirmiers de l'Institut de formations en soins infirmiers (IFSI) du site du Blanc a mis en évidence que les « *représentants des usagers ne sont connus ni par les professionnels de santé, ni par les usagers* ». Lors de la visite, la situation restait inchangée, bien qu'il s'agisse d'une préoccupation de la CDU pour l'ensemble du CH inscrite dans le rapport d'activité 2020.

La commission est avisée des demandes d'accès aux dossiers médicaux (cinquante sur le pôle psychiatrie), des plaintes et réclamations et des résultats des enquêtes de satisfaction. Les plaintes et réclamations concernant la psychiatrie ne représentent toutefois que 5 % de l'ensemble des sujets traités. Le taux de retour des questionnaires de sortie sur le pôle psychiatrie est par ailleurs l'un des plus faibles : 0,23 %. Or, les représentants des usagers n'assurent pas de permanence au sein du site de Gireugne et ne passent pas dans les pavillons.

L'UNAFAM ne tient pas non plus de permanence. Elle assure un accueil téléphonique et des rencontres sur rendez-vous mais elle n'a pas de présence régulière sur le site. Des dépliants, avec indications des coordonnées de l'association, sont édités à destination des patients et de leurs proches et remis au centre hospitalier. Cependant, la déléguée de l'UNAFAM regrette qu'ils soient insuffisamment distribués et que l'information sur les activités de l'association (ateliers d'entraide, groupes de parole, etc.) soit variable selon les pavillons, l'essentiel des demandes émanant d'un seul. De manière générale, la déléguée de l'UNAFAM regrette un manque de terrain d'expression et de prise en compte des attentes des proches dans la prise en charge des patients.

7.3 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI ENREGISTRE UN RETARD CONSEQUENT

Le registre de loi, commun à tous les services, quel que soit le type de mesures (SPDRE ou SPDT), est tenu au sein du bâtiment administratif par la secrétaire médicale du point d'accueil et d'encaissement, sous format papier au modèle normalisé. Le pôle de psychiatrie a acquis en

décembre 2020 le logiciel de gestion des soins sans consentement (Planipsy) pour centraliser l'enregistrement des mesures et sécuriser les procédures par un calcul automatique des échéances. Les pièces sont désormais numérisées, mais sans dématérialisation pour l'heure du registre, la multiplication des tâches est chronophage.

Seule pour en assurer la charge, en dehors de renforts ponctuels, l'agent du point d'accueil ne parvient plus à assurer, en sus de ses fonctions principales, la numérisation des pièces nécessaires et la tenue du registre dans le délai réglementaire de 24 heures suivant l'admission. Lors de la visite, la dernière mesure inscrite, dans le registre n°69, ouvert le 30 novembre 2021, datait du 17 décembre 2021, ce qui représente quinze jours de retard.

Les décisions d'admission sont enregistrées sur Planipsy dans les 24 heures, parfois plus tardivement, à l'issue du week-end (une permanence des cadres est assurée pour la signature des décisions), mais le registre n'est pas tenu à jour. Lors du contrôle, une pile de documents épars attendait d'être intégrée et scannée. Dans certains cas, manquaient, de ce fait, dans le registre et Planipsy des ordonnances du JLD et décisions de levée de mesures de SSC, datant de début décembre.

Quand le retard est comblé, les copies des pièces relatives au déroulement de la mesure (décision d'admission, arrêté, certificats, ordonnance(s) du JLD, etc.) sont collées dans le registre. Cependant, l'indication des dates auxquelles ont été délivrées au patient les informations mentionnées à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, à savoir l'existence de la décision dont il fait l'objet, sa situation juridique et ses droits, fait systématiquement défaut.

Enfin, l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique n'est jamais indiquée.

Comme précisé auparavant, le registre de la loi a été visé par la CDSP le 6 octobre 2021.

Le dernier visa du parquet datait du 20 décembre 2017. En visite dans l'établissement le 6 janvier 2022, la procureure de la République devait toutefois le viser le jour-même. Les visas du maire de Châteauroux et du préfet de l'Indre (ou de leur représentant) ne figurent pas sur le registre.

RECOMMANDATION 35

Il est d'urgent de mettre à jour le registre de la loi et de trouver une organisation en permettant la tenue régulière.

7.4 LE RECOURS AU JLD NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE INFORMATION ADEQUATE

7.4.1 L'explication du rôle du JLD

Comme indiqué précédemment (cf. §.3.3), les patients ne sont pas suffisamment informés, au moment de leur placement en soins sans consentement, et par la suite, du rôle du JLD. Le document remis lors de la notification de la décision d'admission n'indique pas ses attributions, le contrôle systématique de la mesure d'hospitalisation complète dans les douze jours suivant l'admission, ni la possibilité du patient, ou d'un proche susceptible d'agir dans son intérêt, de saisir le juge à tout moment du déroulement de la mesure aux fins d'en obtenir la mainlevée ou un changement de forme de la prise en charge. Le document n'évoque pas l'assistance obligatoire d'un avocat devant le JLD, ni la possibilité de bénéficier de l'aide juridictionnelle, mais indique de façon totalement

erronée et inquiétante que le patient peut « éventuellement être assisté d'un avocat de son choix ou d'un avocat commis d'office. La totalité des frais d'avocat [étant à sa] charge ».

De fait, la qualité de l'information repose sur le personnel soignant, lors de l'admission ou la remise de la convocation à l'audience, et est donc dépendante de la disponibilité et des connaissances de celui qui la délivre. Soumis à des mentions erronées dans le document remis à l'admission, le patient peut ainsi se retrouver confronté à des informations contradictoires, ou être maintenu dans l'erreur jusqu'à l'audience.

RECOMMANDATION 36

Le document de notification des voies de recours contre la décision d'admission doit être entièrement revu et épuré de toutes les mentions erronées. Le rôle du JLD doit être clairement expliqué ainsi que la possibilité du patient ou d'un proche de le saisir à tout moment du déroulement de la mesure. L'assistance obligatoire d'un avocat et la possibilité de bénéficier de l'aide juridictionnelle doit être précisée.

7.4.2 L'organisation de l'audience et l'intervention des avocats

Le barreau de Châteauroux a organisé une permanence avocat pour assurer la défense des patients admis en SSC. Inscrits sur une liste d'environ treize noms communiquée au greffe du tribunal judiciaire, ces avocats assurent à tour de rôle, sous le bénéfice de l'aide juridictionnelle, les audiences pour les patients qui n'ont pas désigné eux-mêmes un avocat. Ils sont convoqués avec communication des dossiers dès que le greffe reçoit les saisines, généralement deux jours ouvrés avant l'audience. Il arrive toutefois qu'ils puissent être convoqués un vendredi pour le lundi.

Le greffe du TJ convoque les tiers concernés : mandataires judiciaires et éventuels demandeurs de l'hospitalisation. Si les premiers se déplacent parfois, le cas est plus rare pour les seconds.

Les audiences ont lieu sur le site du CH dans une pièce aménagée à cet effet, avec une salle d'attente et un box d'entretien adjacents.

Les audiences se tiennent généralement le vendredi, complétées, si besoin, d'une session le lundi, ou un autre jour, et sont menées habituellement par un seul et même magistrat, chargé du contentieux des SSC.

Les patients s'y rendent accompagnés par les soignants qui assistent dans la plupart des cas à l'audience. Un interprète est mobilisé en cas de besoin.

7.4.3 Le déroulement de l'audience

Le magistrat procède à une vérification d'identité puis explique son rôle et celui du greffier au patient et expose la cadre de la procédure. Il s'enquiert auprès du patient des circonstances de son hospitalisation, en lui demandant généralement de raconter ce qu'il s'est passé ; en l'interrogeant sur ce qu'il traverse ; en l'invitant, le cas échéant, à indiquer les difficultés qu'il a rencontrées en programme de soins ; puis en lui posant des questions sur sa prise en charge à l'hôpital. Selon les cas, les éléments contenus dans les certificats médicaux sont plus ou moins détaillés et le patient peut être amené à réagir à leur propos. Dans tous les cas, le patient est appelé à donner son avis sur sa prise en charge et la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète. La parole est ensuite laissée à l'avocat.

Lors de l'audience du 7 janvier 2022 à laquelle les contrôleurs ont assisté, tous les patients se sont dit favorables à une poursuite de l'hospitalisation, sans qu'un passage en soins libres n'ait pour autant été envisagé.

Les décisions sont généralement rendues, expliquées et notifiées à l'issue de l'audience. Une décision a fait exception le 7 janvier en raison d'une nullité soulevée (pas d'indication concernant l'information de la famille du patient dans le cadre d'une admission pour péril imminent), la décision a été mise en délibérée à l'après-midi, le temps de l'étudier.

7.4.4 Les décisions rendues

En 2021, 220 patients ont été entendus par le JLD sur 222 convoqués. Neuf mainlevées ont été prononcées. L'une l'a été en raison d'une irrégularité (notification des droits tardive). Une deuxième pour absence de caractérisation d'un « *risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* » dans le cadre d'une admission en SPDU. Les autres au regard de l'état clinique du patient à l'audience, la mise en place d'un programme de soins à l'extérieur apparaissant suffisante pour la prise en charge. Par exemple, l'une des décisions indique : « *attendu que l'audition de Mme V. révèle que les symptômes résiduels notés par le [psychiatre] ne sont plus d'actualité ; au contraire, Mme V. se projette dans une reprise de son travail et sa recherche de logement ; elle admet le bénéfice du nouveau traitement qui lui est administré et qui a stabilisé son état ; (...) elle est consciente de sa fragilité [et] souhaite reprendre une psychothérapie dès sa sortie d'hospitalisation. Ainsi, si une restriction aux libertés individuelles de Mme V reste nécessaire, elle peut prendre la forme d'un programme de soins, l'hospitalisation complète étant désormais disproportionnée* ».

En revanche, concernant le contrôle du maintien d'hospitalisations de très longue durée (jusqu'à 20, voire 40 ans dans le cadre de SPDRE suivant une déclaration d'irresponsabilité pénale), le JLD évoque la jurisprudence de la Cour de cassation selon laquelle le juge doit apprécier la mesure au regard des certificats médicaux qui lui sont communiqués, sans substituer son avis à l'évaluation des psychiatres⁵. Dans sa pratique, s'il est fait état d'une insuffisance de conscience des troubles du patient ou de la gravité du passage à l'acte qui en a découlé (« *absence d'introspection approfondie* », de « *critique réelle de ses problèmes* »), de nature à représenter un risque ou, selon une formule plus floue, « *ne permet pas d'exclure l'éventualité d'un nouveau passage à l'acte* », toute perspective de mainlevée est écartée. Ainsi, aucune expertise complémentaire n'est diligentée pour approfondir l'analyse, quelles que soit la durée de l'hospitalisation ou la mention d'éléments plus favorables (« *absence de troubles du comportement* », « *absence de tout incident* » lors des permissions de weekend, prise d'un traitement hormonal...).

De fait, l'impulsion d'une mainlevée repose entièrement sur les médecins. Or, ces derniers indiquent être dans la retenue sur ces dossiers, par intériorisation des réticences ou crainte de voir leur responsabilité engagée.

Quinze ordonnances du JLD ont été frappées d'appel en 2021. Treize ont été confirmées. Deux infirmées (SPDT et SPDTU), au regard des éléments médicaux fournis et des déclarations des patients à l'audience (amélioration de l'état psychique, acceptation des soins), avec prise d'effet à 24h et 72h maximum.

⁵ Cass, 1re Civ, 27 septembre 2017, n°16-22.544.

7.4.5 Le contrôle des mesures d'isolement

Le JLD a organisé en mai 2021 une réunion pour aborder les dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique dans leur rédaction issue de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 (information systématique du JLD en cas de placement en isolement excédant 48h ou 24H sous contention, possibilité du juge de se saisir d'office ou d'être saisi notamment par des proches du patient). Le JLD indique avoir ensuite été informé des placements, « *même s'il y a pu avoir des oublis* » et évoque quelques saisines, sans pouvoir fournir plus de précisions.

8. LES SOINS

8.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PATIENTS HOSPITALISES AU LONG COURS PRESENTE DES CARENCES

8.1.1 L'organisation et les modalités de prise en charge dans les unités d'hospitalisation

a) L'accès aux médecins psychiatres et aux infirmiers

Comme indiqué au chapitre 2.2.1, certains médecins psychiatres maîtrisent mal la langue française et rencontreraient parfois des difficultés à se faire comprendre en raison de la barrière de la langue et des différences d'approche des troubles psychiques liées à leur culture. Tel est le cas pour deux des trois médecins exerçant au pavillon A. En outre, l'un d'entre eux n'est pas habilité à établir des certificats alors que le pavillon accueille essentiellement des patients en soins sans consentement. Concernant la fréquence des consultations, les médecins voient les patients à *minima* une fois par semaine et plus si l'état clinique l'exige. Les délais d'obtention d'un rendez-vous de consultation en CMP après une hospitalisation pouvant atteindre deux mois, ces praticiens revoient également les patients en consultations médicales externes.

Au pavillon B, hébergeant en majorité des patients en phase de chronicité, les consultations médicales se font plus rares, une fois tous les deux à trois mois pour certains même si la fréquence mensuelle des certificats médicaux pour les patients en soins sans consentement imposerait le même rythme de consultation. Le contenu des certificats médicaux s'apparente alors à du « *copier-coller* » des éditions précédentes.

RECOMMANDATION 37

Les certificats médicaux destinés à éclairer la décision du juge des libertés et de la détention, à apprécier la nécessité du maintien de la mesure de soins sans consentement ne peuvent être établis qu'après un examen médical effectif du patient par un psychiatre.

Au pavillon C, les patients sont reçus très régulièrement en consultation par le psychiatre et peuvent également se présenter librement pour un entretien. A l'exception du week-end, un psychiatre est toujours présent dans l'unité en journée et il se rend disponible en cas de besoin. Sinon, il est fait appel au psychiatre de garde. Dans la mesure du possible, les consultations médicales se déroulent en présence d'un infirmier sauf si le patient souhaite être reçu seul.

Au pavillon D, le psychiatre voit le patient à son arrivée dans l'unité puis au minimum une fois par semaine et systématiquement au retour de permission. Chaque patient a un médecin référent car deux praticiens interviennent dans le service. Les infirmiers assistent au premier entretien mais pas aux autres par manque de disponibilité.

Au pavillon A, il n'est pas instauré d'infirmier référent. Les entretiens se déroulent à la demande des patients ou bien lorsque leur état clinique interpelle. Les contrôleurs ont observé que certains soignants très expérimentés géraient parfaitement les crises et notamment qu'ils étaient en mesure d'apaiser les patients se montrant très agressifs à leur égard. Ils maîtrisent les techniques de désescalade et savent garder la juste distance tout en faisant preuve de bienveillance. A cet égard, les incidents liés à la violence sont peu nombreux.

Au pavillon D, des infirmiers référents sont nommés et au cours de l'hospitalisation du patient, trois entretiens infirmiers sont prévus : à l'entrée, en milieu de séjour et avant la sortie. Toutefois, il est toujours possible de rencontrer un soignant plus fréquemment. En outre, les infirmiers sont investis dans les activités thérapeutiques intégrées au programme de soins. De plus, certains professionnels – en accord avec le psychiatre du service – ont pu mettre en œuvre leurs compétences spécifiques en matière d'hypnose et de relaxation.

b) Les interventions des psychologues et du neuropsychologue

Au pavillon A, la psychologue tente de voir au moins une fois tous les entrants afin de compléter le diagnostic médical et elle propose des entretiens de suivi pour certains.

Au pavillon D, la psychologue consacre une partie de son temps aux entretiens individuels dans l'unité à la demande des patients, des médecins ou des infirmiers. Elle les rencontre individuellement une fois par semaine après la première semaine d'hospitalisation.

Aux pavillons B et D, le neuropsychologue réalise des bilans cognitifs pour les patients qui lui sont adressés.

c) Les réunions soignants-soignés et les groupes de parole

Seul le pavillon D anime une réunion soignants-soignés, les autres n'ont mis aucun dispositif en place permettant aux patients de s'exprimer voire d'être consultés sur leurs conditions de prise en charge.

RECOMMANDATION 38

A l'instar du pavillon D, les autres unités d'hospitalisation doivent mettre en place des réunions soignants-soignés.

Le pavillon D a également instauré un groupe « entourage-patients », animé par la psychologue et un infirmier, auquel sont associés le patient et une personne de son choix. La finalité de ce dispositif est de permettre aux usagers d'exprimer leur point de vue, d'aboutir à une meilleure compréhension de la maladie par les proches et de pouvoir envisager sereinement l'avenir à la sortie de l'hospitalisation en fixant des objectifs communs réalisables.

BONNE PRATIQUE 2

La tenue de groupes de parole, associant professionnels de santé et un membre de l'entourage proche du patient choisi par ce dernier, contribue à une meilleure connaissance de la pathologie psychiatrique et à une meilleure acceptation du patient par ses proches.

d) Supervision et analyse de pratique

Aucun pavillon n'a recours à ces outils de réflexion sur les pratiques professionnelles. Au pavillon A, la psychologue avait proposé d'animer des séances d'analyse de pratique mais s'est vu opposer un refus de la part des soignants alors que les contrôleurs ont pu constater que certains d'entre eux rencontraient quelques difficultés à interroger le bien-fondé de certaines pratiques mises en œuvre. Au pavillon C, une réunion est cependant organisée tous les quinze jours avec le psychologue du service autour d'une situation rencontrée et au pavillon D, la psychologue reçoit en entretien les soignants rencontrant des difficultés dans leur exercice.

RECOMMANDATION 39

Des séances de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles doivent être proposées aux soignants en exprimant le besoin.

e) Le libre choix du médecin et l'accès au dossier médical

Le patient peut demander à changer de médecin et ce dernier apprécie la requête. Les demandes d'accès au dossier médical se font généralement lorsque le patient n'est plus hospitalisé. Les psychiatres indiquent y répondre systématiquement, si besoin en proposant un accompagnement par un médecin tiers.

8.1.2 Les prises en charge au long cours

Seuls les pavillons A et B hébergeaient des patients hospitalisés depuis plus de 280 jours au moment du contrôle. Au pavillon A, un patient en SDRE y séjournait depuis 2013. Au pavillon B, cinq patients admis en SDRE âgés de 43 à 64 ans étaient hospitalisés sur du long cours. L'un d'entre eux hospitalisé depuis huit ans, qui relève d'un placement en maison d'accueil médicalisée (MAS), a commis deux agressions au cours de ses huit années d'hospitalisation. Lors du contrôle, cet homme était compliant aux soins aux dires des soignants. Il était autorisé à sortir seul dans le parc. Les soignants n'ont pas été en mesure de justifier son maintien en SSC si ce n'est qu'il n'a pas été possible jusqu'à présent d'identifier une place en MAS. Si le CGLPL ne remet pas en question l'hospitalisation de cet homme, l'absence de place dans une structure adaptée ne saurait justifier son maintien en SDRE.

Parmi les autres patients admis en SDRE, deux personnes étaient déclarées pénalement irresponsables sur le fondement de l'article 122-1 du code pénal (cf. § 7.4.4). L'un était hospitalisé depuis vingt ans et le second depuis quarante ans. Le premier a été placé en SPDRE à la suite d'agressions sexuelles sur mineur. Le contenu des certificats, maintenant la mesure, précise que la critique des actes de son passé est absente tout comme le travail d'introspection par rapport à ses actes. Le patient conteste sa durée d'hospitalisation indiquant que s'il avait été condamné, il serait déjà remis en liberté.

Le second patient, hospitalisé depuis quarante ans, a des antécédents d'homicides et d'agressions sexuelles. Selon les propos recueillis, son état clinique a peu évolué et cet homme semble peu compliant aux soins. Cependant, ce patient n'est vu par le médecin que tous les deux ou trois mois et le contenu des certificats mensuels est identique depuis un an. De l'avis des soignants, ce patient relèverait d'une prise en charge en EHPAD mais aucune démarche active n'a été engagée.

Trois autres patients (deux en SDT et un en SL) étaient également pris en charge sur du long cours. L'équipe soignante déplore le recours parfois injustifié aux soins contraints pour des problématiques sociales, somatiques ou des troubles du comportement non gérés par l'entourage. L'hospitalisation prolongée (avec ses effets délétères) favoriserait la dégradation cognitive, altérant l'autonomie et rendant plus aléatoire un retour à domicile. Il arrive parfois que la mesure de SSC soit maintenue non parce que l'état clinique le nécessiterait mais parce que la pathologie est associée à une problématique sociale sans possibilité d'accueil dans un véritable lieu de vie plus stimulant.

Pour ces patients chroniques et devenus dépendants, le délai d'obtention d'une place en foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou en MAS peut atteindre sept à dix ans et en réalité leur avenir réside dans un transfert en EHPAD à plus ou moins longue échéance.

RECOMMANDATION 40

Une réflexion sur le mode de prise en charge des patients hospitalisés au long cours doit impérativement être engagée afin de minimiser les effets délétères d'une telle situation et de conserver leurs chances de réintégration sociale. En outre, l'absence de place dans une structure adaptée ne saurait justifier le maintien de mesures en soins sans consentement.

8.1.3 Les activités thérapeutiques et occupationnelles

D'une manière générale, le statut n'intervient pas dans l'accès aux activités thérapeutiques. Seule la clinique mais aussi la disponibilité des soignants sont déterminantes. La pandémie de Covid 19 a restreint l'accès aux activités de groupe et notamment l'accès à la cafétéria et aux animations qu'elle organisait.

Le financement des activités thérapeutiques provient de trois enveloppes budgétaires :

- celle reconduite chaque année, soit 19 100€ en 2021, pour l'ensemble du pôle de psychiatrie ainsi répartis sur le site de Gireugne : 1200 € par pavillon, 2600 € pour la cafétéria et 1500 € pour le gymnase ;
- celle issue des bénéfices réalisés par la cafétéria, soit 13572 € en 2021, permettant l'achat de matériel ;
- et le montant de l'intéressement pour le pôle de psychiatrie selon la répartition faite sur l'ensemble des pôles de l'établissement soit 6500 € en 2021 pour l'achat d'équipements.

a) Les activités dans les pavillons

Au pavillon A, les activités proposées au sein de l'unité sont affichées (cuisine, musicothérapie, relaxation, socio-esthétique) mais souvent annulées. La semaine de la visite, aucun atelier ne s'est déroulé.

Au pavillon B, sont proposées en accès libre, des séances de relaxation, soins esthétiques, chant, jeux de cartes, de société, la décoration du pavillon sur le thème des saisons, des travaux manuels et jardinage à la belle saison. La médiation animale avec des chèvres se déroule de manière très ponctuelle. Les ateliers de cuisine thérapeutique avec la confection et la dégustation en commun d'un repas, précédées d'une sortie au marché le mardi matin, ont été interrompus en raison du contexte sanitaire. La célébration des anniversaires du mois a cessé en raison des arrêts de travail du personnel. L'accès aux séances d'ergothérapie nécessite une prescription médicale.

Au pavillon C, l'accès aux activités thérapeutiques requiert une prescription médicale. Les patients peuvent bénéficier de séances individuelles hebdomadaires de relaxation, de balnéothérapie, de massage dans une salle aménagée à cet effet dans l'unité. Sont également organisées des activités physiques de remise en forme. En dehors de ces propositions, la tenue des activités occupationnelles mentionnées sur un planning reste liée à la disponibilité des soignants. En réalité, les patients semblent peu sollicités. Lors de la visite, beaucoup se tenaient devant le poste de télévision ou dormaient dans leur chambre.

Au pavillon D, le service a mis en place un véritable programme d'activités thérapeutiques considéré comme partie intégrante du soin auquel le patient se doit d'adhérer pour rester dans l'unité. Il lui est remis un livret support sur lequel figurent les objectifs recherchés pour chaque activité ainsi que leur calendrier et sur lequel il peut écrire ses propres réactions ou commentaires.

b) Les activités se déroulant à l'extérieur des pavillons

L'établissement dispose d'un vaste terrain de sport, d'un gymnase et d'une cafétéria. Ces lieux et équipements collectifs sont à la fois chaleureux, fonctionnels et modernes.

La cafétéria, située entre les pavillons A et B, dispose d'une vaste salle équipée de tables et de chaises, d'un coin aménagé pour l'accueil des enfants, d'une salle vidéo, de matériel de projection, d'un billard, d'un baby-foot, de machines à laver thérapeutiques. Un soin particulier est porté à sa décoration.

Ouverte tous les jours de 11h à 16h55, la cafétéria est un espace très apprécié des patients qui peuvent s'y sociabiliser, prendre une collation ou faire quelques achats. Elle est tenue par trois AMP qui proposent habituellement des activités variées et attractives. Celles-ci étaient cependant suspendues au jour du contrôle en raison des règles sanitaires en vigueur ; seule l'activité « céramique », qui se déroule en extérieur, avait été maintenue. Au moment du contrôle, l'accès à la cafétéria restait réglementé – en raison du contexte sanitaire – avec un accès un jour par semaine pour chaque pavillon. Pendant sa fermeture, les professionnels avaient proposé des livraisons journalières dans les pavillons, offrant ainsi la possibilité aux patients de choisir sur un catalogue élaboré à cet effet, divers articles (gâteaux, boissons, produits d'hygiène...).



La cafétéria

L'établissement possède un gymnase qui dispose d'équipements variés : panneaux de basket, tables de ping-pong, espaliers, appareils de musculation et vélos stationnaires. Un budget de 1500 euros par an est alloué pour l'acquisition de matériel d'usage courant. L'achat d'équipements spécifiques et plus coûteux, comme celui d'un tapis de course et de marche destiné aux patients atteints de gros troubles sensitivo-moteurs, nécessite la constitution d'un dossier justificatif.

Des activités collectives (football, handball, basket) et des parcours en VTT sont également organisées au City Park.



Gymnase et terrain de sport

L'activité physique est réellement considérée comme une alliée thérapeutique tant par les médecins, les soignants que par le moniteur très impliqué, à son niveau, dans la prise en charge des patients. Elle poursuit les objectifs thérapeutiques suivants : reprendre confiance en soi, éprouver du bien-être, corriger les troubles de l'équilibre, maintenir ou renforcer son capital musculaire et osseux, se sociabiliser. Le statut du patient n'intervient pas dans l'accès aux activités physiques, seule la clinique prime.

Un moniteur sportif, engagé à temps plein, est en poste depuis septembre 2021. Il propose des séances collectives (huit à dix personnes) d'une heure et trente minutes ou des séances individuelles d'une heure. Il note systématiquement le ressenti des patients sur le dossier médical informatisé après chaque séance et participe une fois par mois aux réunions cliniques des pavillons C et D.

Deux activités nautiques sont également organisées deux fois par semaine. Enfin, la participation à des événements collectifs vient compléter les prises en charge proposées : les patients ont pu participer aux « ateliers du sport adapté » qui se sont déroulés à la maison des sports de Châteauroux en octobre 2021.

BONNE PRATIQUE 3

L'offre thérapeutique est enrichie d'une grande diversité d'activités culturelles et sportives.

Cependant ces activités ne sont pas accessibles à tous comme en témoigne le tableau ci-dessous :

	Pavillon A	Pavillon B	Pavillon C	Pavillon D
Effectifs et pourcentages	7 (28%)	2 (7%)	4 (26%)	10 (40%)

Effectifs et pourcentages de patients inscrits à des activités thérapeutiques se déroulant en dehors des unités durant la semaine de la visite des contrôleurs

Ces chiffres révèlent une disparité selon les pavillons dans l'accès aux activités extérieures et notamment la très faible proportion de personnes âgées qui pourraient, au moins certains d'entre eux, avantageusement en bénéficier, en sachant que les professionnels de la cafétéria et le moniteur sportif sont tout à fait en mesure d'adapter leur programme aux capacités des patients.

RECOMMANDATION 41

Il convient de promouvoir l'accès aux activités thérapeutiques se déroulant à l'extérieur à l'ensemble des patients.

8.2 LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT GUIDE LES PRATIQUES MAIS DE MANIERE INEGALE SELON LES PAVILLONS

8.2.1 Le projet de soins individualisé et les réunions cliniques

a) Le projet de soins individualisé

L'élaboration et la formalisation du projet de soins dépendent du fonctionnement des pavillons. Au pavillon A, aucun projet de soins individualisé n'est établi.

Dans les pavillons B et C, il est élaboré un projet de soins qui est explicité oralement mais il n'est pas formalisé. Les informations orales portent essentiellement sur les traitements, leurs posologies, les effets attendus et les évolutions envisagées.

Au pavillon D, le programme de soins est élaboré, écrit, discuté avec le patient et il est inscrit dans le dossier médical informatisé. Il intègre également un ensemble d'activités thérapeutiques auxquelles le patient s'engage par écrit à participer.

RECOMMANDATION 42

Le patient doit être associé à la prise en charge proposée notamment grâce à l'élaboration d'un projet de soins individualisé.

b) Les réunions cliniques ou de synthèse

Des réunions cliniques ou des réunions synthèse préparatoires à la sortie se tiennent régulièrement dans tous les pavillons. Elles associent médecins, cadre de santé, paramédicaux, assistant social, psychologue et, le cas échéant, pour les réunions préparatoires à la sortie, la personne de confiance, les mandataires judiciaires et des représentants de structures d'aval. Au pavillon D, le médecin du CSAPA assiste une fois par mois à la réunion clinique afin de préparer le suivi en ambulatoire. Il en est de même pour l'équipe de liaison qui vient échanger sur les patients et organiser la prise en charge extrahospitalière.

Concernant le déroulement de ces réunions, certains soignants du pavillon B se sont plaints du faible crédit accordé à leur avis sur la prise en charge des patients et ont fait part de la nécessité d'insister parfois pour que de telles réunions se tiennent. En outre, les comptes-rendus écrits porteraient davantage sur un cadre à respecter par le patient : consommation de cigarettes, grignotage, heure de la douche, rangement de la chambre que sur le projet de soins individualisé.

8.2.2 La personne de confiance

Dans l'ensemble des pavillons, il persiste une confusion chez les équipes soignantes et l'encadrement entre la personne à prévenir et la personne de confiance avec un relatif désintérêt pour cette question comme en témoigne la faible proportion de personnes désignées dans certains pavillons : 16% et 18% sur la totalité des patients des pavillons A et B contre 67% dans les pavillons C et D.

De plus lorsqu'une telle personne est désignée par un patient, les soignants ne vérifient pas si cette dernière a donné son accord. Enfin, les personnes de confiance sont rarement associées aux décisions relatives aux prises en charge à moins que le médecin référent ne l'estime nécessaire pour le bien du patient.

RECOMMANDATION 43

Le protocole de désignation de la personne de confiance doit être systématiquement mis en œuvre par les soignants. La personne concernée doit être informée de sa désignation par le patient et son accord doit être recueilli.

8.2.3 Le consentement aux traitements

a) Le circuit du médicament dans l'établissement

Les médicaments sont fournis par la pharmacie centrale du CH et ils sont livrés deux fois par semaine dans les services. Dans les pavillons, le système des armoires « plein-vide⁶ » permet de gérer les stocks et d'effectuer de manière sécurisée les commandes qui parviennent directement à la pharmacie centrale. Les commandes importantes sont faites par les infirmiers dans la nuit du mardi au mercredi et sont livrées le jeudi après-midi dans une armoire fermée. Les petites commandes s'effectuent selon le même procédé dans la nuit du dimanche au lundi, pour une livraison le mardi après-midi, dans une caisse fermée à clé. Chaque pavillon a nommé un infirmier référent pour la pharmacie.

Les piluliers sont préparés nominativement par les infirmiers de nuit et sont vérifiés par les équipes de jour. En cas de besoin urgent d'un médicament, le médecin ou l'infirmier se met en relation avec la pharmacie centrale qui fait livrer le traitement par un coursier ou bien il est fait appel à un autre service.

b) La distribution des traitements

Dans l'ensemble des pavillons, les traitements sont dispensés individuellement dans le poste de soins dont la porte demeure fermée. La prise ou non du traitement est enregistrée en temps réel sur le dossier médical informatisé du patient. Toutefois, l'approche du patient dans cet acte soignant diffère selon les pavillons :

Au pavillon A, les médicaments sont dispensés au guichet du poste de soins. Il a été indiqué que lorsqu'un patient souhaitait s'entretenir avec un soignant, il était vu dans un second temps.

⁶ Dès que le niveau de la dotation descend sous un certain seuil, une commande permettant de revenir au stock maximum est automatiquement déclenchée.



Guichet de distribution des traitements au pavillon A

Aux pavillon B et C, les patients attendent leur tour en faisant la queue dans le couloir. Les patients souhaitant discuter de leur traitement sont invités à attendre la fin de la distribution et sont reçus individuellement.

Au pavillon D, la distribution se fait individuellement dans la salle de soins fermée à clé. Un véritable temps d'échange est consacré aux patients comme ces derniers ont pu en témoigner. Pendant ce temps, les autres patients attendent leur tour, assis en salle d'attente, à l'abri des regards et épargnés de l'inconfort d'une station debout prolongée.

RECOMMANDATION 44

A l'instar du pavillon D, les modalités d'attente de la distribution des médicaments doivent être rendues plus confortables et respectueuses de la confidentialité dans les autres pavillons.

c) Les médicaments psychotropes injectables si besoin

Dans tous les pavillons, il a été relevé des prescriptions de médicaments psychotropes (Loxapac®) injectables si besoin en cas d'agitation et de refus du traitement per os. Cependant les soignants ont tous indiqué qu'ils ne prenaient pas l'initiative d'un tel geste et appelaient toujours le médecin de garde dans ces situations, qui se déplaçait... ou non.

d) L'éducation thérapeutique du patient

Aucun pavillon n'a instauré de programme d'éducation thérapeutique. Au pavillon A, le projet de l'un des médecins pour en créer un n'a pu se concrétiser faute de soignants disponibles pour l'accompagner.

Au pavillon D, l'information sur les traitements est effectuée par les médecins. Les contrôleurs ont pu constater que les patients connaissaient bien leur traitement et ses indications. Ces derniers ont indiqué se sentir moins sédatés que dans les autres hôpitaux ou cliniques qu'ils avaient pu fréquenter auparavant. En outre à l'issue de leur prise en charge, ils sont sevrés des benzodiazépines.

8.3 L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES PRESENTE DES DYSFONCTIONNEMENTS SUSCEPTIBLES D'ENGENDRER DES PERTES DE CHANCES POUR LES PATIENTS

8.3.1 L'accès au médecin généraliste

L'effectif théorique des médecins généralistes du pôle, soit 2,25 ETP, se répartit ainsi :

- 0,5 ETP en addictologie ;
- 0,25 ETP au pavillon C ;
- 0,5 ETP au pavillon A ;
- 1 ETP partagé entre le pavillon B et la résidence de Vatan.

Au moment de la visite tous les postes budgétés étaient pourvus mais de manière transitoire puisque le médecin affecté en addictologie (qui y exerçait à temps plein pour un poste prévu à mi-temps) devait quitter ses fonctions fin mars 2022.

Les médecins généralistes sont présents du lundi au vendredi sur des plages en journée. La nuit, les weekend et jours fériés, en cas de besoin, il est fait appel au psychiatre de garde. Un comité médical, réunissant psychiatres et omnipraticiens, se tient tous les mois pour débattre de questions partagées.

Comme précisé auparavant, le médecin intervenant au pavillon A et B n'examine pas tous les entrants y compris ceux admis en SSC (cf. § 3.1.2). De même, les patients placés en CI ne bénéficient d'aucun examen somatique (cf. §6.2.1).

Selon les propos recueillis, le médecin affecté au pavillon A prescrirait des traitements sans examen préalable des patients et de l'avis général de l'équipe, il est difficile de compter sur lui, au point que le psychiatre préfère procéder lui-même à l'examen somatique des patients ou bien les adresser au service des urgences du CH de Châteauroux. Ces dysfonctionnements exposent certains patients à des pertes de chance.

RECOMMANDATION 45

Les prescriptions médicales doivent systématiquement être précédées d'un examen médical.

Au pavillon C, les patients sont tous examinés à leur arrivée et un bilan biologique est systématiquement prescrit, quand bien même une évaluation aurait été préalablement réalisée au service des urgences.

Au pavillon D, les patients qui ont transité aux urgences ne sont pas toujours revus à leur arrivée mais dans les 24 heures. En réalité au moment du contrôle, le médecin généraliste présent à temps plein voyait toutes les entrées ainsi que les patients placés en CI examinés tous les jours voire plus si besoin. De plus, un bilan biologique protocolisé est réalisé à l'arrivée.

Chaque pavillon est équipé d'une mallette d'urgence régulièrement vérifiée par les IDE. Toutefois au pavillon D, la demande réitérée de l'équipe d'une mallette supplémentaire pour l'étage, accessible uniquement par des escaliers, demeure pour l'heure sans réponse de même que celle d'un deuxième appareil mesurant le taux de monoxyde de carbone et permettant d'apprécier le degré de dépendance au tabac.

RECOMMANDATION 46

Chaque pavillon doit disposer du matériel médical nécessaire à l'exercice des missions du médecin généraliste.

L'évaluation de la douleur est effectuée les infirmiers à l'arrivée et est tracée dans le dossier médical informatisé du patient.

8.3.2 L'accès aux examens complémentaires

L'accès aux examens paramédicaux ne semble pas poser de difficultés. Les prélèvements biologiques sont effectués par les infirmiers et adressés au laboratoire du CH de Châteauroux. Les délais d'obtention de rendez-vous d'imagerie médicale sont fonction de l'urgence clinique.

8.3.3 L'accès aux consultations spécialisées

Les patients sont adressés au CH de Châteauroux pour toutes les consultations spécialisées. Il a été confié aux contrôleurs qu'il existait parfois une certaine réticence des services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) à l'égard des patients atteints de pathologie psychiatrique. Il faut souligner l'importance de la médiation des médecins somaticiens du site de Gireugne pour établir un bon contact avec leurs confrères du CH et faciliter ainsi une bonne prise en charge.

Pour les soins dentaires, les patients sont adressés de préférence à leur praticien habituel en ville et si les délais sont trop longs, eu égard aux symptômes, un traitement d'attente est entrepris. Les délais problématiques concernent aussi les consultations d'ophtalmologie au CH de Châteauroux.

8.3.4 L'accès aux services paramédicaux

Les patients du pôle de psychiatrie n'ont pas accès à la kinésithérapie. Les professionnels sont débordés et ne peuvent se déplacer dans les pavillons. Pour bénéficier de cette prise en charge, les patients doivent être conduits au CH général et ceux en soins sans consentement, accompagnés de soignants, ce qui, en pratique, en limite l'accès.

RECOMMANDATION 47

Les patients doivent pouvoir bénéficier de soins de kinésithérapie au sein des unités.

8.4 LA PREPARATION DE LA SORTIE PATIT DE LA CRISE SANITAIRE ET D'UN MANQUE DE CERTAINES STRUCTURES D'AVAIL**8.4.1 Les permissions de sortie**

Les mesures sanitaires liées à la pandémie de Covid 19 ont entraîné une raréfaction des autorisations de sorties temporaires de l'établissement. A titre d'exemple, au pavillon D la pratique était d'initier des sorties de 48 heures dès la fin de la première semaine d'hospitalisation quand l'état clinique le permettait. Depuis la pandémie, les pratiques ont évolué. Lors de la visite, ces sorties ne reprenaient que peu à peu, les patients ayant des craintes par rapport à la contraction du virus ou des réticences vis-à-vis du protocole sanitaire imposé (isolement de sept jours au retour pour les non vaccinés accompagnés de tests à J0 et à J5).

Au pavillon A le processus est graduel indépendamment du contexte sanitaire. Dans un premier temps, il est proposé des sorties accompagnées dans le parc puis, quand l'état du patient est stable, il lui est proposé des sorties seul dans le parc. Les sorties accompagnées à l'extérieur et les permissions de 48 heures sont accordées dans un second temps. Au pavillon B, seuls deux patients, parmi les neuf admis en SCC, bénéficiaient régulièrement de permissions hebdomadaires d'une durée de 48 heures.

Au pavillon C, les sorties de 12 heures et 48 heures sont fortement limitées en raison de la crise sanitaire. Aucun patient n'en bénéficiait au jour de la visite.

8.4.2 Les programmes de soins

Dans l'ensemble des pavillons, aucun programme de soins (PDS) avec hospitalisation partielle ou séquentielle n'était mis en œuvre lors de la visite. Cependant, les psychiatres ont recours au PDS avec un suivi ambulatoire mais aucune donnée chiffrée n'a été transmise aux contrôleurs.

8.4.3 La sortie de l'établissement

Généralement, les mesures de SSC sont rapidement levées, particulièrement au pavillon D, où la mesure la plus ancienne datait de moins de trois mois. Il existe néanmoins une certaine frilosité vis-à-vis de patients en SPDRE dont certains ont des séjours de très longue durée (cf. § 3.2.2).

Deux assistants de service social interviennent sur le site de Gireugne pour conseiller, orienter les patients, évaluer leur situation et favoriser la préparation de la sortie. L'établissement conduit un travail en réseau avec différentes structures d'aval (maison relais, famille d'accueil, établissement d'aide par le travail [ESAT] de la Châtre, EHPAD, etc.). Le secteur compte un foyer de vie associatif (L'Etape) d'une capacité de quatorze résidents et une structure de quinze appartements thérapeutiques (Vatan). L'EMPPA (cf. 2.1.2) facilite le retour sur le lieu de vie des patients concernés ou leur intégration en EHPAD. Dans ce cadre, des accompagnements sur site peuvent être organisés en amont.

Toutefois, des structures de type MAS ou FAM font cruellement défaut. Des délais de six à dix ans pour une intégration, hors séjour temporaire, ont été indiqués. Or, en attendant, des hospitalisations sont maintenues, sans nécessité médicale pour certaines, ni réflexion pour d'autres concernant un changement de statut en SL (cf. § 8.1.2).

L'avis du collège des soignants est requis dans tous les cas de figure prévus par la loi, dont les SDDE qui se prolongent au-delà d'un an. Composé du médecin référent, d'un autre médecin et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient, qui peut être un infirmier, le collège se réunit au sein de l'établissement et entend le patient en amont. D'après les informations recueillies, le préfet s'oppose rarement aux sorties ou levées de mesure. Toutefois, des médecins ont fait part d'un mécanisme d'anticipation des refus, se traduisant par une prudence, probablement excessive, dans la construction de projet de sortie de certains patients en SPDRE, des réticences pouvant s'exprimer aussi au sein des équipes.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES LITS DE PEDOPSYCHIATRIE N'ETANT PAS UTILISES, LES MINEURS SONT HEBERGES A L'HOPITAL GENERAL OU DANS LES CHAMBRES D'ISOLEMENT DES UNITES DE PSYCHIATRIE ADULTE

Au jour du contrôle, six adolescentes de moins de dix-sept ans étaient hospitalisées à temps complet au CH. Cinq d'entre elles étaient admises dans le service de pédiatrie du CH de Châteauroux et une au pavillon A du pôle de psychiatrie.

9.1.1 L'organisation du service

Le SPIJ, implanté sur le site du CH de Châteauroux, accueille les enfants de zéro à dix-sept ans domiciliés dans le département de l'Indre. Sauf exception, les mineurs de dix-sept ans sont pris en charge par les équipes de psychiatrie adultes.

Le SPIJ dispose de quatre lits d'hospitalisation complète qui ne sont cependant jamais utilisés en raison, d'une part, de l'inadaptation des locaux à l'accueil des adolescents et, d'autre part, du besoin en personnel que leur utilisation nécessiterait – estimé à près de quinze postes. La dernière hospitalisation au sein des locaux du SPIJ a eu lieu en 2017. Elle a duré deux jours et concernait un enfant de moins de dix ans qui présentait des troubles importants du comportement.

Les enfants et adolescents, dont l'état clinique nécessite une hospitalisation complète, sont principalement dirigés vers le service de pédiatrie du CH dès lors que leur état de santé est compatible avec un accueil en unité de soins somatiques. Ils bénéficient de consultations et de soins dispensés par le SPIJ, en collaboration avec le service de pédiatrie, et d'activités à l'hôpital de jour. Ils peuvent également être hospitalisés au centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA) du centre hospitalier spécialisé de Bourges. Une convention, signée en 1999, prévoit que deux places sont réservées, au sein du CASA, pour prendre en charge les mineurs originaires du département de l'Indre, âgés de douze à seize ans et « présentant une pathologie exclusive ». Ces hospitalisations sont en principe programmées.

Enfin, les mineurs présentant des risques pour les autres enfants ou pour eux-mêmes sont orientés dans les unités de psychiatrie adulte sur le site de Gireugne. Ils y sont hébergés en CI et bénéficient d'un suivi par l'équipe de la pédopsychiatrie.

La direction du CH, consciente des insuffisances de cette organisation – mise en place pour répondre aux mauvaises conditions d'accueil au sein du SPIJ – a présenté un projet de déménagement sur le site de Gireugne, à proximité des pavillons d'hospitalisation pour adultes. Cette nouvelle structure, qui disposerait d'un accès différencié, permettrait aux mineurs de bénéficier des espaces et des équipements présents sur le site de Gireugne et faciliterait, en outre, la prise en charge des jeunes entrant en secteur de psychiatrie adulte.

Cette opération figure dans le plan pluriannuel d'investissement de l'établissement, à hauteur de neuf millions d'euros.

RECOMMANDATION 48

Nonobstant l'inadaptation des locaux du SPIJ pour l'hospitalisation complète de mineurs, le CGLPL recommande qu'ils ne soient pas accueillis dans un service de psychiatrie pour adultes.

En 2021, 88 mineurs ont été hospitalisés en pédiatrie 7 au CASA et 20 en services d'hospitalisation adulte. Deux enfants ont par ailleurs été hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences, pour une durée d'une journée chacun.

Le nombre de patients originaires de l'Indre hospitalisés est en augmentation de 52 % entre 2020 et 2021 du fait de la diminution de l'accueil pendant le confinement – au profit du développement de téléconsultations – puis d'un afflux de demandes de soins à partir de la fin de l'année 2020. Le nombre de journées d'hospitalisation est également en hausse (+ 30% en service de pédiatrie) en raison, a-t-il été indiqué, du nombre important de patients présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA) nécessitant une hospitalisation longue.

Les cas d'admission en SDPRE ou sur ordonnance de placement provisoire (OPP) sont rarissimes. Il est indiqué que les derniers datent de la fin des années 90.

98% de l'activité du SPIJ concerne la prise en charge ambulatoire des patients mineurs. Outre l'hôpital de jour, le SPIJ dispose de places en CATTP et en unité d'accueil familial thérapeutique et comprend sept CMP dont il est indiqué qu'ils permettent de prendre en charge l'ensemble des demandes de soins du département. La durée d'attente pour une prise en charge en CMP est d'environ trois mois.

Depuis 2020 l'UMAEC, dédiée aux mineurs, centralise l'ensemble des demandes de soins dans le département. Elle reçoit les mineurs en situation de crise dans les 24 à 48 heures – qu'il s'agisse de nouveaux patients ou de patients déjà suivis – et procède aux premières évaluations, aux réévaluations des programmes de soins et aux orientations nécessaires. Il est indiqué qu'en sus de l'apaisement de la crise, ce travail d'accueil et d'évaluation contribue à une meilleure connaissance des enfants et à l'amélioration des programmes de soins, en cours ou à venir.

L'UMAEC assure par ailleurs des consultations ponctuelles ou des soins journaliers auprès des enfants et adolescents hospitalisés en pédiatrie à la suite de comportement suicidaires ou de TCA.

BONNE PRATIQUE 4

L'existence d'une unité mobile d'accueil, d'évaluation et de coordination permet de recevoir rapidement les mineurs en situation de crise et contribue à limiter certaines hospitalisations.

Pour rappel, sur les quatre postes de pédopsychiatres autorisés, un seul est pourvu par un médecin qui exerce au CH de Châteauroux depuis plus d'une vingtaine d'année. L'équipe du SPIJ comprend, en outre, trois cadres, des psychologues, des infirmiers, des éducateurs, des psychomotriciens, des musicothérapeutes, un ergothérapeute, une aide-soignante, une assistante familiale thérapeutique, une assistante sociale et un chauffeur.

Des analyses de pratique sont programmées mensuellement, animée par un psychanalyste extérieur à l'établissement, et des formations collectives sont ponctuellement proposées. Elles portent, prioritairement, sur les entretiens familiaux et la gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité.

9.1.2 Les modalités de prise en charge

Lorsqu'un patient mineur se présente aux urgences de l'hôpital, une première évaluation clinique est réalisée par un infirmier psychiatrique et la situation est évoquée, par téléphone, avec la pédopsychiatre. Les hospitalisations sont systématiques en cas de tentative de suicide.

A leur arrivée, tous les mineurs sont reçus, soit par la pédopsychiatre au sein du service de pédiatrie, soit par le psychiatre du service – ou de garde – dans les unités de psychiatrie adultes. Le suivi est ensuite assuré par le médecin du SPIJ.

Un programme de soins est établi, en réunion clinique, pour chacun des mineurs. Outre les soins proprement dits, une quarantaine d'activités, en groupe ou individuelles, sont proposées au sein du SPIJ.

Les soignants consacrent une heure par semaine, *a minima*, aux entretiens avec les familles.

L'étude des programmes de soins des mineures présentes au jour du contrôle révèle que les cinq jeunes filles hébergées en pédiatrie bénéficiaient d'une à trois heures d'activités en groupe par jour, sauf le week-end, et d'une heure hebdomadaire de prise en charge individuelle. En revanche, aucune activité n'était proposée à l'adolescente hospitalisée en service de psychiatrie adultes. Son programme de soins, daté du 4 octobre 2021 et mentionnant des activités tout au long de la semaine (trois activités de groupe par jour et une prise en charge individuelle), n'avait fait l'objet d'aucune réactualisation ; aucune organisation n'était mise en place pour lui permettre de participer aux activités proposées par le SPIJ.

L'accès au téléphone et les modalités de visite sont définis dans le contrat de soins établi par la pédopsychiatre. Sauf situation clinique particulière, les communications avec l'extérieur sont généralement interdites pendant les premières 48 heures de l'hospitalisation.

Il n'y a jamais de décision de mise en pyjama pour les mineurs hospitalisés en pédiatrie. En revanche, ceux qui sont pris en charge en unité de psychiatrie adulte sont systématiquement défaits de leurs effets personnels et mis en pyjama, au seul motif de leur placement en CI.

RECOMMANDATION 49

La mise en pyjama constitue une mesure dégradante qui porte atteinte à la dignité du patient mineur. Elle ne doit pas être systématiquement imposée durant le placement en chambre d'isolement. Sa prescription, à titre très exceptionnel, doit être fondée sur des considérations cliniques et faire l'objet d'une réévaluation constante.

9.1.3 Les pratiques d'isolement

Les mineurs âgés de moins de dix-sept ans, présentant des troubles du comportement sévère incompatibles avec un hébergement en pédiatrie, sont placés en CI au sein du pôle de psychiatrie adulte – parfois en attendant leur transfert au CASA de Bourges.

Il est indiqué que ces patients sont généralement des primo-hospitalisés, en provenance du service des urgences, admis les soirs ou les week-ends. Ce n'était pas le cas, au jour du contrôle.

Le placement en CI au sein des services de psychiatrie adulte constitue une modalité d'hébergement, présentée comme « protectrice » pour le mineur. Il a été indiqué que cette pratique avait été systématisée, une dizaine d'années auparavant, après qu'un mineur âgé de dix-sept ans ait eu des relations sexuelles avec un patient majeur.

Généralement, les adolescents sont pris en charge au pavillon A en raison de la présence d'un sas permettant de laisser la porte de la chambre ouverte. S'il n'y a pas de place, ils peuvent être hébergés au pavillon D, au sein de l'espace protégé qui est alors fermé.

Le jeune patient y dispose de la télévision et peut conserver avec lui des objets personnels, des livres en particulier. Il n'est en revanche pas autorisé à porter ses vêtements personnels.

Le suivi médical des mineurs, placés à l'isolement, est assuré par la pédopsychiatre du SPIJ qui, à l'exception du week-end, se rend quotidiennement sur le site de Gireugne dès lors qu'un mineur de moins de dix-sept ans y est hébergé. En cas de besoin, il peut également être fait appel aux psychiatres du pavillon ou de garde.

Au jour du contrôle, une jeune fille de seize ans était placée à l'isolement depuis dix jours, après avoir été admise pour des passages à l'acte auto agressif. Elle était bien connue des équipes du SPIJ. Vêtue du pyjama de l'hôpital, elle ne bénéficiait d'aucune activité hormis la télévision. Ses interactions sociales se limitaient à la venue de la pédopsychiatre, aux passages infirmiers – pour l'accompagnement à la douche, les repas et la distribution des traitements – et aux deux appels téléphoniques à son père et sa grand-mère. Au jour du contrôle, elle devait prochainement bénéficier d'une permission de sortie chez son père et il était prévu qu'elle fasse l'objet d'une hospitalisation de nuit, toujours en CI « pour la protéger des autres patients ».

Les mesures d'isolement sont tracées dans le dossier du patient.

RECOMMANDATION 50

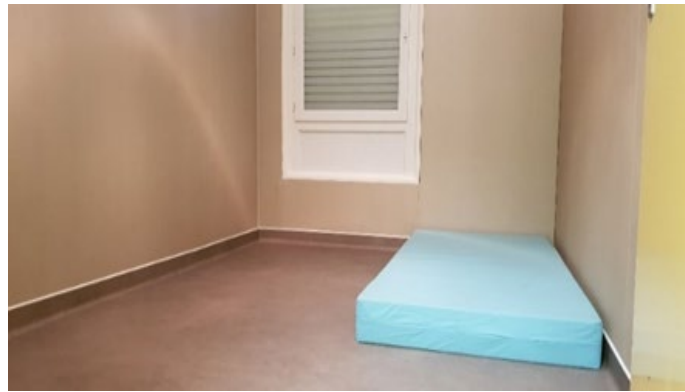
L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent doit être évité par tout moyen. Outre qu'il n'est pas prévu par les dispositions légales, il ne saurait intervenir, en tout état de cause, que s'il existe un risque sérieux et imminent pour le mineur ou pour autrui et après que des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, se soient révélées inefficaces. Sa durée, qui doit être la plus courte possible, ne doit jamais dépasser la situation de crise.

Au sein des locaux du SPIJ, il n'existe en revanche aucune CI.

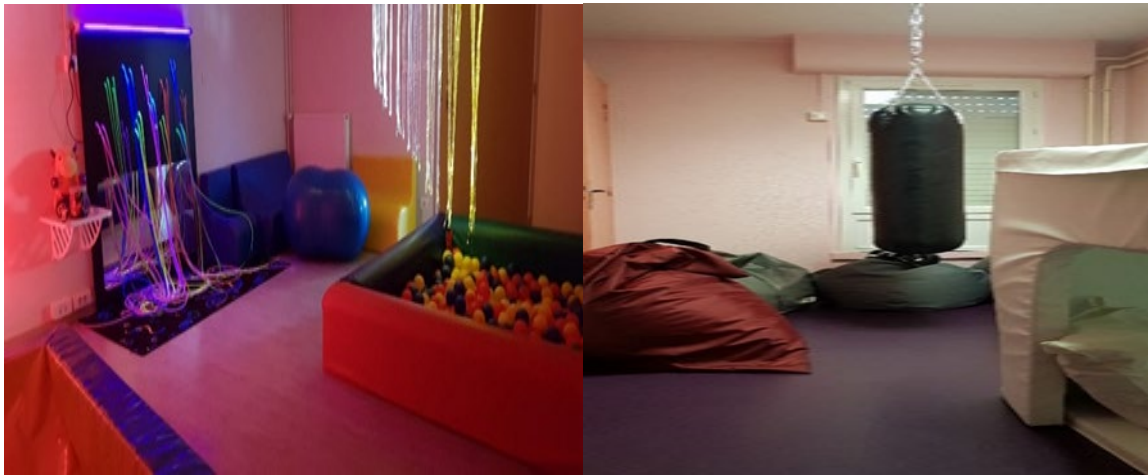
En cas d'agitation, les mineurs sont pris en charge au sein d'une chambre d'apaisement, meublée dans un angle d'un matelas recouvert de plastique bleu, dotée d'une fenêtre au vitrage opacifié et accessible par une porte maintenue ouverte. Le pavillon dispose par ailleurs de plusieurs espaces d'apaisement spécifiques, dotés d'objets et d'équipements permettant de lutter contre le stress et d'apaiser la crise : coussins et couvertures lestés, tente, mobilier enveloppant, jeux de lumières, balles antistress, etc.

Ces espaces, utilisés en cas d'anxiété ou d'agressivité, permettent aux mineurs de s'isoler et de retrouver leur calme dans des conditions respectueuses de leur dignité et de leur intégrité. La durée est limitée et un soignant est constamment présent auprès du jeune.

Les suivis en chambre d'apaisement sont tracés sur un formulaire *ad hoc* mentionnant l'identité du patient, la date de la prescription et le nom du médecin prescripteur, les horaires de début et de fin de la mesure, l'information aux parents, les entretiens soignants, ainsi que les comptes-rendus de la situation (lieu, personnes, élément déclencheur, durée, perception et sens de la crise) et de l'évolution de l'état du mineur en chambre d'apaisement.



Chambre d'apaisement au sein du SPIJ



Espaces aménagés pour apaiser les mineurs

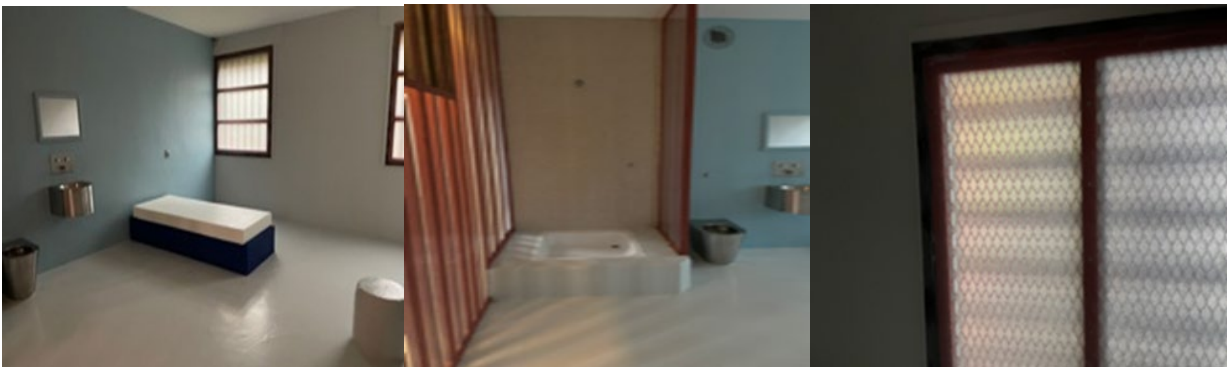
9.2 LES DROITS FONDAMENTAUX DES DETENUS NE SONT PAS GARANTIS AU COURS DE LEUR HOSPITALISATION

9.2.1 Les conditions d'hébergement

Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient détenu n'était hospitalisé. Les informations relatives aux modalités de prise en charge ont été recueillies auprès des professionnels de santé du CH.

Les détenus sont admis au CH en SDRE au titre de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale. Ils proviennent du CP de Châteauroux ou bien de la MC de Saint-Maur. Le nombre d'hospitalisations au cours de ces trois dernières années s'élève à : dix en 2019, treize en 2020 et sept en 2021. Les hospitalisations de l'année 2021 ont concerné six patients (un détenu a été hospitalisé à deux reprises), les durées d'hospitalisation ont varié entre cinq et onze jours. Quatre patients ont réintégré leur établissement d'origine à l'issue de leur hospitalisation et les deux autres ont été transférés à l'unité d'hospitalisation sécurisée aménagée (UHSA) d'Orléans (département du Loiret).

Bien que le pavillon B dispose d'une « chambre cellulaire », les détenus sont majoritairement hospitalisés à l'UHPC du pavillon A car le pavillon B ne dispose pas d'une entrée directe vers la chambre cellulaire, le détenu doit alors traverser tout le pavillon. Cette chambre est cependant plus spacieuse que les CI bien qu'il s'agisse d'un espace d'isolement. Elle est pourvue de deux fenêtres barreaudées dont les vitres sont opacifiées et ne permettent aucune vue sur l'extérieur ni ne laissent entrer la lumière naturelle. Elles ne s'ouvrent pas, l'aération s'effectue au moyen d'un système de ventilation mécanique (VMC). La chambre est meublée d'un lit « bi-blocs » et d'un pouf. Les WC en inox, dépourvus d'abattant, et la douche sont également implantés dans cette pièce. Il n'y a pas de muret de séparation entre les WC, dont la chasse d'eau est actionnable par l'occupant, et le reste de la pièce. A l'instar des CI, un dispositif de vidéosurveillance a été installé. La caméra offre une vue sur l'ensemble de cette pièce, l'image des WC est occultée par un carré blanc. Cette chambre, à la différence des CI, est dotée d'un dispositif d'appel.



Chambre cellulaire du pavillon B

Comme indiqué *supra*, les détenus sont systématiquement placés en CI au pavillon A. Le placement systématique en CI est justifié par des raisons sécuritaires (risque de fugue) et non par l'état clinique du détenu. L'établissement a été confronté, en novembre 2020, à la fugue d'un détenu provenant de la MC qui avait été placé en CI au pavillon B. Ce dernier s'est évadé en passant par le soubassement de la chambre, les forces de police l'ont interpellé le jour même de son évasion. Depuis cet incident le pôle privilégie le placement des détenus à l'UPC. L'hébergement en chambre cellulaire, dont la configuration est sécurisée, serait destiné aux patients très agités.

Depuis la fugue du détenu, quel que soit le profil du patient, ce dernier n'est jamais autorisé à s'aérer dans le *patio*. Il peut donc demeurer dans la CI, sans avoir accès à l'air libre ni fumer, pendant plus d'une semaine.

A ce jour, la prise en charge des détenus au sein du pôle de psychiatrie du CH de Châteauroux n'a pas fait l'objet d'un protocole établi entre le CP de Châteauroux, la MC de Saint-Maur, l'ARS du Centre – Val de Loire, la direction interrégionale des services pénitentiaires du Grand Centre - Dijon et la direction du CH. Ce projet n'est pas à l'ordre du jour. Un protocole cadre relatif à la prise en charge des détenus à l'USMP a été élaboré entre le CP de Châteauroux, la MC de Saint-Maur et le CH de Châteauroux mais il n'est pas fait mention des modalités d'hospitalisation en SSC des détenus au CH.

9.2.2 Les modalités de prise en charge

Dans le cas d'une hospitalisation d'un détenu un échange téléphonique a lieu entre l'équipe de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire et l'équipe soignante du pavillon d'admission qui recueille les premiers éléments d'information relatifs à l'état clinique et aux traitements prescrits.

Trois soignants, accompagnés d'un ambulancier, se rendent à l'établissement pénitentiaire pour prendre en charge et acheminer le détenu vers le CH. Ce dernier n'est pas autorisé à emporter des effets personnels. Les infirmiers récupèrent, sous pli cacheté, les éléments du dossier patient. Le patient est ensuite installé sur le brancard. Selon les propos recueillis, il n'est pas systématiquement soumis à une contention. Aucune information relative au dossier pénal du patient n'est communiquée à l'équipe soignante du pavillon d'accueil.

A son arrivée et une fois installé en CI, le détenu est invité à se défaire de sa tenue civile, qui est rangée dans une armoire fermée à clefs, et à revêtir le pyjama de l'établissement.

Comme précisé auparavant, le détenu est enfermé durant toute la durée de son hospitalisation dans la CI. Il n'a aucun contact avec les autres patients et il ne peut participer à aucune activité ni bénéficier d'un temps de promenade. La seule distraction consiste à regarder la télévision. De même, il ne peut recevoir aucune visite, ni d'appels téléphoniques.

Il prend ses repas en chambre et peut conserver une bouteille d'eau avec lui. Les passages des soignants, au nombre de trois pour des raisons sécuritaires, sont conditionnés par les heures de repas, le nettoyage de la chambre et les entretiens médicaux. La prise en charge proposée ne relève pas de la mise en œuvre d'un dispositif de soins individualisé et adapté à la clinique. Elle est conditionnée par ces passages quotidiens et par des motifs sécuritaires.

RECOMMANDATION 51

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique, sans justification clinique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre.

Dans ses observations du 9 septembre répondant au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital considère que l'établissement ne devrait pas accueillir de patients détenus, qui relèvent d'une surveillance pénitentiaire et devraient donc être pris en charge par une UHSA :

« L'attention de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté est ... attirée sur le fait que, en ce qui concerne les détenus hospitalisés en psychiatrie, les situations pointées dans le rapport trouvent leur source dans la pratique préfectorale consistant à admettre des détenus en hospitalisation psychiatrique sans consentement au Centre Hospitalier de CHATEAUROUX LE BLANC en dehors des possibilités prévues par la réglementation, cette pratique ayant elle-même son origine dans le nombre trop restreint de lits d'UHSA disponibles.

Elle produit une note remise à la directrice de cabinet du préfet de l'Indre à l'occasion d'une réunion en préfecture le 20 juin 2022 :

« Le CH de Châteauroux-Le-Blanc ... est fréquemment confronté à la question de la prise en charge des détenus nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète dans la mesure où deux établissements pénitentiaires importants sont implantés à proximité. Il est à noter que c'est

à Fleury-les-Aubrais qu'est implantée l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) dans le ressort territorial de laquelle ces établissements pénitentiaires se trouvent.

La pratique « traditionnelle » consiste à accueillir en hospitalisation (avec ou, le plus souvent, sans consentement sur décision du Préfet) soit des détenus qui ne peuvent être accueillis à l'UHSA en raison de son nombre de lits limités soit des cas urgents. Cependant, il s'agit d'une pratique contraire à la législation qui met gravement en difficulté le Centre Hospitalier de Châteauroux le Blanc et ses équipes. En effet, les locaux du CH ne sont pas adaptés à l'accueil de détenus (nécessitant par définition une surveillance particulière) et les personnels du CH ne sont pas formés à cela, ce qui implique qu'ils soient régulièrement confrontés à des situations angoissantes et dangereuses dépassant le cadre de leurs missions et de leurs compétences.

Les articles D398 du code de procédure pénale et L3214-3 du code de la santé publique disposent tous les deux en substance que lorsqu'un détenu est atteint de troubles mentaux rendant impossible son consentement, le Préfet prononce par arrêté son hospitalisation dans les conditions de l'article L3214-1 du Code de la santé publique. Ces dispositions sont reprises par l'article L322-8 du Code pénitentiaire récemment entré en vigueur. Or cet article L3214 -1 du Code de la santé publique prévoit, dans son I, en ce qui concerne des soins avec consentement, que l'hospitalisation à temps complet est réalisée « au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée », ce qui exclut la possibilité d'y procéder au CH de Châteauroux-le-Blanc, et, en son II, qui concerne les soins sans consentement, que l'hospitalisation à temps complet est également réalisée « au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée », (ce qui exclut pareillement la possibilité d'y procéder au CH de Châteauroux-le-Blanc) ou « sur la base d'un certificat médical au sein d'une unité adaptée » (dans le code de la santé publique, la notion d'unité adaptée renvoie aux unités pour malades difficiles). C'est donc exclusivement au sein d'une UHSA qu'un détenu atteint de troubles mentaux doit être hospitalisé.

C'est la raison pour laquelle le code de la santé publique prévoit clairement que « Lorsque l'unité spécialement aménagée territorialement compétente n'est pas en mesure de prendre en charge une personne détenue, faute de place disponible, son hospitalisation est recherchée au sein de l'UHSA la plus proche » (article R3214-2). C'est également la raison pour laquelle le code de procédure pénale dispose, au sujet des détenus atteints de troubles mentaux, qu'« il n'est pas fait application à leur égard de la règle posée au second alinéa de l'article D 386 concernant leur surveillance par un personnel de police pendant leur hospitalisation ».

Cela ne signifie pas que des détenus peuvent être hospitalisés en psychiatrie sans surveillance. Mais cela signifie que, dans la mesure où une telle hospitalisation ne peut avoir lieu qu'au sein d'une UHSA (où la garde des détenus incombe à l'administration pénitentiaire en application de l'article R.3214-5 du code de la santé publique renvoyant à l'article R322-15 du code pénitentiaire), il n'est pas nécessaire que la police assure la surveillance d'un détenu hospitalisé en psychiatrie.

En revanche, il est contraire à la législation qu'un détenu puisse se retrouver hospitalisé en psychiatrie au Centre hospitalier de Châteauroux-Le-Blanc, et a fortiori sans faire l'objet d'aucune surveillance ni par l'administration pénitentiaire ni par les forces de l'ordre ».

Ces éléments amènent donc à questionner sérieusement la pratique actuelle qui consiste à ce que le préfet prononce l'admission psychiatrique sans consentement de détenus au Centre Hospitalier de Châteauroux-Le-Blanc. A tout le moins, cela devrait a minima et dans un premier temps

impliquer que lorsqu'une telle pratique a néanmoins lieu, cela ne puisse se faire qu'à la condition expresse que la surveillance du détenu soit assurée par l'administration pénitentiaire. »

Lorsque le séjour se prolonge jusqu'à la comparution à l'audience du JLD, ce qui relève de l'exception comme en témoignent les données statistiques, une escorte policière est sollicitée pour se rendre au pavillon central où se tiennent les audiences du JLD. Il n'a pas été possible de savoir si les fonctionnaires de police avaient recours au menottage, la présentation d'un détenu devant le JLD étant exceptionnelle. L'entretien avec l'avocat a lieu en principe là-bas, mais elle a pu parfois se dérouler en CI, les soignants se tiennent à l'écart, mais restent présents.

A son retour à l'établissement pénitentiaire ou lors de son transfert à l'UHSA, le patient est acheminé par les agents pénitentiaires.