



Rapport de visite

28 février au 04 mars 2022 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier du Chinonais

Saint-Benoît-la-Forêt

(Indre-et-Loire 37)



SYNTHESE

Le service psychiatrique du centre hospitalier du Chinonais, sis à Saint-Benoît-la-forêt, constitue une référence en termes de qualité médico-soignante de prise en charge des patients, du respect de leur dignité et de leur liberté d'aller et venir.

Les restrictions imposées aux libertés des patients sont réduites à ce qui est strictement nécessaire et la recherche du consentement est une préoccupation réelle des soignants, y compris pour les prises médicamenteuses.

Les soins sont organisés de façon à garantir une présence permanente des soignants auprès des patients dans la journée, que ce soit à travers les activités dans le service, l'accompagnement et la préparation des sorties et l'ensemble des activités thérapeutiques et physiques.

L'architecture des locaux, de plain-pied, est parfaitement adaptée à la psychiatrie, avec des chambres vastes, propres et lumineuses qui disposent d'une salle d'eau avec toilettes ; il y a de nombreux patios, un grand parc et des salles d'activités positionnées entre les deux unités.

Enfin, et de manière remarquable, la pratique de l'isolement n'est qu'exceptionnellement mise en œuvre et respectueuse de la dignité, utilisée comme un dernier recours conformément tant à l'esprit qu'à la lettre de la loi. Il n'y a jamais de contention, sauf aux urgences. Cette pratique vertueuse est favorisée par le développement d'alternatives à l'isolement respectueuses de la dignité des patients et maîtrisées par des équipes soucieuses d'un exercice professionnel bientraitant.

Il est cependant regrettable que le rapport annuel d'isolement, pourtant scrupuleusement réalisé par les cadres des unités, n'ait jamais été présenté aux instances compétentes (commission médicale d'établissement et conseil de surveillance) conformément à la loi. Il en résulte que le travail remarquable mené dans ce domaine n'est ni connu ni valorisé. De même, ni le projet d'établissement ni le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé (ARS) n'évoquent les restrictions de libertés, le respect des droits des patients et les pratiques en matière d'isolement et de contention. Quant au comité d'éthique du centre hospitalier, il ne se réunit plus depuis cinq ans.

Cette description d'un service exemplaire de psychiatrie est cependant assombrie par un projet de réduction des effectifs des personnels soignants porté par la direction dans le cadre d'un plan de redressement financier contractualisé avec l'ARS.

Le bouleversement dans l'organisation des soins qu'entraînerait inévitablement une telle réforme est d'autant plus inacceptable qu'elle ne se fonde manifestement que sur des considérations budgétaires étrangères à la psychiatrie puisque la comptabilité analytique au titre de l'année 2019 révèle au contraire un excédent de 500 000 euros (les années suivantes n'ayant pas encore été consolidées). Sur ce point, il sera utilement rappelé que les crédits affectés à la psychiatrie via la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) doivent servir à l'exercice de ses missions, et non à compenser un déficit budgétaire en lien avec les spécialités financées en tarification à l'activité (T2A).

L'impact de ces suppressions et remplacements de postes de soignants n'est pas du tout évalué en termes de maintien de l'accès aux soins et du respect des droits fondamentaux des patients et de leur dignité. La direction prend le risque d'une dégradation rapide d'un dispositif exemplaire de soins en psychiatrie qui aura nécessité plusieurs décennies de construction patiente et engagée.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 11

Les effectifs soignants sont organisés par rapport aux besoins des patients sur les tranches pertinentes de la journée et permettent l'exercice de toutes les missions de la psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 2 13

Les infirmiers de psychiatrie vont chercher les patients aux urgences pour accompagner leur hospitalisation dans les services.

BONNE PRATIQUE 3 14

Un panneau indique aux patients l'identité et la fonction des soignants qui vont le prendre en charge.

BONNE PRATIQUE 4 23

Les patients ont la possibilité de changer les menus grâce à un choix entre trois plats pour l'entrée, le plat principal et le dessert, en le signalant 48 h au préalable.

BONNE PRATIQUE 5 23

Les soignants prennent leur repas avec les patients, le midi et le soir.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 11

Des comités d'éthique ou des instances d'analyse des pratiques professionnelles et de retours d'expérience doivent être mis en place pour permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent.

RECOMMANDATION 2 13

Tout patient admis aux urgences et pour lequel une mesure de contention ou d'isolement est prescrite doit bénéficier d'une réévaluation par un psychiatre dans le délai réglementaire.

RECOMMANDATION 3 13

L'établissement doit mettre en œuvre une véritable politique d'extraction des données relatives à l'isolement et la contention aux urgences afin d'analyser les pratiques, voire de les valoriser.

RECOMMANDATION 4 15

Le livret d'accueil doit être réécrit pour donner aux patients en soins sans consentement une information exhaustive et précise sur leurs droits et modalités de prise en charge.

RECOMMANDATION 5 17

La décision d'admission doit intervenir dès la prise en charge effective du patient. Sa motivation, l'heure de l'admission et l'identité du tiers demandeur doivent y figurer et le patient doit en être

informé. La notification de cette décision doit être accompagnée d'une information orale et écrite du patient sur ses droits avec remise d'un document.

RECOMMANDATION 6 18

Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort, les clés des placards doivent être laissées à disposition des patients et les hublots doivent pouvoir être occultés afin de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients ainsi que la sécurité de leurs biens.

RECOMMANDATION 7 21

Les biens dont la détention en chambre est interdite doivent être déterminés, par le médecin, de façon individualisée pour chaque patient, y compris s'agissant des objets « filaires ».

RECOMMANDATION 8 26

Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients et leur volonté respectée.

RECOMMANDATION 9 26

Avant chaque scrutin, l'établissement doit, par une information écrite, inviter les unités à faciliter l'exercice du vote par les patients en anticipant notamment les demandes de vote par procuration et l'inscription sur les listes électorales. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

RECOMMANDATION 10 27

Les patients doivent pouvoir exercer le culte de leur choix. Pour ce faire, une information doit leur être communiquée par voie d'affichage. Les ministres des cultes doivent pouvoir venir spontanément dans les unités et leur passage doit être annoncé.

RECOMMANDATION 11 27

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

RECOMMANDATION 12 28

Les patients doivent pouvoir librement vivre leur sexualité, dans le respect du consentement d'autrui, ainsi que de moyens de contraception et de protection adaptés et d'une information délivrée avec pédagogie par un personnel formé.

RECOMMANDATION 13 30

Les chambres d'isolement doivent permettre au patient d'actionner seul la lumière et l'ouverture des volets et disposer d'une horloge-calendrier pour se repérer dans le temps.

RECOMMANDATION 14 30

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme son projet médico-soignant l'objectif du recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et valoriser les résultats exceptionnels obtenus.

RECOMMANDATION 15 32

Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement ; il doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu et motivé dans le dossier du patient.

RECOMMANDATION 16 33

L'analyse du registre de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants. Les rapports annuels doivent être présentés aux instances de pilotage et de contrôle.

RECOMMANDATION 17 33

La personne de confiance doit être informée de sa désignation et signifier son accord.

RECOMMANDATION 18 33

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

RECOMMANDATION 19 38

Conformément aux dispositions l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, doivent être transcrits ou reproduits dans le registre de la loi, dans les 24 heures, outre les éléments d'identité du patient et du tiers et toutes les décisions concernant la mesure, les dates de notification des décisions, d'une part, des droits et voies de recours, d'autre part.

RECOMMANDATION 20 41

Un projet médico-soignant du pôle de psychiatrie doit conceptualiser la prise en charge concrète des patients et l'approche des restrictions de liberté.

RECOMMANDATION 21 44

Toutes les prescriptions de psychotropes doivent faire l'objet d'une validation par le pharmacien.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
RAPPORT	8
1. CONDITIONS DE LA VISITE	8
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1 Le CH du Chinonais comporte un secteur de psychiatrie adulte et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile	9
2.2 Le budget affecté à la psychiatrie permet l'exercice de ses missions	9
2.3 Les ressources humaines sont adaptées mais la formation insuffisante	10
2.4 Les événements indésirables sont rares	11
2.5 Le comité d'éthique n'est plus réuni depuis cinq ans	11
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	12
3.1 Les patients sont principalement admis via les urgences	12
3.2 Il n'y a pas de suroccupation et la part des patients SSC représente 9%	14
3.3 L'information écrite des patients en SSC est indigente dans les documents remis et diffusés	14
4. LES CONDITIONS DE VIE	18
4.1 L'hébergement et les locaux sont adaptés à une prise en charge de qualité	18
4.2 Les locaux sont propres et les conditions d'hygiène irréprochables	20
4.3 Les patients sont en capacité de conserver la plupart de leurs biens mais ne peuvent pas les protéger de façon satisfaisante	21
4.4 Les repas sont appréciés par les patients	23
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	24
5.1 La liberté d'aller et venir est effective	24
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont modérées et individualisées	24
5.3 Les communications avec l'extérieur sont permises mais la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas assurée	25
5.4 L'accès au vote n'est pas organisé	26
5.5 L'information sur l'accès aux cultes est lacunaire	27
5.6 La vie sexuelle des patients n'est pas prise en compte institutionnellement	27
6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	29
6.1 Les chambres d'isolement sont propices à l'apaisement mais peuvent être améliorées	29
6.2 Les mesures d'isolement et de contention sont rares	30
6.3 Le registre d'isolement et de contention est réglementairement tenu mais non présenté aux instances	32
7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	35

7.1	La CDSP assure sa mission et la commission des usagers joue pleinement son rôle	35
7.2	Le registre de la loi n'est pas tenu conformément aux prescriptions légales.....	36
7.3	Le contrôle du JLD est effectif même s'il se déroule à une heure de trajet de l'hôpital	38
8.	LES SOINS.....	41
8.1	Les soins psychiatriques sont totalement assurés sans être conceptualisés.....	41
8.2	Les soins somatiques sont totalement assurés	44
8.3	La sortie des patients est bien préparée et ne rencontre guère d'opposition du préfet	44
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	47
10.1	Le pôle comporte un service d'hospitalisation complète de semaine en pédopsychiatrie	47
11.	CONCLUSION.....	48

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- François GOETZ, chef de mission ;
- Rémy BORDES ;
- Luc CHOUCHKAIEFF ;
- Bénédicte PIANA ;
- Claire SIMON.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier du Chinonais (département d'Indre-et-Loire) du 28 février au 4 mars 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 28 février à 15h00 et l'ont quitté le 4 mars à 12h00. Durant la visite, le cabinet du préfet de Tours et l'agence régionale de santé (ARS) Centre-Val-De-Loire ont été contactés, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Tours ont été avisés du contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur en charge de l'infrastructure et du secteur psychiatrique.

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

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. Ils ont notamment rencontré les organisations professionnelles représentatives du personnel, à leur demande, le 2 mars.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 4 mars, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation, mais également les personnels de direction, les organisations professionnelles, les médecins en charge de la psychiatrie ainsi que des personnels soignants.

Un rapport provisoire a été adressé le 6 décembre 2022 à la directrice de l'établissement, au préfet d'Indre-et-Loire, au directeur général de l'ARS Centre-Val-de-Loire, au président du tribunal judiciaire de Tours ainsi qu'au procureur de la République près ledit tribunal. Seule la directrice de l'établissement a émis des observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CH DU CHINONNAIS COMPORTE UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTE ET UN INTERSECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Le centre hospitalier (CH) du Chinonais est intégré dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) Touraine-Val de Loire (GHT TVL).

En 2002, un investissement de 92 millions a été mobilisé pour la reconstruction quasi complète de l'hôpital François Rabelais ainsi que pour la construction d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le CH du Chinonais assure l'offre de soins pour un territoire qui compte 85 000 habitants domiciliés dans les cantons de Chinon, Richelieu, l'Île-Bouchard, Bourgueil, Beaumont-en-Véron, Azay-le-Rideau, Langeais, Sainte-Maure-de-Touraine.

Il est composé de plusieurs sites :

- L'hôpital François Rabelais ;
- La maison d'accueil spécialisé (MAS) ;
- L'unité de soins de longue durée (USLD) ;
- L'EHPAD ;
- Sept sites extérieurs assurant une prise en charge psychothérapeutique.

Le secteur psychiatrique adulte est composé de 45 lits (deux unités) en hospitalisation complète, et le secteur de pédopsychiatrie de 6 lits en chambres de soins de suite et réadaptation (SSR) et de 12 lits sanitaires, soit un total de 63 lits. Le secteur pour adultes compte en outre 30 places en hospitalisation de jour et la pédopsychiatrie 21 places.

Ce dispositif est complété par des soins ambulatoires organisés à travers le territoire, dispensés par des centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour (HJ), appartements thérapeutiques, atelier thérapeutique, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

2.2 LE BUDGET AFFECTE A LA PSYCHIATRIE PERMET L'EXERCICE DE SES MISSIONS

Le budget principal prévisionnel du CH du Chinonais prévoit 63 millions de charges en 2022 pour 54,5 millions de recettes, avec un déficit prévisionnel de 8,5 millions. Le principal secteur déficitaire structurel est lié à l'activité maternité. En 2019, pour la psychiatrie, le compte analytique de résultats fait apparaître un excédent de 460 000 €. Pour 2021, le compte de résultat est légèrement déficitaire (-357 599€), avec une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) augmentée à 14 860 330 € (incluant les compensations Covid et les mesures Ségur) alors qu'elle était de 13 407 29 € en 2019.

Les dépenses liées au personnel non médical s'élèvent en 2021 à 10,9 millions d'euros en raison de la loi Ségur alors qu'elles étaient de 9,02 millions en 2019.

Les projections de dépenses pour le personnel médical passent en 2022 à 1,847 616 millions pour 1,629 094 millions en 2019.

Au total, en 2021, la somme des charges directes du titre 1 (personnel) s'élève à 12,10 millions, soit 78 % du total des charges. Sous réserve que le compte de résultat analytique (c'est-à-dire la rentabilité du service) soit consolidé par les analyses ultérieures, il ressort de l'examen de ce

compte de résultat que l'établissement bénéficie d'une dotation spécifique pour la psychiatrie lui permettant d'exercer correctement l'ensemble de ses missions au profit des patients.

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT ADAPTEES MAIS LA FORMATION INSUFFISANTE

L'historique des équivalents temps plein (ETP) est stable depuis plusieurs années. En psychiatrie adulte, il y a 51,75 ETP toutes catégories de personnels confondus, soit 24,81 ETPT/22 lits en intra-hospitalier, ce qui correspond aux chiffres habituellement constatés en psychiatrie. En psychiatrie adulte, pour l'année 2021, le taux d'absentéisme est de 7,72 %, contre 12,84 % en pédopsychiatrie. L'établissement rapporte une difficulté à recruter des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) pour assurer les nuits.

Un projet dit « de requalification » consiste en une réforme des maquettes de ressources humaines affectées à chaque service avec, en ce qui concerne la psychiatrie, la suppression de 9,68 ETP de postes d'infirmiers (26,7 % des postes) et de 3,6 ETP d'agents de service hospitalier (ASH) et la création de 6,1 ETP d'aide-soignant (AS), sans qu'il soit possible de connaître la réorganisation des soins qui en résultera. A l'issue du contrôle, la direction générale du centre hospitalier régional et universitaire de Tours, qui assure la direction du CH du Chinonais a indiqué que le remplacement d'un poste d'IDE de jour (en 5 jours/7) par un poste d'AS n'était plus envisagé, mais qu'elle entendait maintenir l'économie générale de cette réforme.

Sur ce point, le CGLPL souligne que les effectifs des deux unités ne montrent pas de chiffres anormalement élevés, se situent dans la moyenne nationale et la dotation budgétaire affectée à la psychiatrie ne présente pas de déficit. Par conséquent, il n'est pas acceptable que les maquettes d'organisation des soins soient modifiées sur des considérations budgétaires étrangères à la psychiatrie, d'autant que les constats opérés au moment du contrôle objectivent un respect des droits fondamentaux des patients et de leur dignité permise grâce à l'organisation actuelle des soins.

Pour justifier cette réforme, la direction du CH du Chinonais avance une meilleure adéquation aux missions confiées aux soignants en transférant 25 % des soins à des aides-soignants, tout en respectant la réglementation et les compétences de chacun, ainsi que « l'arrêt de l'alternance jour/nuit délétère en termes de conditions de travail ».

Or les soignants travaillant de jour assurent actuellement des roulements de nuit pour garantir la continuité des soins. Par ailleurs, aucune recommandation de la haute autorité de santé (HAS) ou de la société française de psychiatrie ne confirme que les soins de psychiatrie seraient plus adéquats lorsqu'ils sont dispensés par des aides-soignants que par des infirmiers, surtout en nombre moindre. Il semble en outre peu cohérent et peu respectueux des compétences des uns et des autres d'envisager de remplacer un professionnel par un autre sans modifier l'organisation des soins, dans le cadre d'un projet médico-soignant censément établi par les professionnels eux-mêmes, projet qui au demeurant n'existait pas au moment du contrôle.

Enfin, alors même que la pandémie de coronavirus n'est pas terminée et que l'importance des mesures d'hygiène n'a pas été remise en cause dans la lutte contre l'épidémie, la suppression des 3,6 ETP d'ASH n'est pas non plus expliquée en termes de réorganisation du nettoyage des surfaces et des vecteurs de contamination.

S'agissant de l'absentéisme, le constat réalisé est qu'il est modéré, le *turn-over* est principalement en lien avec les départs en retraite.

L'analyse des plannings des trois derniers mois montre le mode d'organisation des soins des deux unités qui ne comprennent que des IDE (les aides-soignants étant uniquement sur la nuit). Les IDE sont répartis entre ceux assurant la matinée, ceux assurant l'après-midi et ceux assurant un travail de journée sur des tranches horaires adaptables.

Il est tout d'abord constaté une forte stabilité des effectifs soignants sur les plages du matin et de l'après-midi. En effet, il y a toujours, dans les deux unités, soit 3 (majoritairement) soit 4 IDE présents auprès des patients.

Les IDE en journée permettent l'encadrement des activités, les sorties accompagnées et participent à la surveillance des patients. Leur nombre par jour varie sensiblement, principalement de 2 à 4. La moyenne d'IDE en journée est ainsi de 2,15 dans l'unité A et de 3,4 dans l'unité B.

De fait, l'organisation de la présence d'IDE permet d'assurer chaque jour, sur les tranches horaires les plus pertinentes, un effectif d'au moins 5 à 6 soignants pour assurer l'ensemble des missions de psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 1

Les effectifs soignants sont organisés par rapport aux besoins des patients sur les tranches pertinentes de la journée et permettent l'exercice de toutes les missions de la psychiatrie.

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT RARES

Très peu d'événements indésirables sont déclarés en services de psychiatrie. Ils concernent principalement des erreurs médicamenteuses et quelques violences en psychiatrie infanto juvénile. Les événements sont correctement saisis dans le logiciel NORMEA que les agents utilisent facilement.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'EST PLUS REUNI DEPUIS CINQ ANS

La dernière réunion du comité d'éthique remonte au 4 septembre 2017.

RECOMMANDATION 1

Des comités d'éthique ou des instances d'analyse des pratiques professionnelles et de retours d'expérience doivent être mis en place pour permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LES PATIENTS SONT PRINCIPALEMENT ADMIS VIA LES URGENCES

Comme mentionné *supra*, l'établissement dispose de structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) mais pas de structures de prise en charge des crises précoces au domicile, permettant de réduire le recours systématique à l'hospitalisation. D'autre part, les délais d'obtention de primo rendez-vous en CMP sont de quatre mois.

Les patients en soins sans consentement (SSC) ou subissant une phase de crise ou d'agitation sont amenés aux urgences générales du CH du Chinonais.

3.1.1 La prise en charge aux urgences générales

Le service d'accueil des urgences (SAU) a assuré la prise en charge, toutes pathologies confondues, de 16 700 personnes en 2021 (adultes et enfants). Durant les deux premiers mois de l'année 2022, 29 personnes ont été hospitalisées en psychiatrie après un passage aux urgences. Il y en avait eu 271 les dix premiers mois de l'année 2021.



Entrée des ambulances aux urgences



Box spécifique pour personne agitée

Les patients agités étaient amenés, avant la pandémie, directement à l'intérieur des urgences via le sas des ambulances, à proximité du bureau de l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA). Depuis la pandémie, cet accès est réservé aux patients potentiellement infectés et les autres patients transitent tous par l'entrée principale où attend le public.

La prise en charge initiale au SAU est faite par l'IOA qui dispose d'un espace fermé adapté à cet effet. Le patient, s'il est agité ou à risque de déstabilisation, est placé dans un box individuel fermé dans lequel il est examiné par un urgentiste.

Si le patient relève d'une prise en charge psychiatrique, l'infirmier de liaison de psychiatrie est appelé en journée, et le psychiatre d'astreinte la nuit. L'infirmière de liaison de psychiatrie se charge de l'appel du psychiatre et des formalités médico-légales nécessaires.

Les soins sans consentement sont systématiquement pris en charge par le psychiatre qui effectue les démarches vis-à-vis des certificats médicaux et demandes de tiers.

Pour les besoins de deuxième certificat médical, il n'y a aucun médecin pouvant se déplacer aux urgences, sauf la nuit et les week-ends durant lesquels deux médecins généralistes sont d'astreinte sur le département et mobilisables après régulation du centre 15.

Il n'y a pas de chambre d'isolement aux urgences ni espace d'apaisement. Un chariot prééquipé de moyens de contention est positionné à proximité de l'arrivée des ambulances.

L'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement est décidée, par le médecin des urgences qui l'inscrit dans le dossier médical du patient. Cette décision n'est cependant pas confirmée dans l'heure par un psychiatre. Aucun patient n'est en isolement ou contenu au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 2

Tout patient admis aux urgences et pour lequel une mesure de contention ou d'isolement est prescrite doit bénéficier d'une réévaluation par un psychiatre dans le délai réglementaire.

Un protocole relatif à l'isolement ou aux contentions est accessible dans le logiciel Norméa pour les soignants.

Le module isolement et contention existe dans le logiciel Hôpital Manager (HM) : il est saisissable par les médecins et infirmiers des urgences. Cette saisie alimente le registre des isolements et contentions.

Il n'y a cependant pas d'analyse régulière des pratiques dans la mesure où l'extraction de données du logiciel et leur analyse ne sont pas mises en œuvre.

RECOMMANDATION 3

L'établissement doit mettre en œuvre une véritable politique d'extraction des données relatives à l'isolement et la contention aux urgences afin d'analyser les pratiques, voire de les valoriser.

Par ailleurs, aucune procédure n'est appliquée pour prendre en charge directement par l'établissement les frais relatifs aux dégâts occasionnés par des patients violents au sein des urgences ; un médecin ayant eu ses lunettes brisées par un patient de psychiatrie lors d'un moment de violence a dû faire refaire ses lunettes à ses frais.

Dans sa réponse aux observations du rapport provisoire, la direction du de l'hôpital indique que la procédure permettant de se faire rembourser existe et l'établissement est assuré contre la survenance de tels dommages. Il suffit que le soignant fasse une déclaration (déclarer un sinistre de responsabilité civile dommage matériel subi par les collaborateurs). La déclaration est à envoyer à la direction des achats avec facture initiale de l'objet et le devis de réparation.

3.1.2 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitants ou les psychiatres dans les CMP et hôpitaux de jour mais, dans la grande majorité des cas, les patients sont admis depuis les urgences.

Les IDE du service vont chercher le patient aux urgences pour le ramener dans le service en passant par de grands couloirs.

BONNE PRATIQUE 2

Les infirmiers de psychiatrie vont chercher les patients aux urgences pour accompagner leur hospitalisation dans les services.

Les soignants lui présentent le service et l'accompagnent dans sa chambre. Dans le couloir d'accès aux locaux de l'unité B, les photos en pied de tous les membres de l'équipe soignante

sont regroupées sur un grand tableau. Apparaissant comme un message de bienvenue, ces photos sont particulièrement appréciées des patients comme des visiteurs.



Cadres photo des soignants indiquant leurs fonctions

BONNE PRATIQUE 3

Un panneau indique aux patients l'identité et la fonction des soignants qui vont les prendre en charge.

Les patients sont systématiquement examinés dans le service par le psychiatre de l'unité dans les 24 heures, souvent en présence d'un soignant.

Il n'y a jamais d'entrée directe en chambre d'isolement et les médecins s'y refusent, en accord avec les préconisations habituelles du CGLPL.

Les restrictions de liberté et mesures de soins sont discutées avec l'équipe. Il n'y a pas de dispositif d'infirmier référent et tous les infirmiers suivent l'ensemble des patients.

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont rédigés après entretien médical formel et explication donnée au patient.

3.2 IL N'Y A PAS DE SUROCCUPATION ET LA PART DES SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTE 9 % DES PATIENTS

En 2021, 525 patients ont été admis en hospitalisation (unité A et B), 40 en SSC.

Il n'y a pas de suroccupation et le taux d'occupation moyen est de 78 %. Il est constaté une bonne gestion des lits et jamais d'utilisation de la chambre d'isolement comme chambre d'hospitalisation.

3.3 L'INFORMATION ECRITE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST INDIGENTE DANS LES DOCUMENTS REMIS ET DIFFUSES

3.3.1 L'information générale des patients

Après une présentation rapide du pôle de psychiatrie en page 9, le livret d'accueil de l'établissement présente sur une page (p. 27) les modalités de soins en psychiatrie – soins libres

et soins sans consentement – avec un bref développement sur les modes de prise en charge. Tout en mentionnant que ces « modalités d'hospitalisation sont issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, ce document n'évoque ni les sorties de courtes durée (de moins de 12 heures et de moins de 48 heures) et les programmes de soins, ni les droits spécifiques des patients en soins sans consentement.

Ce livret n'est plus distribué dans les unités. Il a été présenté aux contrôleurs comme étant obsolète et en cours de réimpression.

RECOMMANDATION 4

Le livret d'accueil doit être réécrit pour donner aux patients en soins sans consentement une information exhaustive et précise sur leurs droits et modalités de prise en charge.

Dans sa réponse aux observations du rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique :
« *Le livret d'accueil a été réactualisé en septembre 2022. Il est désormais joint au livret d'accueil un flyer consacré aux droits des patients hospitalisés en soins psychiatriques sans leur consentement. L'affichage de cette feuille va prochainement être mis en place dans les services.* »

Les deux unités disposent d'un même règlement intérieur. Il contient des informations pratiques et des règles de vie (médicaments, repas, linge, effets personnels, télévision, tabac, téléphone et supports numériques, organisation des visites, ouverture du service, autorisation de sortie, véhicule personnel, interdiction de consommation de drogues et d'alcool et de prise de photos de personnes) qui ne font pas de distinction selon le statut des patients. Ces informations sont expliquées à l'arrivée du patient et complétées verbalement (s'agissant notamment de l'inventaire et de la personne de confiance). Le règlement intérieur est affiché en plusieurs endroits des unités, et dans quelques chambres, mais n'est pas systématiquement remis au patient lors de son admission.

A la porte d'entrée des unités, deux panneaux présentent pour l'un les horaires de visites, pour l'autre les médecins (psychiatres et généraliste), le cadre supérieur de santé, le cadre, le (la) psychologue et l'assistante sociale.

Outre le planning des activités (quotidiennes ou hebdomadaires) accroché près du bureau infirmier et les règles de vie évoquées ci-dessus, d'autres informations sont affichées dans chaque unité, le plus souvent sur les vitres du bureau infirmier : chartes de la personne hospitalisée et de la laïcité, document de l'HAS sur la protection des données personnelles, présentation de la commission des usagers (CDU), explications sur la personne de confiance, modalités de déclaration d'un évènement indésirable, précisions sur le repas thérapeutique. En revanche, la liste des droits des patients en soins sans consentement n'est pas affichée dans les unités pas plus qu'elle n'est remise au patient lors de son admission ; de même, la procédure particulière des sorties de courte durée et des changements de forme de prise en charge des soins sans consentement ne figure dans aucun des documents affichés ou remis aux patients.

3.3.2 L'information des patients sur leurs droits spécifiques

Dès qu'un placement en soins sans consentement est envisagé, une information sur sa situation juridique est donnée au patient par l'infirmière de liaison présente aux urgences. Cette

information sur le statut est réitérée par l'infirmier lors de l'entretien arrivant puis à nouveau par le psychiatre lors de l'examen qui intervient dans les 24 heures de l'admission. Des précisions peuvent ensuite être données par les infirmiers quand des explications s'avèrent nécessaires.

La notification de la décision de placement en soins sans consentement, puis celles de maintien en hospitalisation complète ou de changement de forme de prise en charge (passage en programme de soins) est faite par un infirmier. A cette occasion, la décision du directeur ou l'arrêté du préfet sont remis aux patients et un document, intitulé « information des modalités d'admission (ou de maintien) en soins psychiatriques sans consentement » est proposé à sa signature. Ce document atteste certes de la prise de connaissance de la décision mais non de sa remise. Il rappelle les recours possibles auprès de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et du juge des libertés et de la détention (JLD), sans toutefois mentionner leurs adresses, alors même que seules les coordonnées de la CDSP figurent dans la décision du directeur. La notification ne comporte pas davantage d'information sur les droits du patient en soins sans consentement tels que listés à l'article L. 3211 du code de la santé publique et ce malgré l'obligation d'information prévue par ce même texte. Il est ainsi apparu aux contrôleurs que, dans l'esprit de tous (secrétaires comme soignants), les droits du patient se limitent aux voies de recours, certitude qui démontre une méconnaissance des lois régissant les soins sans consentement, ceci malgré un souhait de formation en la matière affichée par tous sans que les demandes ne soient satisfaites alors même que des formations ont été organisées au CHRU de Tours sur les dernières évolutions législatives et réglementaires. La dernière formation dispensée sur ce thème pour l'ensemble des agents du service psychiatrique du CHC s'est tenue en 2017.

3.3.3 La notification

Elle s'effectue dès que l'unité est en possession des décisions administratives, transmission qui peut intervenir avec un certain décalage de temps par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité. En effet, pour les patients admis à la demande d'un tiers (ou en péril imminent) en fin d'après-midi, soit après la fermeture du secrétariat du pôle de psychiatrie, les décisions d'admission ne sont prises que le lendemain matin malgré l'organisation d'une astreinte des administrateurs ayant délégation de signature. Par ailleurs, si la décision est prise durant le week-end, les unités n'en sont destinataires que le lundi, reportant de ce fait la notification de plusieurs heures voire jours.

Pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), seul l'arrêté préfectoral fait l'objet d'une notification ; cet arrêté est envoyé par l'ARS au secrétariat du pôle qui le transmet à l'unité pour notification au patient ; lorsqu'il fait suite à un arrêté provisoire du maire, l'arrêté du préfet est pris dans les 24 heures de l'admission.

Pour les patients admis en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement (SPDDE), la décision ne porte pas mention du tiers demandeur à la mesure et, contrairement aux arrêtés du préfet, ne reprend pas les termes du ou des certificats médicaux initiaux, les motifs étant limités à une formule générale identique pour tous les patients. Or, ce ou ces certificats médicaux ne sont pas communiqués au patient qui, ce faisant, peut rester dans l'ignorance des motifs de son admission si celle-ci ne lui est pas expliquée par le médecin ou les soignants.

Par ailleurs, les contrôleurs ont pu constater, à l'examen du livre de la loi, que les certificats médicaux postérieurs à l'admission ne comportent pas tous la mention selon laquelle le patient a été informé du projet de décision et invité à faire valoir ses observations ; lorsque des

observations sont faites par le patient, celles-ci sont, aux dires des soignants, consignées dans le dossier médical mais jamais notées sur le certificat médical.

Enfin, il est apparu des propos tant des secrétaires que des soignants que le report de la notification des décisions en cas de refus ou d'impossibilité de signer n'est jamais pratiqué.

Il résulte de tout ce qui précède que la procédure mise en place n'est pas de nature à assurer une bonne information du patient sur son statut tout au long de sa prise en charge.

RECOMMANDATION 5

La décision d'admission doit intervenir dès la prise en charge effective du patient. Sa motivation, l'heure de l'admission et l'identité du tiers demandeur doivent y figurer et le patient doit en être informé. La notification de cette décision doit être accompagnée d'une information orale et écrite du patient sur ses droits avec remise d'un document.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *La décision d'admission n'a pas à être horodatée. Au sein du CHC, elle intervient dès la prise en charge effective du patient.* »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne fait que rappeler la loi relative aux soins sans consentement et est appliquée, sans difficulté, dans tous les autres établissements de santé de France.

3.3.4 L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès au dossier médical sont détaillées dans le livret d'accueil de l'établissement (page 25), document qui, pour mémoire, n'est pas distribué aux patients. La demande doit être faite par écrit au directeur du centre hospitalier pour une consultation sur place ou l'envoi de copies.

Selon les informations recueillies, les demandes de dossiers médicaux sont peu nombreuses (six en 2020). A réception de la demande, le secrétariat de direction explique les différentes façons d'obtenir le dossier : soit par envoi d'une copie, soit par consultation sur place, soit par consultation via le médecin référent. En pratique, les demandes de copies de dossier médical, majoritairement faites après la fin de l'hospitalisation, prévalent très largement sur celles de communication sur place. Les demandes sont transmises dans les unités pour information du médecin en charge du suivi du patient lequel ne s'oppose jamais à la transmission de l'entier dossier. L'envoi de la copie du dossier est alors faite et facturée au patient (0,30 € la page).

En 2020, le délai moyen de communication du dossier médical (tous services confondus) a été de sept jours pour les séjours datant de moins de cinq ans et de 8,80 jours pour les séjours plus anciens.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 L'HEBERGEMENT ET LES LOCAUX SONT ADAPTES A UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

4.1.1 Les locaux

Le bâtiment du service de psychiatrie pour adultes est de plain-pied et regroupe les deux unités (A et B) dans lesquelles se trouvent des patients en soins libres et en soins sans consentement. Des espaces verts et/ou cultivés sont intégrés harmonieusement autour ou au sein de ces locaux ce qui procure un agrément certain aux patients comme aux personnels.

4.1.2 Les chambres

La plupart des chambres sont individuelles dans les deux unités : 19 chambres pour seulement 3 chambres doubles. Chaque unité dispose en outre d'une chambre d'isolement.

Les chambres sont agréables et comportent le mobilier nécessaire à une prise en charge adaptée des patients.

Les salles de bains disposent toutes de lavabos, douches et WC et peuvent être fermées par un verrou de confort.



Chambre double de l'unité A



Sanitaire de l'unité A

Néanmoins, les placards dans les chambres ne peuvent être fermés à clé par les patients qui sont dans l'impossibilité d'y conserver leurs affaires en toute sécurité.

En outre, l'absence de verrous de confort et la grande taille des hublots sur les portes des chambres portent atteinte à l'intimité des patients, de même que l'absence de certaines bandes occultantes sur les vitres des chambres vues de la cour extérieure.

RECOMMANDATION 6

Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort, les clés des placards doivent être laissées à disposition des patients et les hublots doivent pouvoir être occultés afin de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients ainsi que la sécurité de leurs biens.

La direction indique à propos de cette recommandation que des travaux sont prévus en 2023.

4.1.3 Les locaux collectifs

Les deux unités présentent des locaux collectifs variés et spacieux.

Dans chaque unité se trouvent une salle d'activités (avec jeux de société, un baby-foot dans l'unité B), une ou deux salles de télévision, un espace fumeur (avec une télévision qui n'était pas en état de marche lors de la visite à la suite de dégradations commises par les patients), une salle de restauration, une salle de « psychothérapie adulte » équipée notamment d'un billard et un salon « famille ».



Salle de psychothérapie au sein de l'unité A munie d'un billard



Salon de télévision dans l'unité A



Salle de restauration de l'unité A

L'unité B dispose en outre d'une salle d'activités munie d'un sac de frappe.



Salle d'activités de l'unité B équipée d'un sac de frappe

Une salle d'art-thérapie, très investie par les patients, est positionnée entre les deux unités. Ces deux unités présentent en outre des espaces extérieurs arborés et calmes. Un patio extérieur abrite un coin potager et des arbres fruitiers.



Patio extérieur de l'unité A avec des potagers

En dehors des unités, mais à l'intérieur du CH du Chinonais, les patients peuvent se rendre à la cafétéria où ils reçoivent régulièrement les membres de leur famille.

4.2 LES LOCAUX SONT PROPRES ET LES CONDITIONS D'HYGIENE IRREPROCHABLES

Les locaux, entretenus quotidiennement par un ASH par unité, offrent une hygiène irréprochable, que ce soient les chambres, les sanitaires en dehors des chambres ou les parties communes. Comme indiqué précédemment, les chambres sont dotées de sanitaires équipés d'une douche, WC et lavabo ; par ailleurs, chaque unité dispose d'une salle de bain commune avec baignoire accessible aux patients à la demande.

Les patients démunis des produits nécessaires à leur hygiène corporelle peuvent en acheter à la cafétéria de l'hôpital. S'ils n'en ont pas les moyens ou s'ils ne peuvent être aidés par leur famille, des kits d'hygiène complets (gel douche, dentifrice, brosse à dent, rasoirs, protections périodiques, etc.) peuvent leur être fournis par le personnel.

Chaque unité dispose d'une buanderie équipée d'une machine à laver et d'un sèche-linge permettant l'entretien du linge personnel des patients qui ne reçoivent pas de visite ou qui ne

regagnent pas leur domicile le week-end, ce qui arrive fréquemment selon les informations transmises par les soignants.

Les unités possèdent en outre un vestiaire avec des vêtements disponibles pour les patients dépourvus d'effets personnels.



Vêtements de secours disponibles à l'unité A

4.3 LES PATIENTS SONT EN CAPACITE DE CONSERVER LA PLUPART DE LEURS BIENS MAIS NE PEUVENT PAS LES PROTEGER DE FAÇON SATISFAISANTE

A chaque admission, un inventaire contradictoire des biens est réalisé sur papier carbone. L'inventaire est co-signé par deux infirmiers et le patient, qui en conserve un exemplaire tandis qu'un autre est déposé dans son dossier au bureau infirmier.

Les patients sont autorisés à conserver la plupart de leurs biens dans leur chambre.

Certains effets personnels considérés comme dangereux (bouteille de parfum, objets tranchants et contondants tels que les ciseaux, rasoirs et, dans l'unité A, les chargeurs) sont interdits en chambre et sont gardés dans des casiers nominatifs individuels dans le bureau infirmier. Certains biens sont ponctuellement restitués aux patients pour leur utilisation, comme les rasoirs.

Les restrictions sont, pour le reste, décidées de façon individualisée sur prescription médicale, il en va ainsi des téléphones portables que les patients sont pour l'essentiel autorisés à conserver, du tabac et des briquets, ou encore des ordinateurs et des tablettes.

Les contrôleurs regrettent néanmoins que cette logique d'individualisation des restrictions ne s'étende pas aux chargeurs de téléphone qui sont systématiquement retirés aux patients dans l'unité A, ce qui n'est d'ailleurs pas pratiqué dans l'unité B. Les patients sont donc contraints de se rendre dans le bureau infirmier pour charger leur téléphone puis les récupérer.

RECOMMANDATION 7

Les biens dont la détention en chambre est interdite doivent être déterminés, par le médecin, de façon individualisée pour chaque patient, y compris s'agissant des objets « filaires ».

Dans sa réponse aux observations du rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « La recommandation 7 a été mise en place. Il y a eu une uniformisation des logiques de

restriction : les chargeurs ne sont plus systématiquement retirés aux patients des unités A et B ».

Certains patients peuvent conserver avec eux leur argent mais les soignants le leur déconseillent en raison de l'absence de fermeture à clé des placards des chambres qui augmente le risque de vol, sauf pour de petites sommes.

Les objets de valeurs tels que les bijoux ou les sommes d'argent conséquentes (au-delà de 50 euros) sont entreposés dans le coffre central de l'hôpital. Ce coffre est cependant fermé le week-end et, le cas échéant, les soignants anticipent la sortie pour que le patient récupère préalablement ses biens. En cas d'admission le dimanche et les jours fériés, il peut arriver que ces objets de valeur soient stockés dans le coffre du cadre de santé.

Il existe un service de protection des majeurs au sein de l'établissement mais la plupart des patients sont suivis par des mandataires privés ou institutionnels tels que l'Union départementale des associations familiales (UDAF).

Lors de la visite, six patients étaient sous curatelle à l'unité A et une demande était en cours de traitement.

Les patients nécessitant la mise en place d'une mesure de protection à leur admission sont repérés par les assistantes sociales très présentes sur les unités ou par les soignants à l'écoute de leurs besoins.

Les tuteurs et curateurs sont décrits comme réactifs, exception faite d'un curateur qui serait moins diligent dans les réponses apportées à l'octroi de sommes d'argent.

Les mandataires communiquent très facilement avec les soignants et les assistantes sociales par courriel ou par téléphone. Ils interviennent pour la remise d'argent au patient, la délivrance de carte de retrait, le financement des sorties ou des cigarettes et l'achat des vêtements.

En revanche, s'ils sont conviés aux réunions relatives à la préparation des projets de sorties, ils y assistent rarement en pratique. Ils ne participent pas non plus aux audiences du JLD.

Un dispositif a été mis en place par l'association ASTAR pour pallier les difficultés de certains patients à recevoir leur argent de la part de leur mandataire.

Cette association qui s'incarne à travers un atelier thérapeutique pour adultes au sein du centre hospitalier du Chinonais permet aux patients de bénéficier d'une réadaptation à une activité professionnelle à travers des chantiers extérieurs à l'occasion desquels ils sont rémunérés. Ainsi le patient travail à son insertion socioprofessionnelle par un programme d'accompagnement individualisé, une réadaptation à une activité professionnelle, une aide technique et une intervention de soutien psycho-éducatif permettant aux patients de s'auto-évaluer et de gérer plus efficacement les situations concrètes, la construction et l'accompagnement d'un projet de recherche d'emploi, l'intégration dans un milieu protégé afin de préparer le patient à une nouvelle vie sociale extérieure.

Un prêt peut également leur être octroyé en cas de nécessité et l'ASTAR se met en lien avec le mandataire du patient pour obtenir le remboursement de la somme avancée.

Le mandataire présent sur l'établissement hospitalier – depuis quarante ans – n'avait en charge, au moment de la visite, le suivi que d'un patient de l'unité B. Ce tuteur a conclu des conventions avec certains commerces à proximité de l'établissement et fonctionne avec des bons d'achat qu'il délivre au patient.

Certains commerces en ville fournissent des prestations tel que le coiffeur, et envoient à l'issue la facture au tuteur.

Il en est de même à la cafétéria où les patients sous mesure de protection peuvent acheter toutes sortes de denrées, une facture récapitulative des achats étant transmise au mandataire à la fin du mois.

4.4 LES REPAS SONT APPRECIÉS PAR LES PATIENTS

Les repas, fournis par la cuisine centrale de l'hôpital en liaison froide et réchauffés dans la salle de restauration, sont servis individuellement en qualité et quantité satisfaisantes, aux heures habituelles. Les patients peuvent les prendre dans la salle de restauration de chaque unité, ou dans leur chambre. Ils ont également la possibilité de changer les menus 48 heures avant.

BONNE PRATIQUE 4

Les patients ont la possibilité de changer les menus grâce à un choix entre trois plats pour l'entrée, le plat principal et le dessert, en le signalant 48 heures au préalable.

Hormis pendant la période de pandémie, les soignants prennent leur repas avec les patients, deux fois par jour. Ces moments deviennent des repas thérapeutiques. Depuis la crise sanitaire, les soignants prennent leur repas dans l'office attenant à la salle de restauration.

BONNE PRATIQUE 5

Les soignants prennent leur repas avec les patients, le midi et le soir.

Les patients se placent librement dans la salle de repas. Ils peuvent également emmener des denrées non périssables dans leurs chambres.

Des boissons sont proposées au goûter et à 22h30 (tisanes). Le week-end, des collations (sous forme de gâteaux) sont ajoutées.

Le rapport des services de la direction départementale de la protection des populations (DDPP), datant du 18 février 2021, fait état d'un constat satisfaisant.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST EFFECTIVE

La sécurité du site est assurée en périphérie et dans le hall d'entrée de l'hôpital par des caméras. Le responsable sécurité indique que les intrusions sont très rares, et il n'a pas été recensé de phénomènes de violences au sein du CH du Chinonais, nécessitant l'intervention de son service depuis plusieurs mois.

En cas de déclenchement d'une alarme incendie sur le secteur de la psychiatrie, l'agent de sécurité se rend sur place et alerte, le cas échéant, les pompiers en ligne directe. Les soignants sont régulièrement formés sur le site de l'hôpital (Maison du feu), aux gestes de première intervention en matière d'incendie. L'évacuation des patients est assurée par les soignants qui, en nombre suffisant, sont en mesure de s'assurer que toutes les personnes ont été évacuées, y compris celles (très rares), placées à l'isolement et jamais attachées.

Le rapport de la commission de sécurité incendie, en date du 25 novembre 2021, a rendu un avis favorable pour la poursuite de l'activité de l'établissement.

Les unités sont ouvertes durant la journée de 7h00 à 21h00. Exceptionnellement, quand un patient présente un risque de suicide ou de fugue, l'unité peut être momentanément fermée, les autres patients pouvant néanmoins sortir après avoir demandé l'ouverture de la porte à un infirmier ; cette situation s'est présentée le jeudi 3 mars, la porte de l'unité B ayant été fermée à 16h00 à la demande du psychiatre à la suite d'un entretien avec un patient, étant précisé que le lendemain matin à leur arrivée sur le site à 8h50, les contrôleurs ont pu constater que l'unité était de nouveau ouverte. L'accès aux chambres n'est soumis à aucune restriction, de jour comme de nuit. La majorité des patients peuvent circuler librement sur le site de l'hôpital. Les quelques exceptions à cette liberté de circulation (trois patients sur quinze à l'unité A, tous trois en soins libres) résultent toujours de consignes médicales liées à l'état de santé physique ou psychique du patient régulièrement réévaluées au cours de la prise en charge.

Le principe est que tous les patients peuvent sortir seuls des unités pour se rendre à la cafétéria afin d'y acheter des revues ou friandises, ou y rencontrer leur famille dans un endroit convivial et respectant la confidentialité. En cas de risque de fugue, une attention particulière est portée sur les patients concernés, sans que les portes des unités ne soient systématiquement fermées.

Les patients sont accompagnés pour se rendre aux activités thérapeutiques si elles se déroulent en dehors de l'unité, ainsi que pour se rendre à la trésorerie.

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT MODEREES ET INDIVIDUALISEES

L'organisation de la vie quotidienne dans chacune des unités est marquée par la recherche de l'autonomie des personnes dans le respect des règles inhérentes à la vie en communauté. Les restrictions sont donc rares et toujours justifiées par l'état clinique du patient.

Aucune restriction médicale de fumer du tabac n'est édictée. La gestion du tabac est libre, les patients conservant avec eux leurs cigarettes et les moyens de les allumer. Dans certains cas, au demeurant limités, notamment pour les patients incapables de contrôler leur consommation, les cigarettes sont gardées dans le local infirmier et données à la demande. Les achats de tabac sont réalisés par les patients eux-mêmes, par les familles, ou même par les soignants pour ceux des patients qui ne peuvent s'en charger eux-mêmes. Des sorties sont aussi organisées avec des soignants pour aller acheter des cigarettes. Les patients fument dans les espaces à l'air libre ; les

fumoirs situés au sein de chaque unité ouvrent sur un jardin, ils sont équipés de sièges, d'un poste de télévision, de cendriers et sont accessibles en permanence, y compris la nuit.

Le pyjama hospitalier n'est jamais porté dans les services. En revanche, le pyjama est imposé systématiquement lors d'un placement à l'isolement.

Les règles de vie n'imposent pas d'horaire de coucher ou de lever, mais seulement des horaires de repas avec un petit-déjeuner entre 8h00 et 9h00, un déjeuner à 12h30 et un dîner à 18h30. L'extinction des télévisions a lieu à 23h00, heure à laquelle les patients sont invités à regagner leur chambre.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT PERMISES MAIS LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS ASSUREE

5.3.1 Le téléphone

Les patients conservent par devers eux téléphone portable, ordinateur ou tablette. Dans l'unité A, contrairement à ce qui se pratique à l'unité B, et sans réelle explication, les patients ne peuvent garder leur chargeur qui doit être déposé dans le local infirmier (cf. recommandation 8).

Dans le cas où les patients ne disposent pas de téléphone portable, les soignants prêtent sans difficulté celui du service.

5.3.2 Le courrier

Les patients ont accès à du papier et un stylo quand ils le demandent aux soignants. Les timbres restent à leur frais et doivent être achetés à l'extérieur de l'établissement. En pratique, ils s'en procurent lors de permissions de sortie ou mandatent un infirmier qui se charge de les acheter pour eux.

Lors de la visite des contrôleurs, peu de patients recevaient du courrier ou souhaitaient en envoyer.

Une boîte aux lettres est disposée à l'entrée principale de l'hôpital.

5.3.3 Les visites des proches

Les visites sont autorisées quotidiennement de 13h00 à 20h00 mais une tolérance est permise par les soignants au-delà de cet horaire.

Depuis le début de la pandémie, les visites se font généralement dans la chambre du patient ou à la cafétéria de l'hôpital. Les enfants ne sont pas autorisés à entrer dans le service de psychiatrie.

Les visites demeurent limitées à une personne à la fois et à une heure. Ces restrictions demeureraient applicables au moment de la visite, ce qui ne semble plus adapté à la situation sanitaire.

5.3.4 L'accès à l'information et aux médias

Chaque unité dispose de deux salons de télévision mais aucune chambre n'est équipée d'un téléviseur.

Les salons sont en libre accès jusqu'à 23h00 et les patients disposent librement de la télécommande.

Le centre hospitalier propose un accès Wifi gratuit pour les patients, sur accord médical, mais des difficultés liées au réseau empêchent les patients d'en profiter pleinement.

5.3.5 La confidentialité de l'hospitalisation

La confidentialité sur la présence des patients n'est pas assurée et l'anonymat est peu sollicité. En effet, les appels destinés aux patients accueillis en psychiatrie sont systématiquement transmis au bureau infirmier des unités qui interroge le patient pour savoir s'il souhaite ou non prendre la communication. La personne appelante est donc *de facto* informée de la présence du patient en service de psychiatrie.

Il existe dans l'établissement une procédure permettant d'être admis de manière anonyme. Lors de sa prise en charge le patient peut demander son enregistrement de manière anonyme et un pseudonyme lui est attribué et enregistré dans la base de données de l'établissement.

Les noms de naissance et d'usage sont remplacés par le pseudonyme « Confidentiel Paul » pour les hommes et « Confidentiel Marie » pour les femmes.

Toutefois, cette procédure semble peu connue des soignants et très rarement mise en œuvre.

RECOMMANDATION 8

Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients et leur volonté respectée.

5.4 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS ORGANISE

Aucune information n'est mise à la disposition des patients et des soignants, que ce soit concernant les inscriptions sur les listes électorales ou les modalités de vote quand une élection se profile.

Le livret d'accueil du patient du centre hospitalier mentionne simplement qu'à « l'occasion des consultations électorales, la participation au vote de la personne accueillie est mise en place au cas par cas ».

Les patients n'ont à disposition que les réseaux d'information classiques : radio et télévision.

Selon les témoignages recueillis, il n'a jamais été formulé de demande de sortie pour aller voter pas plus que n'a été sollicitée de demande de procuration.

Pour autant, certains patients rencontrés par les contrôleurs ont indiqué avoir déjà fait usage de leur droit de vote à l'occasion de permission de sortie.

RECOMMANDATION 9

Avant chaque scrutin, l'établissement doit, par une information écrite, inviter les unités à faciliter l'exercice du vote par les patients en anticipant notamment les demandes de vote par procuration et l'inscription sur les listes électorales. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *La recommandation 9 est déjà mise en place. Les patients sont informés et accompagnés dans leurs démarches si besoin* ».

5.5 L'INFORMATION SUR L'ACCES AUX CULTES EST LACUNAIRE

Le livret d'accueil indique en page 19 que les patients peuvent solliciter la visite d'un représentant du culte de leur choix auprès du personnel de service mais cette information ne fait pas l'objet d'un affichage dans les unités. L'exercice d'un culte est un sujet globalement peu discuté par les patients et les soignants.

Une aumônière catholique bénévole se rend néanmoins dans les deux unités à la demande des patients. Elle est présente tous les jours sur le site de l'hôpital de Chinon à l'exception du lundi matin. L'aumônière les rencontre en général dans leur chambre ou à la cafétéria de l'hôpital. Elle indique pouvoir faire le lien avec les représentants des autres religions (protestantisme, judaïsme, islam). Cependant, les autres cultes ne feraient l'objet d'aucune demande.

Lors de la visite des contrôleurs, trois patients de l'unité A étaient reçus par l'aumônière catholique et aucun patient n'avait recours aux aumôniers des autres confessions.

L'exercice d'un culte est pris en considération pour les repas puisque, à titre d'exemple, des repas sans porc peuvent être délivrés pour les personnes qui n'en consomment pas.

RECOMMANDATION 10

Les patients doivent pouvoir exercer le culte de leur choix. Pour ce faire, une information doit leur être communiquée par voie d'affichage. Les ministres des cultes doivent pouvoir venir spontanément dans les unités et leur passage doit être annoncé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *L'extrait du livret d'accueil portant sur la liberté de culte va être affiché dans les services* ».

5.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS PRISE EN COMPTE INSTITUTIONNELLEMENT

Les relations sexuelles, non évoquées dans le règlement intérieur, ne sont pas formellement interdites mais la question de la sexualité des patients n'est jamais abordée dans les unités, ni ne fait l'objet d'une réflexion institutionnelle ou d'une formation du personnel.

Les soignants ont indiqué que le contexte ne s'y prêtait pas dans la mesure où l'hôpital est avant tout un lieu de soins. Toutefois, ils ont pu mettre en avant le fait que les chambres sont considérées comme des lieux privés et qu'aucun soignant n'y entre avant d'avoir au préalable frappé à la porte.

Les équipes soignantes sont particulièrement attentives lors de la présence de patients plus vulnérables et pour lesquels la notion du consentement peut être floue.

RECOMMANDATION 11

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

Dans sa réponse aux observations du rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *le médecin somaticien délivre d'ores et déjà une information aux patients en matière de sexualité. Une réflexion institutionnelle existe* ».

Les contrôleurs prennent acte de cette information mais n'ont pas été destinataires des modalités par lesquelles la réflexion institutionnelle aurait été mise en place.

Les patients disposent pour la plupart d'une chambre individuelle qu'ils ne peuvent cependant pas fermer à clé même si la salle de bain peut être close par un verrou de confort. Ainsi, en l'absence de possible fermeture de la chambre, l'accès à une intimité ou à une sexualité demeure limité.

Au niveau médical, aucune information systématique n'est délivrée au patient sur la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST).

Il a été indiqué aux contrôleurs que ces questions étaient abordées de façon aléatoire en fonction de l'aisance du soignant sur cette problématique et des besoins éventuels du patient.

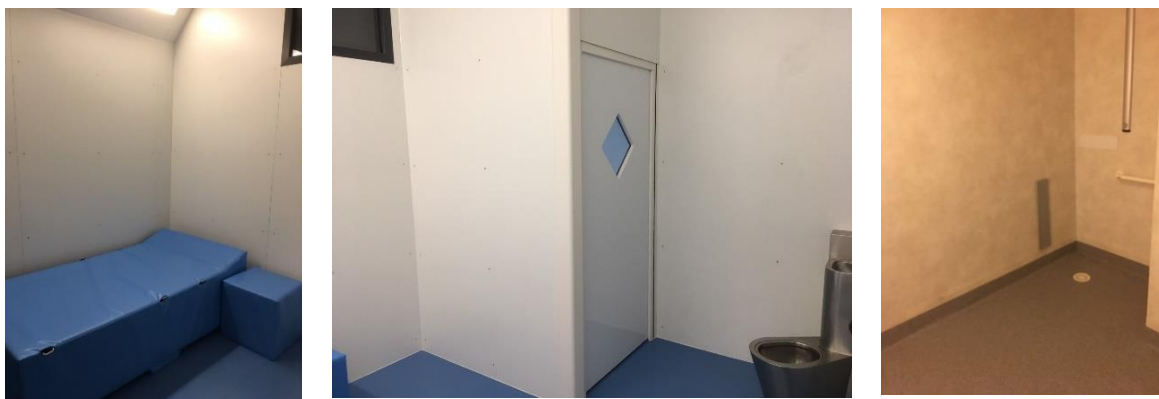
RECOMMANDATION 12

Les patients doivent pouvoir librement vivre leur sexualité, dans le respect du consentement d'autrui, ainsi que de moyens de contraception et de protection adaptés et d'une information délivrée avec pédagogie par un personnel formé.

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

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT PROPICES A L'APAISEMENT MAIS PEUVENT ETRE AMELIOREES

Les deux unités de psychiatrie adulte disposent chacune d'une chambre d'isolement identique. Elles disposent d'un petit sas d'entrée, la seconde porte comportant un hublot qui permet une visibilité sur les toilettes, ce qui ne respecte pas l'intimité de la personne.



Chambre d'isolement avec porte donnant sur l'extérieur et salle d'eau

Dans le sas, une porte donne accès à une salle d'eau comprenant une douche, des toilettes et un lavabo. L'accès à cette salle n'est pas toujours ouvert, selon l'état clinique du patient ; des toilettes avec point d'eau positionnées dans la chambre pallient dans ce cas la fermeture de la salle d'eau. Malheureusement, le modèle « bloc toilette et point d'eau » en inox est celui des quartiers disciplinaires des centres pénitentiaires, ce qui n'est pas adapté à un service de psychiatrie. Il ne comporte pas d'abattant.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *Il n'est pas techniquement possible d'adapter les abattants de WC sur ces produits qui ont été choisis spécifiquement* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où ces toilettes inox sont historiquement conçues pour les quartiers disciplinaires de prisons, ne sont pas adaptées à un établissement de soins et doivent être remplacées par des toilettes pouvant disposer d'un abattant.

La chambre dispose d'un lit avec matelas et sommier en mousse recouverts d'une épaisse toile plastifiée comportant dans sa structure des points d'attache pour les contentions et un pouf en mousse pour permettre au soignant ou au patient de s'asseoir.

La chambre est éclairée de la lumière du jour par une fenêtre en hauteur ne pouvant s'ouvrir mais aussi par une porte vitrée donnant directement sur l'extérieur et permettant d'emmener fumer le patient.

Les volets comme la lumière ne peuvent être actionnés que par les soignants et non par le patient. Il n'y a pas d'horloge permettant de se repérer dans le temps.

La chambre est munie d'un bouton d'appel. L'ensemble est propre. Les deux chambres n'étaient pas utilisées au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 13

Les chambres d'isolement doivent permettre au patient d'actionner seul la lumière et l'ouverture des volets et disposer d'une horloge-calendrier pour se repérer dans le temps.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *Il y a bien actuellement une horloge avec la date visible par le patient située dans le SAS et permettant à ce dernier de se repérer dans le temps.* »

Par ailleurs, « *sur la présence d'un interrupteur pour les volets et la lumière, l'établissement a réalisé le choix de ne pas mettre d'interrupteur pour des raisons de sécurité mais demeure la possibilité pour le patient d'appeler un soignant en vue de réaliser ces actions* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où ces dispositifs existent sans risque pour la sécurité dans de nombreux autres établissements et que la responsabilité médico légale du centre hospitalier par défaut de système d'appel peut être engagée, n'étant pas considéré comme approprié et sécurisé, le fait de devoir appeler au secours un soignant en criant.

6.2 LES MESURES D'ISOLEMENT SONT RARES ET LES CONTENTIONS NON UTILISEES

6.2.1 La politique menée

L'établissement ne mentionne pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention, comme d'ailleurs celle des droits fondamentaux des patients, dans son projet médical d'établissement ou dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS.

RECOMMANDATION 14

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme son projet médico-soignant l'objectif du recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et valoriser les résultats exceptionnels obtenus.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *La recommandation 14 va être intégrée aux travaux à venir visant la production d'un nouveau projet d'établissement* ».

Chaque année, un « rapport concernant les mesures d'isolement et de contention mécanique mises en œuvre dans le service de psychiatrie du 1^{er} janvier au 31 décembre » de l'année précédente est établi. Un rapport du 24 juin 2021 rapporte ainsi les mesures de 2020 et un rapport du 31 décembre 2020 celles de 2019.

a) Données 2019

En 2019, dix patients pour les deux unités ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et il n'y eut aucune mesure de contention, pour une file active de 583 patients présents et entrés dans le service. L'isolement a donc concerné 1,7 % de la file active. Tous les patients isolés étaient en soins sans consentement.

L'unité A a accueilli 17 patients en SSC sur une file active de 312 patients. 4 patients ont été isolés lors de 4 mesures pour une durée moyenne de 51 heures. La durée minimale était de 16,5 heures et la durée maximale de 72,7 heures.

L'unité B a accueilli 23 patients en SSC sur une file active de 271 patients. 6 patients ont été isolés lors de 8 mesures pour une durée moyenne de 52 heures. La durée minimale était de 12,25 heures et la durée maximale de 120 heures. Un patient a été isolé en dehors de la CI.

b) Données 2020

En 2020, 7 patients pour les deux unités ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et il n'y eut aucune mesure de contention pour une file active de 475 patients présents et entrés dans le service. L'isolement a donc concerné 1,5 % de la file active. Tous les patients isolés étaient en soins sans consentement. Aucun patient n'a été isolé en dehors de la CI.

L'unité A a accueilli 24 patients en SSC sur une file active de 264 patients. 5 patients ont été isolés lors de 22 mesures pour une durée moyenne de 11,7 heures. La durée minimale était de 0,5 heures et la durée maximale de 37,75 heures.

L'unité B a accueilli 11 patients en SSC sur une file active de 211 patients. 2 patients ont été isolés lors de 5 mesures pour une durée moyenne de 17,5 heures. La durée minimale était de 2,75 heures et la durée maximale de 39,5 heures.

c) Données 2021

En 2021, 13 patients pour les deux unités (14 mesures), tous en SSC, ont fait l'objet d'une mesure d'isolement pour une file active de 525 patients présents et entrés dans le service. L'isolement a donc concerné 2,4 % de la file active. 8 des 13 patients isolés l'ont été dans le service A, 2 dans le service B, et 2 sont indiqués sur le service des urgences. Les durées allaient de 7 heures à 78 heures (moyenne de 39 heures).

Deux contentions de dix heures sont indiquées en prolongations de décisions prises aux urgences, mais levées dans le service.

En 2022, il n'y avait eu aucun isolement et aucune contention au moment du contrôle le 4 mars. Ces chiffres sont exceptionnellement faibles puisque le pourcentage de personnes placées en isolement dans les établissements contrôlés par le CGLPL est actuellement de 22 % et celui des personnes contentonnées de 5 %.

6.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins valident l'onglet isolement contention du logiciel Hôpital-Manager (HM) qui horodate les différentes décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soit le mode légal d'hospitalisation, les heures des décisions, l'indication de l'isolement, les alternatives conduites, les objectifs attendus, la surveillance, ou la signature du médecin.

Un protocole « modalités d'isolement thérapeutique en psychiatrie » a été établi le 14 février 2018 et actualisé le 22 septembre 2021. Ce protocole rappelle le contexte réglementaire, les indications et contre-indications à l'isolement, les modalités de la surveillance infirmière et intègre l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD), même si, en l'occurrence, les durées d'isolement en 2021 sont toutes inférieures à 72 heures. Il conviendra de corriger, au sein de ce protocole, les termes de « thérapeutiques » et de « prescription d'isolement » puisque

l'enfermement n'est pas « thérapeutique » mais constitue une mise en sécurité et qu'il s'agit d'une décision et non d'une prescription.

Les procédures de décision sont respectées. Lorsque l'isolement est décidé par un interne, la confirmation par le senior est sollicitée dans l'heure.

La surveillance est assurée par les médecins avec deux visites physiques par 24 heures. La surveillance par les soignants est effective toutes les heures et tracée.

Le patient peut fumer dans un petit patio attenant à la CI et directement accessible depuis la chambre, avec un soignant.

Les alternatives à l'isolement sont toujours recherchées et tracées dans le dossier médical.

Les chambres ne sont jamais utilisées en chambre hospitalière et la chambre du patient est toujours conservée.

En revanche, les personnes placées en isolement sont tenues par le port systématique du pyjama.

RECOMMANDATION 15

Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement ; il doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu et motivé dans le dossier du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *La recommandation 15 fait l'objet d'une réflexion en cours au sein du service. La mise à jour du protocole est en cours de travail* ».

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, sortie extérieure, tabac) mais uniquement quelques heures avant la sortie définitive. Ces sorties sont renseignées sur le registre alors qu'elles ne constituent pas des levées de la mesure et donc ne peuvent interrompre les délais. Ces délais sont très courts et ces décomptes ne modifient en rien la durée moyenne d'isolement qui est recalculée par le cadre.

Enfin, les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, ne sont pas signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement alors même que cela est prévu dans la procédure.

Le matériel de contention, qui n'est pas utilisé, comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles, par le système à aimant.

6.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST REGLEMENTAIREMENT TENU MAIS NON PRESENTE AUX INSTANCES

Les cadres des deux unités reprennent avec le cadre supérieur du pôle chaque mesure d'isolement et de contention renseignée dans le dossier médical et les reportent sur un tableur Excel qui fait office de registre.

Ce registre, bien que non informatisé, comprend toutes les données exigées par la réglementation et est parfaitement exploitable au regard du très faible nombre de mesures prises chaque année (entre 7 et 13).

Les contrôleurs ont ainsi pu prendre connaissance du registre de l'année 2021, tenu rigoureusement à jour.

L'ensemble des données chiffrées confirment des pratiques d'isolement très limitées et une absence de contention (cf. § 6.2). Il est regrettable que ce registre ne soit jamais analysé pluridisciplinairement par les soignants de manière formelle au moins tous les six mois. Par ailleurs, les rapports annuels, bien que scrupuleusement établis par les cadres de santé des unités, n'ont jamais été présentés à la CME et au conseil de surveillance comme prévu par la loi.

RECOMMANDATION 16

L'analyse du registre de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants. Les rapports annuels doivent être présentés aux instances de pilotage et de contrôle.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *Le registre va être présenté annuellement aux instances* ».

6.4 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS EST TOUJOURS RECHERCHE

Le consentement du patient est recherché dès l'admission à travers l'ensemble des démarches proposées par les soignants.

Les médecins recueillent les observations des patients à l'occasion de l'établissement des certificats médicaux mais les consignent uniquement dans le dossier médical et non sur les certificats (cf. 3.3.3).

La recherche du consentement bénéficie le cas échéant de l'aide de la personne de confiance qui est toujours proposée lors de l'admission ou dès que l'état clinique du patient le permet. Les patients la désignent souvent mais la personne de confiance n'est en revanche jamais informée ou amenée à valider sa désignation ; entre 10 et 15 % des patients ne souhaitent pas désigner de personne de confiance.

RECOMMANDATION 17

La personne de confiance doit être informée de sa désignation et signifier son accord.

Par ailleurs, l'établissement n'a pas mis en place les directives anticipées en cas de crise (ou plan de prévention des crises) en psychiatrie.

RECOMMANDATION 18

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *Un plan de prévention des crises est en cours d'écriture par les équipes* ».

Concernant le consentement aux traitements, aucune prescription de traitement injectable en « si besoin » n'est établie. Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue de manière individualisée grâce à un chariot mobile à proximité du réfectoire, parfois dans la salle de soins ou dans la chambre du patient.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques et ne peuvent pas, au regard des effectifs actuels, réaliser des séances de conciliation médicamenteuse.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP ASSURE SA MISSION ET LA COMMISSION DES USAGERS JOUE PLEINEMENT SON ROLE

7.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP d'Indre-et-Loire est compétente sur trois établissements habilités à recevoir des patients en soins sans consentement : le CH du Chinonais, celui d'Amboise-Château Renaud et le CHU de Tours composé de quatre services (Tours, Bretonneau, Saint-Cyr-sur-Loire et Saint-Avertin). Ses membres, deux psychiatres, deux représentants d'associations agréées respectivement en charge des personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, un médecin généraliste, sont au complet mais une des associations (ARGOS 2001) est absente aux réunions depuis plusieurs mois.

En 2020, les activités de la CDSP ont été réduites à une seule commission du fait de la crise sanitaire. En 2021, une commission a pu se tenir sur chacun des sites, soit six commissions sur une durée de trois jours. Pour 2022, deux commissions sont prévues pour la fin du mois de mars dont une au CH du Chinonais.

Lors de chaque commission, les membres de la CDSP examinent sur site les dossiers des patients du service en hospitalisation complète et en programme de soins (dossiers apportés par l'ARS assurant le secrétariat de la commission) et le tableau récapitulatif de tous les patients du département admis depuis plus d'un an. Ils reçoivent les patients qui en font la demande, échangent avec les médecins psychiatres, visitent les locaux, consultent et visent le livre de la loi et le registre d'isolement et de contention.

Les unités sont informées à l'avance des visites de la CDSP et celles-ci sont affichées. Lors de sa visite du 19 octobre 2021, deux patients ont été entendus par la CDSP.

Selon la responsable de l'unité des soins sans consentement pour l'ARS et secrétaire de la CDSP, contactée téléphoniquement par les contrôleurs, le fonctionnement de la CDSP ne pose à ce jour aucune difficulté. Elle manifeste cependant des craintes à l'échéance mi-2023 en raison, d'une part, de la délocalisation à Orléans liée à la régionalisation et, d'autre part, du départ de la présidente de la CDSP, du médecin généraliste et d'un des psychiatres.

L'examen du compte-rendu de la réunion tenue en octobre 2021 et du rapport d'activités de la CDSP pour l'année 2021 atteste que nonobstant les difficultés de fonctionnement liées à la crise sanitaire, la CDSP joue son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes hospitalisées. En effet, outre l'audition des patients qui en font la demande, la CDSP se montre attentive à la rédaction des certificats médicaux et programmes de soins, a interpellé la direction sur la nécessité que ceux-ci soient montrés et remis aux patients et a souligné, lors des rencontres avec les médecins psychiatres, la vigilance à apporter concernant leurs motivations sur la nécessité de maintenir une mesure ou la prise en charge choisie.

7.1.2 La commission des usagers (CDU)

Dans chaque unité, une affiche présente les quatre représentants des usagers du centre hospitalier du Chinonais et mentionne le numéro de téléphone du secrétariat de la CDU pour toute question relative aux droits du patient.

Un représentant de l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) est membre titulaire de la CDU dont la vice-présidente est également représentante des usagers pour le Mouvement national vie libre.

En 2020, cette instance ne s'est réunie qu'à deux reprises, deux autres réunions ayant été annulées en raison de la crise sanitaire. Son activité a repris en 2021 mais la quatrième réunion annuelle de décembre a été reportée en 2022. Lors des différentes réunions, la CDU évoque, sur la période des trois derniers mois, les réclamations et plaintes, les demandes de communication de dossier médical, les témoignages de satisfaction et les fiches d'événements indésirables. Les représentants des usagers y sont très actifs.

Selon le rapport d'activités communiqué, aucune plainte concernant le pôle de santé mentale n'a été déposée au cours de l'année 2020.

Un espace usagers existe au sein de l'hôpital, à la bibliothèque située à proximité de l'entrée principale. Toutefois, les permanences sont suspendues depuis le début de la crise sanitaire.

7.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction, normalement inclus dans le livret d'accueil, est remis aux patients lors de leur sortie d'hospitalisation, les infirmiers essayant de les inciter à les remplir. En 2020, 55 questionnaires ont ainsi été retournés au service qualité avec une majorité en provenance de l'unité A ; en 2021, seules 11 réponses venant de la psychiatrie ont été exploitables, les autres étant insuffisamment renseignées. Pour 2022, la trame du questionnaire a été modifiée, les questions « oui/non » ou « satisfait /insatisfait » ayant été remplacées par des *smileys* les rendant plus ludiques. Par ailleurs, l'installation de boîtes aux lettres dédiées aux questionnaires est prévue pour la semaine du 7 au 11 mars 2022. Un rapport mensuel est fait par le service qualité qui est présenté à la CDU. Si un questionnaire laisse apparaître quelque chose ressemblant à une plainte, celle-ci est remontée à la direction pour traitement.

L'examen des 55 questionnaires retournés en 2020 et de la synthèse mensuelle des réponses exploitables de 2021, fait apparaître la satisfaction de la quasi-totalité des patients sur la qualité des soins (écoute, relation, confidentialité, respect de la dignité et disponibilité), sur l'information donnée (état de santé, traitement, formalités de sortie), sur le déroulement du séjour et les conditions matérielles. Des observations apparaissent toutefois sur les repas du soir servis trop tôt et l'absence d'une partie extérieure couverte « pour fumer à l'abri en cas de pluie ».

Près de la moitié des questionnaires sont agrémentés de remarques élogieuses résumant la satisfaction des patients : « tout le personnel est à l'écoute et très gentil. Infirmiers, médecins, infirmières, enfin tout le monde. Un grand merci » ; « Excellent service avec un personnel toujours disponible pour les pensionnaires » ; « Ce service est exceptionnel. Tout est au niveau. Disponibilité, professionnalisme, efficacité, gentillesse » ; « Excellente disponibilité du personnel. Leurs sourires ont été aussi précieux voire plus que le traitement en lui-même. Beaucoup de disponibilité afin de combler les petits moments de solitude ».

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI N'EST PAS TENU CONFORMEMENT AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Le secrétariat du pôle de psychiatrie est composé de trois agents qui se répartissent la prise en charge des unités et l'accompagnement des médecins. Toute la procédure des soins sans consentement est donc gérée et suivie par ces trois agents, dont l'une est toutefois seule en charge de la tenue du registre de la loi et des collèges de professionnels de santé.

Les contrôleurs ont pu constater que la procédure des soins sans consentement est suivie de façon admirable mais manuelle. Les secrétaires ne disposent en effet d'aucun outil informatique de suivi des procédures, gérant tant les délais que le respect de la production des documents exigés par la loi par des annotations sur leurs éphémérides et les agendas des médecins.

Le registre de la loi, commun aux SDDE et SDRE, est tenu sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, numérotés, composés de 100 feuillets doubles correspondant pour chacun à un patient. Pour ceux dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par renvoi au folio suivant lequel reprend le numéro du livre et du folio précédent. Ces registres ne sont pas dématérialisés. Ils sont côtés et paraphés en page de garde par le maire. Ils sont visés par la CDSP lors de ses visites, les derniers visas datant des 24 septembre 2019 et 19 octobre 2021, à l'exception de toute autre autorité.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné dans les livres numérotés 15 et 16 la période du 1^{er} janvier 2021 au 10 janvier 2022, date de la dernière mesure inscrite sur le registre en cours. Sur l'ensemble de cette période sont enregistrées 28 admissions (14 hommes et 14 femmes), dont deux réintégrations, parmi lesquelles 4 SPDT, 19 SPDTU et 5 SPPI mais aucun SPDRE.

Il est immédiatement apparu que, d'une part, le registre de la loi, d'une part n'est pas tenu au jour le jour puisqu'au 3 mars 2022 quatre admissions intervenues après le 10 janvier (un SPPI le 2 février, deux SPDTU les 17 et 24 février, et une réintégration le 25 février) n'y sont pas encore consignées, et que, d'autre part, les mesures enregistrées ne le sont pas toujours de façon chronologique. Comme indiqué aux contrôleurs, le registre n'est en réalité rempli qu'une fois par mois, la personne affectée à cette tâche, travaillant à 80 % et non remplacée durant ses congés, étant, outre son travail sur l'intra hospitalier, également en charge du secrétariat des structures de l'extra hospitalier.

Les informations concernant le patient et le tiers sont bien renseignées et tous les documents relatifs au déroulement de la mesure des SSC (arrêtés du représentant de l'Etat, demandes du tiers, décisions du directeur, certificats médicaux initiaux, ceux des 24 et 72 heures, avis motivés, certificats mensuels, programmes de soins, décisions du JLD) sont reproduits en format réduit.

En revanche, la rubrique préimprimée concernant le mode d'admission n'est pas toujours remplie, celle concernant les modalités et dates d'intervention du JLD n'est quasiment jamais renseignée ; pour les admissions en SPPI, l'information sur la recherche d'un tiers n'est aucunement mentionnée ; les notifications des décisions tant administratives (arrêtés du préfet, décisions directeur) que judiciaires (décisions du JLD), de même que celles des droits et voies de recours, ne sont jamais transcrites.

Il ressort en outre de l'examen des registres que : les décisions du directeur indiquent certes la date d'admission dans l'unité mais non l'heure de celle-ci rendant difficile sinon impossible toute vérification quant au respect des délais ; les décisions du directeur ne mentionnent pas l'identité du tiers et ne reprennent pas les termes du ou des certificats médicaux initiaux (cf. § 3.3.3) ; les certificats médicaux initiaux, émanant très majoritairement des urgences, sont souvent peu descriptifs sur les troubles et l'absence de consentement au soins et, s'agissant des SPI, insuffisamment détaillés sur « le péril imminent pour la santé de la personne et l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers ».

Les certificats des 24 et 72 heures, rédigés par des médecins différents, sont bien circonstanciés et horodatés. Les avis motivés sont explicites et actualisés. Les certificats mensuels, appelés parfois « certificat de situation », comportent peu de « copier-coller ».

Il ressort enfin de l'examen des registres que les durées d'hospitalisations sont relativement brèves : sur les 28 hospitalisations intervenues entre le 1^{er} janvier 2021 et le 10 janvier 2022, 11 ont été levées avant le 12^{ème} jour (délai de comparution devant le JLD, dont deux dans les 24

heures et quatre dans les 72 heures) ; quatre l'ont été dans le mois de l'admission, trois à moins de deux mois et une à moins de trois mois.

RECOMMANDATION 19

Conformément aux dispositions l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, doivent être transcrits ou reproduits dans le registre de la loi, dans les 24 heures, outre les éléments d'identité du patient et du tiers et toutes les décisions concernant la mesure, les dates de notification des décisions, d'une part, des droits et voies de recours, d'autre part.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « La recommandation 19 va être mise en place ».

7.3 LE CONTROLE DU JLD EST EFFECTIF MEME S'IL SE DEROULE A UNE HEURE DE TRAJET DE L'HOPITAL

Au moment du contrôle, la fonction de JLD n'est plus assurée que par un seul magistrat, le deuxième poste de JLD, créé en janvier 2018, n'étant plus occupé depuis novembre 2021 (tout en ne pouvant être libéré qu'en novembre 2022).

Une convention a été signée le 27 août 2014 entre les chefs de juridiction du tribunal de Tours et l'ARS du Centre, portant sur la mise à disposition gratuite par le CHRU de Tours d'une salle d'audience spécialement aménagée sur son site de Saint-Cyr-sur-Loire concernant les audiences du JLD relatives aux patients pris en charge sur les trois sites du CHRU de Tours et sur ceux de CH du Chinonais et du CHI Ambroise-Château-Renault. Les audiences s'y tiennent deux fois par semaine les mardi et jeudi matin.

Comme prévu dans cette convention, les locaux mis à disposition comprennent également une salle d'attente, une salle de délibéré et un local polyvalent réservé les jours d'audiences aux entretiens du patient avec son avocat. Les contrôleurs ne se sont pas rendus sur ce site, les patients convoqués à l'audience pendant le temps du contrôle ayant refusé de se présenter devant le juge. Toutefois, la salle d'audience avait été visitée lors du contrôle du CHRU de Tours en novembre 2017, et selon la JLD contactée par téléphone les locaux n'ont pas changé depuis cette date si ce n'est un réaménagement interne de la salle d'audience. Pour mémoire, cette salle est bien signalisée et est accessible librement par un escalier depuis l'accueil.

Ces locaux sont très éloignés du CH du Chinonais, mais le transport et la durée de celui-ci (environ une heure) n'ont pas été présentés par les soignants comme un frein à la présence des patients à l'audience, les refus de comparaître devant le juge étant dans l'ensemble peu fréquents (les deux cas durant la semaine de contrôle apparaissant comme l'exception) et les certificats médicaux de contre-indication étant rares. Selon le président du tribunal, la mise à disposition d'une seconde salle d'audience au sein d'un CH, notamment celui de Chinon, n'a jamais été envisagée ni même demandée par les établissements hospitaliers ; en tout état de cause, la situation des effectifs au tribunal ne permettrait pas de libérer un juge afin de se rendre aussi loin du tribunal pour un nombre très limité de patients.

7.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Lorsque la mesure d'hospitalisation complète est maintenue après le certificat médical des 72 heures, les secrétaires du pôle de psychiatrie préparent la saisine du JLD entre le sixième et le

huitième jour, date à laquelle est pris l'avis motivé du médecin. Une fois signée par la direction, la requête est adressée par mail sécurisé au greffe du JLD accompagnée de tous les éléments du dossier. Pour les patients en SPDRE, la saisine du JLD est faite par l'ARS.

A réception de la requête, le greffe du JLD envoie au secrétariat deux avis d'audience, l'un pour le directeur du CH, l'autre pour le patient. L'exemplaire pour le patient, qui mentionne l'assistance ou la représentation à l'audience par un avocat et la possibilité de consulter les pièces du dossier soumis au juge, lui est notifié par un infirmier de l'unité avec remise d'une copie. C'est l'occasion pour l'infirmier d'expliquer au patient le rôle du JLD et celui de l'avocat avec ses modalités d'intervention, ainsi que le déroulement de l'audience. Une fois signée par le patient, la notification de la convocation est retournée au greffe du JLD via le secrétariat du pôle. Il a été précisé que le temps de transport est également utilisé par l'infirmier pour redonner ces explications au patient et répondre à ses interrogations.

7.3.2 Tenue de l'audience

Les patients sont conduits à l'audience par un soignant à bord d'un véhicule de l'unité mis à disposition pour ces transports. Les patients ne sont jamais sédatisés ni amenés en pyjama.

L'audience, publique, se déroule porte ouverte, en général en la seule présence de l'avocat, le soignant accompagnateur et les autres patients attendant à l'extérieur de la salle. Juge, greffier et avocat sont en civil. Le ou les dossiers sont envoyés à l'avocat de permanence par mail sécurisé. L'avocat, choisi ou désigné d'office, peut s'entretenir avec le patient avant l'audience ; aux dires des soignants et des secrétaires, certains d'entre eux, y compris commis d'office, appellent l'hôpital la veille de l'audience pour s'entretenir téléphoniquement avec le patient avant l'audience. Un procès-verbal d'audition est établi par le greffier que le patient est invité à relire et à signer et dont copie lui est remise ainsi qu'à l'avocat. Le juge ne rend pas sa décision immédiatement mais annonce que celle-ci sera rendue dans l'après-midi et envoyée à l'hôpital pour notification. L'ordonnance, adressée au secrétariat dans l'après-midi ou le lendemain matin, est notifiée par un infirmier au patient qui en reçoit une copie.

Le procureur de la République donne un avis écrit qui figure au dossier. L'administration n'est jamais présente ni représentée à l'audience. Les tiers demandeurs à la mesure sont convoqués par courrier mais peu d'entre eux se présentent à l'audience. Les tuteurs et les curateurs sont également convoqués ; ils ne se présentent pas mais adressent parfois un rapport ou un avis de situation.

Les avocats interviennent dans le cadre d'une permanence assurée par un groupe d'avocats volontaires qui reçoivent trois formations spécifiques par an organisées par le JLD et des avocats spécialisés en cette matière. Sauf dans les rares cas où le patient choisit son conseil, l'intervention de l'avocat est entièrement prise en charge par l'aide juridictionnelle, sans examen des ressources. Le bâtonnier, contacté téléphoniquement, s'est félicité de la qualité des relations et des échanges entre son barreau et la JLD qu'il a décrite comme étant très attentive aux libertés individuelles et soucieuse d'un juste équilibre entre nécessité de soins et respect de la procédure.

7.3.3 Les décisions rendues

Les statistiques du greffe du JLD ne distinguant pas entre les différents établissements, les données sur le nombre de décisions rendues résultent des seuls renseignements donnés par le secrétariat du pôle de psychiatrie.

En 2021, 27 saisines ont été adressées au JLD par le CH du Chinonais, toutes dans le cadre du recours obligatoire. Une décision de mainlevée a été rendue pour un patient réintégré à la suite d'un programme de soins aux motifs de la tardiveté de la notification des décisions de maintien de la mesure dans le cadre du programme de soins. Deux mainlevées avaient été prononcées en 2020 également pour une raison de procédure (certificat médical délivré hors délai). Pour la période du 1^{er} janvier au 4 mars 2022, six saisines du JLD ont toutes donné lieu à décision de maintien de la mesure.

8. LES SOINS

8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT TOTALEMENT ASSURES SANS ETRE CONCEPTUALISES

8.1.1 Les pratiques psychiatriques

a) Le projet

Le projet d'établissement 2018-2022 indique plusieurs axes stratégiques ; le premier est intitulé « *poursuivre les actions de coopération et de partenariat avec le CHRU de Tours* » mais ne cite pas la psychiatrie. L'orientation n°4 indique le « *développement de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée* ». L'orientation n° 5 est intitulée « *maintenir et faire évoluer l'offre de soins en santé mentale* » et décline, concernant la psychiatrie adulte : « *le renforcement et la diversification des formes de prises en charge ambulatoires, le développement des interventions dans les lieux de vie, la réflexion sur l'évolution de certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation temps plein notamment l'appartement thérapeutique, et le développement de certaines modalités de télémédecine.* »

Le projet médical du projet d'établissement dispose d'un volet psychiatrie où sont indiqués principalement l'adaptation des locaux et de l'offre de soins des structures ambulatoires de proximité, le développement d'action de prévention en direction des personnes âgées, le développement de programme de psychoéducation, et un accent particulier sur la formation initiale et continue des soignants. Les perspectives de la psychiatrie adulte sont concentrées sur « *le développement de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, l'optimisation de la prise en charge dans les structures extra hospitalières et la meilleure utilisation ou transformation de l'appartement thérapeutique.* »

Concernant les deux services de psychiatrie adulte, il n'y pas de projet de service médico-soignant permettant de conceptualiser et stabiliser le fonctionnement des services et l'organisation des soins, alors même que cette organisation des soins est exemplaire.

RECOMMANDATION 20

Un projet médico-soignant du pôle de psychiatrie doit conceptualiser la prise en charge concrète des patients et l'approche des restrictions de liberté.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice de l'hôpital indique : « *Le projet d'établissement va permettre un travail du projet médico-soignant en 2023* ».

En dépit de cette exemplarité, le projet de la direction dit « de requalification » traduit de fait une diminution des emplois affectés à la psychiatrie sans qu'il soit possible de connaître la réorganisation des soins qui en résultera.

L'impact de ces suppressions et remplacements de postes de soignants dans le centre hospitalier n'est ainsi pas du tout évalué en termes de maintien de l'accès aux soins et du respect des droits fondamentaux des patients et de leur dignité.

Cette réorganisation n'est pas davantage mise en perspective avec les autres prises en charges inhérentes à des soins de psychiatrie, qu'il s'agisse de la présence médicale, des autres professionnels intervenants auprès des patients comme les psychologues, les thérapeutes, les

médiateurs pairs, ou de la nécessaire complémentarité entre les soins intra et extra hospitaliers, qui sont une spécificité de la psychiatrie.

Ce projet de requalification et réduction des effectifs soignants est avancé sans concertation ni co-construction avec les soignants et les médecins ; il bouleverse l'organisation des soins du pôle et la dégrade. Les droits fondamentaux et la dignité des patients en seront inévitablement affectés, l'enfermement accentué et les pratiques d'isolement et de contention mises en œuvre en contradiction avec la loi.

b) La prise en charge

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers et fréquents avec un médecin psychiatre. Les consultations de psychiatre s'effectuent en présence d'un infirmier.

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et un médecin est toujours présent dans les unités le matin et joignable au sein de l'établissement l'après-midi.

Des réunions cliniques et de synthèse ont lieu régulièrement dans les deux unités, chaque semaine ; elles associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, psychologues, infirmiers. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps dédié. Des réunions associent régulièrement les équipes intra et extrahospitalières pour préparer les sorties des patients.

Le médecin généraliste participe aux réunions cliniques et à l'élaboration et au suivi du projet de soin. Les pharmaciens n'assistent pas aux réunions cliniques.

Des réunions de pôle permettent d'évoquer les difficultés de prise en charge ou d'échanger autour de certaines pratiques. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de réunions collégiales et proposés au patient.

Des réunions soignants-soignés ne se tiennent plus mais se tenaient avant la pandémie de Covid-19 dans une des unités.

Les familles et proches de la personne hospitalisée sont associés aux soins.

8.1.2 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Un seul patient, au moment du contrôle, est hospitalisé au sein des services de psychiatrie alors même que ses besoins de santé relèvent d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) ; une place est en voie de lui être obtenue.

8.1.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

En dehors des salons de télévision, de nombreuses activités diversifiées sont proposées dans les unités pour les patients quel que soit leur statut (soins libres ou sans consentement) : baby-foot, billard, ping-pong, lecture, jeux de société. Le matériel est en état de fonctionnement et utilisé spontanément par les patients. Les endroits sont décorés de manière à les rendre attractifs et conviviaux.



Salle de l'art-thérapeute



Patient en salle des infirmières

Les activités thérapeutiques sont intégrées au projet de soins et sont nombreuses. Les patients sont ainsi occupés chaque jour s'ils le souhaitent et un tableau dans le service recense l'ensemble des activités offertes : gymnastique, relaxation, groupes de parole, piscine, sport collectif, cuisine, randonnée, chorale, atelier d'expression. Une art-thérapeute est par ailleurs présente chaque jour et permet aux patients de venir passer deux heures, une à trois fois par semaine selon les souhaits des patients, dans une salle située au milieu des deux unités.



Patients jouant seuls au babyfoot



Salon avec jeux de société

Les unités du pôle disposent d'un budget de 10 000 euros pour les activités (repas thérapeutiques, sorties culturelles ou sportives, expositions, manifestations) et les soignants indiquent que cela permet l'exercice des missions ; l'art-thérapeute développe le recyclage de matériaux divers gracieusement donnés par de nombreux partenaires.

Les thérapeutes renseignent les dossiers médicaux des patients et participent aux réunions cliniques.

8.1.4 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur du CH. 3 ETP de pharmacien gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures y compris médico-sociales. Il n'y a pas d'interne ou d'externe en pharmacie.

Les piluliers sont préparés par les équipes du matin pour le matin et le midi et par les équipes de l'après-midi pour le soir ; l'équipe de nuit prépare les médicaments de nuit.

Les médecins se déplacent pendant la garde le dimanche pour valider les éventuels renouvellements de placement en chambre d'isolement et voir les patients le nécessitant.

Les pharmaciens ne peuvent pas procéder à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions au regard des effectifs actuels. Seules les prescriptions concernant les médicaments prioritaires, comme les antibiotiques ou les produits hors livret, font l'objet d'une validation pharmaceutique ; les psychotropes n'en font pas partie. Le pourcentage des propositions d'optimisation thérapeutique acceptées par les prescripteurs contactés ne peut donc pas être connu.

RECOMMANDATION 21

Toutes les prescriptions de psychotropes doivent faire l'objet d'une validation par le pharmacien.

Une commission du médicament (COMED) et une commission des dispositifs médicaux stériles (CODIMS) ont été remis en place au sein de l'établissement et se sont réunies une fois en 2021.

8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT TOTALEMENT ASSURES

Les soins somatiques sont dispensés au sein des deux unités d'hospitalisation complète par un médecin généraliste temps plein, assisté d'un interne de médecine générale.

Il n'est pas remplacé lors de ses congés ; les urgentistes du service des urgences générales viennent alors assurer les consultations de suivi nécessaires sur demandes des psychiatres, de la même façon qu'ils assurent les urgences de nuit et le week-end.

La prise en charge somatique est réalisée par des visites dans les services, le matin dans l'un et l'après-midi dans l'autre. Outre une consultation systématique de toutes les admissions, le médecin généraliste répond à toutes les demandes d'examen et vient examiner les patients admis en chambre d'isolement chaque jour, ces examens s'ajoutant aux deux visites journalières de psychiatres.

Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès des gynécologues présents à la maternité du centre hospitalier.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés dispensés au sein du CH et du CHRU de Tours. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée. Les soins d'addictologie sont dispensés par l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et le CSAPA du CHRU de Tours dont une antenne se trouve à Chinon.

8.3 LA SORTIE DES PATIENTS EST BIEN PREPAREE ET NE RENCONTRE GUERE D'OPPOSITION DU PREFET

Comme l'a confirmé l'examen du registre de la loi (cf. § 7.2), les durées d'hospitalisation sont brèves dans la majeure partie des cas, les médecins et l'ensemble de l'équipe soignante étant dans une même dynamique de réhabilitation.

8.3.1 Modalités des sorties de courte durée, des levées de la mesure, des programmes de soins

Les médecins sont globalement ouverts aux sorties, autorisées de façon progressive d'abord de quelques heures puis pour un ou deux jours, avec comme finalité de permettre aux patients de sortir de l'unité puis de l'établissement pour faire le lien avec la ville et faciliter leur autonomie.

Les autorisations de sortie sont accordées assez rapidement après l'admission, dès que le patient est stabilisé, sans différence de statut (SDDE ou SDRE). Le patient est en général à l'origine de la demande faite auprès des infirmiers qui la relaient lors de la réunion du matin, la décision étant ensuite prise par le médecin. L'accompagnement du patient quand il est nécessaire ne pose pas de difficulté, les sorties étant intégrées dans le planning des soignants. Dès lors que le certificat médical dit de situation est bien circonstancié, le représentant de l'Etat ne s'oppose pas à la sortie de courte durée préconisée par le médecin pour les SPDRE. Cependant, en septembre 2021, le préfet s'est opposé à une sortie de moins de 48 heures pour une patiente souhaitant se rendre à son domicile, au motif d'un « manque de progressivité dans les autorisations accordées ». Pour les SPDDE, le directeur signe au vu du certificat médical un document appelé « information sortie de courte durée » ; outre le fait que, au regard de la loi, il s'agit d'une autorisation du directeur et non d'une simple information, il est apparu que ce document n'était signé que pour les sorties de moins de 48 heures, celles de moins de 12 heures accompagnées ne donnant lieu qu'à un certificat de situation du médecin et ce en dehors de tout cadre légal. Le tiers est toujours informé des sorties quelles qu'en soient la durée et les modalités.

La levée de la mesure fait l'objet d'une préparation en équipe élargie lors de réunions hebdomadaires auxquelles peuvent assister les infirmiers et psychologues de l'extra ainsi que les tuteurs ou curateurs. Les familles sont associées le plus étroitement possible, et le patient est parfois convié à la réunion. Là encore, le projet de levée de la mesure ne se heurte que rarement au refus du préfet, à condition toutefois que cette levée ait été précédée de permissions de sortie n'ayant pas posé de difficulté.

La mainlevée de l'hospitalisation complète peut être assortie d'un programme de soins. Ce changement de forme de prise en charge est très fréquent pour les patients en SDRE sans toutefois être systématique, comme l'a démontré l'examen des dossiers de patients en programme de soins. Lors d'une demande de mainlevée de la mesure ou de l'hospitalisation, le préfet peut - au cas par cas et de façon mesurée - demander un second avis de psychiatre dont il suit toujours les conclusions quand elles confirment le premier certificat médical.

Au moment de la visite, vingt-sept patients étaient en programme de soins. Certains suivis apparaissent anciens : cinq patients sont ainsi en programme de soins depuis plus de trois ans, cinq depuis près de deux ans et demi, la majorité de ces patients étant en soins sans consentement depuis de nombreuses années (2001 et 2005 pour les deux plus anciens) et ayant bénéficié de programmes de soins antérieurs ayant donné lieu à réintégration.

L'examen de neuf dossiers de patients admis en programme de soins entre le 25 juillet 2021 et le 9 janvier 2022 montre que les programmes de soins sont utilisés, conformément à la loi, comme de réelles alternatives à l'hospitalisation. Sur ces neuf programmes de soins seuls deux prévoient des retours séquentiels en hospitalisation complète, ceux-ci étant limités à deux jours (samedi et dimanche) pour l'un, à deux jours et demi pour le second (du dimanche soir au mardi midi puis du jeudi après-midi au vendredi après-midi). Pour sept patients, le changement de forme de prise en charge est intervenu dans un délai variant de cinq semaines à quatre mois et demi après l'admission en soins sans consentement, pour les deux autres patients le passage en programme de soins a été décidé le 9^{ème} et le 13^{ème} jour après l'admission mais a donné lieu pour l'un des deux à réintégration un mois plus tard.

8.3.2 Modalités du collège des professionnels de santé

Le recours au collège des professionnels de santé est échéancé par la secrétaire, selon un tableau qu'elle s'est elle-même fabriqué. Les collèges sont ainsi organisés sur l'année, les dates étant arrêtées en fonction des disponibilités des médecins. Pour ce faire, la secrétaire part de la date de l'admission du patient en soins sans consentement et calcule un délai d'un an pour tous les patients y compris ceux en programmes de soins, et ce conformément aux dispositions légales applicables en la matière.

La secrétaire prépare les convocations pour les médecins et l'infirmier, convocations qui sont signées par la direction. Le principe est que le second médecin, en sus de celui participant à la prise en charge du patient, est un psychiatre de l'autre unité, le représentant de l'équipe soignante étant l'infirmier référent de l'unité d'origine. Le collège se réunit effectivement en salle de réunion et la parole des soignants est entendue, mais le patient n'est pas convoqué et n'est informé de l'avis émis par le collège que lors de son entretien mensuel avec son médecin. La copie de l'avis du collège ne lui est pas remise et ses observations avant la prise de décision ne sont donc pas recueillies.

8.3.3 Les prises en charge d'aval

Une dizaine de patients relevant davantage d'autres services (médico-social, accueil spécialisé) restent présents dans les unités en raison d'un manque de place dans les structures adaptées ou encore d'une absence de logement.

Le département ne compte en effet qu'un seul foyer d'accueil médicalisé (FAM) pour lequel le délai d'attente est de trois ans. Le CH du Chinonais dispose d'un appartement thérapeutique avec trois places mais celui-ci, en tant que lieu de transition entre l'hospitalisation et la réinsertion ou étape vers l'autonomie, n'a pas vocation à accueillir des personnes dépourvues de logement.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LE POLE COMPORTE UN SERVICE D'HOSPITALISATION COMPLETE DE SEMAINE EN PEDOPSYCHIATRIE

L'hôpital du Chinonais a en charge un inter-secteur de pédopsychiatrie avec des structures intra et extra hospitalières.

Les contrôleurs ont visité l'unité d'hospitalisation complète de semaine, nommée « service de pédopsychiatrie pour les maladies neuro-développementales », qui comprends 12 places pour des enfants de 3 à 16 ans souffrant de handicaps psychiques et de maladie neuro-développementales graves.

Les missions du service consistent à réaliser « une démarche diagnostic précoce de ces maladies pour favoriser une prise en charge rapide, à intervenir de façon pluridisciplinaire sur les comorbidités psychiatriques et somatiques associées et à assurer une prise en charge « MCO »¹ dans l'attente d'une orientation médico-sociale.

Ce service, financé par des crédits issus de la DAF de psychiatrie (12 lits) et de la DAF dévolue aux soins de suite et de réadaptation (6 lits), propose des prises en charge uniques en France et concerne des patients mineurs lourdement handicapés psychiquement, la plupart bénéficiant d'une orientation, au moment du contrôle, vers une prise en charge médicosociale appropriée. Toutefois, si ce service est initialement conçu pour permettre une phase de diagnostic et d'évaluation clinique, l'absence de solution de prise en charge adaptée disponible en aval amène à garder les enfants dans le cadre de cette prise en charge hospitalière durant de longues années.

Aussi, les restrictions de liberté sont ici des prescriptions de sécurité telles qu'elles sont retrouvées dans des instituts médico-éducatifs (IME) ou des maisons d'accueil spécialisées (MAS). L'unité de pédopsychiatrie ne dispose pas d'espace d'apaisement ni d'isolement mais les enfants sont tous enfermés la nuit dans leur chambre.

Ainsi, au regard du public accueilli, le CGLPL ne s'estime pas compétent pour analyser la pratique de restriction de liberté de ces mineurs.

Enfin, en dehors de ce service de pédopsychiatrie, moins de cinq mineurs par an (16-18 ans) sont également pris en charge dans les unités de psychiatrie adulte et y bénéficient d'une prise en charge adaptée et courte, sans restriction de liberté, une vigilance accrue étant mise en place pour leur sécurité. Le CGLPL rappelle qu'il n'est pas opportun de placer des mineurs et des majeurs dans un même service, sauf dans les unités spécifiques 16-25 ans.

¹ Médecine chirurgie obstétrique.

11. CONCLUSION

Le service psychiatrique du CH du Chinonais présente une architecture, une organisation, un fonctionnement et des pratiques professionnelles qui constituent une référence particulièrement positive au sein des hôpitaux psychiatriques du pays. Ces constats qualitatifs devront être analysés et valorisés au sein des différentes instances institutionnelles qui encadrent l'activité de ce service hospitalier.

La qualité de vie et de prise en charge des soins est particulièrement appréciée des patients et de leurs familles, et les personnels soignants éprouvent une satisfaction professionnelle avérée.

Le recours à la contention est inexistant dans les services de psychiatrie. Quant à celui de l'isolement, il est conforme à la loi et à l'esprit de la loi, c'est-à-dire en dernier recours et de façon exceptionnelle.

C'est principalement en matière d'information et de notification au patient de ses droits en SSC que ce service est invité à progresser.

Enfin, le CGLPL rappelle son inquiétude quant au projet de la direction de procéder à une modification de l'organisation des soins. Ce projet, insuffisamment concerté avec les soignants et les organisations syndicales, est animé par l'objectif de réduire le nombre de postes dans le cadre d'un plan de réduction de la dette contractualisé avec l'ARS. Le risque est important de voir se dégrader un outil psychiatrique particulièrement vertueux. C'est pourquoi le CGLPL ne peut que recommander de prendre toutes dispositions utiles pour préserver le fonctionnement des deux services du pôle de psychiatrie.

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