



Rapport de visite :

12 au 16 septembre 2022-2^{ème} visite

Centre hospitalier spécialisé

Henri Ey à Bonneval

(Eure-et-Loir)



SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite, annoncée, du centre hospitalier spécialisé Henri Ey à Bonneval (CHB), du 12 au 16 septembre 2022. Cette mission constituait une deuxième visite après un premier contrôle réalisé du 5 au 9 novembre 2012.

Le rapport provisoire, rédigé à l'issue de la visite, a été transmis le 22 février 2023 au directeur du CHB, au préfet d'Eure-et-Loir, aux chefs de juridiction de Chartres et à l'ARS Centre-Val de Loire. Seul le directeur du CHB a fait valoir ses observations en retour, intégrées dans le présent rapport définitif.

Le CHB compte 181 lits de psychiatrie adulte, seuls deux pôles accueillent des patients en soins sans consentement : le pôle chartrain (CHBC) et le pôle Dunois-Perche à Bonneval (CHBB). Les contrôles du CGLPL ont porté uniquement sur les unités de ces pôles accueillant des patients en soins sans consentement.

La moitié des observations émises lors du contrôle du CGLPL en 2012 n'ont pas été suivies d'effets et les atteintes aux droits fondamentaux des patients demeuraient très importantes.

L'établissement fait face à un déficit marqué de personnel médical et non médical, malgré une politique volontariste en matière de recrutement. La réorganisation du secteur intra hospitalier prévue à compter de septembre 2022 pourrait ne pas répondre à cet enjeu, les agents interrogés n'en percevant que les inconvénients.

Les patients bénéficient insuffisamment d'une présence médicale, dont les changements fréquents rendent difficile leur suivi et leur alliance thérapeutique.

L'offre d'activités thérapeutiques est presque inexistante et les patients s'ennuient.

Les locaux, parfois inadaptés, ne permettent pas d'assurer la sécurité, notamment à l'unité de gérontopsychiatrie « Les arcades ». La liberté d'aller et venir est particulièrement entravée, toutes les unités sauf une étant fermées.

Les patients hospitalisés en soins libres sont illégalement hospitalisés derrière des portes closes. Les pratiques d'isolement et de contention ne respectent pas le cadre légal dans certaines unités, malgré la diminution observée de leur mise en œuvre en 2022. Elles peuvent concerner des mineurs, des patients hospitalisés en soins libres, être improprement tracées ou renouvelées, voire constituer des situations maltraitantes pour les patients de l'unité Saint-Florentin. La Contrôleure générale a adressé un courrier au ministre de la Santé et de la Prévention, le 24 novembre 2022, concernant la gravité des constats opérés dans cette unité et dans l'unité de soins de longues durées.

Face aux constats du CGLPL, une partie du personnel a eu une réaction très positive et s'est immédiatement mise au travail afin de trouver des solutions face aux situations illégales dénoncées.

Un nouveau chef d'établissement a pris ses fonctions au début du mois de mars 2023 et s'est saisi des observations formulées dans le rapport provisoire qu'il considère comme une feuille de route. La direction a échangé plusieurs fois avec la cheffe de mission, renvoyé au CGLPL son plan d'action suite à une nouvelle mise à jour, ce qui montre à quel point l'établissement est soucieux d'avancer sur la voie des droits fondamentaux des patients dont il a la responsabilité des soins. Les réponses apportées, lors de la phase contradictoire, à toutes les recommandations paraissent démontrer une dynamique de projet avec les équipes pour travailler sur l'ensemble des points soulevés.

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 146

L'établissement a mis en place un tableau de bord des mesures d'isolement et de contention permettant une vision et un suivi en temps réel.

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 118

Un budget spécifique doit permettre la construction et le fonctionnement d'une cafétéria sur le site du centre psychiatrique de Chartres.

RECOMMANDATION 218

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients de psychiatrie hospitalisés en soins sans consentement, des pratiques d'isolement et de contention et de l'évolution législative les encadrant.

RECOMMANDATION 319

Le budget du personnel soignant doit être consacré au recrutement et à l'emploi d'un personnel pérenne, institutionnellement investi au long cours auprès des patients dans le cadre de soins de qualité, plutôt qu'à celui de médecins et d'infirmiers intérimaires intervenant pendant de brèves missions, sans constituer de réels repères soignants pour les patients pris en charge.

RECOMMANDATION 420

Afin de préserver la qualité des soins, il convient de veiller à une application rigoureuse de l'article R6152-27 du code de la santé publique qui prohibe les gardes d'une durée de plus de 24 heures et la prise de deux gardes consécutives.

RECOMMANDATION 521

L'ensemble du personnel doit pouvoir bénéficier de formations concernant les droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 621

Toutes les équipes qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier d'une supervision animée par un intervenant extérieur à l'établissement afin de pouvoir interroger leurs pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 723

Le comité d'éthique doit être mis en place pour accompagner les professionnels dans leur réflexion relative notamment au respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients et à la confrontation des principes déontologiques guidant leurs fonctions aux difficultés et questionnements pratiques.

RECOMMANDATION 8 24

Les patients nécessitant des soins psychiatriques urgents alternatifs à l'hospitalisation à temps plein, comme ceux nécessitant un relais de soins en sortie d'hospitalisation, ne doivent pas faire face à des délais d'attente de quatre mois et demi pour consulter un psychiatre et d'un an pour un psychologue au centre médico-psychologique de Chartres, et d'un an et demi au centre médico-psychologique de Bonneval. Les centres médico-psychologiques de l'établissement doivent disposer de l'effectif soignant nécessaire pour répondre à leurs missions.

RECOMMANDATION 9 25

L'accueil des patients de psychiatrie aux urgences du centre hospitalier Louis Pasteur doit respecter la confidentialité lors de l'enregistrement et de l'attente de leur prise en charge, dans des espaces d'attente et d'examen réservés et adaptés.

RECOMMANDATION 10 27

Dans le service des urgences du centre hospitalier Louis Pasteur, les patients de psychiatrie qui présentent un état d'agitation incontrôlable nécessitant un isolement voire l'emploi de contentions doivent bénéficier d'un espace respectant leur dignité et leur sécurité, réservé et adapté à l'exercice de ces mesures. L'établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date, son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé assurant la surveillance. Les pratiques qui consistent à attacher des patients de psychiatrie agités sur des brancards doivent cesser.

RECOMMANDATION 11 27

Le recueil des observations du patient lors de la notification d'hospitalisation en soins sans consentement doit être systématique et tracé.

RECOMMANDATION 12 29

L'établissement doit disposer d'un règlement intérieur actualisé. Les règles de vie d'une unité doivent être énoncées dans un document remis aux patients et affiché dans l'unité.

RECOMMANDATION 13 30

L'établissement doit disposer et remettre dès l'arrivée, ou dès que l'état du patient le permet, un document de présentation actualisé détaillant les différents types de soins sans consentement, les droits des patients ainsi que les autorités susceptibles d'être saisies.

RECOMMANDATION 14 30

Le personnel soignant amené à notifier les décisions jalonnant le parcours de soins sans consentement doit être formé au volet administratif et juridique de ce cadre de soins afin de pouvoir donner toute explication orale aux patients.

RECOMMANDATION 15 31

Les chambres de l'unité « Les arcades » étant totalement inadaptées aux patients âgés, l'établissement doit accélérer la mise en œuvre de son programme de construction d'une nouvelle unité dédiée aux patients en gériatrie.

RECOMMANDATION 16 35

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au mode d'hospitalisation. Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir.

RECOMMANDATION 17 36

Les restrictions liées au tabac doivent être justifiées par la situation clinique du patient et une action d'éducation thérapeutique doit être proposée dans le cadre d'un sevrage ou d'une réduction de sa consommation.

- RECOMMANDATION 18** 37
Les restrictions aux visites des familles qui n'existent que dans l'unité de gérontopsychiatrie doivent cesser car elles constituent une atteinte grave au maintien des liens familiaux.
- RECOMMANDATION 19** 37
Les patients doivent avoir la possibilité de recevoir la personne de leur choix dans leur chambre.
- RECOMMANDATION 20** 38
L'acheminement du courrier des patients doit être réalisé dans les plus brefs délais.
- RECOMMANDATION 21** 39
Le standard doit veiller à prendre toutes les informations utiles avant de transmettre un appel téléphonique vers l'unité où est admise la personne hospitalisée. Une procédure stricte garantissant la confidentialité doit être mise en place.
- RECOMMANDATION 22** 39
Les patients doivent pouvoir bénéficier d'arrêts de travail délivrés par les médecins sans référence au lieu d'hospitalisation, afin de préserver la discrétion sur la nature de leur maladie.
- RECOMMANDATION 23** 39
Les patients doivent être informés par voie d'affichage des modalités d'accès au vote dont l'exercice est un droit qui doit être assuré.
- RECOMMANDATION 24** 41
La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle au sein du centre hospitalier concernant la formation spécifique proposée aux soignants et les manières d'aborder la question avec les patients.
- RECOMMANDATION 25** 42
Les patients en chambre d'isolement doivent pouvoir voir l'heure et la date et se signaler auprès de l'équipe soignante, et ce même lorsqu'ils sont contenus. Ils doivent également pouvoir régler la température de la chambre.
- RECOMMANDATION 26** 43
L'attention portée à la sécurité des patients placés en isolement ne peut justifier l'existence de dispositifs permettant de visualiser les sanitaires et WC, intrusifs et attentatoires à l'intimité et la dignité. Dans la douche, la présence d'un flexible constitue un risque pour les personnes présentant une tendance suicidaire.
- RECOMMANDATION 27** 44
Le personnel soignant doit bénéficier de formations concernant l'isolement et la contention, les alternatives à ces pratiques et le cadre légal qui les encadre.
- RECOMMANDATION 28** 46
L'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention doit faire l'objet d'un traitement institutionnel par l'établissement.
- RECOMMANDATION 29** 47
Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit être isolé sans que soit rapidement modifié son mode d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 30** 48
L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent, même sur des durées courtes, doit être évité par tout moyen. En outre, cette mesure, lorsqu'elle a lieu, doit être retranscrite dans un registre spécifique.

RECOMMANDATION 31 49

L'analyse de qualité du registre d'isolement et de contention doit inciter la mise en œuvre d'une politique institutionnelle de réduction de ces pratiques.

RECOMMANDATION 32 49

Les patients doivent bénéficier de révisions régulières de leurs projets de soins, au moyen de réunions auxquelles ils doivent être associés ; leur consentement aux étapes de ces projets doit être recherché et tracé dans leur dossier médical.

RECOMMANDATION 33 50

Les soignants doivent recevoir une formation spécifique concernant l'existence et le rôle de la personne de confiance afin d'assurer le recueil systématique de la désignation à l'admission, de délivrer une information adaptée aux patients et aux personnes désignées, et de contacter ces dernières dans le respect des dispositions légales.

RECOMMANDATION 34 50

La confidentialité lors de l'administration des traitements doit être assurée ; les patients doivent bénéficier d'une information spécifique concernant tous les médicaments qui leur sont prescrits ; les prescriptions d'injections « si besoin » doivent systématiquement suivre une évaluation médicale et préciser le contexte clinique.

RECOMMANDATION 35 52

La commission départementale des soins psychiatriques doit impérativement être mise en place à bref délai et les patients informés des modalités de sa saisine et de son fonctionnement.

RECOMMANDATION 36 54

Les distances à parcourir pour parvenir à la salle d'audience située au Coudray, s'agissant des patients hospitalisés à Bonneval et à Dreux, peuvent constituer un obstacle à l'accès au juge.

RECOMMANDATION 37 55

A défaut de notification faite directement à l'issue de l'audience, l'ordonnance du juge des libertés et de la détention doit être communiquée au patient dans les plus brefs délais.

RECOMMANDATION 38 56

En application de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, le juge des libertés et de la détention doit être saisi pour l'examen des mesures d'isolement et de contention respectivement renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et prolongées au-delà de 72 et 48 heures.

RECOMMANDATION 39 58

Des réunions cliniques régulières en équipes pluriprofessionnelles doivent participer dans chaque unité à la qualité des soins dispensés, par une revue systématique des projets de soins de chaque patient. La mise en œuvre dans toutes les unités de réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients au cours de leur hospitalisation, pourraient contribuer à la qualité de l'alliance thérapeutique nécessaire aux projets de soins.

RECOMMANDATION 40 59

Les effectifs de psychiatres dans les unités doivent leur permettre de répondre à leurs missions de soins et les patients doivent avoir accès à un psychologue dans toutes les unités intra hospitalières.

RECOMMANDATION 41 59

Des médiateurs pairs de santé doivent être recrutés et formés par l'établissement afin d'intervenir dans les unités de soins intra-hospitalières et les directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent être mises en œuvre, ces outils de soins permettant une amélioration objective de la qualité des soins dispensés. Les soignants doivent recevoir des formations spécifiques sur ces thèmes.

RECOMMANDATION 42 60

Toutes les équipes soignantes des unités intra hospitalières doivent se voir proposer la mise en œuvre de réunions régulières d'analyse de leurs pratiques professionnelles, animées par des intervenants extérieurs.

RECOMMANDATION 43 61

Tous les patients hospitalisés doivent bénéficier d'un accès équivalent à un dispositif structuré d'activités thérapeutiques, animé par un personnel en nombre adapté et spécifiquement formé, afin de garantir la qualité de leur processus de réhabilitation psycho-sociale.

RECOMMANDATION 44 62

La continuité des soins somatiques doit être organisée de manière effective.

RECOMMANDATION 45 63

Les patients suivis en programme de soins doivent bénéficier d'un examen psychiatrique systématique avant l'établissement du certificat médical préconisant le maintien ou la levée de la mesure de soins sans consentement.

RECOMMANDATION 46 65

Dans l'unité de gérontopsychiatrie « Les arcades », les fenêtres doivent permettre une ouverture minimale pour une aération naturelle et les barreaux retirés.

RECOMMANDATION 47 66

Dans l'unité de gérontopsychiatrie « Les arcades », les patients doivent pouvoir accéder à leur chambre toute la journée sans restriction. Les locaux doivent être organisés afin que les patients puissent circuler aisément dans l'unité.

RECOMMANDATION 48 66

La direction doit s'impliquer davantage dans la gestion de l'unité des « arcades » et trouver des solutions pour aider les personnels à sortir des conflits.

RECOMMANDATION 49 68

Les mesures d'isolement pratiquées dans l'unité des « blés d'or » doivent l'être selon les dispositions légales.

RECOMMANDATION 50 68

Le placement des mineurs dans une unité d'adultes doit cesser et la création de lits adaptés est une nécessité qui doit être travaillée par l'agence régionale de santé.

RECOMMANDATION 51 70

La situation du patient placé à l'isolement et sous contention dans l'unité Saint-Florentin depuis le mois de juillet 2016, en soins libres, s'apparente à de la maltraitance. Toutes les mesures doivent être mises en place pour faire cesser ces violations de ses droits et de sa dignité.

RECOMMANDATION 52 71

L'unité hospitalière spécialement aménagée doit accueillir des patients détenus en urgence, objectif qui a présidé à la création des unités hospitalières spécialement aménagées dans le cadre de la loi du 9 septembre 2002.

RECOMMANDATION 53 73

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique, sans respect du cadre légal de cette pratique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits garantis. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre avec l'administration pénitentiaire, l'agence régionale de santé et l'hôpital.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
RAPPORT	10
1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE	11
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	12
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	16
3.1 La réorganisation de l'intrahospitalier soulève de nombreuses interrogations, notamment relatives à l'éloignement des patients de leur domicile	16
3.2 Le budget est en déficit du fait d'un emprunt toxique et du poids financier du recrutement d'intérimaires	17
3.3 L'établissement peine à attirer des médecins et des soignants	19
3.4 Le traitement des événements indésirables, organisé et suivi, fait l'objet d'actions concrètes	21
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	24
4.1 L'antenne des urgences psychiatriques est contrainte de prendre en charge des patients insuffisamment suivis en extra hospitalier	24
4.2 La hausse de l'activité, hétérogène entre les unités, ne se traduit pas par une suroccupation	28
4.3 Les patients reçoivent une copie de toutes les décisions les concernant mais l'information orale est insuffisante	29
5. LES CONDITIONS DE VIE	31
5.1 Dans l'ensemble, l'hébergement est convenable, mais certains locaux sont vétustes ou inadaptés	31
5.2 L'hygiène des patients est assurée	32
5.3 Les conditions de conservation des biens des patients n'appellent pas d'observation	33
5.4 Certains patients se plaignent des quantités servies lors des repas	33
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	35
6.1 Les patients en soins sans consentement bénéficient d'une liberté d'aller et venir très limitée	35
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont individualisées et réévaluées	36
6.3 Les conditions d'accueil des familles présentent des disparités qui portent atteinte à l'exercice du droit de visite dans certaines unités	36
6.4 L'accès au vote des patients n'est pas une priorité	39
6.5 Le culte catholique est assuré mais l'information est insuffisante	40
6.6 La vie sentimentale et sexuelle n'est pas interdite mais ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle	41

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	42
7.1 La plupart des chambres d'isolement ne garantissent pas le respect de l'intimité des patients	42
7.3 Le recours à l'isolement et à la contention a diminué dans le pôle de psychiatrie adultes mais il ne fait pas l'objet d'une politique institutionnelle	45
7.4 La recherche du consentement manque de traçabilité, le rôle de la personne de confiance n'est pas mis en œuvre, la confidentialité de l'administration des traitements n'est pas assurée	49
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	52
8.1 La commission départementale des soins psychiatriques est inactive depuis plusieurs années	52
8.2 La bonne tenue des registres de la loi facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement.....	53
8.3 L'audience du juge des libertés et de la détention se déroule dans des conditions respectueuses des droits des patients mais la transmission de la décision est parfois retardée	54
9. LES SOINS.....	58
9.1 Les soins psychiatriques sont pénalisés par le manque de psychiatres et par la faiblesse du dispositif des activités thérapeutiques.....	58
9.2 La continuité des soins somatiques n'est pas toujours assurée	62
9.3 La préparation à la sortie souffre du manque de structures d'aval	62
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	64
10.1 La spécificité du patient âgé est mal prise en compte	64
10.2 Les mineurs de plus de 16 ans sont pris en charge dans les unités pour adultes	68
10.3 Les pratiques d'isolement et de contention de l'unité Saint-Florentin sont importantes et ne respectent pas le cadre légal.....	69
10.4 La prise en charge des patients détenus porte atteinte à leur dignité et ne garantit pas le respect de leurs droits.....	71
10.5 La famille peut assister le patient dans ses derniers instants	73

Rapport

Contrôleurs :

Maud Dayet, cheffe de mission ;

Chantal Baysse ;

Anne-Sophie Bonnet ;

François Goetz ;

Rabah Yahiaoui ;

Isabelle Serve ;

Julien Starkman.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite, annoncée, du centre hospitalier spécialisé Henri Ey (Eure-et-Loir) du 12 au 16 septembre 2022.

Il s'agissait de la deuxième visite, la première ayant eu lieu du 5 au 9 novembre 2012¹.

¹ <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/02/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-Henri-Ey-de-Bonneval-Eure-et-Loir.pdf>.

1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 12 septembre à 14h00 ; ils l'ont quitté le 16 septembre à 11h30.

La direction de l'établissement avait été avisée le 8 septembre 2022. Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis pour une réunion de présentation de l'établissement par le chef d'établissement, en présence de nombreux cadres, médecins et soignants.

La présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Chartres, le procureur de la République près ce tribunal et le directeur de cabinet de la préfète d'Eure-et-Loir ont également été avisés de ce contrôle.

Une salle de travail et l'ensemble des documents demandés ont été mis à disposition. Des affichettes signalant la visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 16 septembre 2022, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Compte tenu de la gravité des constats effectués sur les unités Saint-Florentin (USF) accueillant des autistes ainsi qu'à l'unité de soins de longue durées (USLD) s'agissant de pratiques d'isolement et de contention illégales et particulièrement indignes, un courrier a été adressé au ministre de la santé le 24 novembre 2022.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

N°	OBSERVATIONS	ETAT EN 2022
1	<i>La pénurie du personnel médical titulaire est une donnée essentielle du fonctionnement de l'établissement</i>	Etat inchangé (cf. § 3.3.1)
2	<i>Il serait indispensable de recruter des médecins généralistes pour exercer sur chacun des deux sites. Ainsi l'examen somatique des patients admis sans leur consentement prévu par la loi du 5 juillet 2011 et le suivi des patients placés en chambre d'isolement ou sous contention pourraient-ils être réalisés.</i>	Des médecins généralistes ont été recrutés mais ils demeurent en nombre suffisant sur les deux sites (cf. § 3.3.1).
3	<i>L'organisation de l'accueil et son implantation au service des urgences du centre hospitalier général de Chartres sont intéressants. Les psychiatres qui y sont présents assurent un travail considérable, non seulement pour les patients se présentant aux urgences mais pour le suivi des patients du CEDAP dans l'attente d'un rendez-vous au centre médico-psychologique dont ils dépendent. Ce dispositif reposant sur la bonne volonté de certains praticiens devrait faire l'objet d'une réflexion sur le fonctionnement de l'ensemble du pôle.</i>	La prise en charge a été modifiée (cf. § 4.1.1).
4	<i>La notification de l'admission en soins sans consentement doit se faire dans les plus brefs délais suivant l'hospitalisation du patient. Un protocole relatif au rôle de chaque acteur dans les modalités d'application de la loi du 5 juillet 2011 devrait être rédigé.</i>	Cette notification est désormais faite dans les temps (cf. § 4.3.2)
5	<i>Le parcours du patient mis en place au pôle du Coudray, qui bénéficie de locaux agréables et bien aménagés, pourrait être mieux utilisé. Correspondant en théorie aux besoins des patients, en pratique, ce dispositif ne fonctionne pas à cause d'un manque de fluidité dû à la présence de nombreux patients à placer dans des structures médico-sociales</i>	Le parcours du patient était en cours de modification entre le Coudray et Bonneval lors du contrôle mais le manque de structures médico-sociales est toujours prégnant et les séjours des patients s'allongent inutilement (cf. § 9.1.1 et 9.3).
6	<i>L'insuffisance de structures médico-sociales permettant la sortie de patients n'ayant plus besoin de soins en psychiatrie est d'ailleurs un point à souligner, évoqué par de nombreux acteurs de l'établissement.</i>	Etat inchangé (cf. § 9.1.1 et 9.3).

7	<i>Les locaux dédiés au service de protection et de gestion des biens des majeurs protégés devraient faire l'objet d'une rénovation, l'organisation devrait être stabilisée.</i>	Locaux non visités par les contrôleurs.
8	<i>L'inventaire des vêtements, objets et papiers du patient est effectivement assuré grâce à une procédure respectée.</i>	L'inventaire papier des effets personnels n'est pas toujours remis au patient (cf. § 4.1.2)
9	<i>Les points-phones sont souvent placés dans des espaces de circulation, nuisant à la confidentialité des communications qui devrait être respectée et assurée dans l'ensemble des unités de l'établissement.</i>	La situation a changé car de nombreux patients ont un téléphone portable et peuvent s'en servir. Ceux qui n'en disposent pas peuvent utiliser le téléphone du service dans les bureau infirmiers mais la confidentialité n'est pas toujours assurée (cf. § 6.3.2).
10	<i>L'établissement devrait initier une réflexion visant à introduire l'utilisation de l'Internet par les patients pour faciliter leur réhabilitation psychosociale.</i>	Etat inchangé, les patients n'ont toujours pas accès à un wifi au sein de l'établissement mais ils font un partage de connexion avec leur téléphone afin d'avoir accès à internet sur leur ordinateur portable (cf. § 6.3.4).
11	<i>Il serait souhaitable d'élargir le nombre de jours d'ouverture de la cafétéria, notamment pour les patients admis sans leur consentement.</i>	Etat inchangé. La cafétéria de Bonneval était fermée lors du contrôle et il n'y a pas de véritable cafétéria sur le site du Coudray, uniquement des distributeurs de boissons (cf. § 5.4).
12	<i>La question de la liberté d'aller et venir de tous les patients admis en soins libres dans des unités fermées de l'établissement doit faire l'objet d'une réflexion globale.</i>	Etat inchangé (cf. § 6.1).

13	<i>Il est regrettable que pour des personnes hospitalisées sous contrainte, les sorties d'une demi-heure dans le parc de Bonneval ou dans le hall d'accueil du Coudray soient obligatoirement et systématiquement soumises à un programme de soins nécessitant une décision du directeur pour les ASPDT et un arrêté préfectoral pour les ASPRE.</i>	Cela a été modifié (cf. § 9.1.1).
14	<i>La mise en œuvre des sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12h nécessite un programme de soins, avec une décision du directeur pour les ASPDT et un arrêté préfectoral pour les ASPRE, alors que bien souvent il s'agit de sorties d'une demi-heure dans l'enceinte même de l'établissement.</i>	cf. observation 13.
15	<i>Il est regrettable que les audiences devant le juge des libertés et de la détention s'effectuent par visioconférence même si le projet de mener les audiences au TGI de Chartres est en cours de réflexion.</i>	Les audiences ont lieu au Coudray, où sont conduits les patients de Bonneval et de Dreux (cf. § 8.3).
16	<i>Le livret d'accueil remis aux patients devrait comporter les modalités de saisine d'un avocat pour les audiences devant le juge des libertés et de la détention dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011. La liste des avocats inscrits au barreau de Chartres devrait être apposée dans toutes les unités de soins.</i>	Etat inchangé. Les informations délivrées aux patients concernant les soins sans consentement sont toujours insuffisantes au sein du livret d'accueil ou dans les unités (cf. 4.3.2).
17	<i>Il convient de noter que les registres de la loi sont bien tenus.</i>	Etat inchangé (cf. § 8.2).
18	<i>Il serait nécessaire de mettre en œuvre la traçabilité des placements en chambre d'isolement et des mesures de contention sous la forme d'un registre différent du dossier papier de chaque patient.</i>	Des outils informatiques ont été mis en place afin de tracer les mesures d'isolement et de contention (cf. § 7.3).
19	<i>A l'unité Saint-Florentin, même si la question de la contention est délicate à appréhender étant donné les pathologies prises en charge, les chambres d'hypostimulation pouvant être utilisées comme chambres d'isolement, une procédure adaptée devrait être mise en place ainsi qu'une traçabilité</i>	Etat inchangé, des patients sont l'objet de mesures d'isolement et en contention en toute illégalité et en toute indignité (cf. § 10.3).

20	<i>Des activités devraient être organisées au bénéfice des patients admis en gériatrie-psychiatrie et la gestion du tabac pour ces patients devrait faire l'objet d'une réflexion.</i>	Etat inchangé pour les activités (cf. § 9.1.2).
----	--	---

3. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 LA REORGANISATION DE L'INTRAHOSPITALIER SOULEVE DE NOMBREUSES INTERROGATIONS, NOTAMMENT RELATIVES A L'ÉLOIGNEMENT DES PATIENTS DE LEUR DOMICILE



Site de l'hôpital Henri Ey à Bonneval



Site de l'hôpital Henri Ey à Coudray

Le Centre hospitalier Henri Ey de Bonneval (CHB) est un établissement public de santé, spécialisé en psychiatrie, depuis 1861. Depuis 1988, le CHB s'est doté d'une seconde structure d'hospitalisation dans la commune du Coudray, en banlieue de Chartres, à 35km de Bonneval.

L'établissement « *exerce une activité de soins en psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'une activité médico-sociale dans le champ gériatrique et du handicap psychique et mental²* », et comporte quatre pôles médicaux situés sur cinq sites principaux (Chartres, Bonneval, Morancez, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun). Il est l'établissement pilote de la psychiatrie sur le territoire.

Au sein du CHB, qui compte 181 lits de psychiatrie adulte, seuls deux pôles accueillent des personnes en soins sans consentement.

Le pôle chartrain (CHBC) qui regroupe :

- le centre et dispositif d'accueil permanent (CEDAP) ;
- l'unité d'hospitalisation en psychiatrie (UHPC) ;
- l'unité thérapeutique de réadaptation (UTHR).

² Livret d'accueil des patients hospitalisés au centre hospitalier Henri Ey

Et le pôle Dunois-Perche à Bonneval (CHBB) qui regroupe :

- l'UHP «le verger»(UHPB) ;
- l'unité de gérontopsychiatrie « les arcades » ;
- l'unité thérapeutique de réadaptation du Moulac (UTHR B), non contrôlée.

En effet, dans la suite d'une rapide visite, les contrôleurs ont constaté qu'il n'y avait ni patient en soins sans consentement ni patient isolé ou attaché dans cette unité.

Le CGLPL a effectué les contrôles de l'USF, accueillant des autistes, et de l'USLD afin de vérifier la prise en charge de ces patients et le respect de leurs droits fondamentaux. Un courrier a été adressé au ministre de la Justice à la suite de ses constats (cf. § 1).

L'établissement a élaboré son projet médical 2021-2026, dans la continuité du projet territorial de santé mentale (PTSM) d'Eure-et-Loir achevé en 2020, lequel porte six objectifs stratégiques :

- confirmer le positionnement du centre médico-psychologique (CMP), les articulations et les organisations ;
- améliorer la réponse aux urgences et à la gestion de la crise ;
- questionner l'organisation de l'intra-hospitalier ;
- structurer l'offre de réhabilitation psycho-sociale et son articulation avec les autres structures de prise en charge ;
- renforcer le pôle addictologie à travers une plus grande articulation avec les partenaires et un parcours clarifié ;
- poursuivre la structuration de la filière gérontologie/géronto-psychiatrique.

L'objectif relatif à l'organisation de l'intra-hospitalier a été l'objet de nombre d'interrogations de la part des soignants. En effet, cette réorganisation s'est traduite à compter de la fin du mois de septembre 2022 par le fait que les unités d'admissions (UHP) soient positionnées toutes les deux au Coudray et les deux unités thérapeutiques de réadaptation à Bonneval. Or, les soignants y voient surtout des inconvénients, à savoir l'éloignement géographique de leur domicile de certains patients et *ipso facto* l'impossibilité de réaliser des visites à domicile comme actuellement.

3.2 LE BUDGET EST EN DEFICIT DU FAIT D'UN EMPRUNT TOXIQUE ET DU POIDS FINANCIER DU RECRUTEMENT D'INTERIMAIRES

Le budget s'élève à 37 millions d'euros, dont 32 constitués par la dotation annuelle de fonctionnement et les crédits alloués dans le cadre des mesures du Ségur de la santé³.

L'établissement a fait face à un déficit de 1,4 millions d'euros, conséquence d'un emprunt toxique, comblé pendant une période achevée de dix années, sans mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier.

Le schéma directeur actuel est financé. L'investissement « Ségur » va permettre de financer le transfert des unités UTHR du Coudray (UTHR C) et UHP de Bonneval (UHP B), leur mise aux

³ La loi « Ségur », promulguée le 26 avril 2021, pour concrétiser les mesures non budgétaires du Ségur de la Santé, traite des professions paramédicales, rénove la gouvernance des hôpitaux et permet de déployer les services d'accès aux soins, ainsi que la plate-forme « Mon Parcours Handicap ».

normes et leur embellissement (500 000 euros). Un financement supplémentaire, dans le cadre d'appels à projet, a permis la mise en œuvre d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie (300 000 euros), l'extension horaire de l'ouverture du CMP (230 000 euros), le financement de la maison des adolescents (180 000 euros). Des crédits issus du fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie permettent le déploiement, en cours lors de la visite, de la cellule d'aide à la régulation et à l'orientation en santé mentale (CAROSM) aux urgences psychiatriques du centre hospitalier Louis Pasteur (CHLP). La restructuration de la cafétéria du site de Bonneval a dû être reportée vers l'exercice de l'année 2023 et aucun budget n'a été prévu pour la construction d'une cafétéria sur le site de Chartres.

RECOMMANDATION 1

Un budget spécifique doit permettre la construction et le fonctionnement d'une cafétéria sur le site du centre psychiatrique de Chartres.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *l'établissement est en cours de réflexion, en lien avec l'ARS, dans le cadre de l'admission des urgences sous forme de CAC, situés sur le site du CH du Coudray. En attendant, un espace détente est prévu dans le plan directeur.* »

Le budget médical annuel affichait un dépassement de 400 000 euros dès le mois de septembre 2022. Le budget consacré à l'emploi du personnel non médical intérimaire s'est élevé à 300 000 euros en 2021 et montrait un dépassement de 200 000 euros au 31 août 2022 (cf. § 3.3).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé (ARS) Centre-Val-de-Loire ne comporte aucun indicateur spécifique des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC) ni des pratiques d'isolement et de contention ainsi que de l'évolution législative les concernant.

RECOMMANDATION 2

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients de psychiatrie hospitalisés en soins sans consentement, des pratiques d'isolement et de contention et de l'évolution législative les encadrant.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *le CPOM est instruit par l'ARS, les indicateurs spécifiques concernant les droits fondamentaux des patients feront l'objet d'une demande à l'ARS pour être intégré au prochain CPOM. Les pratiques d'isolement et de contention déjà suivies annuellement par le bureau des entrées et présentées dans le rapport d'activité annuel ainsi qu'aux instances et à la commission des usagers seront traitées plus spécifiquement dans ce CPOM. Demande réalisée pour juin 2023, et suivi en instances (CME, CSE, CS, CSIRMT et CDU) deux fois par an en juin et décembre.* »

Le budget des unités varie en fonction de l'objet de celles-ci. Ainsi sur le CEDAP, qui est avant tout une unité d'accueil, il n'y a pas de budget dédié aux activités mais 150 euros sont néanmoins dévolus à l'achat de matériels d'activités occupationnelles. Sur les unités où les patients séjournent véritablement, les budgets d'activités varient entre 1 500 et 2 500 euros et permettent des sorties encadrées et l'achat de matériels. L'UTHR du Coudray a indiqué que

depuis le départ de l'animatrice culturelle, l'unité est loin de dépenser le budget qui lui est alloué. Aucune unité ne s'est plainte d'avoir dû renoncer à un projet faute de moyens.

3.3 L'ÉTABLISSEMENT PEINE A ATTIRER DES MEDECINS ET DES SOIGNANTS

Le CHB connaît des difficultés pour recruter des médecins, des cadres de santé (CS) et des infirmiers. La faible attractivité de l'établissement est un sujet préoccupant.

3.3.1 Le personnel médical

Sept postes sur trente et un sont non pourvus dont quatre sont compensés par le recrutement de médecins intérimaires. Ce chiffre reste stable sur les dernières années.

Dans un contexte actuel de concurrence forte avec le secteur privé, l'établissement a cherché à améliorer sa politique de communication et sa visibilité afin de recruter de nouveaux psychiatres et généralistes. Néanmoins, la différence de rémunération d'un psychiatre intérimaire par rapport à celle d'un praticien hospitalier (PH) rend cette recherche souvent complexe.

RECOMMANDATION 3

Le budget du personnel soignant doit être consacré au recrutement et à l'emploi d'un personnel pérenne, institutionnellement investi au long cours auprès des patients dans le cadre de soins de qualité, plutôt qu'à celui de médecins et d'infirmiers intérimaires intervenant pendant de brèves missions, sans constituer de réels repères soignants pour les patients pris en charge.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « le centre hospitalier Henri Ey s'emploie à recruter des praticiens titulaires et procède, pour cela, aux deux parutions par an de ses postes vacants auprès du Centre National de Gestion (CNG).

La direction passe également des annonces sur la presse spécialisée comme APH et Réseau pro santé.

Les postes sont régulièrement mis en ligne sur le site de la FHF.

Toutefois, dans l'attente que l'ensemble des postes soit pourvus par des praticiens titulaires, l'établissement recourt à l'emploi de médecins remplaçants afin d'assurer la continuité des soins.

Mise en place d'une politique de recrutement "attractivité et fidélisation" renforcée du PM et du PNM dès le second semestre 2023. »

Le recrutement des médecins généralistes est tout aussi complexe. Ainsi le médecin généraliste du pôle Coudray n'est pas remplacé pendant ses vacances.

La continuité des soins est assurée par la permanence médicale de garde à laquelle participent les psychiatres. Le médecin de garde dispose d'une chambre sur le site de Bonneval et doit se déplacer à Coudray en cas d'appel, ce qui ne serait pas systématiquement le cas selon les témoignages recueillis.

De façon illégale, certains médecins enchaînent plusieurs gardes consécutives. La direction indique que cette pratique a été mise en place à la demande des médecins et fait l'objet d'un accord entre la commission d'organisation de la permanence des soins et la commission médicale d'établissement (CME).

RECOMMANDATION 4

Afin de préserver la qualité des soins, il convient de veiller à une application rigoureuse de l'article R6152-27 du code de la santé publique qui prohibe les gardes d'une durée de plus de 24 heures et la prise de deux gardes consécutives.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Le tableau des permanences médicales est établi au sein des pôles.*

La direction rappelle la réglementation au Président de la COPS : la couverture médicale est conforme et un rappel / sensibilisation est réalisé. »

L'accès au plateau médico-technique du CHLP devrait être facilité par son immédiate proximité géographique, pourtant, selon les témoignages recueillis, il peut être complexe et long d'obtenir des rendez-vous avec des spécialistes tels que le dentiste ou l'ophtalmologue.

3.3.2 Le personnel non médical

Contrairement à certains établissements dont les difficultés de recrutement se limitent à celui du personnel médical, le CHB connaît également une problématique de recrutement concernant les cadres de santé et les infirmiers diplômés d'Etat (IDE).

Concernant les IDE, il y a une vingtaine de postes vacants et, sur les sept unités visitées par le CGLPL, les postes vacants se portent à treize. A titre d'exemple, sur l'UTHR du Coudray (UTHR C), il n'y a plus que 6 IDE après deux départs récents. Dans les suites de la modification du projet médical, et avec la transformation au 20 septembre 2022 de cette unité en UHP, le nombre d'IDE doit être porté à douze.

Actuellement les plannings journaliers sont complétés par des vacataires. Ces derniers font partie d'une liste de professionnels qui font des vacances sur l'hôpital. Pour remplacer les absences, un système d'intérim interne *Hublo*® a été mis en place, qui fonctionne par le biais d'une application et permet aux IDE qui le souhaitent de s'inscrire pour effectuer un remplacement et donc des heures supplémentaires. Le recours à l'intérim extérieur pour les IDE intervient essentiellement durant les périodes de vacances.

Cinq des dix-huit cadres de santé sont des « faisant-fonction » dont deux dans les sept unités visitées par le CGLPL.

Les contrôleurs ont relevé des actions pertinentes notamment en matière de formation avec le programme intitulé « la consolidation des savoirs » organisé pendant une période de dix jours dans l'année qui suit l'arrivée des nouveaux IDE recrutés sur la structure. De même, la formation des agents de catégorie C a été priorisée, ceux-ci ont bénéficié en moyenne de 6,11 jours de formation en 2021. Il est à noter néanmoins que sept formations ont été annulées en 2021 par manque de personnels présents sur les unités ces jours-là. D'autre part, aucune formation n'est proposée concernant les droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 5

L'ensemble du personnel doit pouvoir bénéficier de formations concernant les droits fondamentaux des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Diverses formations figurent dans le plan annuel de formation. Il s'agit des formations "responsabilité juridique du soignant en psychiatrie" 1 journée pour toute catégorie de personnel (formation faite en 2022 et reconduite en 2023 de façon pérenne) - Formations "droit des usagers" - 2 jours - pour toute catégorie de personnel. Le projet de formation propose également les thématiques suivantes : responsabilité juridique du soignant et droit des usagers sont reconduits en 2023.*

Ces formations sont accessibles à tous, depuis 2021, sur demande de l'agent. Ces formations sont proposées spontanément lors des évaluations annuelles. »

De nombreux professionnels ont indiqué souhaiter la mise en œuvre de séances de supervision. Il serait souhaitable que l'établissement les mette rapidement en place, notamment dans le contexte de recomposition de l'établissement qui sera indéniablement générateur de tensions et d'interrogations sur les pratiques professionnelles. Ces séances de supervision ne peuvent être animées que par un intervenant extérieur à l'établissement.

RECOMMANDATION 6

Toutes les équipes qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier d'une supervision animée par un intervenant extérieur à l'établissement afin de pouvoir interroger leurs pratiques professionnelles.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Une session d'analyse des pratiques est prévue en 2023, et une session "approche systémique en psychiatrie" est également proposée au plan 2023 - "comment gérer les personnalités difficiles et les psychopathologies complexes" - analyse des pratiques "quoi de neuf en gériatrie".*

Recensement des besoins - prévision d'achats de prestation dès 2024 et un lien direct avec les instances de l'établissement (CME, CSE, CS, CSIRMT et CDU) ».

3.4 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES, ORGANISE ET SUIVI, FAIT L'OBJET D'ACTION CONCRETES

Le traitement des événements indésirables (EI) fait l'objet d'une approche dynamique et pragmatique. La démarche « qualité et gestion des risques » est structurée autour d'une instance décisionnelle, le comité de vigilance et de gestion des risques (COVIRIS), présidé par le directeur avec la présence de la directrice qualité gestion des risques et la présidente de la CME.

Les EI sont en baisse régulière : 336 en 2020, 273 en 2021, et une projection de 232 en 2022 (lors des 9 premiers mois de l'année).

S'agissant des événements indésirables graves (EIG), leur nombre est en progression : en 2020 il a été comptabilisé deux EIG et trois en 2021. L'augmentation pour 2022 est marquante puisqu'au premier semestre il est acté quatre EIG : un suicide, deux urgences vitales sur l'USF et l'UHPC, et une chute sur UHPB.

Les fiches d'événements indésirables (FEI) sont transmises au service qualité qui les ventile aux directions concernées après avoir supprimé le nom du patient. Les soignants sont incités à remplir des FEI afin d'améliorer la visibilité des incidents et d'y apporter des correctifs. Le logiciel ne permet pas d'anonymiser le rédacteur de la fiche.

Un bilan annuel est établi dans le cadre du COVIRIS qui coordonne et supervise la mise en œuvre de la politique et gestion des risques de l'établissement et celle du programme qualité et gestion des risques. Le comité se réunit en principe une fois par trimestre pour analyser des EI sur une période déterminée et préconiser des plans d'action institutionnels pour les EI récurrents. Il est composé notamment des représentants des directions, du président de la CME, du chef de service de la pharmacie, des médecins chefs de secteurs, de deux représentants des usagers et de membres invités.

Des contrôleurs ont pu assister à la session du COVIRIS qui s'est tenue en octobre. Le comité passe en revue l'ensemble des EI. La première étape est la récolte d'informations, puis le COVIRIS analyse, préconise une analyse des causes profondes (ACP) menée par le service qualité, ou un comité de retour d'expérience (CREX) mis en œuvre par les secteurs de soins. Le plan d'action est suivi par le service qualité en lien avec le COVIRIS.

La décision de déclencher un CREX ou une ACP dépend de la nature et de la gravité de l'événement.

Les ACP sont réalisées par le gestionnaire des risques et le médecin référent des risques associés aux soins dans un délai maximum de trois semaines après la déclaration. Les professionnels impliqués sont interrogés afin de décrire chronologiquement l'événement et de dégager les facteurs de risque (concernant le patient, l'organisation, la technique, la procédure, etc.). Ils sont invités à instaurer un plan d'action pour éviter la répétition de l'événement.

Il ressort des extractions des FEI que tout incident violent est repris en équipe.

Les EIG ou potentiellement graves ou récurrents sont transmis à l'ARS.

Les déclarations sont obligatoires pour les décès inattendus, les actes de violences avec une criticité importante, les incendies ayant entraîné un dommage, les troubles intestinaux nécessitant un transfert pour geste chirurgical par exemple.

Les FEI relatives aux erreurs médicamenteuses sont systématiquement signalées⁴, ce qui permet une recherche de la cause de l'erreur en vue de l'amélioration des pratiques et du circuit du médicament.

Les déclarations relatives à des violences physiques contre les patients ou le personnel sont systématiquement transmises au directeur du CHB et au directeur des soins. L'EI entrant dans la catégorie des accidents de travail est transmis à la DRH.

La perception générale des soignants des unités visitées est que les EI donnent lieu à une réponse, avec des CREX organisés autant que de besoin. Les équipes soignantes ne font pas part d'un sentiment d'insécurité, bien que des événements ponctuels aient pu susciter un certain émoi, par exemple la situation d'un ancien légionnaire menaçant de vouloir tuer l'équipe de nuit, qui a nécessité l'intervention des forces de l'ordre et occasionné un traumatisme psychique de l'équipe.

⁴ Tableau des FEI présenté aux contrôleurs.

Par ailleurs, au-delà de la gestion et de la prise en compte des EI par l'institution, il est constaté qu'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est engagée par l'établissement dont les thématiques proposées en 2022/2023 incluent celle de l'isolement/contention.

3.5 IL N'EXISTE PAS DE COMITE D'ETHIQUE

Lors du précédent contrôle, il existait un comité d'éthique qui a disparu depuis plusieurs années.

RECOMMANDATION 7

Le comité d'éthique doit être mis en place pour accompagner les professionnels dans leur réflexion relative notamment au respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients et à la confrontation des principes déontologiques guidant leurs fonctions aux difficultés et questionnements pratiques.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 L'ANTENNE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EST CONTRAINTE DE PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS INSUFFISAMMENT SUIVIS EN EXTRA HOSPITALIER

4.1.1 La prise en charge de l'urgence et de la crise

Les patients ambulatoires se présentent fréquemment aux urgences psychiatriques du CHLP en raison de l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous rapide au CMP⁵. Le délai pour une consultation avec un psychiatre varie entre 118 à 160 jours au CMP de Chartres (un an et demi au CMP de Bonneval), et dépasse une année pour une consultation avec un psychologue⁶. La présence médicale n'y est pas assurée tous les jours, en raison d'un renouvellement important des psychiatres qui ne sont, par ailleurs, pas remplacés lorsqu'ils sont absents⁷, et d'une diminution de moitié des équivalents temps plein (ETP) médicaux pourvus dans cette structure. L'impossibilité d'offrir des rendez-vous à de nouveaux patients et d'assurer le suivi de ceux en obligation de soins a été rapportée. Le CMP de Chartres, dont la file active avoisine 5 000 patients, est pourtant ouvert de 9h à 17h en semaine, jusqu'à 19h les mardis et jeudis, et de 9h à 12h les deuxièmes samedis du mois, afin de favoriser la prise de rendez-vous des patients qui travaillent.

RECOMMANDATION 8

Les patients nécessitant des soins psychiatriques urgents alternatifs à l'hospitalisation à temps plein, comme ceux nécessitant un relais de soins en sortie d'hospitalisation, ne doivent pas faire face à des délais d'attente de quatre mois et demi pour consulter un psychiatre et d'un an pour un psychologue au centre médico-psychologique de Chartres, et d'un an et demi au centre médico-psychologique de Bonneval. Les centres médico-psychologiques de l'établissement doivent disposer de l'effectif soignant nécessaire pour répondre à leurs missions.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 8 du PAQSS : Mise en place d'un outil sur les délais d'attentes en CMP afin d'optimiser la prise en charge précoce et améliorer la satisfaction patient. (10/2022)*

Action 190 PAQSS : Analyse des délais d'attentes et des activités pour chaque CMP à la demande des services afin de mettre en place si possible des actions d'amélioration concrètes et personnalisées.

Dans le cadre d'un appel à projet, l'amplitude horaire du CMP de Chartres a été augmentée de manière suivante : extension les mardis et jeudis de 17 à 19 heures et un samedi par mois. Cette augmentation d'amplitude est également à l'étude pour le CMP de Bonneval. Une nouvelle

⁵ Des trois CMP (Chartres, Nogent-le-Rotrou et Châteaudun-Bonneval), Chartres est celui qui présente les délais de consultation les plus longs.

⁶ Données fournies par le CMP de Chartres.

⁷ Pour exemple, le médecin intérimaire positionné au CMP de Chartres, absent pour maladie pendant la visite de l'établissement, n'était pas remplacé.

organisation médicale a été mise en œuvre ouvrant des plages aux patients sortants d'hospitalisation complète réduisant ainsi leur délai d'accès à une 1ère consultation. L'examen des délais d'attente est réalisé et analysé. Un tableau de suivi avec des indicateurs est présenté (CME, CSE, CS, CSIRMT et CDU). Le recrutement d'un médecin PH dès avril et de psychologues est en cours. »

L'effectif de l'équipe des urgences du CHLP se compose d'un psychiatre attaché en formation appartenant à l'équipe médicale CEDAP-urgences, présent du lundi au vendredi ; de quatre IDE, dont un à temps partiel ; d'une secrétaire à mi-temps. Deux IDE ont été recrutés dans le cadre de la mise en œuvre du projet CAROSM (cf. § 3.2), dont l'objectif consiste en l'orientation téléphonique des patients appelants vers les urgences psychiatriques, les CMP, les praticiens de psychiatrie libérale.

Les locaux de l'antenne des urgences psychiatriques, situés dans le service des urgences générales du CHLP, se composent d'un secrétariat exigu et dépourvu de fenêtre, d'un bureau infirmier, d'un bureau de psychiatre et d'un troisième utilisé pour les consultations d'addictologie, desservis par un couloir commun. L'intimité des patients n'est pas respectée en l'absence de salle d'attente et de box d'examen réservés.

Les urgences psychiatriques accueillent les patients quotidiennement de 9h à 18h30, un premier IDE étant présent de 9h à 16h40, un deuxième de 10h50 à 18h30, et le psychiatre de 9h à 18h30. L'équipe effectue également l'activité de liaison dans les services du CHLP, les patients des urgences étant prioritaires.

Les patients proviennent de leur domicile, de la rue, des structures ambulatoires (le CMP notamment), et se présentent seuls ou accompagnés de leur famille, d'un ambulancier, des pompiers ou de la police. Ils se présentent à l'accueil des urgences générales devant lequel ils attendent d'être enregistrés, sans respect organisé de la confidentialité, patientent dans la salle d'attente commune des urgences en l'absence d'espace réservé, puis sont adressés par l'IDE ou le médecin d'accueil et d'orientation vers l'équipe de psychiatrie. Le panneau de l'accueil qui détaille le personnel médical des urgences générales ne fait aucune mention de l'équipe des urgences psychiatriques.

RECOMMANDATION 9

L'accueil des patients de psychiatrie aux urgences du centre hospitalier Louis Pasteur doit respecter la confidentialité lors de l'enregistrement et de l'attente de leur prise en charge, dans des espaces d'attente et d'examen réservés et adaptés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « L'accueil des urgences de psychiatrie se déroule dans les locaux des urgences du Centre Hospitalier de Chartres. Un passage administratif et d'orientation par l'IOA est réalisé dès l'entrée avant une orientation vers le secteur dédié aux urgences de psychiatrie. Une salle d'attente spécifique pour les patients valides est mise à disposition dans cet espace. Les patients allongés sont pris en charge dans les 2 box dédiés à la psychiatrie. Un travail avec le service des urgences du CH de Chartres a été mis en œuvre d'une part pour coordonner les actions de chacune des parties et d'autre part pour intégrer le CAROSM dans ces locaux. Une convention entre les 2 établissements a été signée début du mois de mars 2023. »

L'équipe organise, en tant que de besoin, des orientations hospitalières en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Les patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ou réintégrés dans le cadre d'un suivi en programme de soins (PDS) bénéficient d'une orientation hospitalière directe, mais des dysfonctionnements d'orientation ont été rapportés et certains patients ont dû repasser par le service des urgences.

Lors de l'élaboration d'une hospitalisation en SDDE, les soignants recherchent systématiquement un tiers, qui se trouve en pratique souvent disponible. A défaut est envisagée une hospitalisation pour péril imminent (SPI). Les patients sont transférés en ambulance. Leur contention sur un brancard n'est pas systématique mais adaptée à leur état clinique.

En l'absence de chambre d'isolement (CI) et de local d'apaisement, le fait d'allonger sur un brancard et d'attacher des patients de psychiatrie agités a été rapporté. L'utilisation des contentions de tissu, de la sédation et les modalités de leur surveillance sont décidées par l'équipe médicale des urgences générales uniquement. Aucun soignant interrogé n'a pu répondre à la question de la traçabilité de ces mesures dans un registre spécifique. La visite n'a pas permis d'objectiver ce type de situation.

RECOMMANDATION 10

Dans le service des urgences du centre hospitalier Louis Pasteur, les patients de psychiatrie qui présentent un état d'agitation incontrôlable nécessitant un isolement voire l'emploi de contentions doivent bénéficier d'un espace respectant leur dignité et leur sécurité, réservé et adapté à l'exercice de ces mesures. L'établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date, son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé assurant la surveillance. Les pratiques qui consistent à attacher des patients de psychiatrie agités sur des brancards doivent cesser.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Cette problématique particulièrement sensible, rejoint celle, plus générale, de la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques dans un contexte d'urgence. A cet égard, un projet de CAC est en cours d'élaboration dont un des objectifs est, précisément, d'avoir une réponse de qualité à mettre en œuvre au bénéfice des patients dont la détresse se manifeste par une agitation, un comportement auto ou hétéro agressif qu'il est de notre mission de sécuriser. La mise en place d'un registre par la direction des usagers et un rappel aux professionnels ainsi qu'une veille précise via la direction des soins. »

4.1.2 L'accueil dans les services

Le parcours de soins prévoit un accueil systématique des patients au CEDAP, mais lorsque cette unité est saturée, des entrées s'effectuent directement dans les autres unités.

Les patients sont accueillis par les IDE (parfois avec le CS ou un AS), qui conduisent l'entretien initial, leur font visiter les locaux et leur attribue une chambre, souvent la seule disponible. Les IDE notifient au patient sa décision d'hospitalisation en SSC (sans formation spécifique pour ce faire, cf. § 3.3 et 4.3.2). Les observations du patient lors de la notification ne sont pas systématiquement tracées.

RECOMMANDATION 11

Le recueil des observations du patient lors de la notification d'hospitalisation en soins sans consentement doit être systématique et tracé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Le recueil des observations du patient lors de sa notification d'hospitalisation en soins sans consentement doit être systématique et faire l'objet d'une traçabilité" cet espace est prévu dans le dossier patient informatisé pour toute observation du patient. Un rappel est prévu via le prochain comité DPI afin de préciser le caractère impératif de tracer l'échange au cours duquel la contrainte a été notifiée au patient.

Une évaluation sera faite dans le cadre de l'audit de dossier patient. Des actions sont portées par la Direction des soins, les cadres supérieurs et de proximité, ainsi qu'une sensibilisation en CME, CDU et CSIRMT. »

Un inventaire contradictoire des effets du patient est réalisé (Cf. § 5.3).

Aucune mesure restrictive de droits n'est systématiquement mise en œuvre à l'entrée. Elles sont évaluées par le médecin à l'issue de l'examen clinique réalisé par un psychiatre dans un délai de quelques minutes à trois heures selon les unités, à l'exception de l'UTHR C où le psychiatre n'est présent que deux demi-journées les mardis et vendredis. Un psychiatre est présent tous les jours au CEDAP. C'est le psychiatre de garde qui reçoit le patient lors d'une admission de nuit. Un IDE est systématiquement présent lors des entretiens médicaux, à l'exception de l'UTHR B, où le psychiatre souhaite rencontrer les patients seul. Le gériatre reçoit les patients dans les 24h à l'UTHR B. L'adhésion aux soins est recherchée par les médecins dans toutes les unités mais certains patients de l'UTHR B ont rapporté n'en avoir pas la perception.

Aucun système de référence infirmière n'est mis en œuvre, à l'exception de l'UTHR C où deux IDE sont référents par patient.

L'examen somatique est pratiqué dans les 24h de l'admission au CHBC en semaine, et le lundi pour les entrants du week-end. Un bilan somatique et un électrocardiogramme sont pratiqués de façon protocolisée au CHBC, s'ils n'ont pas été réalisés aux urgences du CHLP.

Le secrétariat du CHBC établit quotidiennement la liste des certificats à établir par chaque psychiatre du site. La rédaction des certificats médicaux est toujours précédée d'une évaluation psychiatrique du patient, et ceux des 24 et des 72h sont établis par deux praticiens différents au CHBC et au CHBB.

La détection des personnes devant bénéficier d'une mesure de protection des biens est assurée par les IDE lors de l'admission, qui l'inscrivent dans le recueil d'informations d'entrée et le signalent à l'assistant de service social (ASS) qui intervient dans les unités.

4.2 LA HAUSSE DE L'ACTIVITE, HETEROGENE ENTRE LES UNITES, NE SE TRADUIT PAS PAR UNE SUROCCUPATION

Après plusieurs années de baisse d'activité depuis 2018, l'année 2021 marque une rupture avec une hausse du nombre de patients de 9,76 % par rapport à 2020, dont 45 % de femmes et 55 % d'hommes (en pédopsychiatrie c'est 32 % de filles et 68 % de garçons).

La file active est de 7 500 patients en 2021 contre 6800 en 2020 et 6 900 en 2019. Le nombre d'admissions est de 2 214 patients dont 29 % en SSC (soit 3,5 % SDRE, 25 % SDDE, 0,5% de SDJ⁸). La proportion des SSC est stable les trois dernières années.

Dans le cadre des SSC, les SDDE passent de 83 % en 2017 à 86 % en 2021 alors que les SDRE baissent de 14 % à 11 %.

Le taux d'occupation global avoisine 87 % ce qui indique qu'il n'existe pas de problématique manifeste de suroccupation même si les réalités de l'occupation sont différentes d'une unité à l'autre avec, par exemple, un taux de 95 % à l'UTHR C, aux « arcades » ou au « verger ». Les chambres d'isolement ne sont jamais utilisées comme chambre d'hospitalisation.

La stratégie de l'établissement pour éviter toute suroccupation au sein d'une unité est d'orienter provisoirement le patient vers une autre unité, en attendant qu'une place se libère dans son unité de référence. La direction des admissions indique que cela ne concerne qu'environ 5 % des admissions.

⁸ décision de justice.

Il est constaté une légère tendance à la baisse s'agissant de la durée moyenne de séjour (DMS) : 21 jours en 2021, 24 jours en 2020 et 25 jours en 2019.

Enfin, en raison de la crise sanitaire d'après l'établissement, l'activité ambulatoire a connu une baisse modérée et constante puisque la file active est passée de 1 450 en 2019 à 1 383 en 2020 et 1 357 en 2021. L'activité serait à nouveau repartie à la hausse depuis 2022, tendance qu'intègre les perspectives escomptées par l'établissement dans le cadre son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

4.3 LES PATIENTS REÇOIVENT UNE COPIE DE TOUTES LES DECISIONS LES CONCERNANT MAIS L'INFORMATION ORALE EST INSUFFISANTE

4.3.1 L'information générale des patients sur leurs droits

Le livret d'accueil est remis systématiquement lors de l'accueil en unité. Il est adapté dans sa présentation et sa typographie.

Les règles de vie y figurent dans la partie « vos devoirs », introduite par le rappel que « *le centre hospitalier a la possibilité de déposer plainte pour tout acte de violence et de dégradation volontaire* », ce qui est assez maladroit pour aborder les règles de vie.

Certaines des unités ont des règles de vie affichées, mais en réalité, ce qui est affiché est soit très général, soit très succinct. D'autres unités ne bénéficient d'aucun affichage.

Au quotidien, les règles de vie sont expliquées d'une part lors de l'entretien d'accueil, sous réserve de la capacité du patient à recevoir des informations et, d'autre part, au fur et à mesure de l'hospitalisation du patient. C'est en règle générale un IDE, parfois accompagné d'un AS qui accueille le patient dans son unité de soins, lui fait visiter le service, le conduit à sa chambre, l'aide à s'installer et commente les règles de vie.

Tous les IDE confirment que cette étape dans l'arrivée du patient peut parfois être réduite au regard d'un état clinique ne lui permettant pas de comprendre ou de mémoriser tout ce qui lui est dit. Dans cette hypothèse, les informations omises ne sont données que lorsque le patient est apaisé.

Il existe un règlement intérieur (RI) ancien, datant de 2014 et visiblement peu connu des soignants, qui nécessite une mise à jour notamment au regard de la législation s'appliquant aux soins sans consentement.

RECOMMANDATION 12

L'établissement doit disposer d'un règlement intérieur actualisé. Les règles de vie d'une unité doivent être énoncées dans un document remis aux patients et affiché dans l'unité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Le règlement intérieur institutionnel date de 2014, une mise à jour est en cours de travail en collaboration avec le service communication. Ce règlement intérieur est donné lors de l'arrivée des nouveaux agents afin qu'ils puissent en prendre connaissance. Certains services disposent d'un règlement spécifique à leur unité d'accueil qui détaille davantage les règles de vie au sein de cette unité. Un délai à décembre 2023 et un affichage dans tous les services sera réalisé avec une spécificité attendue dans chaque service.* »

4.3.2 L'information sur le statut d'hospitalisation sans consentement

Aucun document de présentation des SSC n'est remis dans les unités. Les informations données sont uniquement verbales.

RECOMMANDATION 13

L'établissement doit disposer et remettre dès l'arrivée, ou dès que l'état du patient le permet, un document de présentation actualisé détaillant les différents types de soins sans consentement, les droits des patients ainsi que les autorités susceptibles d'être saisies.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Le livret d'accueil comporte les éléments relatifs aux différents types de soins sans consentement, les droits des patients ainsi que les différents relais ou personnes pouvant être contactées. Cela est complété par une information par voie d'affichage dans chacune des unités détaillant encore davantage les différentes modalités citées ci-dessus et complétées par les noms des associations pouvant prendre en compte les demandes des patients, les représentants du culte, les coordonnées des représentants des usagers.* »

La décision d'admission du directeur est préparée par le bureau d'accueil, ouvert 7J/7. Les secrétariats administratifs de chaque secteur assurent le lien entre la direction de l'établissement et chacune des unités. Le projet de décision est ensuite remis au directeur ou à son délégué pour signature.

Le patient se voit notifier la mesure de soins sans consentement le plus souvent par le médecin, parfois par l'IDE. Le reste de la procédure est expliqué au patient par les IDE qui n'ont jamais été spécifiquement formés à cet exercice et ont appris de façon empirique (cf. § 3.3.2). Dans les mêmes conditions sont notifiées les décisions de prolongation, la convocation devant le JLD puis sa décision.

Une copie du document et de l'acte de notification sont toujours remis à l'intéressé.

Tous les actes de notification comportent la liste intégrale des droits de la personne en SSC, lesquels ont préalablement été notifiés dès l'arrivée du patient dans l'unité dans le cadre d'une notification autonome.

Les infirmiers reportent en général – mais pas toujours (Cf. § 4.1.2) – les observations du patient sur les documents, parfois de manière laconique. Ils indiquent se sentir en difficulté pour expliquer les décisions judiciaires.

Si le patient n'est pas en état de signer l'acte de notification, une mention expresse est apposée et signée par deux soignants.

RECOMMANDATION 14

Le personnel soignant amené à notifier les décisions jalonnant le parcours de soins sans consentement doit être formé au volet administratif et juridique de ce cadre de soins afin de pouvoir donner toute explication orale aux patients.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 DANS L'ENSEMBLE, L'HEBERGEMENT EST CONVENABLE, MAIS CERTAINS LOCAUX SONT VETUSTES OU INADAPTES

Les chambres sont individuelles mais certaines peuvent être doublées en cas de nécessité ou en permanence. Ainsi, dans les unités « Le verger » et « Les arcades », il y a respectivement trois chambres doubles sur un total de quatorze chambres et quatre chambres doubles sur un total de vingt-et-une chambres.

Les chambres sont spacieuses mais peu décorées. Elles comportent de grandes fenêtres, procurant une luminosité naturelle et disposent d'un verrou accessible au seul personnel soignant. Elles disposent de volets roulants que le patient peut actionner depuis un bouton mural. Dans l'unité « Le verger », on observe des traces de vétusté ainsi que des infiltrations d'eau sur certains murs. Il a été indiqué aux contrôleurs que des travaux de rénovation étaient prévus.

Les chambres sont toutes meublées d'un lit avec table de chevet, d'une table avec chaise, d'une armoire fermant à clé.

Hormis dans l'unité « Les arcades », chacune d'entre elles dispose d'une salle d'eau dont la porte est munie d'un système de fermeture, équipée d'un lavabo au-dessus duquel est placé un miroir, parfois d'un porte serviette, d'une douche avec flexible, d'un W.C.

Les patients ont accès durant la journée à leur chambre, sauf lors des horaires de ménage. Ils disposent tous de la clé de leur chambre. Toutes sont équipées d'un verrou de confort ce qui permet aux patients de fermer leur chambre de l'intérieur afin de préserver leur intimité. Aucune chambre ne dispose de téléviseur. Certaines ont liseuse et bouton d'appel.

Néanmoins, il a été observé que dans l'unité « Les arcades », seize chambres sur dix-sept sont situées au premier étage et une seule au rez-de-chaussée. Cette disposition est inadaptée pour les patients en gériatrie. Tous les patients ne sont pas en mesure d'accéder seuls à leur chambre. En effet, seule la moitié des patients sont assez autonomes pour utiliser les escaliers avec les risques de chutes afférents, les autres étant dépendants des soignants pour prendre l'ascenseur qui fonctionne avec une clé. La majorité des patients doivent se rendre à la salle d'eau commune, située au fond du couloir, afin de pouvoir effectuer leur toilette. Les chambres ne disposent pas de verrous de confort. Les placards sont munis de fermetures à clé, mais celles-ci sont conservées par le personnel soignant. Les patients n'ont pas la possibilité d'aérer leur chambre, l'ouverture des fenêtres ne pouvant être effectuée que par le personnel soignant.

RECOMMANDATION 15

Les chambres de l'unité « Les arcades » étant totalement inadaptées aux patients âgés, l'établissement doit accélérer la mise en œuvre de son programme de construction d'une nouvelle unité dédiée aux patients en gériatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Réfection totale de l'unité en cours, suivant le plan directeur. 2027 – 2030 »

Dans leur ensemble les unités sont dotées d'au moins un salon équipé d'une télévision avec des fauteuil et une table basse. Plusieurs d'entre elles sont également équipées d'un espace bibliothèque, de jeux de société et d'un baby-foot ou d'une table de ping-pong.

Durant la journée, les patients peuvent accéder aux espaces extérieurs (jardins ou patios), où ils peuvent fumer. Ceux-ci sont munis d'abris contre les intempéries et de salons de jardin.



Chambre double unité le Verger



Chambre simple même unité

5.2 L'HYGIENE DES PATIENTS EST ASSUREE

En dépit de la vétusté de certaines unités, l'entretien des locaux et des chambres des patients est assuré convenablement par des agents des services hospitaliers (ASH).

Si au CHBC toutes les chambres disposent de salles d'eau, aux « arcades » les douches sont communes et séparées par un pare vu mobile en plexiglas (cf. § 5.1). Des kits d'hygiène (comprenant savonnette, dentifrice, brosse à dents, rasoirs, etc.) sont fournis aux nouveaux arrivants. Un dépannage de vêtements est possible pour les personnes sans ressources financières. Des achats extérieurs peuvent être réalisés notamment par l'association « l'Entr'aide ».

Les draps, taies d'oreillers et serviettes sont changés régulièrement, au moins une fois par semaine et davantage en cas de nécessité.

L'entretien du linge personnel des patients est effectué par les proches. Il est remis et repris lors des visites. En cas de nécessité, la blanchisserie centrale de l'hôpital, située dans la zone industrielle de Bonneval, peut prendre en charge le lavage du linge des patients.

Un coiffeur extérieur intervient à la demande dans les unités.
Il est mis à la disposition des patients des masques et du gel hydroalcoolique.

5.3 LES CONDITIONS DE CONSERVATION DES BIENS DES PATIENTS N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Dans toutes les unités, un inventaire contradictoire des biens est réalisé sur papier pour chaque nouvel arrivant. Il est signé par le patient, lorsque son état clinique le permet, et par l'IDE. Un exemplaire est conservé dans le dossier de la personne.

Les patients peuvent disposer de la plupart de leurs biens et les conserver dans les placards de leurs chambres. Le retrait des objets évalués comme dangereux (objets contondants ou tranchants, objets en verre, chargeur de téléphone *etc.*) ou décidé dans le cadre d'une prescription médicale en raison d'un risque suicidaire sont rangés dans des casiers nominatifs situés dans le bureau des IDE.

Les biens de valeur sont soit remis aux familles, soit placés dans un coffre situé dans le bureau des admissions. Les sommes conservées par les patients varient selon les unités de 15 à 50 euros. La présence des assistants de service social auprès des patients diffère selon les unités, notamment en fonction du temps de travail dont ils disposent. La rencontre avec les patients est réalisée sur orientation du personnel soignant. L'assistant social prend part aux réunions d'équipe.

Les visites des tuteurs à leurs protégés varient selon les unités. A l'unité de gérontopsychiatrie « Les arcades », les visites des tuteurs sont effectives.

Le repérage des personnes ayant besoin d'une protection est réalisé dès l'admission par le personnel soignant.

5.4 CERTAINS PATIENTS SE PLAIGNENT DES QUANTITES SERVIES LORS DES REPAS

Les repas sont livrés chaque jour depuis la cuisine centrale qui est située dans la zone industrielle de Bonneval. Dirigé par un responsable et un adjoint, le service de la cuisine centrale est composé de vingt-quatre agents. Deux diététiciennes, l'une à temps complet et l'autre à mi-temps, assurent l'élaboration des menus et se rendent, lorsqu'elles sont sollicitées, dans les unités pour des situations particulières. 1 700 repas sont préparés quotidiennement dont le prix unitaire est d'environ 2 euros.

Les repas sont préparés puis servis en liaison froide, avec une production de trois jours d'avance. Le transport vers les diverses unités est réalisé quotidiennement par véhicules réfrigérés. Les plats sont réchauffés dans les offices des unités.

Les horaires des repas sont fixés à 8h, 12h et 19h. A l'exception de l'unité CEDAP, une collation est servie à 16h00 et une tisane à partir de 20h30. Les menus sont affichés dans les unités.

Une large gamme de régimes alimentaires est prévue : haché, mixé, sans sel, diabétique, hypocalorique, sans graisse, riche en fibres, sans résidu, sans sucre, sans porc, sans poisson. Ces différents régimes sont pris en compte dès l'arrivée des patients et enregistrés dans un logiciel.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger et les patients sont servis par les ASH. Ils peuvent librement choisir leur place, sauf dans l'unité « Les arcades » où elle est fixée par les soignants. Il n'est pas rapporté de tensions lors des repas.

A contrario, dans l'unité CEDAP, les mesures sanitaires mises en œuvre lors de pandémie de Covid-19 ont été maintenues et les repas sont obligatoirement pris dans les chambres. Les patients semblent apprécier cette mesure.

L'établissement hospitalier a mis en place un questionnaire de satisfaction relatif à la qualité des repas. Les patients se disent, à quelques exceptions près, satisfaits. Certains d'entre eux ont néanmoins indiqué aux contrôleurs que les quantités servies étaient insuffisantes.

Dans certaines unités, Il est permis aux visiteurs d'apporter des denrées sèches (sous emballage plastique) et des boissons que les patients peuvent conserver dans leurs placards.

Au moment du contrôle, la cafétéria du CHBB était fermée. Au Coudray, il n'existe pas de cafétéria mais un distributeur automatique de boissons, de biscuits et barres chocolatés dont les tarifs sont élevés (*cf.* § 3.2).

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT BENEFICIENT D'UNE LIBERTE D'ALLER ET VENIR TRES LIMITEE

A l'intérieur de chaque unité les patients peuvent circuler librement avec cependant l'interdiction d'aller dans une autre chambre que la leur. Ils disposent d'un verrou de confort pour fermer ou s'enfermer dans leur chambre, sauf dans l'unité « Les arcades ».

A *contrario*, les unités sont presque toutes fermées, au CHBB elles le sont toutes et au CHBC l'UTHR est ouverte mais le parc est fermé et l'UHP est ouverte d'un côté et fermée d'un autre. En réalité, à l'UHP le coté ouvert ne l'est que 6 heures par jour, l'unité est donc totalement fermée les 18 heures restantes.

De plus, il a été constaté que cette fermeture n'est pas fondée sur un risque clinique identifié pour un ou plusieurs patients séjournant dans l'unité mais bien à une règle de fonctionnement permanente puisque figurant dans le règlement de l'UHP. Les quelques réflexions qui existent aujourd'hui concernant ce sujet sont insuffisantes car n'intègrent pas une ouverture par la fermeture comme exception. Les patients, y compris ceux qui sont hospitalisés en soins libres, ne sont pas libres d'aller et venir, ils doivent obtenir une autorisation pour sortir. Si une majorité bénéficie d'autorisations de sorties plus ou moins longues et/ou accompagnées données par les médecins, il est constaté qu'une minorité ne bénéficie pas d'autorisation de sortie ce qui n'est pas légal.

RECOMMANDATION 16

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au mode d'hospitalisation. Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 159 : En lien avec le chef de service, l'encadrement et la direction des soins, mise en place d'une organisation permettant aux patients un retour en chambre durant la journée si souhaité.*

Action 169 : De façon globale les services de l'établissement sont tous fermés à clé ce qui questionne le respect de la liberté d'aller et venir au sein d'un EPSM : ce point a été abordé lors de la cellule COVID et permettre une réouverture des unités. (02/2022). Dans certains services : un digicode est déjà installé afin de respecter la liberté d'aller et venir des patients autorisés à sortir (service test Arcades, puis éventuellement Verger).

Action 323 : Rédaction de la procédure de mise en calme retrait - hypostimulation Création et déploiement du formulaire de prescription informatisée en pédopsychiatrie.

Action 363 : Porter une réflexion sur les bénéfices/risques concernant les unités fermées (UTHR Le Verger, les Arcades, site de Morancez) afin de dégager et mettre en œuvre des actions concrètes permettant de répondre à la réglementation (Cf CGLPL).

Un planning est prévu sur une période allant de septembre 2023 à juin 2024. La direction proposera aux instances de juin (CME, CSE, CS, CSIRMT et CDU). Le projet de mise en place d'une démarche "Quality rights" au CH Henri EY.»

6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES ET REEVALUEES

Le rythme de la journée des patients est aussi proche que possible du rythme de vie à l'extérieur. Le lever a lieu pour le petit déjeuner un peu avant 8h et le coucher vers 23h.

Les patients ont un accès continu à leur chambre sauf dans l'unité « Les arcades » (cf. § 5.1).

Dans l'ensemble des unités, la plupart des patients sont soumis à des restrictions plus ou moins importantes concernant le tabac, distribué tout au long de la journée. Dans certaines les cours disposent de briquets fixes mais qui dysfonctionnent souvent. A défaut, des briquets individuels sont prêtés.

RECOMMANDATION 17

Les restrictions liées au tabac doivent être justifiées par la situation clinique du patient et une action d'éducation thérapeutique doit être proposée dans le cadre d'un sevrage ou d'une réduction de sa consommation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 420 : Tracer la bonne transmission des informations données au patient concernant le tabac, consommation d'alcool (par ex : proposition de sevrage tabagique).*

Audit mensuel de dossier depuis le mois d'octobre (document preuve).

Proposition de prendre contact avec des associations pour sensibilisation des patients aux méfaits du tabac - fumer dans les chambres reste cependant prohibé en raison du risque d'incendie. Des actions d'éducation thérapeutique et de prévention, soutenues par la direction des soins. »

L'achat du tabac est réalisé en priorité par les patients ou les familles, voire les tuteurs. Les soignants gardent toujours de quoi dépanner les patients et se font ensuite rembourser. Sauf exception rare, aucune unité n'impose le port du pyjama qui est réservé aux patients placés en chambre d'isolement.

6.3 LES CONDITIONS D'ACCUEIL DES FAMILLES PRESENTENT DES DISPARITES QUI PORTENT ATTEINTE A L'EXERCICE DU DROIT DE VISITE DANS CERTAINES UNITES

6.3.1 Les visites

Le livret d'accueil indique que les visites sont autorisées tous les jours, sauf contre-indications médicales. Les enfants de moins de 12 ans ne sont pas admis dans les unités de soins, mais de telles visites peuvent avoir lieu dans des espaces dédiés (salle d'accueil ou patio). Cette limite d'âge est fixée à 14 ans dans l'unité CEDAP.

Les visites peuvent avoir lieu généralement de 13h00 à 18h00, mais on observe une tolérance à l'égard des personnes qui travaillent. Dans l'unité de gérontopsychiatrie, les mesures sanitaires liées à la Covid-19 sont maintenues, ce qui nécessite une prise de rendez-vous et limite la durée des visites à 30 minutes. De plus, cette unité limite également les visites à trois familles par jour.

RECOMMANDATION 18

Les restrictions aux visites des familles qui n'existent que dans l'unité de gérontopsychiatrie doivent cesser car elles constituent une atteinte grave au maintien des liens familiaux.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Cette mesure de restriction a été arrêtée car était le fait d'un médecin qui a quitté l'établissement depuis la visite des contrôleurs généraux des lieux de privation de liberté. Ces restrictions ne sont plus appliquées. »

Les visites ont lieu dans les chambres des patients ou dans les espaces spécifiques : salon ou bureau. Toutefois, il a été observé que, depuis les mesures sanitaires liées à la Covid-19, trois unités (UTHR C, CEDAP et « Les arcades ») interdisent formellement l'accès des visiteurs aux chambres des patients.

RECOMMANDATION 19

Les patients doivent avoir la possibilité de recevoir la personne de leur choix dans leur chambre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Une note d'information à l'attention de l'ensemble du personnel est partie de la Direction des Soins, précisant les principes fondamentaux relatifs au respect des libertés des patients et, notamment, le droit à recevoir de la visite dans leur chambre. Pour les personnes en chambre double, il est proposé un salon de visite pour respecter la confidentialité des échanges. »

Les visiteurs sont autorisés à apporter à leurs proches vêtements, cigarettes, etc. Au Coudray, un contrôle des produits est effectué par un vigile à la porte d'entrée.

6.3.2 Les communications

Les téléphones portables sont systématiquement retirés lors des admissions dans les unités. Ils sont cependant remis aux patients assez rapidement sur décision médicale. En revanche, les chargeurs sont conservés dans les bureaux des infirmiers.

Pour les patients ne disposant pas de téléphone portable, les appels peuvent être passés avec le téléphone de service depuis le bureau des IDE. Les contrôleurs ont constaté que parfois la confidentialité des échanges n'était pas observée.

6.3.3 Le courrier

Le courrier est pris en charge au départ et à l'arrivée par la vaguemestre de l'établissement qui dispose d'un bureau situé au CHBB. Le dispatching dans les différents services s'effectue à l'aide de casiers placés dans le bureau de la vaguemestre. Un membre de chaque service est chargé de sa récupération. La remise et le ramassage du courrier des patients sont réalisés par les IDE au sein de chaque unité.

Les patients peuvent écrire ou recevoir sous pli fermé du courrier sans limitation. Le nécessaire de correspondance (papier, enveloppe et stylo) est fourni sur demande. Un service de vente de timbres est réalisé par l'association « Entr'aide », le courrier non affranchi l'est par la

vaguemestre, à la charge par l'hôpital. En revanche l'expédition du courrier des patients serait réalisée avec retard.

RECOMMANDATION 20

L'acheminement du courrier des patients doit être réalisé dans les plus brefs délais.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Une procédure est en cours de rédaction et sera prochainement accessible sur Ennov. »

Le contenu des colis est contrôlé par les IDE afin de vérifier que ceux-ci ne comportent pas d'objets dangereux.

6.3.4 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux : presse, télévision, internet

Les téléviseurs ne sont pas autorisés dans les chambres. Cependant toutes les unités disposent d'au moins deux salles équipées de téléviseurs auxquelles les patients ont accès de 7 h à 23 h (cf. § 5.1).

Aucune restriction concernant la détention dans les chambres de poste radio n'est appliquée, sauf contre-indication médicale.

Les unités ne disposent pas de salles équipées de matériel informatique à destination des patients. Néanmoins, les malades peuvent disposer, sauf contre-indication médicale, d'un ordinateur personnel sauf à l'unité « Le verger » où les ordinateurs sont prohibés. Il n'existe pas d'accès à Internet via le réseau Wi-Fi de l'établissement hospitalier. Les patients se servent de leurs téléphones portables en partage de connexion. Il a été constaté que peu de personnes disposent d'un ordinateur portable.

Certaines unités sont abonnées au quotidien local « L'Echo Républicain » auquel les patients peuvent avoir accès. Les revues, les journaux et les livres peuvent être fournis par les familles lors des visites.

6.3.5 La confidentialité

La charte de la personne hospitalisée, affichée dans les unités, indique que le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui les concernent⁹.

La procédure d'hospitalisation sous anonymat est connue de façon très variable selon les unités et n'est pas proposée aux patients au moment de leur arrivée. Le standard transfère systématiquement l'appel téléphonique relatif aux demandes d'informations sur la présence des patients vers l'unité dans laquelle le malade est hospitalisé. Le personnel infirmier gère alors les appels. Cette façon de procéder ne respecte pas la confidentialité puisqu'elle permet d'indiquer non seulement l'hospitalisation du patient, mais également l'unité où il est admis.

⁹ Charte de la personne hospitalisée, point 9.

RECOMMANDATION 21

Le standard doit veiller à prendre toutes les informations utiles avant de transmettre un appel téléphonique vers l'unité où est admise la personne hospitalisée. Une procédure stricte garantissant la confidentialité doit être mise en place.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Une procédure est en cours de rédaction et sera prochainement accessible sur Ennov et diffusée à l'ensemble des services de l'établissement. Une réunion de service a été fixée le 05.04.2023 afin de parcourir la procédure avec les agents du standard, répondre à leurs questionnements et s'assurer que chacun des points décrits dans la procédure soit respecté. »

Les médecins refusent de délivrer aux patients admis au sein du CEDAP un arrêt de travail. Cette situation conduit les patients à demander un bulletin de situation sur lequel figure le nom de l'établissement, ce qui porte atteinte à la confidentialité et la nature psychiatrique de leur hospitalisation.

RECOMMANDATION 22

Les patients doivent pouvoir bénéficier d'arrêts de travail délivrés par les médecins sans référence au lieu d'hospitalisation, afin de préserver la discrétion sur la nature de leur maladie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Tampons réceptionnés pour les praticiens sans la mention de l'unité, le Centre Hospitalier. Commande de tampon avec uniquement le nom du praticien et son n°RPPS - Distribution en cours auprès des médecins. »

6.4 L'ACCES AU VOTE DES PATIENTS N'EST PAS UNE PRIORITE

Le livret d'accueil indique que : « si des élections interviennent pendant votre hospitalisation, l'hôpital pourra organiser le vote par procuration. Pour cela, vous pouvez vous adresser au cadre de santé de votre unité de soins »¹⁰. Dans les faits, aucun affichage n'est réalisé dans les unités. Les autorisations de sortie peuvent être octroyées à certains patients pour aller voter. Quant au vote par procuration, le personnel soignant en ignore les modalités. Aucun chiffre global concernant le nombre de votants lors des dernières élections n'a pu être fourni aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 23

Les patients doivent être informés par voie d'affichage des modalités d'accès au vote dont l'exercice est un droit qui doit être assuré.

¹⁰ Livret d'accueil, p. 22.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *L'information a été relayée par le cadre, un travail va être effectué afin de sensibiliser les patients à leurs droits lors des élections sous forme de petits groupes d'information et rajouté dans le livret d'accueil (en effet, l'affichage au long court n'atteint pas la cible requise)* ».

6.5 LE CULTE CATHOLIQUE EST ASSURE MAIS L'INFORMATION EST INSUFFISANTE

Le livret d'accueil indique que les croyances de chaque patient sont respectées et que la possibilité de rencontrer un représentant du culte de son choix est possible. Néanmoins, toutes les unités ne disposent pas d'un affichage relatif au mode d'accès au culte. Et contrairement à ce qui est indiqué sur les affiches, placées dans certaines unités et relatives au culte catholique, la permanence d'accueil des patients n'est plus assurée de manière régulière. Quatre personnes retraitées bénévoles interviennent au CHB. Elles assurent une permanence chaque mercredi de 14h à 15h15. Les patients peuvent être reçus dans un bureau. Les bénévoles se rendent également dans les unités pour organiser des moments de prière. La messe est célébrée au sein de la chapelle chaque premier mercredi du mois par le prêtre de la paroisse de Bonneval.

Le culte n'est pas assuré au Coudray pour cause d'éloignement.

Le poste d'aumônier rémunéré par l'établissement hospitalier a été supprimé sur décision de la direction de l'établissement depuis trois ans.

Lorsqu'un patient sans attache familiale décède au sein de l'hôpital la cérémonie est organisée dans la chapelle en présence de patients et de membres du personnel. L'inhumation a lieu dans le cimetière communal dans un carré spécifique.

L'absence de demande d'intervention de représentants d'autres cultes, en conséquence absents, a été rapportée aux contrôleurs.



Chapelle

6.6 LA VIE SENTIMENTALE ET SEXUELLE N'EST PAS INTERDITE MAIS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La vie sexuelle des patients n'est pas abordée en réunion de service, sauf dans une perspective de protection d'une personne vulnérable face à un agresseur potentiel. Dans ce cas, une mesure d'éloignement est en général prise à l'encontre du patient suspecté. Un patient des « Arcades » a été transféré aux Glycines dans ce cadre après avoir été accusé d'agression par une patiente qui ensuite a retiré sa plainte.

Le règlement intérieur interdit de se rendre dans la chambre d'un autre patient ; en pratique ce n'est pas vraiment interdit mais déconseillé, voire découragé par les équipes.

RECOMMANDATION 24

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle au sein du centre hospitalier concernant la formation spécifique proposée aux soignants et les manières d'aborder la question avec les patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *L'encadrement est sensible à ce sujet et la sexualité des patients fait l'objet d'un accompagnement bienveillant dans l'ensemble des services. Une attention particulière est portée sur le point essentiel du consentement, la forme et la validité de celui-ci étant étroitement liés à la nature des troubles et aux pathologies des patients / résidents. Une information adaptée au public est faite dans chaque service sur les maladies sexuellement transmissibles et la façon de s'en protéger. Dans certains services, une réflexion plus large est proposée, abordant les processus émotionnels d'une relation, insistant sur le nécessaire respect de chaque personne. La direction des soins est pilote de cette action. Une procédure est en cours de rédaction et sera prochainement accessible sur Ennov. »*

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

7.1 LA PLUPART DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE GARANTISSENT PAS LE RESPECT DE L'INTIMITE DES PATIENTS

Au CHBB, les unités « Le verger » et Saint-Florentin disposent respectivement de trois et deux chambres d'isolement (CI). Au CHBC, il y a deux CI au CEDAP, une à l'UHP et une à l'UTHR.

La pratique de l'isolement et de la contention dans l'unité Saint-Florentin (non comptabilisée avec les autres unités) sera évoquée dans la partie relative à la prise en charge des autistes (cf. § 10.3).

Les CI sont équipées d'un matelas avec sommier en mousse, comportant dans sa structure des points d'attache pour les contentions, au ras du sol ou au ras du matelas selon les modèles, ainsi qu'un bloc en mousse pour permettre au soignant ou au patient de s'asseoir ou de poser un plateau repas. Au moment de la visite, une des trois chambres de l'unité « Le verger » était en attente de réfection et ne pouvait être utilisée.

Les CI sont équipées d'un bouton d'appel qui n'est pas accessible lorsque les patients sont contentonnés. Une horloge placée dans le sas donne l'heure mais pas la date, et n'est pas visible depuis la position allongée.

Les CI sont climatisées, toutefois le réglage de la température est bloqué. Les services techniques doivent être sollicités lorsque le patient souhaite la modifier.

Les chambres reçoivent la lumière du jour au travers d'une fenêtre qui ne peut être ouverte. Les volets comme l'éclairage ne peuvent être actionnés que par les soignants.

RECOMMANDATION 25

Les patients en chambre d'isolement doivent pouvoir voir l'heure et la date et se signaler auprès de l'équipe soignante, et ce même lorsqu'ils sont contenus. Ils doivent également pouvoir régler la température de la chambre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Action 172 : Repère dans le temps (pendule) accessible si le patient est contentonné au lit (03/2023)

Concernant le réglage de la température de la chambre, le boîtier est à l'extérieur de la chambre et donc géré par les soignants sur demande. Mise en place en mars 2023. Une procédure est en cours de rédaction et sera prochainement accessible sur Ennov. »

Les CI du CHBC se distinguent par plusieurs atteintes à l'intimité du patient. Le WC est directement visible depuis le hublot de la porte et l'intérieur de la douche est visible au travers d'un second hublot. La Haute autorité de santé (HAS), lors de sa visite de certification en janvier 2022, avait également relevé ces atteintes à l'intimité.



Chambre d'isolement de l'unité CEDAP

RECOMMANDATION 26

L'attention portée à la sécurité des patients placés en isolement ne peut justifier l'existence de dispositifs permettant de visualiser les sanitaires et WC, intrusifs et attentatoires à l'intimité et la dignité. Dans la douche, la présence d'un flexible constitue un risque pour les personnes présentant une tendance suicidaire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 172 : Mise en conformité des chambres d'isolement au CPC et aux vergers : Adapter au mieux les chambres d'isolement au regard des recommandations : Mettre en place un dispositif de type sonnette d'alarme disponible pour le patient en cas de contention Achat de matériel. Aménagement pour garantir l'intimité (Hublot). Améliorer les conditions d'isolement (musique, télé par ex). Rénover si nécessaire les murs et les sols. »*

Une chasuble et une couverture de sécurité sont remis au patient qui présente un risque suicidaire, qui doit sinon porter le pyjama bleu institutionnel, sans pouvoir disposer de ses vêtements (cf. § 6.2).



Pyjama de sécurité

Dans certaines unités (CEDAP, « Le verger », l'UHP C), des livres et revues peuvent être apportés selon l'état clinique du patient. Il convient que ces pratiques soient harmonisées. Selon l'état du patient, il est possible de fumer à la fenêtre de la chambre (au « Verger ») ou de se rendre dans le patio sur le site du Coudray.

Les repas sont pris en chambre sur un adaptable en mousse. Le retour dans la chambre hôtelière peut avoir lieu de manière progressive avec une prise des repas en commun pour observer le comportement de la personne isolée dans le service.

7.2 LES SOIGNANTS NE BENEFICIENT PAS DE FORMATIONS CONCERNANT LES PRATIQUES, LES ALTERNATIVES ET LE CADRE LEGAL DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Aucun protocole concernant le placement à l'isolement et le recours à des moyens de contention n'a été communiqué par l'établissement.

Aucune formation du personnel soignant concernant l'isolement et la contention n'est mise en œuvre. Une partie des soignants ont suivi la formation Oméga, qui porte sur la gestion et la prévention de la violence.

RECOMMANDATION 27

Le personnel soignant doit bénéficier de formations concernant l'isolement et la contention, les alternatives à ces pratiques et le cadre légal qui les encadre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 61 : Déploiement de formation en interne intitulé "nouvelle réglementation isolement et contention par un organisme extérieur" (12/2021).*

Action 153 : Documents de prescription papier relatif à la contention et iso non conforme. Sensibiliser les médecins aux bonnes pratiques de prescription sur le DPI (dont motivation de dernier recours) : - motivation dernier recours - information patient sur la situation et les moyens de lever la mesure - évaluation somatique avant toutes mesures - prescription des actes de surveillance - traçabilité des actes de surveillance réalisé par les IDE - clôture des levées de mesure (12/2022)

Action 154 : Mesures de contention : Information et sensibilisation à réitérer auprès des équipes.

Le choix du dispositif de contention n'est pas décrit au regard de la proportionnalité et du besoin du patient.

Les objectifs de la pose de la contention n'est pas suffisamment décrite dans le dossier.

La personne de confiance ou la famille ou le protecteur n'est pas sollicité(e) en cas d'impossibilité pour le patient de s'exprimer (06/2022). »

Les décisions de placement en CI et sous contention sont prises par les psychiatres seniors. Elles donnent systématiquement lieu à un examen psychiatrique en présentiel, de jour comme de nuit. Le cas échéant, le médecin senior se rend sur les lieux, selon les déclarations, dans un délai qui n'excède pas trente minutes. Aucune décision d'isolement ou de mise sous contention n'est prise par téléphone, et il n'existe pas de décision d'isolement ou de contention « si besoin ».

S'agissant du renouvellement des mesures, le secrétariat rappelle au psychiatre les échéances à respecter.

La décision d'isolement ou de contention apparaît dans le dossier informatisé du patient, en revanche, les alternatives mises en place pour l'éviter – entretien médical ou infirmier, proposition de relaxation, proposition de traitement, repos en chambre – ne sont pas tracées. La surveillance est prescrite dans le logiciel Cariatides. En pratique, elle est effectuée par deux soignants entrant dans la chambre et non au travers le hublot.

Lorsqu'ils sont placés en isolement, les patients conservent en principe leur chambre hôtelière sauf si le nombre de lits disponibles ne le permet pas. A l'unité « Le verger », une patiente souffrant d'une pathologie rare (maladie de Huntington), est enfermée la nuit dans sa chambre pour sa protection. Dans l'attente d'une place dans une structure d'aval, cette patiente demeure au sein de l'unité dans une chambre aménagée spécialement pour elle. La fermeture nocturne de la chambre n'est pas tracée comme mesure d'isolement.

Dans certaines unités, les mesures d'isolement et de contention font l'objet d'un retour d'expérience au sein de l'équipe, notamment lors des transmissions.

Les personnes enfermées en CI sont signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement.

7.3 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION A DIMINUE DANS LE POLE DE PSYCHIATRIE ADULTES MAIS IL NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE

Le CHB ne mentionne pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement 2021-2026, pas plus que dans le projet médical du pôle de psychiatrie adultes. Le changement d'orientation des unités des deux sites n'a pas entraîné de réflexion concernant l'utilité ou non de conserver le même nombre de CI par unité. Ainsi, le site de Bonneval en conservera trois dans l'unité « Le verger », alors même que seuls les patients stabilisés et ceux de gérontopsychiatrie y seront hospitalisés.

RECOMMANDATION 28

L'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention doit faire l'objet d'un traitement institutionnel par l'établissement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 156 : le rapport iso et contention transmis et présenté en instance avec une analyse statistique et qualitative des chiffres extraits (10/2022). Rappel sur les Quality Rights et modification en ce sens du projet d'établissement sur le volet bienveillance et isolements et contentions. Un groupe de travail est à mettre en place dès septembre 2023.* »

Une évaluation des pratiques professionnelles a été initiée concernant l'isolement et la contention, mais interrompue au moment de la crise sanitaire. Lors de la visite, sa réactivation était prévue. Le sujet est discuté en collège médical tous les deux ou trois mois et lors de chaque commission médicale d'établissement, mais l'approche institutionnelle de la question est principalement liée aux obligations légales de tenir un registre des mesures, et plus récemment de les soumettre au contrôle juridictionnel. L'établissement s'est rapidement emparé des nouvelles dispositions de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 relatives au contrôle juridictionnel des mesures d'isolement de contention. Le service qualité, le service des usagers et les deux pilotes de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) concernant l'isolement et la contention ont bénéficié de deux jours de formation, puis deux journées ont été consacrées à l'évaluation de la pratique dans les services.

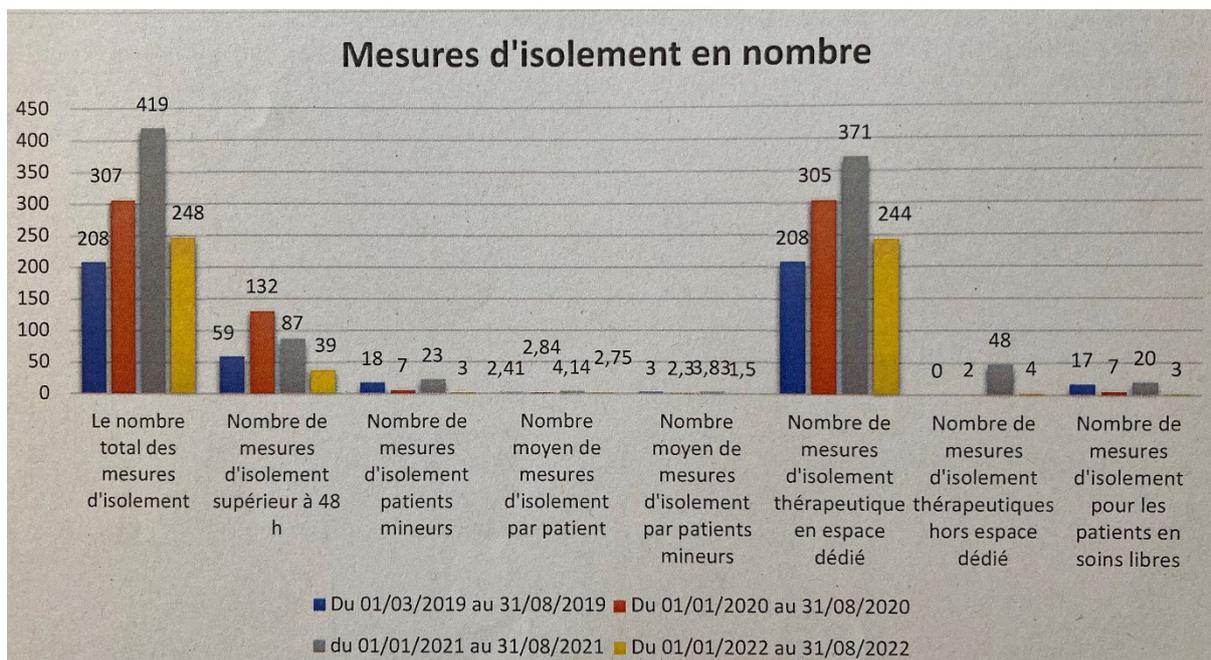
Par ailleurs, afin d'avoir une vision en temps réel du recours à l'isolement, un tableau de bord informatisé a été mis en place par les services informatiques du CHB, qui permettra à terme de générer les différents documents.

BONNE PRATIQUE 1

L'établissement a mis en place un tableau de bord des mesures d'isolement et de contention permettant une vision et un suivi en temps réel.

Le CHB procède à une analyse poussée du registre d'isolement et de contention. Lors de la visite, une étude statistique sur le recours à l'isolement entre 2019 et 2022 a été présentée à la commission des usagers. Elle porte sur les huit premiers mois de chaque année.

On observe ainsi une augmentation nette du recours à ces mesures coercitives entre 2019 et 2021, puis une forte diminution en 2022, comme ce tableau le démontre :



Source : Etude et statistiques des mesures d'isolement et de contention des patients au CH Henri Ey, 14/09/2022

S'agissant des durées d'isolement, le constat est le même : 17 150 heures en 2019, 28 678 heures en 2020, 18 498 heures en 2021 puis 7 472 heures entre le 1^{er} janvier et le 31/8/2022. En moyenne, la durée est passée de 82,4 heures en 2019 à 93,4 heures en 2020, pour nettement diminuer à 44,1 heures en 2021 et 30,1 heures en 2022.

L'étude précise le nombre de patients concernés par les mesures : 86 patients en 2019, 108 en 2020, 101 en 2021 et 91 en 2022. Il est intéressant de constater qu'entre 2021 et 2022, si le nombre de patients isolés a peu évolué, le recours à l'isolement a été beaucoup moins important en termes de durée et de nombre de mesures. Notamment, le nombre de mesures de plus de 48 heures a diminué de 19,35 % entre 2021 et 2022. En revanche, il convient de noter la persistance de patients isolés en soins libres : 29 en 2019, 15 en 2020, 21 en 2021 et 13 en 2022.

RECOMMANDATION 29

Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit être isolé sans que soit rapidement modifié son mode d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Des rappels constants sont réalisés lors des instances et figurent dans les PV de ces réunions. Le rappel des bonnes pratiques est également réalisé ponctuellement. Des documents et supports créés font également un rappel de l'ensemble de ces consignes. Nous notons une baisse des pratiques non conformes. La direction des soins encadre le projet et sensibilise les agents. Des messages d'alertes ont été mis en place par le service informatique qui permettent d'alerter le service des admissions qu'un patient en HL est placé en isolement. Le service des admissions contacte le service pour savoir si des démarches pour modifier la mesure ont été entreprises et rappeler aussi les bonnes pratiques. On constate qu'il y a très peu de message d'alerte concernant ces situations. »

L'étude s'attarde sur le nombre de séjours à l'isolement, rapporté au nombre de séjours dans chaque unité. Ainsi, l'unité qui isole le moins est paradoxalement l'unité de crise CEDAP avec un taux de 12,53 %, puis l'UHP du Coudray avec 13,24 %, puis « Le verger » avec 14,14 %, et enfin l'UTHR du Coudray avec 18,31 %. Entre 2021, les taux d'isolement sont restés stables sauf pour l'UTHR du Coudray qui est passée de 23,38 % à 18,31% et « Le verger » qui est passée de 22,58 % à 14,14 %. Afin d'affiner l'analyse sur le site de Bonneval, il pourrait être utile de prendre en compte l'unité d'origine concernant les isolements pratiqués dans l'unité « Le verger ». Les patients en état aigus sont moins isolés que les autres, ce qui doit tenir aux pratiques spécifiques des médecins des unités.

Les modalités de placement des mineurs à l'isolement sont identiques à celles des adultes. Il a nettement diminué : six patients en 2019, trois en 2020, six en 2021 et deux en 2022, pour des durées moyenne d'isolement bien moindres : 28 heures en 2019, 75 heures en 2020, 43 heures en 2021 et six heures en 2022. Aucun patient mineur n'a fait l'objet de mesure de contention ces trois dernières années.

RECOMMANDATION 30

L'isolement d'un enfant ou d'un adolescent, même sur des durées courtes, doit être évité par tout moyen. En outre, cette mesure, lorsqu'elle a lieu, doit être retranscrite dans un registre spécifique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Une réflexion de fond est menée au sein des deux services de pédo psychiatrie disposant d'espace de calme. Ce travail repart du projet de service et pose le cadre de l'utilisation de ces espaces, définissant les circonstances de recours à cet outil et les attendus pour le patient. Ces éléments permettront alors d'élaborer un cahier des charges à destination des services travaux et économiques vers un aménagement correspondant aux besoins. Les chambres d'apaisement sont dorénavant équipées d'une serrure intérieure accessible à l'enfant pour ouvrir l'espace comme bon lui semble depuis mars 2023. Un protocole calme et retrait a été validé en mars 2023 par les pédopsychiatres. »

L'étude porte également sur les mesures de contention, auxquelles le recours a également diminué depuis 2019 : 27 mesures concernant 10 patients en 2019, 62 mesures concernant 17 patients en 2020, 18 mesures concernant huit patients en 2021 et 18 mesures concernant dix patients en 2021. Depuis 2020, toutes les mesures de contention au sein du pôle de psychiatrie adultes ont été effectuées en CI.

La durée moyenne d'utilisation a également diminué, passant de 17 heures en 2019, à 11 heures en 2020, six heures en 2021 et cinq heures en 2022.

La diminution du recours à l'isolement et à la contention en 2022 s'expliquerait par l'application des dispositions de la nouvelle loi¹¹ dont la mise en œuvre est contraignante, ce dont ont témoigné la plupart des soignants. Au sein de l'unité « Le verger », la diminution a également été mise en lien avec l'orientation d'une patiente concernée par la plupart des mesures d'isolement vers l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) d'un autre hôpital.

¹¹ loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 relatives au contrôle juridictionnel des mesures d'isolement de contention.

RECOMMANDATION 31

L'analyse de qualité du registre d'isolement et de contention doit inciter la mise en œuvre d'une politique institutionnelle de réduction de ces pratiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 17 : Réévaluation de l'EPP isolement et contention en fonction des nouvelles modalités de mise en place des décrets d'application.*

Action 184 : Elaboration de la "Politique institutionnel d'évaluation et de réduction des mesures d'isolement et de contention" conformément aux prescriptions législatives et réglementaires actualisées (cf. version 2022 à venir) afin de procéder à l'analyse des pratiques et faciliter l'expression du rapport annuel ad hoc. (cf. recommandation numéro 28). »

7.4 LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT MANQUE DE TRAÇABILITE, LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS MIS EN ŒUVRE, LA CONFIDENTIALITE DE L'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS N'EST PAS ASSUREE

L'explication médicale de leurs projets de soins aux patients, et leur révision régulière en réunion de synthèse, ne sont pas systématiques. Aucun dispositif de référence médicale et infirmière n'est mis en œuvre (cf. § 4.1.2), excepté à l'UTHR C, et les médecins se remplacent au contact des patients au CEDAP et à l'UHP C. En revanche, les médecins de l'UHP B suivent distinctement leur patientèle. Les soignants sont associés aux projets de soins, à l'exception ceux de l'UTHR B, dans laquelle le médecin les développe seul. Les patients ne sont pas associés aux réunions qui les concernent (excepté ponctuellement à l'UTHR C), et ne sont ni informés du contenu des certificats, ni engagés dans un contrat de soins formalisé par écrit. La recherche du consentement des patients est effectuée par les médecins et les soignants lors des entretiens mais n'est pas systématiquement tracée dans le dossier de soins.

RECOMMANDATION 32

Les patients doivent bénéficier de révisions régulières de leurs projets de soins, au moyen de réunions auxquelles ils doivent être associés ; leur consentement aux étapes de ces projets doit être recherché et tracé dans leur dossier médical.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 411 (addicto) : Remplir l'item projet de soins personnalisé sur cariatides et y inscrire les objectifs des patients pour la cure (en fonction des besoins de la personne et des problèmes de santé).*

Action 434 (UHP Fournier) : travail sur un contrat de soins : implication du patient sur les règles de vie et organisation du service (heures fermetures et ouverture du service).

Action 440 (chateaudun adulte) : Développer la traçabilité dans le dossier du patient, la concertation pluridisciplinaire et le consentement de ce dernier à son projet de soins.

Le respect du projet de soins des patients/résidents a été mis en avant comme point positif lors de la visite des experts HAS en mars 2023. »

Les familles des patients ne sont pas systématiquement associées aux prises en charge, mais reçues en entretien sur rendez-vous, à leur demande. Aucun groupe d'entraide mutuel (GEM) n'intervient.

L'existence et le rôle de la personne de confiance (PC) sont connus des soignants, à l'exception de ceux de l'UTHR C ou de l'unité « Le verger », qui la confondent avec la personne à prévenir. Le sujet est abordé lors de l'entretien d'entrée, le plus souvent sous la simple forme de la désignation (dans le formulaire de recueil de choix du patient au CEDAP), et sans explication détaillée des possibilités de son implication, désignation qui n'est par ailleurs pas systématique. Pour exemple, treize des vingt-quatre patients de l'UTHR B avaient désigné une PC lors de la visite. Les personnes désignées ne sont pas contactées ni invitées à se déplacer pour bénéficier d'une information spécifique et contresigner le formulaire de désignation.

RECOMMANDATION 33

Les soignants doivent recevoir une formation spécifique concernant l'existence et le rôle de la personne de confiance afin d'assurer le recueil systématique de la désignation à l'admission, de délivrer une information adaptée aux patients et aux personnes désignées, et de contacter ces dernières dans le respect des dispositions légales.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 48 : Retravailler le formulaire de la personne de confiance : recueillir la signature de cette dernière (12/2022).*

Action 421 : Informer le patient sur la personne de confiance. Intégrer et mettre à jour les informations de la personne de confiance dans le DPUI. Il convient de travailler avec les équipes et les chefs de pôles et envisager des besoins de formation dès 2024. »

Les documents spécifiques concernant le circuit du médicament et les réunions du COMEDIMS¹², sollicités auprès de la pharmacie, n'ont pas été remis aux contrôleurs. La confidentialité de l'administration des traitements, distribués aux patients regroupés devant la salle de soins (UPH C, UTHR C), ou dans le réfectoire (UTHR B), n'est pas assurée. Seule l'équipe du CEDAP effectue une distribution dans la chambre individuelle des patients. Les pharmaciens ne participent pas aux réunions institutionnelles des unités. L'information des patients concernant leur traitement est minimaliste ou inexistante. Des prescriptions d'injections intramusculaires « si besoin » sont réalisées dans les unités, parfois sans évaluation psychiatrique préalable, ni précision du contexte clinique dans le menu déroulant du logiciel de pharmacie.

RECOMMANDATION 34

La confidentialité lors de l'administration des traitements doit être assurée ; les patients doivent bénéficier d'une information spécifique concernant tous les médicaments qui leur sont

¹² Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

prescrits ; les prescriptions d'injections « si besoin » doivent systématiquement suivre une évaluation médicale et préciser le contexte clinique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 330 CAQUES en cours : Sécurisation de la prescription : * Réaliser une revue de dossiers (sur 15 jours) ayant des prescriptions en si besoin afin de calculer le taux conformité des prescriptions 'si besoin'. Communiquer ces résultats aux professionnels concernés tout en rappelant les attendus (HAS, etc.). Puis faire une seconde revue de dossiers post communication si nécessaire * Voir avec les référents DPUI pour faire évoluer la grille de codification des interventions pharmaceutiques (SFPC). Une évaluation des prescriptions en "si besoin" a été réalisée et validée par l'HAS. Un travail collégial sur les médicaments à risques a été formalisé. »*

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST INACTIVE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

8.1.1 L'absence de commission départementale des soins psychiatriques

Les patients sont privés d'une voie de recours en raison de l'inactivité depuis plusieurs années de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Après vérification auprès de l'ARS, il ressort que cette instance n'a pu être réactivée depuis sept ans, les démarches effectuées pour recruter des médecins acceptant d'en assumer la charge ayant échoué.

RECOMMANDATION 35

La commission départementale des soins psychiatriques doit impérativement être mise en place à bref délai et les patients informés des modalités de sa saisine et de son fonctionnement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « L'ARS doit être à l'initiative de la création de cette commission, car c'est une mission à vocation départementale. Nous proposons de relancer l'ARS à ce sujet. Un courrier sera adressé en mai 2023 sur le sujet. »

8.1.2 La place des usagers dont la commission des usagers

La commission des usagers (CDU), qui relève de la direction des droits des usagers (DDU), a intégré une représentante de l'UNAFAM¹³ et une représentante de l'UFC¹⁴ « Que choisir » d'Eure-et-Loir.

Cette commission se réunit quatre fois par an et présente son rapport annuel aux instances de l'établissement.

Les réclamations sont recueillies par un agent administratif qui les adresse systématiquement en copie au directeur des soins et à la direction générale. Toutes les réclamations sont recensées qu'elles soient sous forme écrite ou orale. Un tableau de synthèse est réalisé et transmis à l'ensemble des membres de cette instance lors des réunions trimestrielles.

Durant l'année 2021, cinquante-deux réclamations écrites et vingt-deux orales ont été dénombrées, en augmentation par rapport aux années précédentes. Elles émanaient pour la majorité de patients.

Le plus grand nombre de réclamations porte sur les aspects médicaux de la prise en charge, la contestation du diagnostic, la relation avec le médecin et l'information de la famille, les aspects paramédicaux et la vie quotidienne. A noter cependant que dans ce dernier chapitre, les insultes et agressions représentent la moitié des réclamations (sept sur quatorze).

Les réponses sont adressées aux demandeurs, après une prise de contact avec le cadre de l'unité, les soignants et le médecin, en fonction des problèmes soulevés, dans un délai qui peut varier

¹³ UNAFAM : union nationale des amis et familles de malades psychiques.

¹⁴ UFC Que choisir : union fédérale des consommateurs.

entre cinq et vingt-et-un jour. De rares situations particulières conduisent à saisir le médecin médiateur qui n'est autre que la cheffe de pôle, présidente de la CME.

A titre d'exemple deux médiations ont été réalisées depuis le début de l'année en cours. La première réclamation émanait de la mère d'un ami d'un patient, lequel lui aurait indiqué avoir fait une tentative de suicide après avoir été malmené au service des urgences. Le patient, ignorant la démarche, a démenti ces propos. La seconde, en cours, émane de la mère d'une patiente, choquée par les propos à caractères religieux du psychiatre lors d'un entretien avec sa fille. Il s'agissait de conseils de lecture. La médiatrice a rencontré les plaignantes et le médecin a présenté des excuses. La CDU est également saisie lors de demandes de changement de médecin ; dans ce cas, il est impérativement demandé un courrier aux patients. Selon le personnel, malgré la pénurie de médecins, cette opportunité existe.

La CDU est également saisie par les services de police pour obtenir des renseignements concernant les patients (enquêtes relatives à des délits, propos religieux, date de sortie) qui ne sont alors communiqués que sur réquisition du procureur de la République. L'année 2021 a été marquée par une augmentation importante de réquisitions (quarante-six contre vingt-cinq l'année précédente).

S'agissant d'infractions commises par des patients en cours d'hospitalisation, les procédures relatives aux EIG sont activées (cf. § 3.4). Un rapport circonstancié est transmis à la CDU.

8.2 LA BONNE TENUE DES REGISTRES DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT

Les registres de la loi sont renseignés et conservés au bureau des admissions où six agents polyvalents, placés sous la responsabilité d'une adjointe aux cadres, sont chargés de la gestion administrative de l'ensemble des patients.

La permanence de l'ouverture du service des admissions sept jours sur sept permet la tenue des registres dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, au plus tard dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises lors du parcours des personnes en SSC. L'un des neuf administrateurs de garde se déplace dès l'annonce de l'arrivée d'un patient en SSC.

Ces registres, d'un modèle standard, comportent 100 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission et comportent quatre pages par folio. Quatre registres sont ouverts par an environ. Les registres examinés par les contrôleurs ont été ouverts le 25 octobre 2021, et les 1ers mars, 3 juin et 8 septembre 2022.

Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin, les informations reportées sont parfaitement lisibles et les certificats médicaux et les avis motivés y sont collés. Les contrôleurs ont ainsi pu observer que leur contenu est en général suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure de SSC sans constater l'usage de certificat-type ou de copier-coller. De façon irrégulière, mention est faite sur les certificats du recueil des observations, certains sont remplis par les patients concernés de manière manuscrite. Les demandes d'autorisations de sorties sont toutes mentionnées ainsi que les réponses apportées. Un avis du collège des professionnels de santé y est fixé. Seules les ordonnances du juge des libertés et de la détention n'y sont pas collées. Il y figure cependant la date de la levée quand celle-ci est ordonnée.

Les certificats concernant les programmes de soins sont joints aux registres (cf. § 9.3).

En l'absence de CDSP, le seul visa est celui du substitut du procureur de la République, le 16 juin 2022. Le parquet ne s'était pas déplacé pendant les deux ans de la période de pandémie.

8.3 L'AUDIENCE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SE DERoule DANS DES CONDITIONS RESPECTUEUSES DES DROITS DES PATIENTS MAIS LA TRANSMISSION DE LA DECISION EST PARFOIS RETARDEE

A l'instar des modalités d'admission, le contrôle par le JLD et les voies de recours sont explicités en page 12 du livret d'accueil. Les patients y disposent des adresses utiles.

8.3.1 L'organisation de l'audience

L'audience se tient deux fois par semaine, le mardi et le vendredi à 10h. Y sont examinées la situation des patients hospitalisés au sein des unités situées à Bonneval et à Chartres ainsi que celle des patients du centre hospitalier général de Dreux.

La convention établie entre les chefs de juridiction du tribunal de Chartres et le directeur général de l'ARS Centre-Val-de-Loir, le 8 août 2014, détermine les conditions d'aménagement de la salle d'audience et de ses annexes ainsi que la localisation des audiences sur le seul site du Coudray. Les transferts sont assurés par les établissements de santé au sein desquels les patients sont hospitalisés. Or, la distance entre le CHBC et le centre hospitalier de Dreux est de 45 km et entre le CHBC et le CHBB de 35 km. Outre la mobilisation de deux soignants et d'un ambulancier pour chacun des patients, les conditions de transport peuvent leur être préjudiciables à ces derniers.

RECOMMANDATION 36

Les distances à parcourir pour parvenir à la salle d'audience située au Coudray, s'agissant des patients hospitalisés à Bonneval et à Dreux, peuvent constituer un obstacle à l'accès au juge.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Une convention a été signée entre le tribunal et les établissements de santé portant sur la localisation du tribunal. Les patients de Bonneval étant peu hospitalisés sous contrainte sont peu mobilisés pour un éventuel trajet. L'organisation du système judiciaire ne semble pas permettre une triple localisation. Un effort significatif sur le secteur transport logistique et coordination a été consenti par le CH Henri EY. »

La responsable du bureau des admissions, dont la compétence pour cette organisation reste circonscrite aux unités du CHBB, s'assure auprès des secrétaires médicales des unités de la rédaction des certificats médicaux, dont celui concernant la capacité du patient à se présenter à l'audience. Un tableau reprenant la date d'admission, complété par une alerte informatique, permet le suivi des dates butoirs.

Aucun refus de présentation de la part des patients devant le JLD n'a été enregistré en 2021 et en 2022. Le dossier est envoyé par voie dématérialisée, accompagné de toutes les pièces administratives et médicales du patient, au greffe du TJ de Chartres.

La convocation pour l'audience est ensuite adressée à l'établissement par le greffier du JLD, accompagnée d'un formulaire destiné au choix de l'avocat. Cette convocation est notifiée par un IDE de l'unité (cf. § 3.3.2) au patient qui la signe avant d'être retournée au greffe du JLD. Les

tuteurs ainsi que les tiers sont convoqués par le greffe du JLD par courrier. Ils ne se présentent que rarement à l'audience.

8.3.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mardi 13 septembre 2022. La salle d'audience, comme la salle d'attente et le bureau destiné aux avocats, sont clairs, propres et spacieux.

Les deux patients dont la situation était examinée étaient accompagnés par un infirmier de leur unité. L'un des agents de sécurité se tenait à leurs côtés en salle d'attente. Les patients étaient assistés par une avocate de permanence en cours de spécialisation (grâce à des formations spécifiques sur les droits de patients en SSC).

Les patients ont été reçus tour à tour par cette avocate dans le bureau qui lui est destinée préservant la confidentialité des entretiens. De même à l'issue de l'audience, elle a repris l'explication des voies de recours déjà évoquées par la magistrate.

La magistrate et le greffier étaient habillés en tenue civile, souhaitant rassurer les patients et prévenir toute confusion avec une audience pénale. La magistrate s'est présentée comme « juge des libertés » de manière, a-t-elle indiqué, à ne pas renforcer l'inquiétude de certains patients. L'avocate portait la robe. Les patients étaient vêtus de leurs effets personnels. Selon les informations recueillies, aucun patient n'est conduit à l'audience en pyjama.

Durant cette audience, la magistrate a expliqué en termes clairs et adaptés son rôle ainsi que les voies de recours avant de donner la parole à l'avocate - qui n'a soulevé aucun moyen procédural tendant à la levée - puis aux patients concernant les modalités de leur hospitalisation, leurs souhaits et projets. Elle a également entendu la sœur d'une patiente présente à l'audience.

La responsable du bureau des admissions représente systématiquement la direction et apporte des précisions à la demande du JLD. La décision est invariablement mise en délibéré afin d'éviter une éventuelle agitation durant le trajet du retour.

Les ordonnances sont transmises par voie dématérialisée aux hôpitaux de Bonneval ou de Dreux en fin d'après-midi et sont notifiées aux patients par les soignants qui leur font signer un récépissé. Une copie leur est remise et une aide leur est apportée pour contacter un avocat et faire éventuellement appel.

La tardiveté de la réception de l'ordonnance a été évoquée par le personnel de l'établissement. Lorsqu'elle est transmise au-delà des horaires d'ouverture du bureau des admissions, elle n'est communiquée que le lendemain aux patients ce qui a été le cas lors de la présence des contrôleurs pour une des ordonnances.

En cas d'appel, les patients adressent un courrier au bureau des admissions qui transmet l'appel à la cour d'appel de Versailles.

RECOMMANDATION 37

A défaut de notification faite directement à l'issue de l'audience, l'ordonnance du juge des libertés et de la détention doit être communiquée au patient dans les plus brefs délais.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « A réception des notifications, les unités sont appelées afin de tenir informé le personnel des services de la décision »

du JLD. A réception du document actant la décision, elle est remise au service pour signature du patient et explication des mesures que cela peut éventuellement impliquer pour lui. Une copie est remise au patient après signature du représentant de l'établissement. »

8.3.3 Les décisions rendues

Les données chiffrées relatives aux décisions rendues par le JLD, transmises par l'établissement, concernent les patients hospitalisés au sein du CHBC et du CHBB (exclusion faite des patients provenant du centre hospitalier de Dreux).

Alors qu'en 2020, seules 9 des 276 procédures ont conduit à 8 levées de mesures et à l'instauration d'un PDS, les données de l'année 2021 font état d'une augmentation importante des mainlevées. Sur une présence à l'audience sensiblement équivalente de 279 patients - dont 251 en SDDE et 28 en SDRE -, les décisions rendues se décomposent en 244 maintiens, 27 levées et 8 PDS. Les trois patients qui ont fait appel ont été maintenus en SSC.

Pour l'année 2022, jusqu'au 9 septembre, 12 des 215 patients présentés (dont 190 patients en SDDE et 25 en SDRE) ont bénéficié d'une levée de mesure. Par ailleurs, deux patients ont saisi le JLD pour obtenir la levée de la mesure, sans succès. Aucun appel n'a été enregistré.

De manière générale, les mainlevées ont pour origine des certificats médicaux insuffisamment motivés, des mesures qui ne se justifient plus au moment de l'audience au regard de l'état du patient stabilisé ou des certificats rédigés hors délais.

Tous les patients convoqués en 2021 et 2022 ont été effectivement présents à l'audience.

8.3.4 Le contrôle des décisions d'isolement et de contention

Par plusieurs notes de service dont la première en date du 14 septembre 2021, le directeur juridique a communiqué à l'ensemble du personnel les dispositions légales relatives à l'isolement et la contention. Depuis lors, en conformité avec l'évolution législative¹⁵, des documents de travail ont été présentés aux médecins, aux administrateurs et aux directeurs. La JLD a organisé une réunion de travail au TJ le 9 juin 2022, réunissant médecins, magistrats, fonctionnaires et cadres de santé. Un vade-mecum a été distribué. Lors de la visite des contrôleurs, le directeur des services informatiques élaborait des documents de travail sous forme de fiches de procédure.

RECOMMANDATION 38

En application de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, le juge des libertés et de la détention doit être saisi pour l'examen des mesures d'isolement et de contention respectivement renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et prolongées au-delà de 72 et 48 heures.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 153 : Documents de prescription papier relatif à la contention et iso non conforme. Sensibiliser les médecins aux*

¹⁵ Article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021. Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

bonnes pratiques de prescription sur le DPI (dont motivation de dernier recours) : - motivation dernier recours - information patient sur la situation et les moyens de lever la mesure - évaluation somatique avant toutes mesures - prescription des actes de surveillance - traçabilité des actes de surveillance réalisé par les IDE - clôture des levées de mesure (12/2022). Information réalisée directement auprès du juge dès qu'un patient atteint le délai de 48 h pour l'isolement et 24 h pour la contention et ensuite passé ce délai le service des Usagers procède à la saisine.

Un suivi est assuré par le service des admissions grâce à des outils développés par le service informatique. Dès que le patient a atteint une mise en isolement de 48 H et 24 H pour la contention. Contact pris avec les secrétariats pour demander au médecin de rédiger les documents nécessaires à l'information du Juge de la Détention et de la Libertés. En amont le service des admissions prépare le dossier de saisine et informe les secrétariats concernés par rapport aux documents à fournir par le service, les médecins et l'heure de la réception. Accélération des formations pour permettre une meilleure sensibilisation aux bonnes pratiques des médecins et des soignants. Elaboration de supports déjà réalisés. »

9. LES SOINS

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT PENALISES PAR LE MANQUE DE PSYCHIATRES ET PAR LA FAIBLESSE DU DISPOSITIF DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES

9.1.1 L'organisation des soins

Le projet médico-soignant est connu des médecins investis au long cours dans l'institution mais très peu des IDE, à l'exception de ceux du CEDAP qui le questionnent régulièrement en équipe. Les derniers projets médicaux de certaines unités ont été réalisés en équipes pluriprofessionnelles, au moyen de groupes de travail, au mois de mai 2022. Celui de l'UTHR C n'est pas finalisé et des modifications sont toujours en cours lors de la visite. L'unité « Les Arcades » n'en dispose pas.

La tenue de réunions institutionnelles est hétérogène entre les unités. Les staffs hebdomadaires en équipes pluriprofessionnelles ne sont pas organisés au CEDAP, à l'UHP C ni à l'UTHR B, mais ils le sont tous les lundis à l'UHP B (doublés d'une réunion de synthèse mensuelle), et tous les quinze jours à l'UTHR C. Les médecins, les CS et les IDE du CEDAP et des urgences psychiatriques tiennent une réunion mensuelle, et les équipes de ces unités ont sollicité la mise en œuvre d'une réunion « cas complexes ». Les transmissions infirmières ont lieu quotidiennement dans les unités lors de la prise de service du matin et de l'après-midi, en présence du psychiatre au CEDAP. Aucune réunion soignants-soignés n'est mise en œuvre.

RECOMMANDATION 39

Des réunions cliniques régulières en équipes pluriprofessionnelles doivent participer dans chaque unité à la qualité des soins dispensés, par une revue systématique des projets de soins de chaque patient. La mise en œuvre dans toutes les unités de réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients au cours de leur hospitalisation, pourraient contribuer à la qualité de l'alliance thérapeutique nécessaire aux projets de soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Le principe de la tenue de réunions cliniques de façon régulière et planifiée est acté dans tous les services. Les difficultés en terme d'effectifs, médicaux et parfois soignants, en altère la régularité ou la durée, mais elles n'en demeure pas moins un point important de la vie des services. Les réunions soignants / soignés ne sont pas, à ce jour, mises en place dans tous les services ; le sujet a été abordé en réunion cadres / direction des soins le 23 mars 2023, une note d'information va suivre pour en rappeler le sens et l'importance.*

Des réunions interservices sont mises en place par visio entre l'intra hospitalier, les CMP, et HDJ afin de travailler le projet de soins du patient suivant son parcours. (cf Nogent le Rotrou). Une supervision de la Direction des soins et des réunions de cadres (accompagnées de traçabilité) mettront en avant les engagements pris par l'établissement. »

La présence des psychiatres est hétérogène entre les unités. Un psychiatre intervient quotidiennement au CEDAP et dans les UHP B et C, deux fois par semaine à l'UTHR C. Les patients bénéficient d'un entretien psychiatrique quotidien au CEDAP, tous les deux à trois jours si l'hospitalisation s'y prolonge. La fréquence des entretiens varie à l'UHP C et B, de façon

quotidienne à mensuelle. Le libre choix du psychiatre est possible dans toutes les unités, une formalisation écrite est sollicitée au CEDAP.

Aucun psychologue n'intervient au CEDAP et celui de l'UHP C est sollicité en consultation en fonction des besoins ; un psychologue intervient les mardis à l'UHTR C.

RECOMMANDATION 40

Les effectifs de psychiatres dans les unités doivent leur permettre de répondre à leurs missions de soins et les patients doivent avoir accès à un psychologue dans toutes les unités intra-hospitalières.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Un tableau de présence médicale par unité est établi et doublé par d'un tableau de présence de sécurité médicale par site. Un rappel de la politique de recrutement sera réalisé.* »

Aucun médiateur pair n'intervient dans aucune unité intra-hospitalière, à l'exception de l'UPM, un jour par semaine. Les directives anticipées incitatives en psychiatrie ne sont pas mises en œuvre dans l'établissement et les soignants en ignorent l'existence comme le sens.

RECOMMANDATION 41

Des médiateurs pairs de santé doivent être recrutés et formés par l'établissement afin d'intervenir dans les unités de soins intra-hospitalières et les directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent être mises en œuvre, ces outils de soins permettant une amélioration objective de la qualité des soins dispensés. Les soignants doivent recevoir des formations spécifiques sur ces thèmes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Actuellement, le temps formalisé de partage d'expérience patient réside dans l'éducation thérapeutique des patients selon des programmes de l'établissement. Cette démarche s'inscrit dans la démarche patient expert. Un travail collégial est en cours afin de répondre à la recommandation.* »

Les patients peuvent bénéficier, sur indication médicale, d'une prise en charge en électroconvulsivothérapie (dans une clinique bourguignonne, dans l'attente de l'accès à ce type de traitement au CH de Châteaudun) et en stimulation magnétique transcrânienne (RTMS) dans l'unité d'addictologie. Le consentement écrit du patient et de son éventuel représentant légal sont systématiquement recherchés.

Le nombre des patients inadéquats, relevant de prises en charge sociale ou médico-sociales par des structures plus adaptées, est très différent entre les unités. Un était identifié au CEDAP, cinq à l'UHP C, cinq au Verger et presque tous les patients de l'UTHR C ont été qualifiés d'inadéquats. Le nombre insuffisant et le manque d'adaptation (les foyers ne disposant pas d'effectif médical) des structures d'aval ont été avancés pour expliquer cette situation. La mise en œuvre à venir d'une équipe mobile, afin d'intervenir dans ces structures, a été évoquée.

Les permissions de sorties courtes, de douze et de quarante-huit heures, sont facilement autorisées, accordées de façon adaptée à l'état clinique des patients, mais les tiers en sont diversement informés selon les unités. Ces sorties, effectuées seul ou accompagné par un

soignant ou un proche, interviennent dans le processus de réhabilitation psycho-sociale (repas à l'extérieur, achats, démarche administrative, effectuer son ménage ou nourrir son animal à domicile, week-end en famille ou à domicile).

Aucune analyse des pratiques professionnelles n'est mise en œuvre dans les unités intra hospitalières.

RECOMMANDATION 42

Toutes les équipes soignantes des unités intra hospitalières doivent se voir proposer la mise en œuvre de réunions régulières d'analyse de leurs pratiques professionnelles, animées par des intervenants extérieurs.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Des interventions ponctuelles de psychologues sont déclenchées lors de situation aigues afin d'offrir un espace d'échange régulier. La direction des soins est très favorable à la mise en place de temps réguliers d'analyse de pratiques animés par une personne extérieure à l'équipe. Un travail en collaboration avec la DRH permettra de proposer un dispositif et les formations inhérentes. Des réunions de concertation d'analyse de pratiques ou de situation ont lieu dans certains services en équipe pluridisciplinaire. Notamment chaque lundi matin au CMP de Chartres, avec une psychologue de l'établissement pour UHP et HDJ. Des achats de prestation extérieure seront réalisés sur le budget 2024.* »

L'accès au dossier médical est possible dans toutes les unités selon les dispositions légales, la procédure figurant dans le livret d'accueil. La présence d'un tiers médical, lors de la remise des documents, n'est pas systématique mais adaptée à l'état clinique du patient. Cette demande est hétérogène entre les unités, très fréquente au CEDAP mais inexistante à l'UTHR C. Le contexte particulier des divorces a été rapporté s'agissant de cette demande d'accès, les avocats des patients concernés les incitant à l'effectuer, devant le refus systématique des médecins d'établir des certificats dans ce cadre.

9.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients de l'ensemble des unités des deux sites, exceptés ceux de l'UTHR C, ont rapporté un sentiment d'ennui très marqué tout le long de leur séjour dans l'établissement. Le dispositif d'activités thérapeutiques est très largement insuffisant dans l'ensemble du site.

Le CEDAP, l'UTHR C, l'UHP C, les Arcades et le Verger proposent quelques activités occupationnelles. Un salon de télévision, des jeux de cartes, un baby-foot, du matériel pour réaliser des scoubidous, et quelques livres sont accessibles. Les patients peuvent disposer de leur ordinateur et de leur console de jeux portables, sur prescription médicale, sans aucun accès toutefois à un réseau WIFI¹⁶. Les fils électriques de chargement sont conservés par les IDE au CEDAP.

Aucune activité thérapeutique n'est mise en œuvre au CEDAP, dont les patients ont accès à la pratique du sport sur prescription médicale (ping-pong, vélo elliptique, musculation dans la salle du CHB C, accompagnés par l'éducateur sportif présent une fois par semaine), et au terrain de

¹⁶ L'établissement attendait lors de la visite le résultat d'un appel à projet pour la mise en place du WIFI.

basket du parc (de façon libre pour les patients en SL et sur prescription médicale pour ceux en SSC).

Les patients de l'UHP B ne bénéficient que d'une activité « randonnée » avec une éducatrice présente deux demi-journées par semaine et d'une activité « cuisine » avec une ergothérapeute présente une demi-journée par semaine. Les patients et certains soignants de cette unité ont qualifié de prioritaire la nécessité d'un développement des activités.

L'animatrice de l'UHP C qui accompagnait la réalisation des activités thérapeutiques n'intervient plus et les patients de cette unité ne bénéficient plus des activités thérapeutiques qu'elle animait.

L'UTHR B propose une activité « cuisine » et une activité « gymnastique, marche », encadrées par les soignants, à des groupes de quatre à cinq patients.

L'UTHR C dispose d'un ergothérapeute, d'un éducateur sportif et d'un éducateur spécialisé. Tous les patients de cette unité bénéficient de nombreuses activités thérapeutiques, sur le site comme à l'extérieur, ponctuelles (renforcement musculaire le samedi, lecture à haute voix avec prêt de livres, contes thérapeutiques) et régulières (randonnées, sport adapté avec organisation de tournoi de ping-pong et de football, piscine, cuisine, médiathèque, musique, ergothérapie, expression corporelle, et groupe de parole animé par un psychologue). Un partenariat avec l'UFOLEP¹⁷ y est également développé.

RECOMMANDATION 43

Tous les patients hospitalisés doivent bénéficier d'un accès équivalent à un dispositif structuré d'activités thérapeutiques, animé par un personnel en nombre adapté et spécifiquement formé, afin de garantir la qualité de leur processus de réhabilitation psycho-sociale.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *L'établissement dispose de personnels formés (animateurs, infirmier éducateurs sportifs, ergothérapeutes, infirmiers formés à la construction et à la mise en œuvre d'activités thérapeutiques) et d'équipements. Les patients, le plus souvent en groupe, sont invités à participer à des activités sur orientation médicale. Les acteurs sont mobiles et ouvrent ainsi l'accès aux installations des différents sites, proposent différents cadres d'expression à partir du lieu d'hospitalisation de chaque patient. Des activités thérapeutiques sont proposées en intra hospitalier et sur des sites extérieurs : notamment en exemple la piscine, sport en salle, médiathèque de Chartres... Une accentuation et un renforcement des programmes d'activités dans chaque service est en cours, supervisé par la direction des soins.*

Des partenariats socio-culturels sont en cours de développement avec la ville et des associations. Des résidences théâtres, des groupes amateurs et des ateliers d'art seront réalisés en juin 2023 .»

¹⁷ UFOLEP : union française des œuvres laïques d'éducation physique.

9.2 LA CONTINUITÉ DES SOINS SOMATIQUES N'EST PAS TOUJOURS ASSURÉE

Sur chacun des deux sites, les soins somatiques sont dispensés par un médecin généraliste qui n'est pas remplacé lors de ses congés. Sur le site de Bonneval, il intervient à 0,8 ETP à l'UHP « Le verger », à l'UTHR et au FAM¹⁸, sur celui du Coudray il y a 1 ETP pour toutes les unités.

Sur le site du Coudray, une consultation systématique de toutes les admissions est effectuée dans les vingt-quatre à quarante-huit heures. Sur celui de Bonneval, tous les patients ne sont pas vus en consultation d'entrée. Ensuite les médecins généralistes répondent aux demandes d'examen dans les services d'hospitalisation.

Les patients placés à l'isolement à l'unité CEDAP du Coudray sont systématiquement vus par le médecin généraliste mais ce n'est pas le cas dans les autres unités, où la visite aura lieu à la demande en cas de point d'appel somatique.

En matière de prévention, les médecins s'assurent de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, proposent sa mise en place. Ils travaillent avec la diététicienne du centre hospitalier pour le suivi nutritionnel.

Aucun spécialiste n'intervient au sein de l'établissement. Le médecin généraliste gère l'accès aux soins spécialisés qui sont prodigués à l'hôpital général, voire chez les praticiens spécialisés que les patients ont l'habitude de consulter. Cela nécessite des transports et des accompagnements récurrents.

Les urgences survenant la nuit et le week-end sont gérées par le psychiatre d'astreinte. Il est apparu que ce dernier ne se déplace pas systématiquement en cas d'urgence somatique, ce qui peut aboutir à une perte de chance pour les patients.

RECOMMANDATION 44

La continuité des soins somatiques doit être organisée de manière effective.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Procédure continuité de prise en charge somatique validée par l'HAS au cours de la visite de certification de mars 2023. Parution du poste de somaticien sur la revue APH et le site Réseau Pro Santé. Des recherches de collaborations de somaticiens sont en cours, en partenariat avec le CH sud Essonne dès mai 2023.* »

9.3 LA PRÉPARATION À LA SORTIE SOUFFRE DU MANQUE DE STRUCTURES D'AVANT

Selon les informations recueillies, la prise en charge des patients est, dès le début de l'hospitalisation, orientée, autant que faire se peut, dans l'optique d'une réinsertion sociale. Il s'agit souvent d'un processus au long cours qui n'est envisageable que lorsque l'état est stabilisé. Si l'établissement dispose de deux maisons d'aide à la réinsertion (MAR), d'un ESAT¹⁹ ainsi que d'appartements associatifs, le déficit de structures comme des foyers d'accueil médicalisés rend problématiques les sorties de ceux des patients qui en relèvent. Les assistants de service social

¹⁸ Foyer d'accueil médicalisé.

¹⁹ Établissement et service d'aide par le travail.

de l'établissement, en lien permanent avec les soignants, sollicitent des structures éloignées au risque de priver les patients de visites familiales. Des sorties sont sollicitées pour faire des démarches extérieures à caractère médico-social, maintenir les liens familiaux et des visites à domicile sont organisées. Celles-ci participent à la préparation-évaluation de la sortie.

En raison de la crise sanitaire, les sorties de courte durée des patients, accompagnées ou non, ont baissé significativement : les sorties accompagnées de moins de douze heures pour les patients en SDDE ont diminué de 678 en 2019 - avant la pandémie - à 462 en 2021 ; celles concernant les patients en SDRE ont baissé de 146 en 2019 à 37 en 2021.

Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de quarante-huit heures font en général suite à celles de moins de douze heures et sont destinées à préparer la sortie d'hospitalisation complète, assortie ou non d'un programme de soins. Les tiers sont *a minima* informés.

Les patients en programme de soins (PDS) se plaignent de l'organisation des soins, étant convoqués sans souplesse les jours où un médecin certificateur est présent, et contraints de rencontrer des médecins différents, ce qui ne permet pas un suivi de qualité, confiant et repéré. Les certificats de maintien de la mesure de soins en SSC de certains patients en PDS qui ne peuvent honorer leur rendez-vous, parfois cinq à six fois consécutives, sont rédigés en leur absence sans examen médical, d'autres fois des programmes de soins sont prolongés après un entretien avec une infirmière mais sans examen médical.

RECOMMANDATION 45

Les patients suivis en programme de soins doivent bénéficier d'un examen psychiatrique systématique avant l'établissement du certificat médical préconisant le maintien ou la levée de la mesure de soins sans consentement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Dans le cadre du programme de soins des entretiens mensuels sont réalisés par le psychiatre qui suit le patient. Un collège médical se réunit après un an de programme de soins auquel est convié le patient. Les décisions mensuelles sont remises au patient lors de sa consultation. Le patient signe le document mensuel attestant ainsi sa prise de connaissance dudit document et des mesures en lien. Un suivi du DIM est envisagé.* »

Selon les informations recueillies, en raison du faible nombre de patients en SDRE, les oppositions du préfet sont peu fréquentes si elles sont sollicitées dans le délai légal. Il reste que des difficultés ont été signalées aux contrôleurs, tant par les médecins et les soignants que par les agents du bureau des admissions tenant aux délais de réponse du préfet via l'ARS qui, en dernière minute, peuvent mettre en échec les projets de sortie. L'établissement n'a toutefois pas fourni de statistiques sur le nombre de refus, qui serait minime.

En 2021, les sorties de 48 heures étaient de 241 pour les patients admis en SDDE et de 61 pour ceux admis en SDRE. Les sorties de moins de douze heures accompagnées ne poseraient pas de difficultés de principe mais sont fonction de l'organisation des équipes et de l'autonomie des patients. Les tiers demandeurs de la mesure, qui doivent être prévenus des sorties, ne le sont pas dans toutes les unités.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LA SPECIFICITE DU PATIENT AGE EST MAL PRISE EN COMPTE

10.1.1 Au sein de l'unité de gérontopsychiatrie « Les arcades »

a) L'organisation du service et les conditions d'accueil

L'unité des « Arcades » est spécialisée dans l'hospitalisation à temps plein de patients âgés souffrant de troubles psychiatriques. Au sein de l'établissement, le pôle autour de la personne âgée comprend également une structure pour personnes âgées dépendantes de vingt lits (EHPAD) ainsi qu'un hôpital de jour. D'une capacité de vingt-six lits, l'unité est censée accueillir les patients âgés de plus de soixante-cinq ans hospitalisés en SL ou en SSC. Au premier jour de la visite, vingt-cinq étaient hospitalisés dont cinq en SSC et leurs âges s'échelonnaient entre cinquante-sept ans et quatre-vingt-neuf ans. En pratique, ce critère n'est pas déterminant, la possibilité d'accueillir une personne dépend des places disponibles et chaque situation est appréciée au cas par cas.

b) Les locaux

Les locaux historiques et anciens - magnifiques extérieurement - sont inadaptés à la prise en charge des patients âgés.

Le rez-de-chaussée accueille un réfectoire de taille restreinte, trois petites salles d'activités, une salle d'apaisement en cours de chantier, le minuscule bureau des IDE, une modeste salle d'accueil des familles et une unique chambre de patient.

Les autres chambres sont à l'étage, accessibles au moyen d'un escalier ou d'un ascenseur. La majorité des chambres sont doublées, quelques-unes sont individuelles, les fenêtres sont équipées de barreaux en fer qui donnent une impression carcérale. L'explication donnée concernant la présence de ces barreaux est de prévenir les défenestrations. Les salles d'eau et/ou de bains sont communes.



Chambre double



Fenêtre verouillée et avec barreaux

RECOMMANDATION 46

Dans l'unité de gérontopsychiatrie « Les arcades », les fenêtres doivent permettre une ouverture minimale pour une aération naturelle et les barreaux retirés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *action 381 du PAQS : Installation de matériel de substitution des barreaux aux fenêtres de 1 à 5 des Arcades (rappel PPI). La recherche d'un dispositif sécurisé type CABL'air est en cours pour test avant éventuelle généralisation puis éventuelle dépose des barreaux, en cours. Actuellement le barreaudage épouse le petit bois de la fenêtre et n'est donc pas visible depuis l'intérieur de la chambre ; le problème est provoqué sur les chambres 1 à 5, sans barreau, où les agents ne remettent pas le dispositif limiteur d'ouverture après aération en grand, d'où la demande de pose de barreaux comme c'est le cas dans les autres chambres. Les barreaux de ces 5 chambres sont déjà fabriqués et devraient être posés début juillet 2023.* »



Douche communes



Douche à l'étage

Deux salles de bains ont été aménagées pour des patients à mobilité réduite (PMR). L'étroitesse des douches, qui rend difficile l'accueil de patients peu autonomes ou diminués, constitue un inconvénient marqué, comme la disposition en étage de l'unité en dépit de l'ascenseur de grande capacité qui la dessert. En effet, la moitié des patients ne sont pas assez autonomes pour utiliser les escaliers avec les risques de chutes afférents ce qui les rend dépendants des soignants, l'ascenseur fonctionnant avec une clé.

Le manque de personnel ne permettant pas d'assurer une surveillance sur deux niveaux, les patients ont l'interdiction de séjourner dans leur chambre à l'étage ce qui est particulièrement inconfortable au vu de leur âge. L'administration doit lever cette interdiction et doter cette unité en personnel suffisant afin qu'ils puissent correctement assurer leurs missions.

RECOMMANDATION 47

Dans l'unité de gérontopsychiatrie « Les arcades », les patients doivent pouvoir accéder à leur chambre toute la journée sans restriction. Les locaux doivent être organisés afin que les patients puissent circuler aisément dans l'unité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Action 159 (Les Arcades) : En lien avec le chef de service, l'encadrement et la direction des soins, mise en place d'une organisation permettant aux patients un retour en chambre durant la journée si souhaité. Des travaux de mise en conformité ont été réalisés, permettant les libres aller-venues. Les loquets ont été adaptés et installés à l'intérieur ; les ascenseurs ont été débloqués et rendus accessibles via un système à code.* »

L'amélioration de cette infrastructure étant compliquée et coûteuse, l'établissement prévoit un projet de construction de locaux neufs d'ici cinq ans.

c) Les ressources humaines

Deux médecins psychiatres dont un à temps partiel (lundi matin, mercredi matin, vendredi) interviennent sur l'unité tandis qu'un médecin gériatre est présent les matins des jours ouvrables. Le personnel affecté comprend un cadre de santé, cinq IDE sur les huit que prévoit l'organigramme, huit AS sur dix prévues et trois ASH sur les quatre théoriques. Le service souffre donc d'un fort déficit en ressources humaines et combler les postes vacants semble de plus en plus difficile dans la mesure où les candidatures se raréfient.

En termes de fonctionnement, l'effectif minimum présent le matin est de deux IDE, trois AS et une ASH, et l'après-midi, deux IDE, deux AS et une ASH.

Le service de nuit est assuré par un IDE et un AS.

Une assistante sociale apporte son concours à ce service mais il n'y a pas de psychologue.

En sus des effectifs insuffisants, il a par ailleurs été constaté une autre problématique liée à un conflit de personnes au sein de l'unité qui fragilise la qualité de prise en charge des patients. Il a été fait état de cette problématique auprès de la direction qui indique être bien consciente du problème mais qui semble impuissante à le résoudre.

RECOMMANDATION 48

La direction doit s'impliquer davantage dans la gestion de l'unité des « arcades » et trouver des solutions pour aider les personnels à sortir des conflits.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Depuis le passage du CGLPL, le cadre de santé et le médecin de l'unité ont quitté l'établissement. La DRH s'attache à compléter les effectifs de cette unité avec de nouvelles recrues afin de construire une cohésion d'équipe qui participe à une meilleure prise en soins des patients. La direction programme une réunion trimestrielle de suivi de juin 2023 à juin 2024.* »

d) Les modalités de prise en charge et la vie quotidienne

Le suivi des patients est assuré lors de réunions hebdomadaires, le lundi, entre médecins et soignants. Une synthèse est produite à l'issue. Outre le traitement de leurs troubles

psychiatriques, l'hospitalisation se traduit par la prise en charge de diverses pathologies, décrites comme nombreuses pour ce public. Leur identification est assurée dès la visite médicale à l'entrée des patients réalisée par le médecin généraliste. Celui-ci met en place les différentes consultations de spécialités, pour lesquelles les rendez-vous sont facilités. Ceux-ci ont lieu au centre hospitalier de Châteaudun ou bien celui de CHLP.

Au moment de la sortie, le courrier du médecin psychiatre intègre les aspects somatiques. Au besoin, le médecin généraliste prend attache avec son confrère, médecin traitant du patient. L'unité n'a pas vocation à accueillir des sujets en longs séjours. Cependant, certaines sorties peuvent être retardées faute de lits d'aval. Ainsi, parallèlement à l'augmentation de la file active, une augmentation constante de la durée moyenne de séjour par patient est observée.

Les contacts avec les familles sont assurés à l'occasion d'invitations aux réunions de synthèse, de contacts téléphoniques ou des visites de celles-ci. Quinze patients, sur vingt-cinq présents, bénéficient d'une présence familiale. Les difficultés rencontrées sont liées bien souvent aux situations de précarité et de détresse, ce qui peut compliquer les modalités de sortie et de retour au domicile. Elles nécessitent alors une forte mobilisation du cadre de santé, du personnel soignant et de l'ASS. L'engagement des tuteurs et curateurs est variable et les difficultés à joindre certains n'aident pas à faire émerger des solutions.

Les activités sont apparues peu développées et tributaires de l'effectif présent. Il s'agit essentiellement de jeux de société et de petites sorties. Une fois par semaine, une activité de gymnastique douce est proposée sur place. Les patients peuvent également participer à une activité de cuisine thérapeutique deux fois par mois en moyenne.

Cette unité ne comporte pas de CI, le port du pyjama n'est jamais prescrit. Tous les patients étaient autorisés à utiliser leurs téléphones portables. Les problèmes majeurs concernent la restriction des visites familles puisqu'elles ne sont autorisées que l'après-midi et seulement pour trois familles par jour, et uniquement sur rendez-vous (cf. § 6.3.1).

Enfin, pour faire face à la difficulté de trouver des places en structures d'accueil pour ses patients sortants, le centre hospitalier tente de développer les alternatives à l'hospitalisation à temps plein par le recours à l'hôpital de jour ainsi que par le développement de la prise en charge ambulatoire.

10.1.2 Au sein de l'unité de soins longue durée « Les blés d'or »

L'USLD comporte cinquante places. Quarante-neuf personnes étaient hébergées au moment de la visite.

Elle est composée de deux ailes accessibles par ascenseur dont l'accès est possible au moyen d'une clé détenue par le personnel soignant. Il s'agit donc d'un service fermé.

Depuis l'unité, on accède à l'air libre sur deux terrasses, dont la porte était fermée au moment de la visite. Les patients dépendent de la disponibilité des soignants pour se rendre à l'extérieur, notamment pour fumer.

Une « chambre de surveillance » est située à côté du bureau infirmier, visible par une vitre depuis le bureau. Le placement dans cette chambre répond à une problématique somatique ou psychique. En cas de problème somatique, la personne est placée dans cette chambre pour une surveillance accrue, dans l'attente d'un transfert. La porte de la chambre n'est alors pas fermée. En cas d'agitation en lien avec une problématique psychique, la porte peut être fermée à clé. Cette mesure d'isolement n'est pas inscrite dans le logiciel Cariatides, mais sur une feuille volante

intitulée « prescription de contention si besoin ». C'était le cas pour une patiente au moment de la visite. La surveillance est consignée sur d'autres feuilles (non classées) intitulées « surveillance de la mesure d'isolement ».

RECOMMANDATION 49

Les mesures d'isolement pratiquées dans l'unité des « blés d'or » doivent l'être selon les dispositions légales.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Un travail de sensibilisation de l'ensemble des personnels a été mené. La fiche de prescription a été remaniée et est en passe d'être informatisée. Les médecins sont impliqués dans la démarche et bien au fait de la nécessité d'une réévaluation quotidienne de la situation et de procéder, s'il y a lieu, au renouvellement dans un délai maximal de 24h00.* »

Des injections retard « si besoin » peuvent être administrées en cas d'agitation. Un transfert du patient est effectué en cas d'agitation trop importante, vers « Le verger » (avec un isolement en cas de besoin) ou les « Arcades » s'il est âgé de plus de 65 ans.

L'USLD n'est pas équipée de matériel de contention, à l'exception de la contention pelvienne utilisée sur le fauteuil.

10.2 LES MINEURS DE PLUS DE 16 ANS SONT PRIS EN CHARGE DANS LES UNITES POUR ADULTES

Un pédopsychiatre du CHLP décide de l'orientation des mineurs de moins de 16 ans dans le service de pédiatrie.

Ceux de plus de 16 ans passent par une prise en charge initiale au CEDAP puis une orientation rapide vers l'UPM en cas de troubles alimentaires ou anxiodépressifs ou vers une unité adultes autrement. Les soignants qui les prennent en charge dans ces unités ne sont pas formés à la pédopsychiatrie et il n'y a pas de modalité de prise en charge particulière les concernant.

Les mineurs sont rarement admis dans un cadre contraint autre que celui de l'autorité parentale. Lors de la visite des contrôleurs, seule l'unité Saint-Florentin réservée aux autistes accueillait un mineur. Aucune modalité spécifique de prise en charge n'est mise en œuvre à l'exception de leur placement en chambre individuelle à proximité du bureau infirmier.

Un contact avec l'ARS Centre-Val-de-Loir a permis aux contrôleurs d'évoquer la problématique des mineurs en unités pour adultes. Il semble que ce soit une préoccupation partagée mais la création de lits de pédopsychiatrie, bien que reconnue comme impérative, n'est pas encore actée.

RECOMMANDATION 50

Le placement des mineurs dans une unité d'adultes doit cesser et la création de lits adaptés est une nécessité qui doit être travaillée par l'agence régionale de santé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Révision du parcours mineur (CEDAP, UPM). Création d'un flyer d'information à l'attention des mineurs.* »

Action 225 : Prise en charge de mineur en service adulte : Contractualiser entre les pôles pour mobiliser sur demande les intervenants de la pédopsychiatrie (09/2022). Réflexion PTSM 28, + DDARS 28, ainsi que les CH de Dreux, de Chartres et de Bonneval, la filière ERI TND, en cours. »

10.3 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION DE L'UNITE SAINT-FLORENTIN SONT IMPORTANTES ET NE RESPECTENT PAS LE CADRE LEGAL

L'USF fait partie du pôle « pédopsychiatrie et autisme ». Elle comporte vingt lits et hébergeait treize patients au moment de la visite. Initialement prévue pour une population de patients déficitaire, l'USF a été réorientée vers la prise en charge de personnes présentant un trouble du spectre autistique ou un trouble envahissant du développement.

L'unité est fermée et ne dispose d'aucun accès à un espace extérieur où les patients puissent se rendre sans le concours d'un soignant. L'unité ne comporte aucun mobilier adapté à la population accueillie. Des aménagements individuels avaient été mis en place, tels qu'une porte blindée à la chambre d'un patient ou le retrait de certains meubles.

Une zone séparée comprend deux CI, dont l'une est entièrement capitonnée. Outre le personnel soignant, un éducateur est présent la journée, un IDE et un AS la nuit. Le jour de la visite, l'unité hébergeait treize patients dont deux mineurs, l'un de dix-sept ans et l'autre de moins de seize ans. Les patients étaient tous hospitalisés en soins libres.

Neuf des treize patients, étaient soumis à des prescriptions « si besoin » de mise à l'isolement. Le dernier renouvellement de ces prescriptions datait, pour tous, du 30 mai 2022. La prescription d'isolement ne figurait pas dans l'onglet « isolement/contention » du logiciel Cariatides mais dans un onglet intitulé « prescription de Calme-Retrait/Apaisement ». Les formulaires indiquaient que la prescription était « programmée par le médecin de service », ou « demandée par le patient/résident de façon non ambiguë ».

Par ailleurs, un classeur rassemblait les prescriptions de contention « si besoin » qui concernaient quatre des neuf patients, dont un mineur. Ces formulaires mentionnaient que la contention était réalisée avec le consentement des patients, qui était non verbal pour trois d'entre eux et verbal pour le mineur. Il était indiqué que le consentement non verbal était exprimé par gestes, ou que la personne avait une déficience profonde.

S'agissant des deux mineurs, pour l'un la prescription d'isolement indiquait : « *demande à certains moments, en particulier en repos et la nuit, à être contentonné ce qui le rend totalement vulnérable et oblige à fermer sa porte à clé* ». La motivation de la prescription de « *contention des poignets lors des temps de repos et la nuit* » figurant dans le registre de contention indiquait : « *exigence de la personne autiste (demande verbale)* ». Pour la durée, il était précisé : « *chaque jour dans les temps de repos/nuit* ». L'indication d'isolement de la seconde était motivée par son « *besoin d'hypostimulation et de prévention de mise en danger des personnes* ».

Pour huit des neuf patients, les mesures d'enfermement, avec ou sans contention, étaient pratiquées dans leur chambre, c'est-à-dire hors espace dédié à l'isolement.

Le neuvième patient était placé dans la CI capitonnée, attaché aux mains, poignets, ainsi qu'avec une ceinture dorsale, de manière continue depuis juillet 2016.

Les sangles de contention étaient attachées à la partie basse du lit, accentuant l'inconfort de la position. Une caméra de vidéo-surveillance le filmait en permanence, reportant les images sur

un écran portatif dans le bureau infirmier. La surveillance de ses contentions figurait dans le volet « soins » du logiciel Cariatides, selon un rythme horaire la nuit et variable entre horaire et trihoraire la journée. Ce patient faisait ses besoins dans des protections et dans l'urinal proposé par les soignants lors de leurs passages. Ces derniers détachaient les sangles une à une pour les soins d'hygiène afin que le patient ne soit jamais sans aucun moyen de contention. Ce patient ne disposait d'aucun bouton d'appel pour pouvoir demander la présence d'un soignant. D'après les formulaires de prescription d'isolement et de contention, ces mesures étaient demandées par le patient de manière non ambiguë : « le patient demande de manière non verbale mais non ambiguë à être contentonné et isolé des bruits et de la vue des autres ». Son formulaire de contention indiquait son utilisation pour « permettre l'apaisement et éviter les automutilations les plus sévères ».

RECOMMANDATION 51

La situation du patient placé à l'isolement et sous contention dans l'unité Saint-Florentin depuis le mois de juillet 2016, en soins libres, s'apparente à de la maltraitance. Toutes les mesures doivent être mises en place pour faire cesser ces violations de ses droits et de sa dignité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Un patient bénéficie, effectivement, d'une mesure d'isolement et de contention au long court. Cette prescription est mise en œuvre pour sa sécurité. Les soignants, tous métiers confondus, comme le personnel éducatif, n'ont pas trouvé d'alternative. Les médecins n'ont pas manqué de rechercher, y compris hors du CH, des informations, des idées, en s'appuyant sur l'expérience de confrères et sur les pratiques de services accueillant un public similaire ; à ce jour, seule cette modalité de prise en charge permet à ce patient de ne pas violemment et gravement s'automutiler.*

Une demande de mise sous contrainte a été faite et déboutée car la juge évoquait que le patient étant hospitalisé depuis 2004 en soins libres et du fait qu'il était demandeur de cette mise sous contrainte, n'a pas donné de suite favorable à la mise sous contrainte raison pour laquelle le patient est toujours en HL malgré les mises en contention sur la durée à sa demande. Cependant les conditions d'hébergement et de surveillance ont fait l'objet de mesures correctives. Un groupe de travail pluriprofessionnel sera constitué dès septembre 2023 avec l'objectif de refonder totalement le projet de vie et de soins du patient. »

Ces décisions inadaptées et leurs applications étaient réalisées en dehors de tout cadre légal, les patients étaient tous hospitalisés en soins libres. Il a été indiqué que, par le passé, certains avaient été hospitalisés en SSC, et qu'il avait été mis fin à ce statut en raison du caractère trop contraignant des nouvelles dispositions légales relatives au contrôle du recours à l'isolement et à la contention par le JLD. Les soignants rencontrés par les contrôleurs sont apparus avoir une connaissance approfondie des patients dont ils ont la charge, et ont pu donner des exemples d'évolutions positives progressivement obtenues, impliquant moins de pratiques contraignantes. La volonté de se rapprocher de l'esprit de la loi relative au contrôle des mesures d'isolement et de contention fut donnée comme explication des évolutions.

10.4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS PORTE ATTEINTE A LEUR DIGNITE ET NE GARANTIT PAS LE RESPECT DE LEURS DROITS

10.4.1 L'admission des patients détenus

Aucun patient détenu n'était hospitalisé lors de la visite des contrôleurs. Les informations relatives aux modalités de prise en charge ont été recueillies auprès des professionnels accueillant dans leurs unités les patients détenus.

Depuis le début de l'année 2022, sept personnes détenues (sept également en 2021) ont été admises au CHBB. Elles proviennent toutes du centre de détention (CD) de Châteaudun, seul établissement pénitentiaire dans le ressort du département d'Eure-et-Loir. L'admission des détenus est réalisée au titre de l'article L.3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale (CPP). L'admission au CHB constitue parfois uniquement un placement temporaire (ce fut le cas d'une personne en 2021 et de deux en 2022) avant de rejoindre l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'Orléans qui n'accueille pas de nouveaux patients le week-end. Les autres détenus retournent après leur séjour à Bonneval directement au CD. La durée moyenne de séjour au CHBB des patients détenus était de 2,85 jours en 2021 (3,5 en 2022).

La plupart des détenus écroués à Châteaudun nécessitant une hospitalisation psychiatrique le sont directement à l'UHSA (13 en 2021 et 2 en 2022).

RECOMMANDATION 52

L'unité hospitalière spécialement aménagée doit accueillir des patients détenus en urgence, objectif qui a présidé à la création des unités hospitalières spécialement aménagées dans le cadre de la loi du 9 septembre 2002.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « Une réunion récente (26/01/2023) avec l'UHSA doit nous permettre de mettre à jour la convention de fonctionnement incluant les hospitalisations dans notre établissement lorsque les détenus nécessitent une prise en charge relevant de la psychiatrie. Nous accueillons actuellement beaucoup de patients relevant de l'UHSA en raison de la fermeture de lits à l'UHSA du CH de référence. Au regard de cette situation, des travaux d'aménagement visant à la fois l'amélioration de la sécurité et la préservation de l'intimité sont programmés sur une des unités du site du Coudray. »

La prise en charge des personnes détenues au sein du CHBB n'est pas précisée dans le protocole cadre en vigueur du 5 mars 2020 établi entre la direction de l'établissement pénitentiaire, la direction inter-régionale des services pénitentiaires de Dijon, l'ARS du Centre-Val de Loire et le CHB.

Lorsqu'un patient détenu est hospitalisé au CHBB, il est affecté à l'UHP B, si un éventuel second détenu doit être accueilli, il est positionné à l'UHP C. Les patients détenus sont systématiquement placés à l'isolement en raison de leur seul statut pénal. Les conditions d'hospitalisation ne peuvent être considérées comme satisfaisantes.

10.4.2 Le transport

Le transport entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital est assuré par deux soignants accompagnés d'un ambulancier qui se rendent au CD pour prendre en charge la personne détenue. Les soignants du service médico psychologique régional (SMPR) administrent un sédatif avant le transport, selon l'état clinique, et les informations transmises aux infirmiers du CHB conditionnent la contention de ce dernier sur le brancard durant le transport. Une escorte pénitentiaire ou de gendarmerie accompagne systématiquement l'ambulance. Une fiche de liaison est transmise par le SMPR aux infirmiers du CHBB. La distance séparant Châteaudun de Bonneval est d'une quinzaine de kilomètre.

10.4.3 Les modalités d'hospitalisation

Aucune information relative au dossier pénal du patient n'est communiquée à l'équipe soignante.

L'arrivée du patient détenu s'effectue par une entrée spécifique à l'UHPB hors la vue du public et des patients de l'unité. L'isolement en CI et le port du pyjama bleu institutionnel sont systématiques pour toute la durée du séjour. Un examen psychiatrique est réalisé lors de la mise en CI.



Cour de l'unité à laquelle ont accès les détenus maintenus en chambre d'isolement



Système permettant aux personnes isolées de fumer de leur chambre après ouverture de la fenêtre par le personnel

Le patient détenu peut bénéficier de quinze à trente minutes de sortie à l'air libre dans la cour de l'unité lorsque les autres patients n'y sont pas. Les soignants permettent de fumer une cigarette en ouvrant un peu la fenêtre de la chambre, néanmoins il est rare que la personne ait pu partir avec son tabac. Le patient détenu n'a aucun contact avec les autres patients et ne peut participer à aucune activité, ni téléphoner, ni recevoir de visites de sa famille.

Ces conditions de prise en charge inacceptables sont attentatoires aux droits des personnes concernées, notamment le droit au maintien des liens familiaux, et ne respectent pas leur dignité. On peut s'interroger sur le bénéfice thérapeutique de telles conditions d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 53

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique, sans respect du cadre légal de cette pratique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits garantis. Ces modalités de prise en charge doivent faire l'objet d'un protocole cadre avec l'administration pénitentiaire, l'agence régionale de santé et l'hôpital.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHB indique : « *Un travail d'élaboration du protocole sera organisé dès le premier semestre 2023. Une proposition de lettre rédigée par la DDU et la direction des soins sera adressée à l'ARS ainsi qu'au centre de détention de Châteaudun en mai 2023 par le centre hospitalier Henri EY. Ce point doit être abordé à l'ordre du jour du Directoire du 31.05.2023 et un courrier est en cours de rédaction par la Direction des Soins.* »

Le patient est reconduit au CD par les agents pénitentiaires lors de sa sortie d'hospitalisation.

10.5 LA FAMILLE PEUT ASSISTER LE PATIENT DANS SES DERNIERS INSTANTS

La personne en fin de vie est systématiquement placée en chambre individuelle. La famille, prévenue rapidement du déclin de l'état clinique du patient et de la probabilité de son décès, peut assister la personne dans ces derniers moments. Les proches ne sont pas soumis aux horaires de visite habituels et peuvent prendre leurs repas sur place.

Tout décès survenant au sein de l'hôpital fait l'objet d'un certificat médical transmis dans les 24 heures au service de l'état civil de la mairie. Un enregistrement sur un registre spécial est également effectué.

La famille du défunt dispose de dix jours pour réclamer le corps afin d'organiser les obsèques. Dans les cas où la personne décédée serait sans attache familiale ou si sa famille ne souhaite pas réclamer le corps dans les délais impartis, l'hôpital procède à l'inhumation dans les douze jours après le décès.

Au cours de la période du 1/1/2019 au 31/12/2021, cinq personnes, une femme et quatre hommes âgés de 52 ans à 69 ans, en hospitalisation complète, sont décédés au sein de l'hôpital.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr