



Rapport de visite

5 au 16 février 2018 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier spécialisé
d'Uzès

(Gard)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé d'Uzès (Gard) du 5 au 16 février 2018. Cette visite était la première consacrée à cet établissement.

Un rapport de constat a été adressé au directeur par intérim du centre hospitalier « Le Mas Careiron », à la délégation départementale de l'agence régionale de santé, au procureur de la République, au président du tribunal de grande instance de Nîmes et à la préfecture du Gard le 3 juillet 2018. Le directeur du centre hospitalier et le procureur de la République ont formulé des observations par courriers en date respectivement du 9 août et du 30 juillet 2018 ; celles-ci ont été prises en considération dans le présent rapport.

Le centre hospitalier spécialisé (CHS) d'Uzès, seul établissement spécialisé en santé mentale du département, est installé dans un vaste parc à proximité du centre de la ville. Il dispose de trois pôles d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale et d'un pôle d'hospitalisation à temps partiel de pédopsychiatrie. La psychiatrie adultes couvre un territoire très étendu d'est en ouest du département pour une population de 291 268 habitants. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, couvre une population de 44 000 habitants à l'est du département.

La capacité d'accueil du CHS est de 182 lits et 126 places en hôpital de jour. Sur les huit unités d'hospitalisation à temps complet de la psychiatrie adultes¹, une seule unité d'hospitalisation est installée sur un autre site, distant de cinquante kilomètres.

L'établissement a instauré un lien fort entre l'intra et l'extrahospitalier, ainsi qu'une complémentarité de la prise en charge entre unités. Chaque pôle de la psychiatrie adultes dispose d'une unité de secteur, d'une unité intersectorielle adaptée à des pathologies parfois lourdement invalidantes et de structures extrahospitalières, de nature à favoriser une prise en charge diversifiée et évolutive.

L'orientation au sein des unités se fait selon le double critère du secteur et de l'état clinique de la personne : un patient très agité pourra ainsi être d'emblée orienté vers une unité fermée, de même qu'un patient d'une unité ouverte pourra si son état d'agitation le nécessite, être transféré provisoirement dans une unité fermée.

La particularité du CHS est l'accueil et la prise en charge individualisée des personnes détenues de la maison d'arrêt de Nîmes, au sein d'une unité spécifiquement et exclusivement dédiée aux soins sans consentement accueillant également les patients les plus agités. Les personnes détenues sont placées en isolement de courte durée et bénéficient des mêmes conditions de prise en charge que les autres patients.

Les conditions d'hébergement sont très satisfaisantes dans l'ensemble des unités dotées de chambres individuelles et de quelques chambres doubles avec des installations sanitaires adaptées ; une unité dispose même de deux chambres communicantes permettant à un couple de séjourner ensemble. Il est cependant nécessaire de prévoir un système protecteur de fermeture des chambres afin de garantir l'intimité et la sécurité des patients.

Les contraintes de la vie quotidienne sont individualisées et font l'objet de prescriptions médicales dans un objectif de réduction.

Le centre hospitalier apparaît comme un établissement dynamique, attractif et dont le projet d'établissement cohérent et novateur tend à une politique d'amélioration continue de la qualité,

¹ Sur les huit unités d'hospitalisation à temps plein, deux unités sont des unités fermées.

à la coordination et la continuité des prises en charge de façon sécurisée et adaptée aux populations accueillies.

Les équipes soignantes adoptent une approche souple et bienveillante à l'égard de tous les patients dont seul l'état clinique peut motiver la prescription d'une restriction.

En revanche, le personnel soignant n'a pas la culture juridique suffisante pour expliciter oralement aux patients les droits afférents à leur statut. De même, les pratiques concernant la remise des pièces médicales et juridiques sont hétérogènes selon les unités. Une formation sur les droits des patients s'impose pour l'ensemble du personnel soignant.

Le recours à l'isolement pour des durées mesurées est essentiellement pratiqué dans des unités dont la vocation est d'accueillir des patients en crise. Mais, la contention physique de certaines personnes âgées dans un souci de bienveillance, est apparue excessive et tracée de manière incomplète. Une réflexion est nécessaire afin de trouver des alternatives adaptées et moins traumatisantes.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 14**

L'intervention d'une équipe mobile de soins de proximité auprès des EPHAD et au domicile des patients âgés vulnérables et fragiles est un dispositif de suivi permettant d'éviter le recours à l'hospitalisation complète.
- 2. BONNE PRATIQUE 15**

L'existence de plusieurs unités intersectorielles aux vocations claires permet une prise en charge diversifiée et évolutive.
- 3. BONNE PRATIQUE 18**

Une formation de certification en psychiatrie est mise en place au bénéfice du personnel soignant arrivant.
- 4. BONNE PRATIQUE 27**

L'association des familles d'usagers est informée des pratiques de l'établissement et partie prenante de ses projets.
- 5. BONNE PRATIQUE 31**

Le dossier d'audience du patient dans les jours la précédant est communiqué à l'avocat qui peut ainsi préparer sa défense.
- 6. BONNE PRATIQUE 31**

Dans le cadre du protocole, les soignants ne sont pas invités à assister à l'audience.
- 7. BONNE PRATIQUE 32**

Les patients convoqués à l'audience sont invités à attendre leur tour dans la salle d'attente et non pas dans la salle d'audience.
- 8. BONNE PRATIQUE 41**

Une unité dispose de deux chambres pouvant communiquer entre elles, permettant à un couple hospitalisé de séjourner ensemble.
- 9. BONNE PRATIQUE 41**

Deux unités disposent d'un système protecteur de fermeture des portes des chambres.
- 10. BONNE PRATIQUE 43**

Dans la plupart des unités, pour chaque repas, un soignant s'installe à chacune des tables des patients et prend son repas avec eux.
- 11. BONNE PRATIQUE 44**

Les patients à l'isolement peuvent prendre leur repas ensemble.

12. BONNE PRATIQUE 51

Le projet médical a su articuler politique de secteur et proposition de soin selon les pathologies.

13. BONNE PRATIQUE 62

Un guide de prescription pour la géronto-psychiatrie est accessible pour les prescripteurs.

14. BONNE PRATIQUE 62

L'anonymisation du recueil des erreurs sur le circuit du médicament permet une réelle connaissance des risques de ce système et facilite la mise en place d'actions d'amélioration sur ce circuit.

15. BONNE PRATIQUE 62

Le pharmacien adresse des informations générales à destination des patients et une information individuelle pour les infirmiers et les médecins sous forme d'alerte.

16. BONNE PRATIQUE 62

Le pharmacien organise des groupes de parole avec infirmiers et patients.

17. BONNE PRATIQUE 65

Les patients détenus ne sont placés en chambre d'isolement que pendant le temps nécessaire à leur apaisement et à leur évaluation clinique.

18. BONNE PRATIQUE 66

Conformément à l'avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, les patients détenus, en unité fermée, vivent de la même manière que les autres patients et conservent le bénéfice des droits liés à leur situation carcérale (visite, courrier).

19. BONNE PRATIQUE 67

La prise en charge est organisée de manière continue entre le domicile, l'EHPAD ou le CMP et l'hôpital afin d'éviter ou de limiter la période d'hospitalisation et la rechute.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 14

Il convient d'élargir la plage horaire d'accueil des CMP afin de recevoir des patients en urgence le soir et le samedi matin et éviter une hospitalisation.

2. RECOMMANDATION 17

La prise en charge des personnes détenues doit être clairement formalisée sous l'autorité de l'agence régionale de santé.

3. RECOMMANDATION 19

L'établissement doit développer le tutorat au bénéfice des soignants en formation ainsi que la supervision individuelle.

4. RECOMMANDATION 19

Des formations sur les droits des patients ainsi que sur l'isolement et la contention doivent être mises en place.

5. RECOMMANDATION 21

L'établissement doit être en mesure de fournir des chiffres fiables sur le nombre de mesures de soins sans consentement, en temps réel, par mois et par an.

6. RECOMMANDATION 22

La lettre d'information au patient doit être rendue lisible et compréhensible. Elle doit être complétée par les coordonnées précises des autorités susceptibles d'être saisies par les patients.

7. RECOMMANDATION 23

Le tableau de l'ordre des avocats de Nîmes doit être affiché dans chacune des unités.

8. RECOMMANDATION 23

Les patients doivent être rassurés sur le fait qu'ils n'auront aucun frais d'avocat à assumer dans le cadre de l'audience du JLD.

9. RECOMMANDATION 24

Il convient d'expérimenter la mise en œuvre de l'information au patient de ses droits, la mise en œuvre de toute notification, par un binôme administratif/soignant.

10. RECOMMANDATION 24

Les pièces administratives ou médicales concernant chaque patient doivent lui être remises

11. RECOMMANDATION 26

Il convient de veiller à ce que les plaintes et réclamations ne fassent pas l'objet de filtrage informel dans les unités.

12. RECOMMANDATION 26

Des mesures sont nécessaires pour améliorer le retour des questionnaires de satisfaction.

13. RECOMMANDATION 27

Il convient de renforcer la visibilité des associations d'usagers par les familles et les patients (maison des usagers, accueil des familles, brochures d'information, affichage etc.).

14. RECOMMANDATION 30

Le centre hospitalier doit formaliser la procédure de la confidentialité sur la présence des patients à l'hôpital et poser la question du souhait en matière de confidentialité à chaque admission.

15. RECOMMANDATION 33

Le certificat médical, avis motivé, établi six à huit jours avant l'audience du JLD, ne peut être le document médical le plus récent. Le psychiatre doit établir un certificat médical dans les jours précédant l'audience, motivé sur la nécessité de poursuivre les soins sous la forme de la contrainte en hospitalisation complète.

16. RECOMMANDATION 33

Il est souhaitable que les avocats qui sont de permanence à l'audience, aient suivi une formation particulière.

17. RECOMMANDATION 33

Il est souhaitable que le juge des libertés et de la détention fasse preuve de pédagogie pour expliquer la nature de l'audience et son rôle.

18. RECOMMANDATION 33

Les patients s'ils arrivent ensemble, doivent être installés dans la salle d'attente et laissés libres d'assister à l'audience des autres patients. Ils ne doivent pas en arrivant être incités à y assister en étant installés d'autorité dans la salle d'audience.

19. RECOMMANDATION 34

Le rôle du juge des libertés et de la détention doit être expliqué aux patients avant l'audience.

20. RECOMMANDATION 35

La commission départementale des soins psychiatriques doit être réactivée et redynamisée afin de pouvoir remplir les missions qui sont les siennes.

21. RECOMMANDATION 37

Le registre de la loi doit être tenu à jour, quotidiennement. Toutes les informations prévues par la loi doivent y figurer notamment toutes les notifications, les décisions du JLD, les décisions du préfet sur les sorties autorisées.

22. RECOMMANDATION 37

Le patient doit effectivement être reçu par les trois membres du collège des professionnels de santé. Il doit être informé des intentions du collège, ses observations doivent être recueillies et le tout doit être formalisé.

23. RECOMMANDATION 40

Les règles d'usage du téléphone devraient être harmonisées dans le sens d'une plus grande ouverture.

24. RECOMMANDATION 41

Les patients doivent se voir remettre la clé de leur placard.

25. RECOMMANDATION 41

Il convient de mettre en place un système permettant au patient de s'enfermer dans sa chambre tout en laissant un libre accès aux soignants.

26. RECOMMANDATION 43

Un protocole sur la gestion et le dépôt des biens des patients est nécessaire afin d'avoir une pratique identique dans toutes les unités.

27. RECOMMANDATION 49

Le comité d'éthique doit prendre l'initiative d'une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, laquelle ne doit pas faire l'objet d'une interdiction absolue.

28. RECOMMANDATION 58

Une modification des hublots des portes des chambres d'isolement doit être effectuée afin que la vue de l'intérieur de la chambre d'isolement soit strictement réservée au personnel soignant.

29. RECOMMANDATION 60

Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être exercées que sur des patients dont le statut d'hospitalisation relève de la loi de juillet 2011. L'établissement doit impérativement adapter ses pratiques au cadre légal.

30. RECOMMANDATION 61

Les mesures d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'un enregistrement permettant d'avoir une analyse claire de ces pratiques.

31. RECOMMANDATION 63

La confidentialité de la distribution des traitements doit être étendue à l'ensemble des unités d'hospitalisation indépendamment des pathologies.

32. RECOMMANDATION 64

Le comité d'éthique doit se réunir régulièrement et proposer ses réflexions aux professionnels confrontés quotidiennement à des mesures d'enfermement et de privation de liberté.

33. RECOMMANDATION 65

Les patients détenus transférés depuis la maison d'arrêt de Nîmes ne doivent pas faire l'objet de contention et de mise en pyjama systématiques pendant le transfert et ils doivent être en possession de leurs effets personnels.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	12
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'établissement dispose d'un projet récent dont la déclinaison dans les services est en cours	13
2.2 L'organisation de l'établissement repose sur un lien fort entre intra et extra hospitalier et la complémentarité de la prise en charge entre unités	13
2.3 La complémentarité entre l'établissement et le CHU de Nîmes responsable de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) est complexe et conduit à des prises en charge erratiques.....	16
2.4 L'établissement est attractif et dispose de ressources humaines adaptées et d'un climat social redevenu serein	17
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....	21
3.1 L'hôpital reçoit les personnes détenues du département et fait un usage modéré de la procédure « péril imminent »	21
3.2 Les patients en soins sans consentement reçoivent une information sur leur statut et leurs droits peu formalisée et souvent mal assimilée	22
3.3 Les patients sont informés des actes qui les concernent mais ne les détiennent que rarement et partiellement	24
3.4 L'information générale à caractère juridique prodiguée par le livret d'accueil mériterait d'être moins elliptique.....	24
3.5 Les plaintes et les réclamations sont en nombre très réduit	25
3.6 L'union nationale de familles et amis de personnes malades et handicapées psychiques (UNAFAM) est associée aux projets de l'établissement mais entretient peu de contacts avec les patients	27
3.7 La procédure de désignation de la personne de confiance est connue et appliquée mais les désignations ne sont pas notifiées.....	28
3.8 L'accès au vote est possible mais peu demandé	28
3.9 L'accès au culte ne rencontre pas d'obstacle	28
3.10 La protection judiciaire est peu développée en interne faute de ressources humaines.....	29
3.11 La confidentialité sur la présence des patients fait l'objet d'une vigilance efficace mais non formalisée.....	30
4. LE RESPECT DES DROITS.....	31

4.1	L'audience du juge des libertés et de la détention fait l'objet d'une organisation parfaitement protocolisée, mais mise en œuvre d'une façon non respectueuse de la dignité et des droits des patients.....	31
4.2	La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) était inactive au moment de la visite des contrôleurs	34
4.3	Le registre de la loi, rarement visé par les autorités, est incomplet et ne permet pas de suivre le parcours d'un patient.....	35
4.4	Le collège des professionnels de santé intervient sans toujours rencontrer le patient et sans recueillir ses observations.....	37
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	38
5.1	Les contraintes de la vie quotidienne sont individualisées et font l'objet de prescriptions médicales dans un objectif de réduction.....	38
5.2	L'accès au téléphone fait l'objet de restrictions importantes dans certaines unités	39
5.3	La procédure du libre choix du médecin est partiellement connue mais en pratique jamais mise en œuvre	40
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	41
6.1	Les conditions d'hébergement sont très satisfaisantes mais ne protègent pas toujours l'intimité et la sécurité.....	41
6.2	Les installations sanitaires sont adaptées et bien entretenues et l'hygiène des patients est surveillée	42
6.3	Les sur occupations sont exceptionnelles.....	42
6.4	Les biens des patients sont protégés et accessibles.....	42
6.5	Les repas sont adaptés aux besoins individuels des patients et mis à profit pour favoriser la relation thérapeutique.....	43
6.6	Les activités sont assez peu développées dans les unités, mais sont parfois compensées dans certaines unités par une offre thérapeutique dynamique	44
6.7	La vie sexuelle des patients n'est pas ignorée mais ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	48
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	50
7.1	L'offre de soins psychiatriques, variée et innovante, repose sur la construction d'un projet de soin	50
7.2	L'organisation des soins somatiques est de qualité mais le temps médical est insuffisant.....	52
8.	LES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION.....	54
8.1	En l'absence d'une filière d'urgence clairement identifiée, les patients sont orientés et admis dans les différents services en fonction de leur état clinique ..	54
8.2	Une brève période d'isolement est systématique à l'accueil des personnes détenues et la contention est peu utilisée	55
8.3	L'établissement a fait le choix, onéreux, de molécules récentes entraînant peu d'effets secondaires.....	61

8.4 Les médicaments sont délivrés de manière confidentielle et les traitements donnent lieu à des actions d'information.....	63
8.5 Les événements indésirables sont signalés et exploités, ils reflètent une violence faible mais concentrée.....	63
8.6 Le comité d'éthique est en sommeil.....	64
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	65
9.1 Les patients détenus ne font pas l'objet d'un traitement différencié.....	65
9.2 La géronto-psychiatrie est organisée en vue d'une sortie rapide selon un dispositif pluridisciplinaire, évolutif et personnalisé.....	66
10. CONCLUSION.....	68

Rapport

Contrôleurs :

- Muriel Lechat, cheffe de mission ;
- André Ferragne, Secrétaire général ;
- Philippe Nadal ;
- Dominique Bataillard ;
- Philippe Lescène.

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 du centre hospitalier spécialisé d'Uzès (Gard). Deux contrôleurs ont débuté la visite du 5 au 8 février puis les cinq contrôleurs ont effectué la visite du 12 au 16 février 2018.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 12 février 2018 à 15h30. Ils l'ont quitté le 16 février à 12h30.

Ils ont été accueillis par le directeur du centre hospitalier d'Alès-Cévennes qui exerce l'intérim du CHS d'Uzès. Il a procédé à une présentation de la mission devant la directrice adjointe, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le directeur des soins, qualité et gestion des risques, le directeur des ressources humaines, les chefs de pôle et médecins psychiatres des unités, les cadres supérieurs de santé.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le directeur de cabinet du préfet du département du Gard, la présidente du tribunal de grande instance de Nîmes, le procureur de la République, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) et le bâtonnier de Nîmes. Les contrôleurs ont rencontré deux juges des libertés et de la détention. Par ailleurs, ils ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les trois organisations professionnelles représentatives du personnel ont été reçues, à leur demande, par les contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle équipée d'un téléphone ainsi que tous les documents demandés par l'équipe.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 16 février 2018 en présence de la direction, de la présidente de la CME et des chefs de pôle.

Un rapport de constat a été adressé le 3 juillet 2018 par le CGLPL au directeur par intérim du centre hospitalier « Le mas Careiron », à la délégation départementale du Gard de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au président du tribunal de grande instance de Nîmes, au préfet du Gard. Le directeur du centre hospitalier et le procureur de la République ont formulé des observations par un courrier respectif en date du 9 août et du 30 juillet 2018.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT DISPOSE D'UN PROJET RECENT DONT LA DECLINAISON DANS LES SERVICES EST EN COURS

Le projet d'établissement de 2017 à 2021 fixe les orientations du centre hospitalier spécialisé qui sont intégrées dans le projet médical, le projet social, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Le projet médical prévoit notamment d'asseoir la politique de secteur, de renforcer le dispositif intersectoriel existant ainsi que les soins et les accompagnements en amont et en aval. Parmi les axes d'amélioration, la prise en charge des patients détenus.

De même, un des axes du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique est l'amélioration du parcours de soins et la prise en charge du patient.

Enfin, un des objectifs de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et des prises en charge est d'organiser le respect des droits des usagers dans le cadre de la prise en charge spécifique, de promouvoir la coordination et la continuité des prises en charge de façon sécurisée et adaptée aux populations accueillies, de développer une stratégie centrée sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

Le groupement hospitalier du territoire (GHT) Cévennes-Gard-Camargue, créé le 1^{er} juillet 2016, est composé de huit établissements de santé (CHU de Nîmes, CH Alès-Cévennes, CH d'Uzès, CH de Pont-Saint-Esprit, CH de Bagnols-sur-Cèze, CH du Vigan, CH de Pontails et le CHS d'Uzès) et de six établissements médico-sociaux, essentiellement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La filière psychiatrie et santé mentale du GHT est composée de trois établissements de santé : le CHU de Nîmes, établissement support du GHT, le centre hospitalier Alès-Cévennes et le centre hospitalier spécialisé d'Uzès, seul établissement spécialisé en santé mentale.

2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT REPOSE SUR UN LIEN FORT ENTRE INTRA ET EXTRA HOSPITALIER ET LA COMPLEMENTARITE DE LA PRISE EN CHARGE ENTRE UNITES

2.2.1 La politique intra/extra hospitalière

Le centre hospitalier spécialisé, créé en 1965, est installé dans un parc de 24 ha à proximité du centre-ville d'Uzès.

La psychiatrie adulte² couvre un territoire très étendu d'Est en Ouest, concernant une population de 291 268 habitants répartis sur 221 communes et, la psychiatrie infanto-juvénile, une population de 44 002 habitants répartis sur 113 communes à l'Est du département.

Sur le site d'Uzès, un bâtiment du pôle d'admission datant de 2009 regroupe la grande majorité des unités d'hospitalisation à temps plein de la psychiatrie adulte (unité John Forbes Nash, Henry Ey, Eugène Minkowski, Jean-Baptiste Pussin et Germaine Le Guillant). Les deux autres unités d'hospitalisation à temps plein (Donald Woods Winnicott, Mélanie Klein) et l'unité de pédopsychiatrie La Farandole sont installées dans des bâtiments distincts. Le site comporte également le bâtiment administratif, la blanchisserie, l'atelier et les garages, l'hôpital de jour du secteur 5, la sociothérapie, une maison d'accueil spécialisée de quarante-six places (quarante et une places d'hébergement permanent, quatre places d'hébergement temporaire et une place

² Source : données Insee, recensement de la population 2014

d'accueil de jour), la cafétéria du personnel, des installations sportives (un gymnase, un terrain de sport), la clinique de l'anxiété (IACCA), deux bâtiments d'hébergement pour le personnel non médical. Un foyer d'accueil spécialisé (FAM) de vingt et un lits est accolé à l'unité d'hospitalisation temps plein de Saint-Hippolyte-du-Fort.

Le CHS s'appuie pour l'ambulatoire sur des dispositifs de proximité par pôle et un réseau partenarial développé autour de chaque unité : onze centres médico-psychologiques dont huit pour les adultes (CMP), huit hôpitaux de jour (HDJ) dont cinq pour les adultes, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). L'établissement ne dispose pas d'appartements thérapeutiques mais d'accueils familiaux thérapeutiques (AFT) pour les mineurs et les adultes. Les CMP, pivots de la prise en charge ambulatoire, ne sont pas ouverts le soir et le samedi matin ; un accueil infirmier est opérationnel dans tous les CMP. En cas d'urgence, les appels téléphoniques sont déportés au médecin de garde de l'intra hospitalier.

Recommandation

Il convient d'élargir la plage horaire d'accueil des CMP afin de recevoir des patients en urgence le soir et le samedi matin et éviter une hospitalisation.

Dans ses observations, le directeur par intérim indique que l'ouverture de l'ensemble des CMP jusqu'à 18h avait fait l'objet d'un vote en CME et une mise en œuvre. Cependant, après évaluation des besoins et de l'activité, seul le CMP de Bagnols sur Cèze pour la psychiatrie adulte est ouvert jusqu'à 18h, répondant aux besoins de la population de cette ville. Par ailleurs, concernant la pédopsychiatrie, les trois CMPEA de Bagnols sur Cèze, Uzès et Beaucaire font l'objet d'une ouverture jusqu'à 18h tous les mercredis, afin de répondre à un réel besoin de jour-là.

La psychiatrie adulte présente un taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées plus élevé que la moyenne nationale. Le Mas Careiron a développé un dispositif ESSPER³ s'appuyant sur une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie composée de deux soignants au sein de chaque CMP, chargée d'intervenir à domicile et dans les EPHAD en lien avec l'unité de géro-psycho-geriatrie. Cette équipe concourt, en outre, à la préparation à la sortie des patients de l'unité Germaine Le Guillant en participant à l'élaboration du projet de soins ambulatoires. La création d'un dispositif similaire avec le secteur du handicap adulte est en projet.

Bonne pratique

L'intervention d'une équipe mobile de soins de proximité auprès des EPHAD et au domicile des patients âgés vulnérables et fragiles est un dispositif de suivi permettant d'éviter le recours à l'hospitalisation complète.

La densité de psychiatres est faible et concentrée autour de Nîmes. En 2016, le territoire en comptait quarante-deux dont la majorité (vingt-six) est installé à Nîmes.

Il existe également des cliniques privées spécialisées (une clinique dans le secteur 7 à Quissac liée par une convention avec le CHS pour une permanence psychiatrique, une clinique du Pont du Gard et une clinique dans le secteur 5).

³ ESSPER : équipe stable de soins de proximité éclatée réactive depuis le 1^{er} janvier 2012.

2.2.2 La répartition des unités d'hospitalisation et ses spécificités

Le CHS dispose de trois pôles d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale situés sur deux sites, à Uzès et à Saint-Hippolyte-du-Fort⁴, d'un pôle de pédopsychiatrie d'hospitalisation à temps partiel, d'un pôle médico-thérapeutique (pharmacie, soins somatiques, point consultation, électroencéphalogramme, électrocardiogramme) et d'un pôle médico-social (une maison d'accueil spécialisée et un foyer d'accueil médicalisé).

La capacité d'accueil est de 182 lits et 126 places sanitaires (hôpital de jour).

Huit unités d'hospitalisation à temps complet sont réparties dans les pôles de psychiatrie adulte. Sur les huit unités de la psychiatrie adulte, deux seulement sont des unités fermées (Klein et Nash).

Chaque pôle de psychiatrie adulte dispose d'une unité de secteur, d'une unité intersectorielle adaptée à certaines pathologies et de structures extra hospitalières.

Le pôle 30G05 comprend une unité de secteur Jean-Baptiste Pussin et une unité fermée intersectorielle Mélanie Klein accueillant des patients souffrant de troubles envahissants du développement et du spectre autistique.

Le pôle 30G06 comprend : une unité de secteur Henry Ey ; une unité de secteur Eugène Minkowski accueillant des jeunes adultes et parfois des mineurs ; une unité départementale de géronto-psychiatrie Germaine Le Guillant pour les personnes âgées de plus de 65 ans ; une unité de secteur Donald Woods Winnicott pour les patients chroniques souffrant de psychoses invalidantes et résistantes.

Le pôle 30G07 regroupe une unité de secteur située à Saint-Hippolyte-du-Fort et une unité fermée intersectorielle départementale John Forbes Nash accueillant les patients détenus de la maison d'arrêt de Nîmes et les patients en crise hospitalisés en soins sans consentement. Ainsi, si un patient hospitalisé dans une unité présente un état d'agitation avec un risque d'auto et hétéro-agressivité, il est transféré dans l'unité fermée Nash.

La pédopsychiatrie comprend une unité d'hospitalisation à temps partiel La Farandole accueillant du lundi au vendredi les enfants souffrant de troubles du développement et du spectre autistique.

Bonne pratique

L'existence de plusieurs unités intersectorielles aux vocations claires permet une prise en charge diversifiée et évolutive.

2.2.3 Le budget

Depuis 2017, la situation financière du CHS est en équilibre, avec un léger excédent budgétaire de 13 740 euros. Les dépenses de personnel représentent 80 % de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) de 32 millions d'euros. En 2013⁵ et 2014, l'agence régionale de santé avait procédé à une modulation financière à la baisse de la DAF. En 2015, le budget accusait un déficit

⁴ Une seule unité d'hospitalisation est installée à Saint-Hippolyte-du-Fort à 50 km d'Uzès.

⁵ En 2013, la dotation annuelle de fonctionnement reconductible a été réduite de 263 874 euros et, en 2014 de 270 000 euros.

de près d'un million d'euros. Suite à des mesures d'économie réalisées l'année suivante comme le non remplacement de huit postes⁶, ce déficit a été réduit à 500 000 euros.

En outre, les effectifs non médicaux bénéficiaient d'une organisation du temps de travail favorable en vertu d'un accord local de 2002, leur accordant vingt-deux jours de congés supplémentaires. Selon les informations recueillies, le coût annuel de cette mesure représentait entre 300 000 et 400 000 euros. Les négociations engagées depuis trois années ont abouti à un accord entre le directeur du CH par intérim et les trois organisations représentatives du personnel le 1^{er} mai 2017.

2.3 LA COMPLEMENTARITE ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LE CHU DE NIMES RESPONSABLE DE L'UNITE SANITAIRE EN MILIEU PENITENTIAIRE (USMP) EST COMPLEXE ET CONDUIT A DES PRISES EN CHARGE ERRATIQUES

Ouvert en 1965, le centre hospitalier d'Uzès a été historiquement le seul établissement public psychiatrique du Gard à avoir l'autorisation pour des hospitalisations sans consentement.

A partir de 1975 et avec la mise en place de la sectorisation, le CHU d'Alès avec trois secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, puis le CHU de Nîmes avec la psychiatrie de l'adulte, la pédopsychiatrie et la géronto-psychiatrie ont ouvert des unités d'hospitalisation permettant l'accueil des patients de leurs secteurs respectifs.

La création d'une unité intersectorielle Nash, accueillant les patients présentant une agitation pouvant présenter un danger pour eux-mêmes ou pour autrui dont les patients détenus de la maison d'arrêt de Nîmes, est issue de ce contexte historique. Si les circuits d'accueil des patients hospitalisés sont bien identifiés, les retours dans les unités sectorielles d'origine, dont la maison d'arrêt de Nîmes, sont plus problématiques.

Les difficultés entre le CHU de Nîmes et le Mas Careiron se cristallisent sur la prise en charge des patients détenus et des patients sans domicile fixe (SDF). Les griefs reposent sur des défauts de transmission de dossier médical et des désaccords entre le médecin chef de pôle de l'unité Nash, le médecin responsable de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt et le chef de pôle de la psychiatrie au CHU de Nîmes au sujet des orientations des patients SDF vers l'unité Nash.

L'organisation du service de l'USMP de la maison d'arrêt de Nîmes est bipartite : le personnel paramédical et le médecin généraliste dépendent du CHU de Nîmes alors que le médecin psychiatre, qui est également le médecin coordonnateur de l'unité, est rattaché au pôle du secteur 30G07. Ce médecin est le seul à avoir accès au logiciel Cortexte en vigueur au CHS. Il n'existe pas d'interface avec le logiciel utilisé par l'équipe paramédicale et le secteur somatique du CHU de Nîmes. De fait, la transmission des différentes informations relatives au projet de soin du patient est aléatoire ou incomplète.

A l'initiative de l'ARS, une réunion a été organisée au CHS afin d'aplanir ces difficultés, en présence de la direction, de la présidente de la CME, du chef de pôle du secteur 30G07, du médecin de l'USMP et de deux médecins médiateurs.

Le protocole-cadre ainsi que ses annexes, signé le 1^{er} août 2016 par le délégué territorial de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le directeur de la maison d'arrêt de Nîmes, le directeur général du CHU de Nîmes et le directeur par intérim du centre hospitalier spécialisé d'Uzès, n'est pas renseigné sur les conditions d'hospitalisation et de

⁶ Six agents administratifs et deux directeurs adjoints.

retour en détention des personnes détenues. Il est nécessaire d'améliorer les conditions d'arrivée à l'unité Nash avec une description précise des conditions de transport des patients détenus ainsi que des indications sur le retour en détention afin de ne pas emboliser cette unité. Une réflexion doit également être conduite avec le CHU de Nîmes sur la prise en charge des patients SDF du secteur de Nîmes adressés à l'unité Nash. Celle-ci n'a pas en effet vocation à accompagner ces patients sur des projets de sortie et l'organisation de projets de soins au long cours.

Recommandation

La prise en charge des personnes détenues doit être clairement formalisée sous l'autorité de l'agence régionale de santé.

Dans ses observations, le directeur indique que la prise en charge des personnes placées sous main de justice est en cours de finalisation. Une fiche réflexe sur les modalités d'admission et de retour a été formalisée en présence de l'ARS. Par ailleurs, la procédure de prise en charge au Mas Careiron est en cours de signature.

2.4 L'ETABLISSEMENT EST ATTRACTIF ET DISPOSE DE RESSOURCES HUMAINES ADAPTEES ET D'UN CLIMAT SOCIAL REDEVENU SEREIN

2.4.1 Le personnel non médical

L'effectif du personnel non médical est resté stable de 2016 à 2017, de 553,25 ETPR à 553,26 ETPR. (intra/extra).

Les postes non médicaux non pourvus dans les pôles de psychiatrie générale sont les suivants :

- pôle 5 : 1,9 ETP de cadre de santé, 0,3 ETP de psychomotricien et 5,65 ETP de personnel socio-éducatif ;
- pôle 6 : 0,1 ETP de psychomotricien, 0,1 ETP d'assistant médico-administratif et 1 ETP de cadre de santé ;
- pôle 7 : 0,9 ETP de cadre de santé, 0,5 ETP d'infirmier et 0,2 ETP de psychologue.

Le CHS a dû faire face pendant trois ans à un conflit social difficile avec le personnel soignant de toutes catégories. Un accord local datant de 2002 sur l'organisation du temps de travail du personnel soignant, administratif et technique avait attribué des congés annuels non réglementaires. Depuis le départ du directeur en novembre 2015, l'intérim est exercé depuis janvier 2016 par le directeur du CH d'Alès-Cévennes. Ce dernier a repris la renégociation, appuyé en cela par l'ARS qui a demandé d'une part, une inspection de la chambre régionale de la Cour des Comptes⁷ et d'autre part une mission de contrôle, d'audit et d'évaluation de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS). Un accord sur la gestion du temps de travail a été conclu avec les organisations représentatives du personnel le 1^{er} mai 2017, permettant de récupérer neuf jours de congé pour les personnes travaillant en régime cyclique et onze jours de congé pour les personnes travaillant en régime hebdomadaire. L'informatisation du temps de travail a également été mise en place. En outre, le temps de transmission entre l'équipe du matin et celle d'après-midi est passé d'une demi-heure à une heure, comme le souhaitaient les médecins. Cette politique n'a eu toutefois aucune incidence sur la prise en charge des patients, le personnel en

⁷ La chambre régionale de la Cour des Comptes a rendu un rapport le 22 février 2017.

congé étant systématiquement remplacé. Les relations entre la direction et le personnel soignant sont redevenues sereines.

Le roulement des infirmiers et des aides-soignants dans chaque unité est le suivant : 6h30 à 14h30 ; 13h30 à 21h30 ; 21h à 7h⁸.

En journée, l'organisation prévoit la présence de trois soignants (trois infirmiers voire deux infirmiers et un aide-soignant) le matin, l'après-midi et le soir. Un ou deux soignants travaillent également en journée. L'unité Klein dispose de quatre soignants le matin et l'après-midi permettant d'effectuer un maximum de sorties avec les patients. Les équipes de l'unité Nash ont également demandé à travailler à quatre soignants au regard de la dangerosité et de la clinique des patients accueillis. L'effectif cible est de trois infirmiers ou deux infirmiers et un aide-soignant. *Le directeur a indiqué dans ses observations que s'agissant de l'unité Nash, compte tenu du profil des patients accueillis, l'effectif cible est de quatre soignants par amplitude horaire.*

Le personnel soignant de quatre des neuf unités n'est composé que d'IDE⁹ ; des aides-soignants travaillent dans les cinq autres (Germaine Le Guillant, Klein, Winnicott, St Hippolyte-du-Fort et Farandole).

Le *turnover* est faible. A Nash, les équipes de soignants ne sont composées que d'infirmiers masculins en raison du profil difficile des patients. A Minkowski, les équipes sont composées de sept infirmiers sur vingt-et-un. A Klein, quatre infirmiers masculins sur douze.

En 2017, l'absentéisme de 7,6% est inférieur à la moyenne nationale de 8,1%.

A Uzès, le CHS n'a aucune difficulté pour recruter du personnel non médical ; l'établissement reçoit cinq candidatures d'aides-soignantes par semaine. Le recrutement est plus difficile à Saint-Hippolyte-du-Fort situé à cinquante kilomètres d'Uzès.

L'établissement a une politique d'ouverture sur l'extérieur en acceptant des stagiaires de l'institut de formation en soins infirmiers de Nîmes, Bagnols-sur-Cèze et Alès, des étudiants infirmiers et aides-soignants (AS). Par ailleurs, les heures supplémentaires sont privilégiées à l'embauche d'intérimaires. Lorsqu'un personnel est absent, le cadre supérieur de santé du pôle peut effectuer des transferts de personnel (ASH¹⁰, AS, IDE) entre les unités.

Lors de l'arrivée d'un personnel non médical, la personne n'est pas accompagnée par un pair pendant quelques semaines. *Le directeur a souhaité préciser que la personne n'est pas systématiquement accompagnée.* Aucun tutorat d'insertion n'est prévu au sein de l'unité.

Une journée est organisée par la direction et de la qualité pour l'accueil des nouveaux arrivants. De même, les nouveaux agents bénéficient d'une formation en certification/psychiatrie de neuf journées.

Bonne pratique

Une formation de certification en psychiatrie est mise en place au bénéfice du personnel soignant arrivant.

⁸ L'unité Klein est la seule à disposer d'une équipe de nuit dédiée en raison de contingences privées ou de restrictions d'emploi du personnel.

⁹ IDE : infirmier diplômé d'Etat

¹⁰ ASH : agent des services hospitaliers

La formation APIC (formation préventive et intervention en situation de crise), dispensée chaque année à l'ensemble du personnel, a concerné quatre-vingt-neuf agents en 2016 et quarante et un agents en 2017. Une journée de recyclage est prévue en 2018 pour les agents formés en 2016.

La formation sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance a concerné douze agents de l'encadrement en 2016 et vingt-trois en 2017. Pour l'année 2018, des actions de formation sont programmées au bénéfice des soignants travaillant dans les unités les plus difficiles.

Le tutorat d'encadrement des étudiants fait l'objet d'une formation depuis 2014.

De même, les équipes soignantes participent à des séances de régulation animées par un psychologue extérieur (en 2016, 551 agents et en 2017, 445 agents). Une dotation budgétaire de 5 000 euros est attribuée à chaque pôle, le choix est laissé aux équipes de s'inscrire ou pas dans cette démarche. En fonction des situations que rencontrent les équipes, les séances peuvent être mensuelles, trimestrielles ou modulées en tenant compte des spécificités.

Il n'existe pas de supervision individuelle animée par un intervenant extérieur à l'établissement.

Recommandation

L'établissement doit développer le tutorat au bénéfice des soignants en formation ainsi que la supervision individuelle.

Dans ses observations, le directeur indique que l'établissement a validé sa politique de stage 2017/2019. Celle-ci précise la mise en œuvre du tutorat pour les professionnels en formation et formalise le rôle et les missions du tuteur de stage. Elle est mise en œuvre sur l'établissement.

En revanche, les agents n'ont pas reçu de formation sur les droits des patients, l'isolement et la contention.

Recommandation

Des formations sur les droits des patients ainsi que sur l'isolement et la contention doivent être mises en place.

Ces thématiques sont inscrites dans le plan de formation 2018 avec notamment le renouvellement des actions de formation sur la bientraitance et la prévention de la maltraitance, la gestion de la violence et l'agressivité (APIC) ainsi que la certification en psychiatrie.

Le directeur précise que sur l'année 2017/2018, un groupe de travail composé d'aides-soignants, d'IDE, de cadres de santé, de médecins et d'un représentant des usagers a été mis en place afin de formaliser la version n°2 des procédures sur l'isolement et la contention. Ce groupe s'est réuni huit fois, faisant l'objet à chaque fois d'une analyse des pratiques et d'un rappel sur les droits des patients, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé. Comme souligné dans le rapport, des formations sur les droits des patients et sur l'isolement et la contention sont programmées au plan de formation 2018.

2.4.2 Le personnel médical

L'effectif médical est en légère progression de 2016 à 2017 de 30,85 ETPR hors étudiants et internes à 31,07.

Concernant le nombre de postes médicaux non pourvus dans les pôles de psychiatrie adulte, quatre le sont en psychiatrie adulte : deux au pôle 5, un poste au pôle 6 et un poste au pôle 7.

Selon les informations recueillies, ce dernier poste est déjà « fléché » par la direction de l'établissement.

Le CHS n'a aucune difficulté pour le recrutement des médecins. Après une période de difficultés en matière de recrutement médical, la situation à l'unité Saint-Hippolyte-du-Fort s'est aujourd'hui normalisée avec l'arrivée de nouveaux et jeunes psychiatres sensibilisés aux nouveaux outils thérapeutiques en psychiatrie.

L'établissement dispose également de six internes qui participent à l'extra hospitalier ainsi qu'à la garde. Le nombre d'internes est entre cinq à sept par semestre. Les internes sont répartis au sein de différents pôles (deux au pôle pédopsychiatrie, un au pôle 2 IACCA, un au pôle 6 (unité Ey), un au pôle 2 (pharmacie), un en médecine générale.

Le CHS, en lien avec l'université de Montpellier (Hérault), dispose d'un temps d'assistant des hôpitaux partagé avec le CHU de Montpellier et envisage un contrat d'assistant des hôpitaux avec le CHU de Nîmes en mai 2018.

L'absentéisme de 3,64 % est légèrement plus élevé que la moyenne nationale de 3,4 %.

En revanche, sur les trois médecins somatiques intervenant dans les pôles 5,6 et à Nash, deux sont indisponibles en raison d'un congé maladie et d'un congé de maternité.

Concernant la formation, une formation de chef de pôle comprenant les droits des patients est dispensée.

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 L'HOPITAL REÇOIT LES PERSONNES DETENUES DU DEPARTEMENT ET FAIT UN USAGE MODERE DE LA PROCEDURE « PERIL IMMINENT »

Les patients à quelques exceptions près, viennent du département du Gard.

L'hôpital est divisé en trois pôles, correspondant à trois secteurs géographiques du département (cf. § 2.2) :

- le pôle 5 couvrant les secteurs d'Uzès, Villeneuve-lès-Avignon, Beaucaire ;
- le pôle 6, celui de Pont-Saint-Esprit, Lussan, Bagnols-sur-Cèze ;
- le pôle 7 couvrant l'Ouest du département avec l'unité hospitalière décentralisée de Saint-Hippolyte-du-Fort.

3.1.1 Le nombre de mesures de soins sans consentement

Il a été très difficile aux contrôleurs d'obtenir des chiffres fiables sur le nombre de mesures de soins sans consentement, les documents fournis par le centre hospitalier spécialisé donnant des chiffres différents pour une même année.

En 2014, le nombre de patients en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) est de 91, 47 en 2015, 55 ou bien 66 en 2016 selon les documents fournis, 57 en 2017.

Recommandation

L'établissement doit être en mesure de fournir des chiffres fiables sur le nombre de mesures de soins sans consentement, en temps réel, par mois et par an.

Dans ses observations, le directeur a souhaité préciser qu'à la demande des contrôleurs de nombreux documents ont été fournis. Il indique que, selon la source documentaire examinée, les contrôleurs ont pu noter des différences dans le décompte des mesures de soins sans consentement. Après avoir procédé aux vérifications nécessaires auprès du bureau des entrées, d'une part, et du département d'information médicale, d'autre part, il s'avère que la différence observée provenait du fait qu'un service comptabilisait les mesures initiales et les programmes de soins, et l'autre seulement des mesures initiales.

Concernant les patients en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI), ils sont 48 en 2014, 68 en 2015, 79 ou bien 75 en 2016, 61 en 2017.

Pour ceux en soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence (SDTU), ils sont 144 en 2014, 179 en 2015, 226 ou bien 178 en 2016, et 186 en 2017.

Le nombre de patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) est de 116 en 2014, 121 en 2015, 139 ou bien 116 en 2016 et 139 en 2017.

La procédure pour « péril imminent » est donc largement minoritaire ; par contre l'admission en SPDTU est la plus fréquente.

Lors du contrôle, les nombres de patients en hospitalisation sans consentement étaient les suivants : seize en SDT ; cinq en SPPI ; quinze en SPDTU ; dix-sept en SPDRE.

3.1.2 Les personnes détenues

Le nombre de patients en SPDRE est important car tous les patients détenus de la maison d'arrêt de Nîmes sont placés à l'hôpital d'Uzès, et cela malgré l'existence d'une UHSA à Toulouse. Le délai d'attente pour obtenir une place à l'UHSA de Toulouse étant de l'ordre d'un mois et le CHS n'ayant pas de problème de place pour l'accueil à l'unité Nash, il apparaît au vu de la durée moyenne de séjour que les patients sont gardés le temps de leur rétablissement. Le nombre de patients détenus étaient de quarante et un en 2016, cinquante-six en 2017.

Les personnes détenues sont placées dans la seule unité Nash dépendant du pôle 7. Elles étaient six lors du contrôle.

A l'exception de l'année 2015, les patients envoyés par la maison d'arrêt hospitalisés sont majoritaires au sein de l'unité Nash, 27,61 % en 2014, 17,67 % en 2015, 30,13 % en 2016. La progression de ces patients est importante entre 2015 et 2016.

3.2 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT REÇOIVENT UNE INFORMATION SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS PEU FORMALISEE ET SOUVENT MAL ASSIMILEE

3.2.1 Le formalisme mis en œuvre par le bureau des admissions

Dès l'arrivée d'un patient, le bureau des admissions vérifie son identité, la demande et l'identité du tiers, l'existence des certificats médicaux d'admission, informe l'ARS dans le cas d'un patient en SPDRE, et prépare la décision d'admission qui sera soumise à la signature du directeur de l'hôpital ou de son délégataire.

Une copie de cette décision est normalement remise au patient après avoir été transmise par fax à l'unité. Une attestation de remise au patient de la décision le concernant lui est laissée contre signature, ce document précisant si le patient est en état de la signer, si elle lui a été remise ou non. Il s'agit d'un document confirmant la remise au patient, et non pas la remise de la décision du préfet ou du directeur de l'hôpital.

Le bureau des admissions adresse également à l'unité par fax en double exemplaire, un document intitulé « *lettre d'information au patient* », lequel doit être signé par le patient qui atteste en avoir reçu un exemplaire, l'autre exemplaire étant renvoyé au bureau des admissions qui le conserve dans le dossier du patient.

Ce document, lettre d'information, rappelle les droits des patients, indique la liste des autorités susceptibles d'être saisies par le patient sans pour autant en préciser les adresses et les numéros de téléphone, informe sur le JLD, la possibilité de le saisir, sans pour autant préciser ses coordonnées.

Ce document est difficilement compréhensible pour une personne diminuée, en situation de crise. Il doit impérativement être lisible et complété.

Recommandation

La lettre d'information au patient doit être rendue lisible et compréhensible. Elle doit être complétée par les coordonnées précises des autorités susceptibles d'être saisies par les patients.

Recommandation

Le tableau de l'ordre des avocats de Nîmes doit être affiché dans chacune des unités.

Concernant l'audience du JLD, un « *imprimé du juge des libertés et de la détention à remettre au patient* » est théoriquement remis au patient par l'intermédiaire du bureau des admissions, informant d'une audience au douzième jour, ou bien au sixième mois ou encore au douzième mois, et informant de la liberté de choisir un avocat ou bien de prendre un avocat « commis d'office », cette option étant suivie de la mention « *les frais engagés pour l'avocat sont à votre charge ou peuvent faire l'objet d'une demande d'aide juridictionnelle* ».

Cette formulation donne une information inexacte et incomplète. Elle peut laisser penser que les frais et honoraires d'un avocat commis d'office peuvent être à la charge du patient. Or, comme cela a été confirmé par les deux avocats rencontrés lors des deux audiences JLD ainsi que par les deux greffiers, il n'est pas demandé aux patients choisissant l'avocat commis d'office de remplir un dossier d'aide juridictionnelle avec une prise en charge des honoraires de l'avocat dépendant des revenus du patient.

L'avocat sera systématiquement rémunéré dans le cadre d'une commission d'office, sans que le patient n'ait à constituer un dossier. Le formulaire doit donc être modifié afin que le patient ne soit pas inquiété par la question de la rémunération de l'avocat dont l'intervention est obligatoire. Une information sur cette question doit être faite auprès du personnel du bureau des admissions et des unités.

Recommandation

Les patients doivent être rassurés sur le fait qu'ils n'auront aucun frais d'avocat à assumer dans le cadre de l'audience du JLD.

Dans ses observations, le directeur indique que les cadres de santé donnent systématiquement cette information aux patients présentés au JLD. En leur absence, c'est leur binôme qui assure cette mission. Cette organisation a été vérifiée sur les unités du centre hospitalier.

3.2.2 L'information sur les droits dans les unités

Le personnel soignant dans les unités n'est manifestement pas formé sur la question des droits des patients. Les notifications sont faites par les infirmiers, parfois par les médecins lors de l'arrivée des patients. Ces notifications obligatoires sont souvent faites à un moment où le patient est en crise et n'est pas en état de comprendre.

Les infirmiers attendent que le patient soit apaisé pour tenter de fournir à nouveau des explications. Il n'en existe aucune traçabilité.

Des entretiens avec des patients tant dans leur unité que dans le cadre de l'audience JLD, il résulte que ceux-ci sont perdus, ignorent ce que sont leurs droits, n'ont pas compris la fonction du JLD et le sens de l'audience, qu'ils n'y sont absolument pas préparés et qu'ils sont inquiets à l'idée de rémunérer un avocat.

Il apparaît un manque de coordination entre le bureau des admissions et chacune des unités.

Recommandation

Il convient d'expérimenter la mise en œuvre de l'information au patient de ses droits, la mise en œuvre de toute notification, par un binôme administratif/soignant.

Dans ses observations, le directeur indique que depuis la visite des contrôleurs, un agent administratif se déplace au sein des unités d'admission afin d'expliquer leurs droits aux patients et leur notifier l'ensemble des décisions afférentes aux mesures de soins psychiatriques sans consentement.

3.3 LES PATIENTS SONT INFORMES DES ACTES QUI LES CONCERNENT MAIS NE LES DETIENNENT QUE RAREMENT ET PARTIELLEMENT

Exception faite de l'unité Pussin où tous les documents notifiés sont remis aux patients, la situation est différente dans les autres unités.

Les documents administratifs et médicaux ne sont que très rarement laissés à la disposition des patients. Les contrôleurs ont pu remarquer la présence dans le dossier papier d'un patient de l'exemplaire de « la lettre d'information au patient » devant être laissée à sa disposition.

« On lui remet s'il le demande » précisera un cadre de santé.

Les patients interrogés ne peuvent remettre aux contrôleurs que très peu de documents les concernant, à l'exception de la décision du JLD qui leur est notifiée et remise directement lors de l'audience.

Recommandation

Les pièces administratives ou médicales concernant chaque patient doivent lui être remises

Le directeur indique que la remise aux patients de l'ensemble des documents administratifs et des certificats médico-légaux est effective depuis avril 2018.

3.4 L'INFORMATION GENERALE A CARACTERE JURIDIQUE PRODIGUEE PAR LE LIVRET D'ACCUEIL MERITERAIT D'ETRE MOINS ELLIPTIQUE

L'information des patients et de leur famille repose, en dehors des entretiens avec le personnel soignant ou médical, sur trois sources : le règlement intérieur de l'établissement, le livret d'accueil et pour chaque unité sur un règlement intérieur particulier parfois appelé « règles de vie ».

3.4.1 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement est un document purement juridique qui répond à des nécessités d'organisation en formalisant un cadre normatif. Il est régulièrement mis à jour mais il ne peut être considéré par un patient ou par sa famille comme une source d'informations accessibles et là n'est pas sa vocation. Il demeure – comme c'est prévu par les textes – consultable par tout patient qui en fait la demande.

3.4.2 Le livret d'accueil

A l'inverse, le livret d'accueil a pour objectif d'informer le plus complètement possible le patient des règles de fonctionnement de l'établissement. Celui présenté aux contrôleurs portait la mention version 5-2018.

Ce livret a vocation à être remis à tout arrivant dans l'établissement. Composé de quarante pages, il aborde toutes les problématiques inhérentes à un séjour en hôpital psychiatrique en fournissant une information complète.

Cependant, pour la partie sur les modes d'hospitalisation et les droits des personnes soumis à des soins sans consentement, le caractère trop elliptique du document nuit à une information vraiment complète. Pour une personne restreinte dans sa liberté par une mesure administrative, l'accès aux voies de recours constitue un droit essentiel qu'il convient d'explicitier parfaitement, en précisant les sphères d'intervention de chaque autorité susceptible d'être saisie, les modalités détaillées des modes de saisine notamment en fournissant leurs adresses postales ou électroniques précises ainsi qu'un libellé rigoureux de leur dénomination.

3.4.3 Les règlements propres à chaque unité

L'examen de la seule présentation de l'ensemble des règlements intérieurs met en évidence avant même la moindre lecture que l'élaboration en a été effectuée séparément.

Chacun a écrit de son côté son propre règlement intérieur qui n'aborde souvent pas les mêmes sujets ou quand c'est le cas, dans un ordre différent et avec des prescriptions dissemblables.

Pour la cohérence de l'ensemble, il apparaîtrait souhaitable, même si les règles peuvent différer d'une unité à l'autre, que la présentation soit uniformisée à partir d'une référence utilisée par tous. A travers cette présentation unifiée, ce n'est pas seulement la dynamique collective d'un établissement qui serait mise en évidence, mais aussi la facilité de prise en compte des règles de chaque unité par les patients qui sont amenés du fait de l'organisation globale à devoir en changer ponctuellement.

En dehors de la forme et du fond du règlement propre à chaque unité, l'accès à l'information qu'il contient est assuré de la même façon, remises individuelles et affichages dans l'unité.

3.5 LES PLAINTES ET LES RECLAMATIONS SONT EN NOMBRE TRES REDUIT

La commission des usagers (CDU) est présidée par le directeur de l'établissement par intérim du centre hospitalier spécialisé. Le vice-président de la commission est un représentant de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). Cette instance est également composée de deux représentants des usagers¹¹, de la directrice adjointe, du directeur des soins et de représentants de la qualité et de la gestion des risques, d'un médiateur médecin et de son suppléant, d'un médiateur non médecin et de son suppléant, de représentants de la gestion des risques, d'une qualicienne et d'une représentante du comité technique d'établissement. La commission se réunit une fois par trimestre ; la dernière réunion s'est tenue le 24 janvier 2018.

Sa mission est précisée dans le livret d'accueil ; la CDU est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de

¹¹ Les deux usagers de la CDU sont membres de l'association des familles de traumatisés crâniens du Languedoc-Roussillon et de l'association pour le droit de mourir dans la dignité.

l'informer des voies de conciliation et de recours gracieux ou juridictionnels dont elle dispose. Chaque demande et réclamation doit être présentée par écrit au directeur de l'établissement qui en accuse réception. Toutes les demandes ou réclamations écrites sont transmises aux membres de la commission dans le respect des règles du secret médical et de la vie privée. Le livret d'accueil précise que le règlement intérieur de la CDU et sa composition sont disponibles dans chaque unité sur simple demande. Les contrôleurs ont constaté que la composition et les modalités de saisine étaient affichées dans les unités.

Au cours de l'année 2017, le nombre de réclamations ou plaintes écrites est très faible : seulement trois réclamations écrites ont été adressées au centre hospitalier spécialisé. Selon les informations recueillies, le patient qui fait une réclamation a la possibilité de rencontrer les professionnels de l'unité.

Recommandation

Il convient de veiller à ce que les plaintes et réclamations ne fassent pas l'objet de filtrage informel dans les unités.

Dans ses observations, le directeur précise que le nombre de réclamations ou de plaintes est très faible sur le centre hospitalier « Le mas Careiron ». Cependant, ne sont pas comptabilisés le nombre d'entretiens menés par mes membres de l'équipe de direction à la demande des patients. Ainsi, au cours de cette même année, six patients ont été reçus à la direction évitant réclamation ou plainte écrite. Il n'y a pas de filtrage informel réalisé dans les unités de soins.

Lorsqu'une plainte ou une réclamation est formalisée, un rapport circonstancié est demandé à l'unité concernée. Une réponse est apportée à l'utilisateur par le directeur ou la directrice adjointe et les questions résolues au sein de l'unité. Les motifs de ces réclamations ont porté sur des questions mineures, notamment perte de vêtements personnels, incompréhension d'un proche sur la prise en charge du patient.

Le questionnaire de satisfaction est remis à la sortie du patient. Les modalités de remise du questionnaire à la sortie du patient sont précisées à la fin du formulaire, soit dans la boîte prévue à cet effet dans l'unité, soit par l'envoi d'un courrier au service qualité de l'établissement. La pédopsychiatrie n'est pas prise en compte ; un questionnaire spécifique est prévu au cours de l'année 2018. Il a été indiqué que le questionnaire évoluait chaque année. L'appréciation des patients porte sur les modalités d'accueil et d'informations des patients à l'arrivée, pendant leur séjour (les soins, les relations avec les professionnels de santé, les ateliers thérapeutiques, la restauration, l'hébergement).

Le nombre de questionnaires renseignés par les patients (146) représente 11 % des patients hospitalisés ; il a sensiblement diminué en 2017 par rapport à 2016 (369). Ces questionnaires proviennent majoritairement des unités Nash, Ey, Pussin, Saint-Hippolyte-du-Fort, Winnicott, Germaine Le Guillant et Minkowski. L'analyse des questionnaires a permis de constater que 93 % des patients apprécient la bienveillance du personnel soignant à leur égard. En revanche, 34 % d'entre eux considèrent qu'ils ne sont pas informés suffisamment sur leurs droits et le traitement médical.

Recommandation

Des mesures sont nécessaires pour améliorer le retour des questionnaires de satisfaction.

Dans ses observations, le directeur indique que des questionnaires de satisfaction ont été élaborés pour la pédopsychiatrie avec les professionnels de ce pôle : questionnaire de satisfaction pour les hôpitaux de jour de pédopsychiatrie ; questionnaire de satisfaction pour les CMPEA ; questionnaire de satisfaction pour l'unité de semaine « La Farandole ». Ces questionnaires ont été mis en place depuis le 1^{er} mai dernier sur ces unités. Une première analyse a été réalisée et sera présentée au pôle et aux instances en septembre 2018.

Pour l'année 2017, le nombre de demandes d'accès au dossier médical est de quarante-sept dont huit demandes sans suite.

Sur les trente-trois demandes de dossiers datant de moins de cinq ans, quinze ont été communiquées dans le délai réglementaire de huit jours, la moyenne du délai d'envoi est de treize jours.

Pour les dossiers datant de plus de cinq ans, sur les six demandes, quatre dossiers ont été communiqués dans le délai réglementaire de deux mois, la moyenne du délai d'envoi est de douze jours.

Les trente-neuf dossiers communiqués concernaient : trente et un dossiers pour des adultes, un dossier pour un majeur protégé, quatre dossiers pour des mineurs, trois pour des personnes décédées.

L'analyse des données chiffrées permet de constater une amélioration du délai d'envoi réglementaire de huit jours depuis 2015. Pour les dossiers datant de plus de cinq ans, le délai d'envoi de deux mois est respecté sur les trois dernières années.

3.6 L'UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET HANDICAPEES PSYCHIQUES (UNAFAM) EST ASSOCIEE AUX PROJETS DE L'ETABLISSEMENT MAIS ENTRETIENT PEU DE CONTACTS AVEC LES PATIENTS

Les usagers sont bien représentés dans les instances de l'établissement (commission des usagers, conseil de surveillance, commission départementale des soins psychiatriques, comité des médicaments)). Ils participent également à des groupes de travail sur les projets de soins, l'isolement et la contention. L'UNAFAM a été consultée sur le projet médical et le livret d'accueil de l'établissement.

Bonne pratique

L'association des familles d'usagers est informée des pratiques de l'établissement et partie prenante de ses projets.

Il n'existe pas de maison des usagers ni de permanence au CHS d'Uzès. Les associations d'usagers ne sont pas présentes dans les unités. Le délégué départemental de l'UNAFAM a indiqué qu'un dépliant présentant les missions de l'association et les fonctions de ses bénévoles était en préparation à l'attention des familles des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Recommandation

Il convient de renforcer la visibilité des associations d'usagers par les familles et les patients (maison des usagers, accueil des familles, brochures d'information, affichage etc.).

L'association dispose de vingt postes de représentants des usagers dans le département du Gard mais en pratique, ils ne sont que douze à exercer leurs fonctions. Les familles rencontrées par les bénévoles expriment leur incompréhension sur les modalités d'hospitalisation sans consentement et les changements de statut des personnes en cours d'hospitalisation. Les familles soulignent également le souci de bienveillance des soignants.

3.7 LA PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST CONNUE ET APPLIQUEE MAIS LES DESIGNATIONS NE SONT PAS NOTIFIEES

Le livret d'accueil mentionne page 36 la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance. Si les possibilités qui s'offrent au choix du patient quant à la personnalité de la personne de confiance (parent, proche, médecin de famille, tiers) sont bien explicitées, il n'est pas fait mention du rôle de cette personne de confiance, ni des décisions qui peuvent lui appartenir de prendre.

La visite des unités n'a fait que renforcer ce premier constat. La procédure de désignation est bien intégrée dans les démarches d'accueil. Il s'ensuit donc que le pourcentage de désignation d'une personne de confiance est très élevé, souvent proche de 100 % comme à Henri Ey ou à Jean-Baptiste Pussin.

Des exemples de participation de la personne de confiance à la prise en charge du patient ont aussi été portés à la connaissance des contrôleurs. Dans l'unité Henri Ey, il est fait état de la présence de la personne de confiance à une réunion de synthèse et dans l'unité Minkowski, il est précisé que des médecins font appel à la personne de confiance pour certains aspects de la prise en charge.

Mais, plus globalement, la notion semble sinon inconnue, en tout cas peu appliquée et la procédure demeure incomplète en l'absence quasi généralisée de notification de la désignation

3.8 L'ACCES AU VOTE EST POSSIBLE MAIS PEU DEMANDE

Une note de service générale a précisé les modalités d'exercice du droit de vote lors des deux scrutins majeurs de 2017, les élections présidentielles puis législatives.

Pour ceux des patients qui ont voulu exercer leur droit, les solutions ont été soit les autorisations de sortie, soit pour ceux qui demeurent loin d'Uzès, l'établissement d'une procuration auprès de la gendarmerie locale.

Le problème des patients ne bénéficiant pas d'autorisation de sortie semble ne pas s'être posé car dans leur état pathologique, le droit de vote reste une abstraction.

3.9 L'ACCES AU CULTE NE RENCONTRE PAS D'OBSTACLE

Dans chaque unité, figure une affichette unique pour l'accès à l'aumônerie catholique et l'aumônerie protestante.

Les représentantes de chacune de ces deux religions ont un total et libre accès à l'ensemble des unités mêmes fermées. Elles sont toutes deux très connues de l'ensemble du personnel.

L'implantation au sein de l'établissement d'une chapelle située dans le « vieux mas » permet la tenue de « prière et partage » le lundi à 14h pour les catholiques et de « prière et musique » le mardi à 9h15 pour les protestants.



L'entrée de la chapelle

Les offices ainsi que les cérémonies pour les fêtes religieuses font l'objet d'un affichage. Le livret d'accueil mentionne page 13 les visites régulières des aumôniers catholiques et protestants et invite pour les autres religions à formuler son souhait d'accès à un représentant auprès du cadre de santé de l'unité d'hospitalisation.

3.10 LA PROTECTION JUDICIAIRE EST PEU DEVELOPPEE EN INTERNE FAUTE DE RESSOURCES HUMAINES

L'établissement est doté d'un service de majeurs protégés qui se trouve dans un bureau derrière l'accueil. Ce service ne gère que les patients dont le juge lui a confié la charge, il n'entre pas dans ses attributions de gérer les problématiques des majeurs protégés placés sous tutelle de tuteurs privés ou familiaux.

Suite à des problèmes récurrents de personnel, le service n'a pu depuis plusieurs années accéder aux demandes du juge d'instance d'Uzès et prendre en charge des nouvelles mesures de protection judiciaire depuis 2015.

Lors de la visite, le service gérait vingt-quatre mesures de tutelle et trois mesures de curatelle renforcée. Il a été précisé que ce nombre recouvrait à la fois les patients en psychiatrie mais aussi les résidents des structures médico-sociales de l'établissement, notamment la maison d'accueil spécialisée.

Il n'y a pas eu de la part du magistrat de critères particuliers dans le choix du mandataire de l'hôpital par rapport aux mandataires ou associations privés.

Le service est ouvert tous les jours et accueille les patients sous protection judiciaire particulièrement lorsqu'ils désirent entrer en possession d'argent liquide. Dans cette hypothèse, le mandataire qui ne dispose d'aucun fonds, établit un ordre de retrait à l'intention de la trésorerie située en ville. La trésorerie permet alors à un service appelé par tous « banque des patients » et qui est juridiquement une régie d'avance, la remise de liquidités au patient.

Cette organisation rigoureuse tant au niveau juridique que comptable permet aux patients de disposer rapidement de leur argent.

Le mandataire ne procède jamais directement à des achats pour les personnes placées sous sa protection. Les achats de faible importance pécuniaire sont réglés en liquide et les autres par mandat administratif.

Le mandataire de l'hôpital n'est jamais impliqué ni consulté dans la procédure de contrôle de l'hospitalisation complète par le juge des libertés et de la détention.

Dans les unités, les soignants possèdent les coordonnées des tuteurs ou curateurs de leurs patients. La détection de situations nécessitant une protection judiciaire est faite en priorité par les assistantes sociales mais les soignants y participent également, notamment au travers des réunions de synthèse qui sont pluridisciplinaires.

Il a été indiqué que les contacts avec les tuteurs extérieurs étaient souvent problématiques en raison notamment pour les tuteurs institutionnels – hors le mandataire de l'hôpital – des difficultés à les joindre et à obtenir des réponses. L'approvisionnement en tabac constitue la source principale de frustration pour les patients et de difficultés pour les soignants confrontés à cette frustration.

3.11 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE DES PATIENTS FAIT L'OBJET D'UNE VIGILANCE EFFICACE MAIS NON FORMALISEE

L'un des contrôleurs d'une façon anonyme, a téléphoné au centre hospitalier pour demander à être mis en relation avec un patient purement imaginaire dont il se trouve que trois patients de l'hôpital portent le nom. Ce contrôleur a insisté ; le réceptionniste n'a révélé à aucun moment la présence de l'un des patients portant le même nom, mais bien plus, a fini par conseiller au contrôleur de se renseigner auprès d'un autre hôpital. La démonstration a ainsi été faite de la vigilance de la réception téléphonique sur la confidentialité de la présence des patients.

De l'entretien d'un contrôleur avec le personnel du bureau des admissions, il résulte :

- qu'il n'existe pas de liste de patients souhaitant la confidentialité de leur présence ;
- que le standard bascule l'appel sur le bureau des admissions en cas de doute ;
- qu'il est parfois procédé à un contre appel lorsque l'appelant se présente comme un médecin ou une autorité ;
- que l'appel est transmis à l'unité lorsque celle-ci est demandée ;
- qu'un patient peut utiliser un alias.

Il y a donc une vigilance certaine du centre hospitalier sur cette question.

Il n'existe par contre aucun formalisme, aucun protocole devant être suivi par le standard de l'hôpital.

Recommandation

Le centre hospitalier doit formaliser la procédure de la confidentialité sur la présence des patients à l'hôpital et poser la question du souhait en matière de confidentialité à chaque admission.

4. LE RESPECT DES DROITS

4.1 L'AUDIENCE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION FAIT L'OBJET D'UNE ORGANISATION PARFAITEMENT PROTOCOLISEE, MAIS MISE EN ŒUVRE D'UNE FAÇON NON RESPECTUEUSE DE LA DIGNITE ET DES DROITS DES PATIENTS

En 2017, 249 patients ont été convoqués devant le JLD ; seuls quatre d'entre eux ont bénéficié d'une décision de levée de la mesure dont ils étaient l'objet ; le JLD a décidé de la mainlevée de trois mesures au regard de l'irrégularité de la procédure, les trois patients détenus n'ayant pu être escortés pour des motifs de sécurité à l'audience ; le quatrième patient, une femme, a bénéficié d'une levée de la mesure avec effet différé à 24 heures afin de permettre la mise en œuvre d'un programme de soins, au motif de l'absence de nouvel élément médical nécessitant la poursuite de la mesure et au motif de son apaisement apparent.

4.1.1 Le protocole de coordination de l'audience

Les audiences du JLD se tiennent au centre hospitalier.

Un protocole de coordination sur « *la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement* » a été signé le 12 septembre 2016 entre le centre hospitalier, le tribunal de grande instance de Nîmes, l'ordre des avocats du barreau de Nîmes et l'agence régionale de santé. Au terme de ce protocole, les audiences du JLD, fixées au centre hospitalier, sont organisées deux fois par semaine, le lundi et le jeudi matin.

Une salle d'audience a été aménagée, conforme au cahier des charges, spacieuse, comportant un large bureau pour le magistrat et le greffier, et des bancs pour le public, ainsi que deux fauteuils, l'un pour l'avocat, le second pour le patient. Derrière la salle d'audience, la salle des délibérés, il s'agit en fait du bureau du juge ; sur le côté un bureau pour l'avocat, ainsi qu'une salle d'attente.

Ce protocole prévoit les délais de saisine du JLD : dès le sixième jour d'hospitalisation complète pour le contrôle avant le douzième jour ; pour les saisines des six mois, quinze jours avant l'expiration de ce délai. Dès que le greffe a fixé la date d'audience, les pièces du dossier sont envoyées sous forme dématérialisée à l'ordre des avocats.

Il est prévu dans ce protocole que le centre hospitalier met en place une organisation favorisant la présence du patient. Celui-ci est accompagné par un soignant jusqu'à la salle, lequel « *reste à proximité de la salle durant toute l'audience* ». Enfin, pendant le temps du délibéré, le patient attend dans la salle d'attente, le soignant étant à ses côtés au moment de la notification de la décision.

Bonne pratique

Le dossier d'audience du patient dans les jours la précédant est communiqué à l'avocat qui peut ainsi préparer sa défense.

Bonne pratique

Dans le cadre du protocole, les soignants ne sont pas invités à assister à l'audience.

4.1.2 Le protocole de l'accompagnement des patients devant le JLD

L'accompagnement du patient devant le JLD a été protocolisé, prévoyant notamment la saisie de l'acte « *d'accompagnement chez le JLD* » dans le dossier patient.

Treize étapes sont répertoriées au titre de ce protocole, la première sur le rôle du bureau d'admission, la cinquième sur le cadre de santé, la septième, neuvième et onzième sur le chauffeur, la seconde, troisième, quatrième, sixième, huitième, dixième, douzième sur la mission de l'infirmier. Ainsi, chacune des étapes de la procédure de la saisine du JLD au retour du patient après l'audience donne lieu à un descriptif très précis.

Le titre du point 11 indique que les infirmiers font installer les personnes dans la salle d'attente et assurent la surveillance des patients.

Bonne pratique

Les patients convoqués à l'audience sont invités à attendre leur tour dans la salle d'attente et non pas dans la salle d'audience.

4.1.3 L'accompagnement des patients détenus :

Depuis l'évasion courant 2017 d'un patient détenu lors de sa sortie du véhicule à l'arrivée devant les locaux de l'annexe du TGI au centre hospitalier, les gendarmes de Uzès dont la brigade est située à 300 mètres, accompagnent systématiquement toute personne détenue convoquée à l'audience JLD, de sa sortie de l'unité jusqu'à la salle d'audience et assurent la protection du retour.

Le patient détenu est également accompagné de soignants ; il arrive seul, c'est-à-dire sans les autres patients convoqués le même jour, les gendarmes assistent à l'audience, de même que les soignants.

4.1.4 La tenue de l'audience

Les contrôleurs ont pu assister à deux audiences du JLD, les jeudis 8 et 15 février. L'audience est fixée à 10h.

a) L'audience du 8 février

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec le JLD et sa greffière, cette dernière parfaitement informée de cette procédure, de son organisation.

Le JLD n'était pas le magistrat habituel, ce dernier étant empêché depuis trois semaines.

Dans les dossiers se trouvent la décision d'admission, la demande du tiers lequel est convoqué à l'audience, le certificat d'admission, celui des 24 heures, celui des 72 heures et celui de l'avis motivé en règle générale établi le lendemain du certificat des 72 heures. De sorte que le dernier avis médical sur le maintien de la mesure date de sept à huit jours avant l'audience. Le JLD se satisfaisait de ce document, les psychiatres ayant fait savoir qu'ils étaient débordés, et que l'absence de certificat médical plus récent était de leur part le signe que la situation du patient n'avait pas évolué.

Recommandation

Le certificat médical, avis motivé, établi six à huit jours avant l'audience du JLD, ne peut être le document médical le plus récent. Le psychiatre doit établir un certificat médical dans les jours précédant l'audience, motivé sur la nécessité de poursuivre les soins sous la forme de la contrainte en hospitalisation complète.

L'avocat de permanence est arrivé peu avant 10h, a confirmé que les dossiers étaient envoyés la veille par mail. Il n'a pas dit s'il en avait pris connaissance. Il a précisé que l'ordre assurait une formation pour les avocats volontaires pour assurer les permanences JLD Psy. Il n'a pas précisé s'il avait suivi cette formation. Seul l'avocat intervient en robe, ni le JLD ni le greffier ne la portent.

Recommandation

Il est souhaitable que les avocats qui sont de permanence à l'audience, aient suivi une formation particulière.

Le patient détenu est arrivé seul, et a comparu en présence de deux gendarmes et des soignants, contrairement à la lettre du protocole pour ces derniers. L'entretien préalable avec l'avocat a duré trois minutes.

La première question posée par le juge a été « *êtes-vous favorable au maintien ?* » La réponse a été « *oui* » avec la précision apportée par le patient qu'il ne voulait pas rester à l'isolement.

L'avocat s'est vu attribuer la parole, pour en quelques secondes dire qu'il n'y avait aucune irrégularité de procédure, et n'a pas prononcé un mot sur le certificat médical « *avis motivé* » lequel n'a été ni lu ni commenté à cette audience.

La décision a été mise en délibéré après une audience de quatre minutes.

Recommandation

Il est souhaitable que le juge des libertés et de la détention fasse preuve de pédagogie pour expliquer la nature de l'audience et son rôle.

Ce patient a été ramené dans son unité.

Les six autres patients convoqués à cette audience sont arrivés ensemble à 10h32.

L'avocat les a tous vus les uns après les autres en seize minutes, l'audience reprenant 16h48.

Tous les patients sont entrés dans la salle d'audience s'installant avec les infirmiers sur les bancs de cette salle ; selon les infirmiers et le chauffeur, il s'agit de l'usage (non conforme au protocole).

Recommandation

Les patients s'ils arrivent ensemble, doivent être installés dans la salle d'attente et laissés libres d'assister à l'audience des autres patients. Ils ne doivent pas en arrivant être incités à y assister en étant installés d'autorité dans la salle d'audience.

Ainsi, tous les patients présents peuvent découvrir la pathologie ou encore l'histoire personnelle parfois douloureuse de chacun d'entre eux. Alors que si l'audience est publique, il existe une salle

d'attente où les patients peuvent être installés en arrivant, chacun faisant alors le choix d'assister à l'audience durant la procédure d'un autre patient.

L'avocat, pas plus que le juge n'ont fait de commentaires sur cette organisation et n'ont à aucun moment demandé à chacun des patients s'il était gêné par la présence de l'un ou l'autre des patients.

La situation du premier patient a été examinée en huit minutes, l'avocat ayant pris la parole vingt secondes ; le second a été vu en deux minutes dont quinze secondes pour l'avocat ; le troisième en deux minutes dont dix secondes d'avocat ; le quatrième patient a nécessité plus de temps, celui-ci ayant très clairement exprimé son souhait d'être libre ; l'avocat en dix secondes s'en est rapporté « *aux paroles de madame, et au certificat médical* » (contraire au souhait du patient) ; la situation du cinquième patient a été vue en trois minutes ; celle du dernier en deux minutes se terminant sur un « *je m'en rapporte* » de l'avocat.

A aucun moment, pour aucun des patients le certificat médical n'a été lu et commenté ; la question de l'ancienneté du dernier certificat n'a jamais été évoquée ; aucun débat n'a eu lieu quant à la nécessité de poursuivre les soins dans le cadre de la contrainte plutôt que dans celui des soins libres.

Le juge s'est alors retiré pour délibérer.

Les patients ont pu sortir de la salle d'audience pour aller fumer à l'extérieur.

Les contrôleurs ont discuté avec les patients sur cette audience, de la mission du JLD. Plusieurs semblent jusqu'au dernier moment avoir été dans l'ignorance de cette institution, et n'avoir aucun souvenir des droits susceptibles de leur avoir été notifiés lors de leur admission.

Recommandation

Le rôle du juge des libertés et de la détention doit être expliqué aux patients avant l'audience.

b) L'audience du 15 février

Cette audience s'est déroulée dans des conditions identiques à celle du 8 février quant à la présence de tous les patients et des soignants dans la salle d'audience ; mais dans des conditions différentes quant à la pédagogie de l'audience de la part du JLD et quant au rôle de l'avocat.

Le magistrat a pris le temps nécessaire pour chaque patient, afin d'expliquer et de donner du sens à l'audience ; les certificats médicaux ont été lus et commentés ; le patient a disposé du temps qu'il souhaitait pour s'exprimer. L'avocat est intervenu à chaque fois.

Ce jour-là, le JLD n'a pas prolongé l'hospitalisation de l'un des patients au motif de sa saisine tardive par le bureau des entrées.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) ETAIT INACTIVE AU MOMENT DE LA VISITE DES CONTROLEURS

La nouvelle composition de la CDSP a été arrêtée par décision préfectorale du 21 novembre 2017. Depuis, elle ne s'est pas réunie et n'a pas procédé à la nomination de son président.

Elle s'est réunie dans son ancienne composition le 28 janvier 2016, et les 19 avril et 4 juillet 2017.

Le magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel était absent aux deux réunions de 2017, cette absence soulevant quelques interrogations des membres de la CDSP sur

l'implication qui leur semble essentielle du juge des libertés et de la détention dans le fonctionnement de la CDSP.

Le bureau des admissions est informé des dates de réunions de la CDSP. Une information est alors faite par affichage dans les unités, permettant ainsi aux patients de s'inscrire pour être entendus lors de la séance annoncée. La CDSP lors des deux dernières réunions a été amenée à procéder à l'audition de patients : trois le 9 avril et six le 4 juillet.

Cette instance n'a pu examiner qu'une petite partie des dossiers des patients en soins sans consentement lors de sa séance du mois d'avril, « *compte tenu du nombre considérable de dossiers à examiner* » depuis sa dernière réunion ; elle n'en a examiné que trois lors de sa dernière séance, « *en raison du retard pris en début de séance* », et en raison du départ anticipé de l'un de ses membres « *le quorum n'étant plus respecté* ».

La CDSP ne remplit manifestement pas ses missions, ne prend pas le temps nécessaire pour y parvenir ; par ailleurs certains de ses membres ne semblent pas s'y impliquer.

Recommandation

La commission départementale des soins psychiatriques doit être réactivée et redynamisée afin de pouvoir remplir les missions qui sont les siennes.

Le directeur indique que la mise en œuvre de cette recommandation n'entre pas dans le champ de compétence de l'établissement. Toutefois, il souhaite préciser que la CDSP s'est réunie le 25 avril 2018.

4.3 LE REGISTRE DE LA LOI, RAREMENT VISE PAR LES AUTORITES, EST INCOMPLET ET NE PERMET PAS DE SUIVRE LE PARCOURS D'UN PATIENT

Le registre de la loi est tenu par le bureau des admissions. Le premier registre concerne les patients en SPDT, dont ceux en SPDTU et ceux en SPPI et le second, les patients en SPDRE.

Dans ses observations, le procureur de la République fait état d'une visite de contrôle annuelle de l'établissement.

4.3.1 Le registre de la loi des patients en SPDT

Ce registre a été ouvert le 7 août 2017. Le feuillet 153, le dernier ouvert au jour du contrôle, c'est-à-dire au 7 février, date du 28 décembre 2017. En réalité, il s'agit de la suite du feuillet 23 concernant le même malade, hospitalisé sans consentement depuis le 4 septembre 2017 à la demande de son père. Le feuillet précédent, c'est-à-dire le feuillet 152 est du 1^{er} février ; le précédant, le numéro 151 date du 2 février. Le registre de la loi n'est donc pas à jour, puisque n'y figurent pas les patients en soins sans consentement depuis le 2 février. La chronologie des hospitalisations n'est pas toujours respectée.

On ne trouve sur aucun des cinquante feuillets examinés correspondant à la période du 12 décembre 2017 au 2 février 2018 la mention de la notification de ses droits à chacun des patients, les décisions administratives d'admission. De même, les décisions du JLD (à l'exception du feuillet 124) n'y figurent pas. Les deux certificats médicaux nécessaires en cas d'une admission à la demande d'un tiers (hors péril imminent et hors urgence) y figurent rarement. Il est donc impossible de suivre le déroulement juridique et administratif de chacune des hospitalisations.

Les contrôleurs ont examiné la situation des cinquante patients encore hospitalisés au jour du contrôle. Le dernier document figurant dans le registre de la loi est systématiquement le certificat médical "avis motivé", daté du lendemain du certificat médical des 72 heures.

Les feuillets des patients présents depuis plus de douze jours ne comportent pas de décisions de JLD, à l'exception du feuillet 124 pour un patient hospitalisé le 7 janvier, la décision du JLD étant du 18 janvier.

Le premier certificat médical mensuel apparaît avec le feuillet 113 pour un malade hospitalisé le 28 décembre 2017.

Certains de ces certificats sont des copiés-collés. Un certificat médical avis motivé est daté du même jour que celui des 72 heures (feuillet 137).

Durant cette période, un certain nombre de mesures ont été levées avant la saisine du JLD, d'autres postérieurement.

On y trouve quelques programmes de soins.

Ce registre n'est donc pas à jour ; le retard est important.

Lors de la visite des contrôleurs la semaine suivante, il a été constaté que ce registre avait été en grande partie mis à jour. Les patients ont été inscrits le jour même de leur arrivée.

Cependant, la mise à jour n'a pas porté sur les décisions administratives d'admission, les certificats médicaux d'admission, la notification des droits des patients et les notifications d'audience JLD. Les décisions des JLD ont été intégrées dans le registre, les certificats médicaux mensuels également sans que leur chronologie soit toujours respectée, certains étant absents. Les décisions du JLD ont été jointes, ce qui a permis de constater des saisines hors délais du JLD.

4.3.2 Le registre de la loi des patients en SDRE

Ce registre a été contrôlé le 13 février. Comme le premier registre, il a manifestement été mis à jour entre les deux passages des contrôleurs.

Cette mise à jour a été faite dans la précipitation et dans l'urgence du passage du CGLPL. De sorte que la chronologie des hospitalisations n'est pas toujours respectée et qu'il manque parfois des documents tels que des certificats mensuels, des ordonnances du JLD.

On ne trouve aucune information sur les dates de notification des droits aux patients, sur les permissions de sortie, les décisions du préfet. De plus, certains certificats du collège médical sont manquants.

L'examen du registre a en outre permis de constater les conditions irrégulières d'hospitalisation d'un patient en SPDRE depuis 2000, pour lequel en septembre 2017, le JLD dans le cadre de l'examen des six mois a ordonné la double expertise psychiatrique, et a reporté l'audience à quinze jours. Or, cette double expertise n'est pas intervenue. Le JLD a donc par ordonnance constaté que l'expertise n'avait pas été faite et a reporté sans date l'examen de la situation de ce patient. Ainsi, depuis presque une année, aucune décision du JLD n'a statué sur le maintien ou non de la mesure d'hospitalisation sans consentement. Ce patient est donc dans une situation de non droit. Le JLD a alerté l'ARS ; le bureau des entrées a fait savoir que les deux experts psychiatres ne s'étaient jamais manifestés. Une libération de plein droit est susceptible d'être décidée pour un patient en hospitalisation complète depuis dix-huit ans.

Recommandation

Le registre de la loi doit être tenu à jour, quotidiennement. Toutes les informations prévues par la loi doivent y figurer notamment toutes les notifications, les décisions du JLD, les décisions du préfet sur les sorties autorisées.

4.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVIENT SANS TOUJOURS RENCONTRER LE PATIENT ET SANS RECUEILLIR SES OBSERVATIONS

L'examen du registre de la loi a permis de constater l'existence de certificats médicaux de situation établis par le collège des professionnels de santé à l'occasion du renouvellement des périodes d'hospitalisation de six mois.

Le moment où le collège se réunit, n'est pas précisé. Un psychiatre interrogé a confirmé la réalité de ces réunions.

Par contre, ce même médecin a admis que souvent, le collège ne recevait pas le patient, lequel l'était ou l'avait été par un seul membre du collège, sans pour autant préciser qu'il s'agissait du psychiatre de l'unité d'hospitalisation du patient concerné.

Lors de la réunion au cours de laquelle le patient est reçu par le collège des professionnels de santé, celui-ci doit être informé des intentions du collège et doit être invité à formuler ses observations lesquelles doivent être recueillies. Aucun des contrôleurs n'a constaté le respect d'un quelconque formalisme pour le recueil des observations des patients pour chaque changement de situation. Il n'existe aucun formalisme permettant de s'assurer que le patient a été informé des intentions du collège, qu'il a été invité à faire des observations et que celles-ci ont bien été recueillies.

Il doit être noté que le certificat établi par le collège peut ne pas être de pure forme. C'est sur recommandation du collège des professionnels de santé que le JLD a décidé en septembre 2017 pour un patient en hospitalisation complète depuis 2000 sur décision du préfet, d'ordonner la double expertise psychiatrique prévue par la loi (laquelle après cinq mois n'est toujours pas intervenu, plaçant ainsi ce patient dans une situation juridique de non droit (cf. § 4.3.2).

Recommandation

Le patient doit effectivement être reçu par les trois membres du collège des professionnels de santé. Il doit être informé des intentions du collège, ses observations doivent être recueillies et le tout doit être formalisé.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES ET FONT L'OBJET DE PRESCRIPTIONS MEDICALES DANS UN OBJECTIF DE REDUCTION

5.1.1 Tabac

L'accès au tabac ne fait pas l'objet de restriction particulière hormis celle imposée par la loi, l'interdiction de fumer dans les chambres et les locaux communs.

Le choix de bâtiments de plain-pied trouve ici toute sa pertinence. Les unités, même celle d'Hippolyte-du-Fort ont toutes des jardins et des patios qui permettent aux patients fumeurs d'accéder à l'extérieur.



Jardin unité Jean-Baptiste Pussin

Certaines unités comme Jean-Baptiste Pussin ou Henri Ey disposent même de deux patios, en plus de l'accès au jardin. L'accès au tabac n'a donc pas de contrainte même dans les unités fermées comme Nash où des allume-cigarettes ont été installés dans la cour.

Certains patients incapables de gérer leur consommation font l'objet de restriction. Il est pratiqué pour le sevrage une incitation douce ou des actions d'éducation thérapeutique par le pharmacien.

5.1.2 Accès aux chambres

L'accès aux chambres, sauf pendant les heures de nettoyage, est libre dans toutes les unités.

5.1.3 Le port du pyjama

Aucun patient n'a été vu en pyjama pendant la visite, ce qui a été confirmé par les réponses de l'ensemble des soignants. Le port du pyjama imposé aux patients pour des raisons de visibilité ou de sanction est une pratique bannie dans l'établissement.

Seule la mesure d'isolement s'accompagne du port du pyjama pour des raisons évidentes de sécurité.

5.2 L'ACCES AU TELEPHONE FAIT L'OBJET DE RESTRICTIONS IMPORTANTES DANS CERTAINES UNITES

Si l'accès au courrier est facile et généralisé sans contrainte particulière, l'accès au téléphone est de tous les aspects de la vie quotidienne celui pour lequel les plus grandes disparités ont été constatées d'une unité à l'autre et surtout d'une unité ouverte à l'autre.

Le livret d'accueil précise à ce sujet dans sa page 13 : « à votre demande et après accord du médecin, vous avez la possibilité d'appeler. Un téléphone peut être mis à disposition. Reportez-vous au règlement intérieur de votre unité ».

5.2.1 Dans les unités ouvertes

Seules deux unités ouvertes, celle de Saint-Hippolyte-du-Fort et l'unité Jean-Baptiste Pussin d'Uzès, ne procèdent à aucun retrait systématique du téléphone à l'arrivée du patient. Le principe a été inversé. Le téléphone portable peut être retiré à un patient sur prescription médicale. Les soignants ont précisé que ces règles étaient relativement récentes, ce qui explique qu'elles ne soient pas ainsi formalisées dans les règlements intérieurs des unités, mais qu'aucun incident particulier n'avait interrogé les équipes sur l'opportunité de renoncer à ce principe du retrait soumis à prescription médicale.

A l'inverse, l'unité Henri Ey pratique le retrait systématique et l'autorisation est soumise à avis médical.

Deux unités d'accueil sectorielles, Jean-Baptiste Pussin et Henri Ey, bénéficiant de locaux strictement identiques, ont des pratiques totalement différentes voire contraires en matière d'usage des téléphones portables. Il est constaté d'un côté, que quinze patients sur quinze ont accès à leur téléphone portable et de l'autre, six sur seize. De plus, à Henri Ey, ceux des patients qui se voient retirer leur portable ont accès au téléphone installé dans le bureau infirmier ce qui pose le problème de la confidentialité des communications. Cependant, l'unité Henri Ey est en conformité avec son règlement intérieur.

Dans l'unité Le Guillant, on retrouve également une conformité entre le règlement intérieur de l'unité et la pratique des remises soumises à autorisation médicale. Lors de la visite, sur dix-sept patients, seize étaient autorisés à recevoir ou transmettre des appels mais sept seulement à utiliser le portable qui leur a été laissé.

Dans l'unité Eugène Minkowski et l'unité Winnicott, les portables sont conservés au bureau infirmier dans des casiers fermés. Ils sont remis au patient une fois par jour uniquement pour consulter la messagerie. Les patients ont toujours la possibilité de téléphoner depuis le bureau infirmier selon la prescription du médecin.

5.2.2 Dans les unités fermées

Dans l'unité Mélanie Klein, pour les patients relevant du spectre autistique, la problématique ne peut médicalement se poser.

Dans l'unité John Forbes Nash, aucun téléphone personnel n'est accepté. Les appels éventuels sont passés depuis la salle des infirmiers et en présence des infirmiers. La liste des interlocuteurs et les autorisations médicales ou administratives sont tracées dans un classeur.

Enfin, à Saint-Hippolyte-du-Fort, côté « fermable », l'usage du téléphone est soumis à autorisation médicale.

Recommandation

Les règles d'usage du téléphone devraient être harmonisées dans le sens d'une plus grande ouverture.

Dans ses observations, le directeur indique qu'un groupe de travail composé d'IDE et de cadres de santé travaillent actuellement à l'harmonisation des règles de fonctionnement et notamment pour les règles d'usage du téléphone.

5.3 LA PROCEDURE DU LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST PARTIELLEMENT CONNUE MAIS EN PRATIQUE JAMAIS MISE EN ŒUVRE

Aux interrogations des contrôleurs sur la possibilité de choisir son médecin, les réponses ont mis en évidence parfois une méconnaissance de la procédure, plus souvent le constat de l'extrême rareté d'une telle demande.

Cependant, par exemple dans l'unité Eugène Minkowski, il a été indiqué que le choix restait toujours possible même s'il fallait envisager pour donner satisfaction à la requête du patient un changement d'unité.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT TRES SATISFAISANTES MAIS NE PROTEGENT PAS TOUJOURS L'INTIMITE ET LA SECURITE

Dans toutes les unités, les chambres sont spacieuses, claires, dotées d'une salle d'eau comprenant douche, lavabo et WC.

Les chambres sont individuelles à l'exception de quelques chambres doubles dans quelques unités. Une particularité dans l'unité Le Guillant : deux chambres individuelles communiquant entre elles, pouvant être occupées par un couple.

Bonne pratique

Une unité dispose de deux chambres pouvant communiquer entre elles, permettant à un couple hospitalisé de séjourner ensemble.

Les patients ne disposent pas de la clé de leur chambre et ne peuvent donc pas s'y enfermer, à l'exception des unités Nash et Le Guillant (dix chambres sur vingt) où les clés des chambres sont remises aux patients, les soignants disposant de passes leur permettant de les ouvrir.

Cette impossibilité de s'enfermer dans leur chambre notamment la nuit, est source d'inquiétude chez certains patients.

Toutes les chambres disposent de placards individuels. Dans certaines unités, les patients se voient remettre systématiquement la clé de leur placard (Minkowski ; Nash), dans d'autres, il faut la demander (Le Guillant) et pour certaines, il n'y a pas de clé (H. EY ; Pussin ; Saint-Hippolyte ; M. Klein).

Recommandation

Les patients doivent se voir remettre la clé de leur placard.

Dans ses observations, le directeur indique que la seule unité où la clé du placard n'est pas systématiquement remise au patient est « Mélanie Klein ». Par ailleurs, suivant l'évaluation clinique réalisée par le médecin et l'équipe IDE, la remise est différente mais cela reste de l'ordre de l'exceptionnel.

Nash a la particularité de disposer pour chaque chambre d'un système de veilleuse actionnée de l'extérieur, permettant lors des contrôles nocturnes la surveillance du patient sans avoir à ouvrir la porte. La contrepartie à ce système est l'installation sur chaque porte d'une trappe pouvant être actionnée de l'extérieur, assurant une vue sur l'intérieur de la chambre.

Recommandation

Il convient de mettre en place un système permettant au patient de s'enfermer dans sa chambre tout en laissant un libre accès aux soignants.

Bonne pratique

Deux unités disposent d'un système protecteur de fermeture des portes des chambres.

6.2 LES INSTALLATIONS SANITAIRES SONT ADAPTEES ET BIEN ENTRETENUES ET L'HYGIENE DES PATIENTS EST SURVEILLEE

Les locaux sont propres, parfaitement entretenus.

Les chambres sont nettoyées tous les jours.

L'hygiène des patients est suivie, la douche quotidienne encouragée. Les unités sont dotées d'une salle de bains permettant à ceux qui le souhaitent de s'isoler le temps d'un bain, sous surveillance d'un soignant.

Certaines unités développent une activité autour de l'image corporelle.

Le nécessaire de toilette doit être fourni par les familles. Il existe cependant des « kits hygiène » pour les nécessiteux et pour les entrants.

Les unités ne sont pas équipées de machines à laver le linge et de sèche-linge. Les familles sont sollicitées pour le lavage du linge. Les patients peuvent cependant s'adresser à la blanchisserie de l'hôpital sous réserve que leur linge soit identifié.

6.3 LES SUR OCCUPATIONS SONT EXCEPTIONNELLES.

Certaines unités ont un taux d'occupation inférieure à 100 %. Il n'y a donc *a priori* pas de sur occupation.

Cependant, le jour de la visite, un patient était en surnombre à l'unité de Saint-Hippolyte, du fait de l'arrivée du patient dans la nuit, placé en chambre d'isolement. Cette sur occupation a été réglée dans la journée par des transferts de patients à Uzès.

6.4 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES ET ACCESSIBLES

Selon la nature des biens, leur gestion se fait soit dans l'unité soit par l'intermédiaire du bureau des admissions et de la banque des patients.

6.4.1 La gestion des biens dans l'unité d'hospitalisation

Lors de l'admission d'un patient, il est procédé à un inventaire de ses biens lequel est tracé dans le dossier informatique, de sorte qu'il n'est pas signé.

Les effets personnels sont rangés dans le placard du patient. Les objets pouvant présenter un danger, (couteaux, rasoirs, ciseaux etc.) sont déposés dans un casier au nom du patient et conservés dans le bureau infirmier. Les objets précieux, les numéraires et les moyens de paiement dans l'unité Pussin sont inventoriés en trois exemplaires sur un carnet à souche : un exemplaire pour le patient, le deuxième pour l'unité et le troisième pour le bureau des admissions.

Dans les autres unités, cet inventaire des objets précieux et autres serait fait en un seul exemplaire, avant dépôt au bureau des admissions.

6.4.2 Le bureau des admissions et la banque des patients.

Le bureau des admissions intervient dans la gestion des biens des patients lors de la réception des objets précieux et de leur inventaire et lors de la réception des numéraires des patients et de leur moyen de paiement.

Les objets précieux et moyens de paiement sont conservés dans un coffre. Les patients peuvent venir rechercher leur carte de crédit pour des achats particuliers.

L'argent est déposé à la banque des patients laquelle intervient comme une régie au service des patients.

Recommandation

Un protocole sur la gestion et le dépôt des biens des patients est nécessaire afin d'avoir une pratique identique dans toutes les unités.

6.5 LES REPAS SONT ADAPTES AUX BESOINS INDIVIDUELS DES PATIENTS ET MIS A PROFIT POUR FAVORISER LA RELATION THERAPEUTIQUE.

Tous les repas, c'est-à-dire environ 1 000 chaque jour, sont conçus et élaborés sur le site par la cuisine centrale. Les menus des patients et du personnel sont les mêmes. Pour les patients, les repas de la journée sont livrés tous les matins dans chaque unité, conservés en chambre froide puis réchauffés au moment des repas.

Un diététicien à mi-temps sur le site de l'hôpital participe à l'élaboration des menus lesquels pour certains patients sont adaptés à leur pathologie, à leurs intolérances déclarées lors de l'examen somatique d'admission ; les menus sont également adaptés pour certains à leurs pratiques religieuses ou bien culturelles.

Les repas arrivent dans les unités en barquettes identifiables en fonction des menus particuliers. Les menus évoluent selon les observations faites dans les questionnaires de satisfaction. Ainsi, certains plats peu appréciés ne sont plus servis. Inversement, des adaptations peuvent être faites pour certaines unités. C'est le cas des patients de l'unité Nash qui se sont plaints de ne pas avoir assez de pain le matin ; des baguettes supplémentaires leur sont dorénavant livrées. En été, sont parfois organisés des repas en extérieur tels que barbecue.

Les patients prennent leurs repas en salle à manger. Ils sont servis le matin entre 8h et 8h30 pour le petit déjeuner, à 12h30 pour le déjeuner et à 19h30 pour le dîner. Une collation est offerte à 16h et une tisane le soir. Certains patients sur prescription médicale peuvent prendre leur repas en chambre.

Le personnel soignant prend son repas à la même table que les patients.

Bonne pratique

Dans la plupart des unités, pour chaque repas, un soignant s'installe à chacune des tables des patients et prend son repas avec eux.

Cependant, les soignants de l'unité Pussin prennent leur repas au même moment que les patients dans leur salle à manger, mais à une table qui leur est exclusivement réservée (organisation en cour de réflexion susceptible d'évolution mais sujet présenté comme délicat). Pour deux autres unités (Le Guillant et Klein), il existe deux services, le premier étant réservé aux patients les moins autonomes.

Dans les deux unités Nash et Minkowski, les patients en chambre d'isolement peuvent prendre leur repas à plusieurs dans une salle à manger qui leur est réservée à côté des chambres d'isolement.

Bonne pratique

Les patients à l'isolement peuvent prendre leur repas ensemble.

Enfin, le restaurant du site, la cafétéria, est ouverte à tous, ce qui veut dire que les patients pourraient y déjeuner avec leur famille, ce qui n'arrive jamais, aucune information n'étant faite notamment dans le livret d'accueil sur ce point.

6.6 LES ACTIVITES SONT ASSEZ PEU DEVELOPPEES DANS LES UNITES, MAIS SONT PARFOIS COMPENSEES DANS CERTAINES UNITES PAR UNE OFFRE THERAPEUTIQUE DYNAMIQUE

6.6.1 Les activités non thérapeutiques à l'intérieur des unités

Au regard des seules activités non thérapeutiques, il est assez difficile aux patients d'échapper à l'ennui.

Dans chaque unité, se trouvent une ou plusieurs salles d'activités, avec jeux de sociétés, télévision, bibliothèque.

La détention d'un ordinateur n'est pas possible à l'exception de l'unité de Saint-Hippolyte.

L'unité Nash est semble-t-il mieux dotée avec une salle de musculation. Il est vrai que cette unité est fermée.

Deux unités, Pussin et Le Guillant, affichent les activités proposées au sein de l'unité Daumézou, mais ces activités thérapeutiques sont pratiquées sur prescription médicale.

Deux unités, l'unité Winnicott et l'unité Germaine Le Guillant (cf. § 9.2) semblent préparer et programmer des activités régulières avec la participation des patients, chaque semaine. Winnicott a la particularité d'accueillir sur de longues périodes des patients atteints de pathologies chroniques.

La qualité et le nombre des activités proposées par chacune des unités ne sont pas les mêmes selon que l'unité est fermée ou non, selon que le séjour des patients doit durer ou non.

Plusieurs cadres de santé ont rappelé que trop d'activités seraient de nature à favoriser une installation à long terme des patients dans l'hôpital, lequel n'est pas un centre de vacances. L'idéal serait d'atteindre une absence totale d'activité pour une sortie rapide de l'hôpital selon un soignant. L'absence d'activité aurait ainsi une vertu thérapeutique.

Les patients rencontrés ont fait part de leur ennui et de leur inactivité, les activités thérapeutiques proposées par l'unité Daumézou n'étant pas accessibles à tous.

Lors de leur passage au sein de l'unité Minkowski, les contrôleurs ont rencontré des patients inactifs ou d'autres autour d'une table, faisant du coloriage et du découpage relevant de l'école primaire ; à aucun moment au cours de leurs nombreux passages dans cette unité, un soignant n'a été vu pratiquant une activité avec des patients.

6.6.2 Les activités thérapeutiques

Deux unités au sein de l'établissement proposent des activités thérapeutiques à destination de l'ensemble de l'établissement, l'unité Georges Daumézou entièrement dédiée à l'intra hospitalier et l'unité Valentin Magnan, surtout orientée vers l'extra hospitalier.

a) L'unité Valentin Magnan

L'unité Valentin Magnan est implantée dans des locaux très récents, à la fois spacieux, fonctionnels et lumineux à proximité immédiate de l'unité Mélanie Klein dans un bâtiment de plain-pied.

Cette unité a une capacité d'accueil de dix-neuf places et reçoit les patients les jours ouvrables de 9h à 16h30. Pour l'essentiel, les patients accueillis sont des patients en hospitalisation de jour et relevant du spectre autistique qu'ils soient ou non communicants. Cependant, un à deux patients en moyenne de l'unité Mélanie Klein viennent participer aux activités thérapeutiques qui font l'objet de prescriptions médicales.

Le matin, les patients de l'hôpital de jour arrivent en taxi. Ils sont pris en charge toute la journée, repas compris, et repartent le soir de nouveau en taxi. Les patients de Mélanie Klein restent également toute la journée. Le soir, l'unité est donc fermée.

La journée commence de 9h à 9h45 par une réunion où l'équipe présente les activités du jour à l'aide d'un tableau où figurent les photos des patients, celles des soignants et des pictogrammes indiquant l'activité.



Programme de la journée présenté aux patients

L'équipe de soignants placée sous la direction du cadre de santé de Mélanie Klein est apparue très impliquée et bénéficie pour les activités proposées de plusieurs salles manifestement fonctionnelles. Le panel d'activités est apparu large : théâtre, création manuelle, habilités sociales, gymnastique douce, sport adapté, cuisine, randonnée, esthétique, communication, sorties culturelles.



La pièce centrale de l'unité Valentin Magnan

L'unité bénéficie d'un budget moyen annuel pour les activités extérieures de 3 500 euros environ.

b) L'unité Georges Daumézon

L'unité Georges Daumézon qui dépend administrativement du pôle 5, est une unité intersectorielle dont la vocation est de proposer à l'ensemble des patients en intra hospitalier des activités thérapeutiques variées.

Elle est implantée dans ce qui fut à la construction de l'établissement une unité d'hospitalisation complète appelée « Les Tamaris » située sur le fond de l'emprise de l'hôpital. Si ces locaux apparaissent anciens et nécessitant une réfection, il n'en demeure pas moins qu'ils sont vastes et fonctionnels.

L'unité est ouverte de 9h à 17h mais à l'inverse de Valentin Magnan, et comme elle s'adresse à des patients en intra hospitalier, aucun repas n'y est servi. L'accueil des patients se fait donc chaque jour de 9h à 12h30 et de 13h à 17h.

L'organisation de l'unité repose sur deux types d'activité, celles soumises à prescription médicale et les autres plus ludiques ouvertes à tous les patients pour constituer un « espace socio » ouvert au plus grand nombre. Deux services à destination de l'ensemble de l'hôpital y sont implantés, la « banque des patients » qui est une régie d'avance et la cafétéria en l'occurrence une grande salle où se trouvent non pas un comptoir mais des distributeurs de boissons et de friandises à des prix très modestes.

La surveillance de la cafétéria est assurée par l'équipe de soignants depuis leur bureau contigu et équipé d'une vitre sans tain.



La cafétéria

La cafétéria est comme toujours dans les établissements psychiatriques un lieu de rencontre apprécié des patients.

L'équipe en place dans l'unité Daumézon dispose d'une cadre de santé, d'une infirmière, de trois moniteurs-éducateurs, d'un agent des services hospitaliers (ASH) possédant des capacités et des diplômes pour des prestations de coiffure et de massage et d'une ASH pour l'entretien des locaux.

L'équipe élabore un planning d'activités thérapeutiques qui est proposé ensuite aux unités qui adressent leurs patients. Tous les problèmes administratifs notamment ceux inhérents au statut juridique des patients (autorisation de sortie, prescriptions médicale) sont pris en charge et réglés en amont par les unités.

L'unité organise également les activités de sport qui se déroulent au gymnase ou sur le terrain de football dans le fond de l'emprise.

Le panel d'activités thérapeutiques ou non apparaît également large : esthétique et coiffure, bibliothèque, vidéothèque, salle d'informatique, jardinage, sorties culturelles, arts plastiques, travaux manuels, sorties cinéma, sorties culturelles, jeux vidéo, jeux de société.

Lors de la visite, il a été insisté auprès des contrôleurs sur des partenariats particulièrement fructueux avec des compagnies théâtrales permettant aux patients un accès à la culture complété par des entretiens avec les artistes qui viennent présenter leur travail.

Un atelier de friperie occupe une grande salle au sein de l'unité, il permet à des patients de s'occuper à remettre en état des vêtements récupérés qui sont ensuite triés et proposés à ceux qui en font la demande.



La friperie



Réparation des vêtements



La bibliothèque



Travaux manuels

Il a été indiqué qu'il n'était pas possible d'évaluer la participation aux activités non thérapeutiques et qu'il n'y avait pas de listes d'attente pour accéder sur prescription médicale aux activités thérapeutiques.

6.7 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS IGNOREE MAIS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

D'une façon générale, la sexualité n'est pas interdite même si tout est fait pour ne pas la faciliter. Cependant, le règlement intérieur de l'unité Henry Ey énonce sans ambiguïté que « *les relations sexuelles dans l'unité ne sont pas tolérées* ».

Il est interdit pour un patient de se rendre dans la chambre d'un autre patient.

Au sein des unités, la question est évoquée en fonction des situations. Il n'y a pas de distributions de préservatifs ; ils sont cependant remis à la demande.

Une vigilance particulière est exercée sur les patients entreprenants ou bien harcelés pour s'assurer de la réalité du consentement et délivrer une information sur les contraceptions.

Dans l'unité Winnicott, le rapprochement de deux patients n'étant pas possible en son sein, l'expérience a été tentée de louer une chambre d'hôtel, ce qui n'a pas été possible pour des raisons budgétaires.

Une réflexion a été engagée au sein du pôle 6 ayant conduit à une présentation à l'occasion d'un colloque au palais des congrès à Paris. Ce travail a été mené par plusieurs internes et médecins à partir du cas clinique d'une patiente de 16 ans ayant porté plainte pour viol alors qu'elle n'aurait pas cessé de provoquer des rapprochements avec de nombreux patients dans l'unité. Cette très jeune fille se serait introduite plusieurs fois dans des chambres pour des relations sexuelles et aurait refusé toute méthode contraceptive. L'équipe médicale a alors pris la décision de la placer la nuit en chambre d'isolement.

La question a alors été posée de savoir s'il est possible à l'hôpital d'interdire les relations sexuelles, « *sachant que l'on porte atteinte aux droits fondamentaux et aux libertés des personnes* ». L'équipe a procédé à un audit et a suscité un groupe de réflexion en demandant au JLD d'y participer. La démarche s'est soldée par un échec, le JLD ayant renvoyé la problématique sur le procureur de la République, lequel n'a apporté aucune réponse, et le groupe de travail n'ayant pu être constitué.

La conclusion de cette présentation a donc été la suivante : « *du fait de la situation de vulnérabilité des patients hospitalisés, les relations sexuelles sont interdites dans l'unité quel que soit l'âge des patients ; cette interdiction peut conduire à une prescription d'accueil en chambre d'isolement si les moyens nécessaires à une surveillance constante ne sont pas mis à disposition par l'établissement* ».

Une affiche a été élaborée pour interroger la communauté psychiatrique sur ces deux points avant de soumettre ces deux propositions au comité d'éthique lorsque celui-ci aura été mis en place, d'en informer le JLD et de les faire figurer dans le règlement de l'unité. Il n'est pas sans intérêt de constater que cette initiative intéressante n'a suscité que peu de réponses de la communauté médicale, révélant ainsi le malaise de tous face à la question de la sexualité des patients.

Recommandation

Le comité d'éthique doit prendre l'initiative d'une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, laquelle ne doit pas faire l'objet d'une interdiction absolue.

Le directeur indique que dans son programme 2018/2019, le comité d'éthique s'était positionné pour mener une réflexion sur la sexualité des patients, suite à la demande du chef de pôle 6. Cette réflexion a déjà débuté lors de sa séance du 28 juin 2018.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES, VARIEE ET INNOVANTE, REPOSE SUR LA CONSTRUCTION D'UN PROJET DE SOIN

7.1.1 Le projet de soins

L'organisation des soins psychiatriques repose sur un projet d'établissement et les projets médicaux des différentes unités. Les trois objectifs du projet médical 2017-2021 sont le renforcement de l'existant, la prévention de la rupture des soins et l'amélioration de la prise en charge des détenus. L'établissement est dans une démarche de promotion de la bienveillance avec élaboration d'une charte affichée dans les différents services et d'une grille d'autoévaluation.

Les projets de service sont également régulièrement réactualisés au rythme des changements de chefs de pôle.

La prise en charge du patient et l'hospitalisation, tant dans sa forme que dans son lieu, repose sur le projet de soins qui définit le parcours de soins des patients.

Les contrôleurs ont constaté que des réunions de service, réunions de synthèse avec participation des différents acteurs de la prise en charge (assistante sociale, psychologue, médecins), réunions entre soignants et soignés sont organisées dans toutes les unités.

Le projet de soins est un projet personnalisé et partagé avec les différents partenaires, de l'extra hospitalier comme de l'intra hospitalier. Si les projets de soins sont personnalisés et adaptés aux situations cliniques, ils sont également différemment organisés selon les unités.

A l'unité H. Ey, dès l'entretien médical d'entrée réalisé en présence d'un soignant, le projet de soins est consigné dans le logiciel Cortexte. Un entretien avec une assistante sociale est systématiquement réalisé à chaque entrée.

Dans les unités à l'orientation plus spécifique, le projet de soins est un élément du projet de vie. C'est le cas pour les patients de l'unité Winnicott où l'unité se décrit comme une : « *unité tremplin vers l'extérieur pour un projet de vie* » et les partenaires du médico-social ainsi que les familles y sont associés.

Le projet de service de l'unité Mélanie Klein donne une grande place à une prise en charge éducative des patients et non purement médicale et encore moins pharmaceutique. Les progrès ne seront obtenus que par l'éducation qui nécessite un apprentissage des codes pour la communication. Chaque patient a un soignant référent qu'il connaît et que la famille connaît. Le chef de pôle avait l'intention de recruter à la place d'un cadre de santé un éducateur spécialisé pour porter encore davantage l'accent sur le progrès par l'éducation. Ce recrutement s'est révélé impossible.

Dans les unités Klein, Winnicott et Germaine Le Guillant, du personnel éducatif ou paramédical complète l'équipe soignante.

La réhabilitation sociale est un des objectifs principaux s'agissant de patients chroniques et au long cours. Un travail d'accompagnement et de présentation du parcours du patient est effectué lors de l'orientation vers des structures médico-sociales.

A l'unité Nash, le psychiatre est présent tous les jours et le *staff* matinal revient sur toutes les situations cliniques. Dans cette unité fermée où ne séjournent que des patients relevant du régime de l'hospitalisation sans consentement, le projet de soins est surtout un projet de séjour

dans l'unité en regard du comportement et des ajustements thérapeutiques. L'accent est mis sur le suivi médical avec la présence quotidienne du praticien. Les observations comportementales sont possibles au cours des activités réalisées dans l'unité. La présence d'une salle de sport et d'une salle d'activités manuelles permet à la fois la réalisation de ce temps d'évaluation clinique par le personnel infirmier et également des activités de détente pour des patients qui restent dans cette unité fermée le temps de leur hospitalisation.

A Saint-Hippolyte-du-Fort, les prises en charge sont fortement impactées par la situation particulière de cette unité qui se trouve au centre du village à quarante minutes de route du Mas Careiron. Plusieurs patients peuvent être maintenus à domicile dans un programme de soins en bénéficiant de visites à domicile et de la surveillance bienveillante du voisinage et de la famille. Un patient est ainsi hébergé le week-end et bénéficie de visites à domicile dans la semaine. Les activités thérapeutiques de relaxation, d'art-thérapie et de musicothérapie sont réalisées dans ce service par un personnel formé et qui se partage entre l'unité et les hôpitaux de jour du secteur.

7.1.2 Les patients hospitalisés sans consentement

Une réflexion sur le soin sans consentement avec ou sans nécessité de contrainte physique a abouti à une organisation spécifique de la prise en charge de ces patients.

En principe, les patients hospitalisés sans consentement sont orientés dans le service correspondant à leur secteur.

Deux unités sont plus spécifiquement dédiées à la prise en charge des soins en chambre d'isolement sans pour autant être exclusivement des unités de « crise ». Il s'agit de l'unité Minkowski et de l'unité Nash. L'unité Minkowski est dotée de quatre chambres d'isolement et a fait le choix de développer la prise en charge plus spécifique de l'hospitalisation de jeunes patients agités. L'unité Nash est spécifiquement et exclusivement dédiée aux soins sans consentement. Elle y reçoit les patients dont l'état d'agitation nécessite un isolement ou une contention prolongée peu compatible avec le maintien dans une unité de psychiatrie générale. Elle reçoit à ce titre les patients détenus en provenance de la maison d'arrêt de Nîmes. Le lieu de provenance des patients hospitalisés à Nash est intersectoriel voire régional puisque l'unité est amenée à recevoir les patients de la maison d'arrêt et parfois du centre hospitalier de Nîmes.

Bonne pratique

Le projet médical a su articuler politique de secteur et proposition de soin selon les pathologies.

7.1.3 Le circuit en pédopsychiatrie

Les hospitalisations des grands adolescents 14-18 ans se réalisent dans l'unité Minkowski, l'intersecteur de pédopsychiatrie recouvrant le secteur adulte du 30G06.

La prise en charge des très jeunes enfants se fait au sein de l'unité Farandole qui fonctionne comme un hôpital de jour avec seulement six lits d'hospitalisation à temps partiel.

L'unité Mélanie Klein dispose de dix-neuf lits pour l'accueil de patients atteints de troubles envahissants du développement et du spectre autistique.

7.2 L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES EST DE QUALITE MAIS LE TEMPS MEDICAL EST INSUFFISANT

7.2.1 Les consultations de médecins généralistes

Les soins somatiques sont pris en charge pour l'ensemble de l'établissement à l'exception de l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort par deux médecins somatiques qui ont leur bureau dans le bâtiment central.

Le principe d'organisation est de consacrer une ou plusieurs demi-journées à chacune des unités en fonction des besoins identifiés et dans le même temps de répondre aux urgences de l'ensemble. Est considéré comme une urgence l'examen médical de tout arrivant qui s'effectue dans les 24 heures après l'hospitalisation.

Lors de la visite, en raison de l'absence d'un des deux médecins et du faible temps d'emploi d'un interne, l'ensemble des intervenants s'est accordé à constater que le temps médical était insuffisant. Le médecin seul en poste a déclaré ne pouvoir assurer que les urgences. Cette situation devrait cependant s'améliorer au retour du second médecin, retour annoncé dans un délai relativement proche.

Malgré cette carence, les soignants ont tous considéré n'être jamais mis en difficulté par les problématiques relevant de la médecine générale. Une attention particulière est portée sur l'unité Mélanie Klein dont les patients sont incapables d'exprimer leurs douleurs même d'origine bénigne comme une simple carie, souffrances qui peuvent entraîner des conséquences lourdes dans leur comportement. Il est souvent fait appel à des spécialistes voire même à des spécialistes de la prise en charge somatique des autistes.

Concernant l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort, la taille du service et l'éloignement du site d'Uzès ne permettent pas la visite du médecin généraliste de l'établissement. L'examen somatique d'entrée est assuré par les psychiatres. Ils assurent également pendant la nuit et les fins de semaine la permanence médicale du foyer d'accueil médicalisé, structure médico-sociale de l'hôpital. Pour les urgences, il peut être fait appel au SAMU.

7.2.2 Les consultations de médecins spécialistes

Pour les soins dentaires, l'établissement s'est équipé d'un cabinet où vient officier un praticien tous les lundis.

Les consultations spécialisées sont orientées vers l'hôpital de Bagnols-sur-Cèze mais également au centre hospitalier universitaire de Nîmes.

Une équipe composée de deux personnes, une infirmière et une agente administrative, gère le « point consultation ». Les unités font connaître au point consultation les besoins exprimés par les médecins en matière de consultations spécialisées. Le binôme assure les prises de rendez-vous et l'intendance pour les transports, assurés le plus souvent par des sociétés de taxis. Les soignants des unités effectuent l'accompagnement des patients lorsque c'est nécessaire juridiquement et médicalement. Dans le cas inverse, les patients se déplacent seuls.

Concernant les délais de consultation, l'hôpital ne bénéficie d'aucun avantage particulier par rapport à la population d'Uzès¹². Les délais sont donc très longs pour les ophtalmologistes et les

¹² Sauf en cas d'interventions personnelles du médecin de l'hôpital, interventions réservées aux cas les plus urgents.

cardiologues. Par contre, les demandes de scanners ou d'IRM¹³ sont très rapidement prises en compte notamment par l'hôpital de Bagnols-sur-Cèze.

L'équipe du point-consultation choisit les médecins spécialistes en fonction également du lieu de résidence du patient, pour garantir la continuité de la prise en charge après la fin de l'hospitalisation. Elle s'assure aussi du suivi de la consultation si le patient n'est plus hospitalisé.

¹³ IRM : imagerie par résonance magnétique.

8. LES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

8.1 EN L'ABSENCE D'UNE FILIERE D'URGENCE CLAIREMENT IDENTIFIEE, LES PATIENTS SONT ORIENTES ET ADMIS DANS LES DIFFERENTS SERVICES EN FONCTION DE LEUR ETAT CLINIQUE

Il n'existe pas d'unité d'urgence d'entrée spécifique identifiée.

8.1.1 La provenance et l'orientation

Les demandes d'hospitalisation ou les entrées proviennent des urgences des hôpitaux environnants : Bagnols-sur-Cèze, Avignon, Nîmes ainsi que des différentes structures de soins du secteur psychiatrique et des médecins généralistes.

En dehors de l'urgence qui passe par les services d'urgence, la demande d'hospitalisation est traitée au cours d'échanges téléphoniques soit avec le médecin du secteur dont la personne relève soit avec le médecin de garde sur le site du CHS lorsque la demande survient la nuit ou les week-ends.

Pour les hospitalisations programmées, le lieu d'accueil est déterminé selon un accord téléphonique entre le médecin traitant ou le psychiatre traitant et le médecin responsable de l'unité qui va recevoir le patient.

L'orientation se fait selon le double critère du secteur et de l'état clinique de la personne. Ainsi, un patient très agité dont l'état nécessite un isolement et une contention, pourra être d'emblée orienté vers l'unité fermée Nash.

Dans le projet d'établissement, l'unité Minkowski est plus spécifiquement destinée à recevoir les jeunes adultes de moins de 26 ans. L'expression symptomatique des troubles psychiatriques est alors souvent bruyante. L'unité est pourvue de quatre chambres d'isolement. Elles sont donc fréquemment sollicitées pour les entrées qui nécessitent un passage en chambre d'isolement. Le personnel de cette unité a pu bénéficier d'une formation sur l'accueil pour 70 % de son effectif.

Quelques rares entrées peuvent se faire directement dans l'unité Mélanie Klein mais il s'agit de patients connus, fréquentant régulièrement le service du fait de leur pathologie lourde et invalidante.

Le transport est fait, selon les situations par les ambulances privées, les taxis, les pompiers ou plus rarement les familles.

8.1.2 L'entrée

Les unités Nash et Minkowski ont des entrées spécifiques ou dérobées afin de permettre une prise en charge immédiate et sécurisée tout en étant à l'abri des regards des autres personnes hospitalisées. En revanche, dans l'unité à Saint-Hippolyte-du-Fort, l'accueil se fait dans le hall d'entrée qui se trouve être également une salle de passage conviviale et accueillante, ouverte à tous mais peu propice à des premiers soins nécessitant confidentialité et calme.

8.1.3 L'accueil

Le patient est toujours attendu et accueilli par l'équipe soignante composée le plus souvent d'infirmiers, le médecin étant rapidement appelé dans un second temps. Dans certains cas, l'accueil se fait dans l'ambulance, les infirmiers se déplaçant au plus près. Certaines unités disposent d'un espace dédié permettant le premier entretien et l'organisation de la prise en charge.

Selon l'état clinique du patient, après évaluation par le médecin du service ou le médecin de garde, l'accueil se fera en chambre classique ou en chambre d'isolement.

Un patient reçu dans un premier temps dans l'unité dédiée à son secteur, peut en fonction de son état clinique être transféré secondairement dans l'unité fermée Nash, selon les différentes procédures de contrainte, si son état d'agitation le nécessite. Il reviendra, l'état critique passé, dans l'unité de son secteur afin de poursuivre les soins.

Bien que l'absence d'unité d'urgence ou d'entrée rende le circuit d'arrivée dans l'établissement peu transparent, les services ont su développer des stratégies d'accueil adaptées autant à la spécificité de l'unité qui reçoit qu'à l'imprévisibilité liée à la pathologie et de ce temps d'hospitalisation. Cela implique la constante fluidité des échanges entre les professionnels.

8.2 UNE BREVE PERIODE D'ISOLEMENT EST SYSTEMATIQUE A L'ACCUEIL DES PERSONNES DETENUES ET LA CONTENTION EST PEU UTILISEE

8.2.1 Répartition des chambres d'isolements

L'établissement est doté de quinze chambres d'isolement et d'une chambre d'apaisement sur un nombre total de 191 lits soit un pourcentage de 7,9 % de chambre d'isolement sur la capacité totale de lit.

Elles se répartissent comme suit :

- dans le secteur 30G05, une chambre d'isolement dans l'unité Pussin, une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement dans l'unité Mélanie Klein ;
- dans le secteur 30G06, une chambre d'isolement dans l'unité Henry Ey et quatre chambres d'isolement dans l'unité Minkowski ;
- dans le secteur 30G07 six chambres d'isolement dans l'unité Nash et deux chambres d'isolement dans l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort.

L'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort a le projet de transformer une des chambres d'isolement en chambre d'apaisement.

L'établissement, à travers la commission médicale d'établissement et la direction des soins, de la qualité et des risques associés aux activités de soins, a conduit une réflexion sur l'utilisation des chambres d'isolement et des mesures de contention qui a abouti à l'élaboration de protocoles et d'un rapport annuel intitulé : « *Rapport annuel 2016 rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre* » édité en mars 2017 sur les chiffres de 2016. Ce rapport reprend les différents textes réglementaires, articles de loi et recommandations de la Haute Autorité de Santé ainsi que le protocole de mise en chambre d'isolement. Il procède à une description complète et détaillée des différentes chambres d'isolement. Il établit le bilan chiffré des prescriptions et de l'utilisation des chambres d'isolement et développe la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques.

Pendant les quatre jours de visite, les contrôleurs ont pu constater l'utilisation modérée des chambres d'isolement. Ainsi, une chambre sur deux à l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort était occupée, trois sur six à l'unité Nash, aucune à l'unité Pussin, deux sur quatre à l'unité Minkowski et aucune à l'unité Henry Ey. Une chambre d'isolement de l'unité Nash était utilisée pour un isolement médical pour un cas de rougeole déclarée, confirmée par un examen sérologique sur un des patients de l'unité. Pendant cette utilisation, le patient avait accès à ses effets personnels

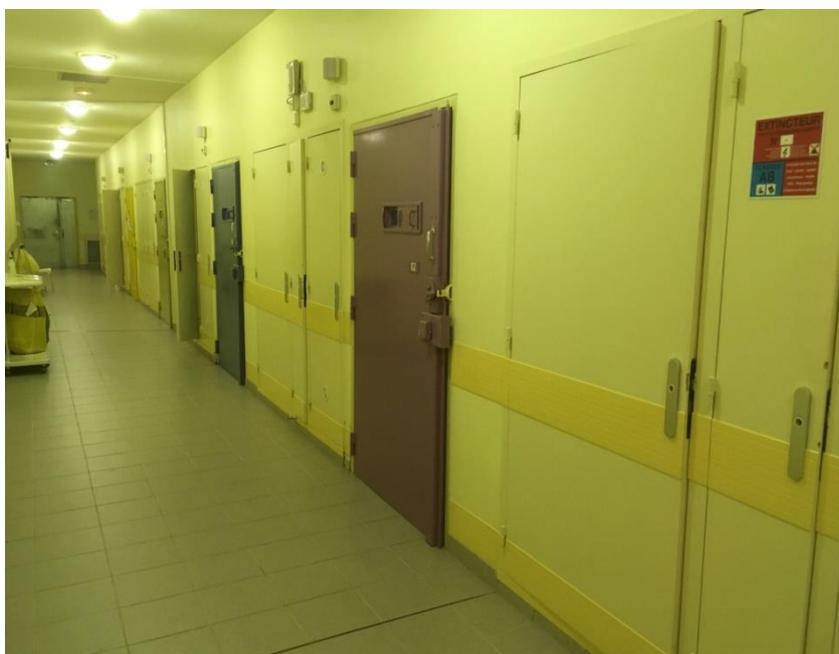
mais n'avait pas la possibilité de circuler dans le service. Des mesures de protection étaient en application pour le personnel et les patients. Il a même été proposé aux contrôleurs une couverture vaccinale comme à l'ensemble des personnes ayant eu un contact avec le sujet contaminé.

8.2.2 Description des chambres d'isolement

Les chambres d'isolement du site du Mas Careiron sont identiques. Elles sont grandes, spacieuses et bien éclairées. Elles comprennent un espace sanitaire où se trouve le double accès de la chambre. Il n'existe aucune caméra ni système de vidéosurveillance. Les chambres sont munies de sonnettes.

a) Dans l'unité Nash

Le secteur des chambres d'isolement est séparé du reste du service. Lorsqu'un patient en chambre d'isolement utilise la sonnette d'appel, le numéro de la chambre s'affiche sur les téléphones des infirmiers en même temps que la sonnerie. Un témoin s'allume également dans la salle des infirmiers. Pour que la sonnerie et le témoin s'éteignent, il faut que les infirmiers pénètrent dans la chambre d'isolement d'où provient l'appel et neutralisent l'appel. Les six chambres sont alignées le long d'un couloir au bout duquel s'ouvre la porte permettant un accès dérobé. La porte d'accès est métallique avec un aspect très carcéral et le hublot de surveillance se ferme par un volet métallique mobilisable du couloir. Par le hublot de la porte, il est possible de voir une horloge qui indique date et heure par affichage digital. En cas d'immobilisation sur le lit par une contention ou de fermeture du volet, l'horloge n'est pas visible.



Couloir avec les six chambres d'isolement de l'unité Nash

L'arrivée des personnes détenues se fait systématiquement par une porte s'ouvrant à l'extrémité du couloir et l'accueil se fait en chambre d'isolement parfois pour seulement quelques heures.

b) Dans l'unité Minkowski

Les quatre chambres d'isolement sont séparées du reste du service et sont côte à côte dans un espace fermé accessible directement par l'infirmierie. Dans les deux unités Nash et Minkowski, l'accueil du patient se fait par une entrée permettant d'accéder directement dans le secteur isolement où sont aménagés une salle à manger et des espaces extérieurs.



Salle à manger du secteur chambre d'isolement dans l'unité Nash



Cour extérieure grillagée de l'unité Nash secteur isolement

c) Dans les autres unités Henry Ey, Pussin et Mélanie Klein

Les chambres sont situées dans le service, non séparées des autres chambres. Le hublot permettant la surveillance depuis le couloir est facilement accessible et peut laisser à d'autres personnes que le personnel soignant la possibilité d'avoir un accès visuel à l'intérieur de la chambre.

Recommandation

Une modification des hublots des portes des chambres d'isolement doit être effectuée afin que la vue de l'intérieur de la chambre d'isolement soit strictement réservée au personnel soignant.

d) Dans l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort

Les deux chambres d'isolement sont situées dans le secteur fermable et ne se distinguent pas des autres chambres. Toutes les chambres comportent en effet une double porte d'entrée délimitant un sas d'entrée pouvant accueillir les effets personnels du patient.

8.2.3 Utilisation des chambres d'isolement

Les patients conservent leurs chambres lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement. Si exceptionnellement il y a sur occupation comme ce fut le cas lors de la visite des contrôleurs à l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort, le patient a été transféré dans la journée dans une autre unité. Si toutes les unités de psychiatrie générale sont équipées de chambres d'isolement, il est indiqué que le patient est très vite orienté dans l'unité Nash lorsque le temps d'isolement se prolonge. Toutes les unités sont équipées de boîtes de contention en nombre suffisant et dans l'unité Nash, un lit est toujours équipé de sangle de contention afin de répondre à l'urgence à tout moment.



Chambre d'isolement de l'unité Nash équipée de contentions

8.2.4 Le registre de l'isolement

Le registre de la contention et de l'isolement est dématérialisé dans le logiciel Cortexte.

Des listings ont été fournis à la demande des contrôleurs sur l'occupation des chambres d'isolement pendant les mois de décembre 2017 et janvier 2018

Sous le numéro IPP (identification des personnes physiques) du patient apparaissent les heures de mise en isolement, les renouvellements et la fin de la mesure, le nom de l'unité, le nom des médecins prescripteurs et le nom de tous les membres du personnel soignant étant intervenus dans la prise en charge.

La consultation du document permet de suivre toutes les séquences et les soins du temps d'isolement pour une personne. Il y apparaît quelques erreurs dont la décision initiale de l'isolement pour un même patient sur plusieurs jours alors que devrait figurer le terme de renouvellement, mais globalement le registre est bien renseigné.

En décembre 2017, vingt-huit patients ont été placés en isolement pour une durée maximale de quinze jours et une durée minimale de 9h ; 60% de ces patients restent en isolement moins de

72h. En janvier 2018, trente-cinq patients ont été isolés pour une durée maximale de vingt-cinq jours et une durée minimale de 4h ; 60% de ces patients restent également moins de 72h en isolement.

La majorité des isolements se fait dans l'unité Nash (quatorze patients en décembre et seize patients en janvier) et dans l'unité Minkowski (sept patients en décembre et douze patients en janvier).

Dans l'unité Henri Ey, un patient en décembre et trois patients en janvier ont été isolés. Dans l'unité Pussin, deux patients en décembre et deux en janvier. A Saint-Hippolyte, trois patients en décembre et deux patients en janvier. Concernant l'unité Mélanie Klein, il n'est relevé sur cette période qu'un seul isolement en décembre.

8.2.5 Le registre de la contention

Le registre de la contention est également dématérialisé. Un listing portant sur le mois de décembre 2017 et le mois de janvier 2018 a été fourni aux contrôleurs.

En décembre 2017, trois patients ont été mis en contention pour une durée maximale de 20h et pour des durées minimales de 4h. Les trois patients se trouvaient dans l'unité Germaine Le Guillant. Un de ces patients a dans un premier été hospitalisé et contenu dans l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort puis a été transféré sur l'unité Germaine Le Guillant où il a été également contenu.

Pour le mois de janvier 2018, deux patients ont été contenus : un dans l'unité de Saint-Hippolyte et un dans l'unité de géro-psycho-geriatrie pour une durée maximale de 23h.

En pratique, la contention est utilisée exclusivement pour les patients de l'unité Germaine Le Guillant qui ne dispose pas de chambre d'isolement. Le médecin généraliste avait abordé la question du risque de chute chez les personnes âgées agitées et désorientées et la nécessité d'utiliser la contention sur les lits ordinaires pour prévenir ces chutes.

8.2.6 Les indicateurs isolement et contention

Ces chiffres fournis par le département d'information médicale permettent de corréler les mesures d'isolement et de contention selon le statut d'hospitalisation. Mais ils ne permettent pas de connaître le nom de l'unité où s'est déroulée la mesure.

	Isolement en chambre d'isolement		Contention en chambre d'isolement		Contention hors chambre d'isolement	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Nombre de patients	208	232	39	25	21	24
Nombre de patients sans consentement	191	200	33	20	10	10
Durée moyenne d'isolements par prescription	3,43 jours	3,40 jours	1,86 heures	1,78 heures	2 heures	1,87 heures

Ce tableau permet de mettre en évidence qu'isolement et contention peuvent s'exercer auprès de patient en soins libres :

- des patients **en soins libres**, dix-sept en 2016 et trente-deux en 2017 ont été en isolement en chambre d'isolement ;
- des patients **en soins libres**, six en 2016 et cinq en 2017 ont fait l'objet de soins sous contention en chambre d'isolement ;
- des patients **en soins libres**, onze en 2016 et quatorze en 2017 ont fait l'objet de soins sous contention hors chambre d'isolement.

Si l'on croise les résultats fournis par les registres d'isolement et de contention avec le tableau fourni par l'établissement sur les indicateurs isolement et contention, il apparaît que des patients en soins libres peuvent être isolés et contenus et que des contentions hors chambre d'isolement sont pratiquées.

Recommandation

Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être exercées que sur des patients dont le statut d'hospitalisation relève de la loi de juillet 2011. L'établissement doit impérativement adapter ses pratiques au cadre légal.

Dans ses observations, le directeur indique que la procédure en vigueur sur l'établissement précise : « La mise en vigueur thérapeutique est un acte de soins intensifs mis en œuvre sur prescription médicale qui vise à contenir et à protéger le patient de ses actes auto ou hétéro agressifs, l'accompagner dans un moment de crise et de difficulté. L'isolement thérapeutique : l'utilisation de la mesure d'isolement constitue une restriction majeure à la liberté individuelle et, de ce fait, doit être une mesure d'exception et temporaire. L'application de cette mesure doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne. Elle ne doit être utilisée qu'en dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés. Dans le cas contraire et en cas d'urgence, un changement de placement doit être mis en œuvre le plus rapidement possible ».

Les recommandations de février 2018 de la Haute Autorité de santé sur l'isolement et la contention précise qu'en cas d'urgence, un patient en service libre peut être mis en isolement, en attendant la transformation du placement. Dans les chiffres d'activités des mesures d'isolement et de contention, c'est le mode d'hospitalisation à l'entrée à l'isolement qui est retenu, or, rapidement, la transformation du placement est réalisée.

Il n'est pas possible d'analyser plus finement ces pratiques qu'il conviendra de documenter et d'analyser.

Recommandation

Les mesures d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'un enregistrement permettant d'avoir une analyse claire de ces pratiques.

Dans ses observations, le directeur indique que la limitation des mesures de restriction de liberté est intégrée au sein du projet médical, du projet de soins infirmiers et de rééducation et médicothérapeutiques et du projet d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et des prises en charge 2017-2021. Par ailleurs, l'institution a formalisé « une politique pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre » définissant des cations que le centre hospitalier « Le mas Careiron » s'engage à mettre en œuvre afin de limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention, mais aussi en terme de démarche d'information des instances de l'établissement. Dans ce cadre, l'enregistrement des mesures est réalisé sur le DPI Cortexte permettant une extraction des données « fiables » et deux fois par an, une présentation et une analyse de celles-ci en instance.

8.3 L'ETABLISSEMENT A FAIT LE CHOIX, ONEREUX, DE MOLECULES RECENTES ENTRAINANT PEU D'EFFETS SECONDAIRES

La pharmacie est située au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, près des bureaux de consultations des spécialités. Il s'agit d'un vaste espace, clair et lumineux, qui permet une circulation aisée pour les préparateurs. Les bureaux des pharmaciens sont directement accessibles depuis la salle de préparation.

8.3.1 Préparation des traitements

Les piluliers individualisés sont préparés à la semaine et sont vérifiés dans les services par les équipes de nuit. Les traitements sont actualisés quotidiennement.

Tous les services ont une dotation globale afin de répondre aux prescriptions immédiates.

En dehors des heures d'ouverture, la nuit et le week-end, le médecin de garde a un accès permanent à la pharmacie.

Il existe un protocole afin de s'approvisionner, de manière ponctuelle, auprès d'une pharmacie de garde, en ville, en cas de besoin.

8.3.2 Le comité du médicament

Le comité est actif et se réunit régulièrement. Le choix des psychotropes y est discuté et la priorité est donnée aux nouvelles molécules, parfois plus onéreuses mais aux effets secondaires réduits.

Les axes de travail sont l'information sur les nouvelles molécules, une réflexion sur des situations cliniques en pédopsychiatrie et l'élaboration d'un guide sur les thérapeutiques en gérontopsychiatrie. La trousse des médicaments d'urgence est revue tous les trois mois.

Bonne pratique

Un guide de prescription pour la géronto-psychiatrie est accessible pour les prescripteurs.

8.3.3 Contrôle du circuit du médicament

Les pharmaciens ont sensibilisé l'ensemble des membres du personnel sur le circuit du médicament en proposant l'anonymisation systématique du traçage des erreurs.

Bonne pratique

L'anonymisation du recueil des erreurs sur le circuit du médicament permet une réelle connaissance des risques de ce système et facilite la mise en place d'actions d'amélioration sur ce circuit.

La pharmacie exerce par le biais du logiciel de prescription une surveillance constante des prescriptions : quatre à cinq alertes par jour sur environ une cinquantaine d'ordonnances. Les dates d'injection retard apparaissent dans les dossiers des patients sous forme d'alerte afin que les infirmiers puissent les programmer en temps et en heure.

Bonne pratique

Le pharmacien adresse des informations générales à destination des patients et une information individuelle pour les infirmiers et les médecins sous forme d'alerte.

8.3.4 Informations sur les médicaments

a) Des fiches sur les différents types de médicaments

Il s'agit de documents élaborés par les pharmaciens sous forme de fiches décrivant individuellement les médicaments psychotropes les plus fréquemment prescrits. Ces fiches sont mises à la disposition des équipes infirmières et des patients dans chaque service afin de proposer une information sur les différentes molécules dans un but de connaissance et d'observance des traitements.

b) L'atelier du patient

L'atelier du patient est un groupe de paroles animé par le pharmacien et un infirmier proposé sur l'intra et l'extra hospitalier. Ce groupe de paroles est constitué de trois sessions avec les thèmes suivants : une première séance avec une présentation des médicaments, une deuxième séance sur les traitements personnels et enfin une troisième séance sur les effets secondaires. La participation à ce groupe se fait sur prescription médicale et avec l'accord du patient.

Bonne pratique

Le pharmacien organise des groupes de parole avec infirmiers et patients.

8.4 LES MEDICAMENTS SONT DELIVRES DE MANIERE CONFIDENTIELLE ET LES TRAITEMENTS DONNENT LIEU A DES ACTIONS D'INFORMATION

Les piluliers contenant les traitements de chaque patient sont préparés dans les locaux de la pharmacie. Ils sont vérifiés par les équipes de nuit et distribués quotidiennement.

Dans les unités d'hospitalisation de secteur de psychiatrie générale, les traitements sont donnés individuellement à chaque patient en salle de soins, de manière confidentielle, à l'abri du regard et de l'écoute des autres patients. La confidentialité de la distribution n'est toutefois pas complète dans les trois unités à vocation intersectorielle : Nash, Germaine Le Guillant et Mélanie Klein. Pendant la distribution à l'unité Nash, la porte de l'office infirmier reste ouverte par mesure de sécurité afin qu'un infirmier ne se retrouve pas seul avec un patient. A Le Guillant, une infirmière se déplace avec son chariot pour la distribution des traitements pendant le repas du fait du manque de mobilité des patients. Enfin, à Mélanie Klein, la distribution se fait au moment des repas, les patients étant incapables de comprendre les enjeux de leurs propres traitements et encore moins ceux des autres patients.

La prise en charge médicamenteuse fait partie du projet de soin individualisé. Dans tous les services, les traitements font l'objet de discussion et d'évaluation régulière au cours des différentes réunions d'équipe et des entretiens individualisés.

Les pharmaciens ont mis en place différents outils de contrôle et d'alerte afin d'informer les professionnels des risques et des effets des traitements.

Pendant le temps de la visite, il n'a pas été noté de patients excessivement sédatisés.

Recommandation

La confidentialité de la distribution des traitements doit être étendue à l'ensemble des unités d'hospitalisation indépendamment des pathologies.

Dans ses observations, le directeur indique que six unités assurent la délivrance des traitements en salle de soins, permettant d'assurer la confidentialité. Pour les trois autres unités, une réflexion avait été menée aboutissant à l'organisation décrite dans le rapport.

8.5 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT SIGNALES ET EXPLOITES, ILS REFLETENT UNE VIOLENCE FAIBLE MAIS CONCENTREE

Concernant les événements indésirables, un travail préparatoire est réalisé par le gestionnaire des risques afin d'évaluer la criticité¹⁴ de l'événement indésirable et de présenter les événements indésirables graves à la commission technique de gestion des risques qui se réunit tous les quinze jours. Le cadre de l'unité concerné, contacté par le gestionnaire des risques, fournit les éléments d'informations nécessaires.

Il existe cinq niveaux de gravité : conséquences mineures, modérées, graves, critiques, dramatiques, catastrophiques en cas de décès. Les niveaux de fréquence sont : très rare ou peu probable, rare, occasionnelle, fréquente, très fréquente, habituelle.

Le nombre de fiches d'événements indésirables (EI) pour l'année 2017 a presque doublé par rapport à 2016. En 2017, 912 EI ont été déclarés contre 544 en 2016. Cette forte augmentation

¹⁴ Le calcul de la criticité est le résultat de la gravité par la fréquence.

est le résultat de l'action de sensibilisation de la direction de la qualité auprès du personnel soignant pour enregistrer les EI dans le logiciel Blue-Medie.

Les unités à temps plein des pôles G05, G06, G07 et la pédopsychiatrie totalisent 70 % des signalements indésirables. Les unités particulièrement concernées sont les suivantes : Mélanie Klein (139 EI), Eugène Minkowski (96), Nash (86) et Pussin (81).

Sur les 912 FEI, les situations d'auto agressivité et hétéro agressivité sont recensées dans l'item sur le processus parcours du patient : 156 déclarations concernent l'unité Mélanie Klein (39 % soit soixante et un), l'unité Nash (10 % soit quinze) et l'unité Minkowski (9 % soit quatorze). Aucune FEI n'a été enregistré sur la maltraitance supposée d'un soignant sur un patient.

Trois RETEX¹⁵ ont été réalisés en 2016 dont deux à l'unité Nash pour un patient de la maison d'arrêt « *mettant à mal l'organisation soignante de l'unité* » et un suicide par pendaison à l'unité Pussin. Huit RETEX en 2017 ont été déclenchés en 2017 ; parmi les faits les plus graves, une personne détenue hospitalisée à l'unité Nash s'est suicidée par pendaison en 2017, une intrusion d'une personne extérieure dans l'unité de Saint-Hippolyte-du-Fort.

Des actions d'amélioration applicables en janvier 2018 sont les suivantes : la poursuite de l'organisation de débriefings des situations de violence et d'agressivité dans toutes les unités de soins et celle de l'organisation des formations sur la violence et l'agressivité afin d'acquérir les gestes et l'attitude adaptés à la situation.

8.6 LE COMITE D'ETHIQUE EST EN SOMMEIL

Le comité d'éthique, récemment créé, n'a pas encore d'impact très concret sur la vie de l'établissement. Les équipes ont été averties de son existence et des moyens de s'en saisir.

Par exemple, la question du port systématique du pyjama des patients détenus pendant le transfert de la maison d'arrêt de Nîmes jusqu'au CHS pourrait être posée de même que celle de la sexualité.

Recommandation

Le comité d'éthique doit se réunir régulièrement et proposer ses réflexions aux professionnels confrontés quotidiennement à des mesures d'enfermement et de privation de liberté.

¹⁵ Le RETEX est une démarche collective où la recherche de l'ensemble des causes, les actions correctives choisies et leur mise en œuvre sont l'expression de l'ensemble des acteurs.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PATIENTS DETENUS NE FONT PAS L'OBJET D'UN TRAITEMENT DIFFERENCIE

En 2017, la file active est de cinquante-six patients contre quarante et un en 2016, avec un nombre de séjours de quatre-vingt-huit. La durée moyenne de séjour est de dix-huit jours avec quarante-quatre patients ayant eu une mesure d'isolement.

Le CHS a passé une convention avec l'association des ambulanciers du Gard (SAGU). Dès l'admission en soins psychiatriques prononcée par arrêté préfectoral, le centre hospitalier d'Uzès organise le transfert du patient détenu. Les transferts s'organisent au moment de la relève du service Nash à 13h ou 21h afin que le nombre d'infirmiers soit suffisant : deux pour le transport en ambulance et trois dans le service. Les deux infirmiers de l'unité Nash vont chercher le patient en ambulance, muni de l'arrêté préfectoral notifiant les soins sur décision du représentant de l'Etat, de la prescription médicale de contention et avec le matériel de contention. Le transport est réalisé dans un véhicule sanitaire, patient en pyjama allongé sur brancard avec contention. Une ordonnance de traitement sédatif *per os* ou injectable est généralement faite par le médecin de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt (USMP) en fonction de l'état clinique du patient et administrable en cas de besoin.

Recommandation

Les patients détenus transférés depuis la maison d'arrêt de Nîmes ne doivent pas faire l'objet de contention et de mise en pyjama systématiques pendant le transfert et ils doivent être en possession de leurs effets personnels.

Les personnes détenues sont systématiquement hospitalisées en application de l'article D.398 du code de procédure pénale dans l'unité fermée Nash du pôle 30G07. Cette unité intersectorielle accueille des patients particulièrement agités avec auto ou hétéro agressivité. Sa compétence est départementale. La direction de la qualité et la gestion des risques a formalisé les modalités de prise en charge des patients détenus.

L'arrivée dans l'unité se fait par une entrée spécifique qui est également utilisée pour les patients très agités, se trouvant sur un des côtés du bâtiment. Les patients pénètrent directement dans un couloir distribuant les six chambres d'isolement.

A l'arrivée, le patient est conduit systématiquement en chambre d'isolement, accompagné par les infirmiers ayant effectué le transport et un infirmier de l'unité Nash dans l'attente d'une consultation médicale avec un praticien ou le médecin de garde. Il reste en pyjama et ne dispose pas de ses effets personnels.

Il a été indiqué que le placement en chambre d'isolement est de courte durée, parfois même de quelques heures, le temps de procéder à son évaluation clinique.

Bonne pratique

Les patients détenus ne sont placés en chambre d'isolement que pendant le temps nécessaire à leur apaisement et à leur évaluation clinique.

La limitation des libertés des personnes détenues hospitalisées est fonction de l'état clinique des patients. Elle permet ainsi une qualité de soin que les contrôleurs ont pu évaluer tant par la

constatation d'une durée moyenne d'hospitalisation identique à celle d'un sujet de droit commun que par les témoignages recueillis : « *c'est une bouffée d'air frais pour moi* ». Lors de la sortie de la chambre d'isolement, le patient reste en pyjama pendant 24h avant de récupérer ses affaires personnelles. Il est ensuite hébergé dans une chambre de l'unité et bénéficie des mêmes conditions matérielles que les autres patients (libre circulation au sein de l'unité, accès au patio, prise des repas dans la salle à manger) et participe à des activités thérapeutiques en fonction de l'état clinique.

Bonne pratique

Conformément à l'avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, les patients détenus, en unité fermée, vivent de la même manière que les autres patients et conservent le bénéfice des droits liés à leur situation carcérale (visite, courrier).

Concernant les relations des personnes détenues hospitalisées sans leur consentement, les règles pénitentiaires restent applicables. Ainsi, les visites autorisées sont systématiquement médiatisées par un soignant et limitées à trente minutes (une visite par semaine). Concernant le courrier arrivé ou envoyé, il est réorienté pour vérification vers la maison d'arrêt de Nîmes. En revanche, les patients détenus sont soumis aux restrictions pénitentiaires relatives à l'usage du téléphone. Ainsi, aucun appel téléphonique n'est autorisé en l'absence d'écoute téléphonique à l'exception des contacts téléphoniques avec l'avocat.

Le transport des patients détenus de l'hôpital jusqu'à la maison d'arrêt, en cas de levée de la mesure d'hospitalisation, incombe à l'administration pénitentiaire qui vient chercher le patient avec une escorte et un fourgon cellulaire. Le patient redevient une personne détenue. L'équipe soignante a préalablement pris contact avec le médecin et l'équipe de l'USMP afin de faire part de l'amélioration clinique du patient et de s'assurer de l'accord du médecin de l'USMP pour le retour. Une fiche de liaison est rédigée dans le dossier patient « Cortexte » qui est consultable par le médecin de l'USMP. Un document papier sous enveloppe est transmis par les agents pénitentiaires au moment de la sortie.

9.2 LA GERONTO-PSYCHIATRIE EST ORGANISEE EN VUE D'UNE SORTIE RAPIDE SELON UN DISPOSITIF PLURIDISCIPLINAIRE, EVOLUTIF ET PERSONNALISE

L'unité ouverte de Germaine Le Guillant est une unité intersectorielle de vingt places qui accueille des patients de toutes pathologies âgés de 65 ans et plus. Les patients relevant de cette unité présentent une affection psychiatrique au long cours, le plus souvent antérieurement connue et traitée, engagée dans une poussée évolutive de celle-ci ou une affection psychiatrique aiguë sans antécédent psychiatrique.

Le projet de service est axé sur une hospitalisation de courte durée, d'une durée moyenne de trois semaines. L'objectif est d'offrir à la personne âgée hospitalisée un cadre général d'accueil sécurisant.

Le jour de la visite, sur les dix-sept personnes présentes dans l'unité, onze proviennent de leur domicile. La durée d'hospitalisation de deux patients est largement dépassée. La grande majorité des patients est en soins libres, deux sont hospitalisés en SDT et en SDTU.

La démarche repose sur une évaluation psychiatrique approfondie et évolutive réalisée par la tenue d'entretiens et d'exams médicaux au quotidien, sur la réalisation d'un bilan somatique général et sur une évaluation sociale approfondie dans la première semaine d'hospitalisation. La

deuxième semaine est consacrée à un ajustement du projet thérapeutique au travers d'entretiens avec le médecin et les soignants, des entretiens avec les familles, d'ateliers thérapeutiques et de séances spécifiques de soins notamment avec la psychomotricienne présente à 50 %. La troisième semaine est consacrée à préparer un projet de sortie élaboré « en liaison avec l'assistante sociale et une équipe mobile de géronto-psychiatrie. Un dispositif ESSPER (équipe stable de soins de proximité éclatée réactive) composé d'une équipe mobile de professionnels médicaux et paramédicaux référents dans chaque CMP intervient en amont et en aval dans la prise en charge des personnes âgées, à domicile et dans les EPHAD, contribuant ainsi à assurer des soins en ambulatoire.

Bonne pratique

La prise en charge est organisée de manière continue entre le domicile, l'EHPAD ou le CMP et l'hôpital afin d'éviter ou de limiter la période d'hospitalisation et la rechute.

L'unité compte vingt chambres individuelles avec une salle de bains dotée d'équipements pour personne à mobilité réduite. Les lits sont tous médicalisés. Deux chambres séparées par une porte communicante permettent l'hébergement d'un couple de patients. Une dizaine de chambres, non ouvrables de l'extérieur sauf par une clé, assurent aux patients un espace personnel d'intimité. Les couloirs disposent de rampes pour faciliter les déplacements des patients en fauteuil roulant ou avec un déambulateur.

Les espaces de vie collective sont particulièrement adaptés à une prise en charge spécifique : une salle de télévision confortablement aménagée, une salle de détente ouverte comprenant un coin salon télévision équipé de mobilier confortable et un espace salle à manger. L'unité est aménagée autour d'un vaste espace extérieur. Les activités thérapeutiques se déroulent dans deux salles d'activité, animées par une soignante.

Les restrictions individuelles sur prescription médicale sont adaptées à l'état clinique des patients.

L'équipe pluridisciplinaire comprend quatre soignants dont deux aides-soignants le matin et l'après-midi. Une IDE assure une présence en journée. Une aide-soignante et un infirmier composent l'équipe de nuit. Une ASH est présente le matin et l'après-midi. La présence en journée d'une aide-soignante à 80 % facilite les accompagnements des personnes âgées.

Pendant la semaine du 12 au 16 février, un médecin psychiatre est présent à l'exception du vendredi matin.

Le médecin généraliste se déplace le lundi, le mercredi et le vendredi matin.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement. Selon les informations recueillies, les personnes agitées sont transférées provisoirement dans une autre unité.

10. CONCLUSION

L'organisation de l'établissement repose sur un lien fort entre l'intra et l'extra hospitalier et sur la complémentarité dans la prise en charge entre les unités d'hospitalisation complète.

Le CHS est attractif pour le personnel médical et non médical. Il s'inscrit dans une réelle dynamique qui se traduit notamment par l'élaboration d'un projet d'établissement cohérent et novateur qui tend ainsi à une politique d'amélioration continue de la qualité et des prises en charge, à la coordination et la continuité des prises en charge de façon sécurisée et adaptée aux populations accueillies. La particularité de l'établissement est l'accueil dans une unité fermée de patients détenus placés en isolement de courte durée, en commun avec d'autres patients agités et leur prise en charge individualisée. Un des axes du projet d'établissement est d'ailleurs l'amélioration de cette prise en charge.

Il règne au sein de cet hôpital une bienveillance naturelle à l'égard de tous les patients. Les contrôleurs ont constaté la présence des soignants, la prise en charge adaptée selon l'état clinique des patients : rareté du port du pyjama, non systématisme du maintien des personnes détenues en isolement qui bénéficient des mêmes conditions de prise en charge que les autres patients, temps d'isolement de courte durée. La contention physique de certaines personnes âgées qui semble être pratiquée dans un souci de bienveillance, est néanmoins excessive et tracée de manière incomplète. Une réflexion est nécessaire afin de trouver des alternatives adaptées et moins traumatisantes.

En revanche, les soignants n'ont pas la culture juridique suffisante pour expliquer oralement les droits aux patients. De même, les pratiques concernant la remise des pièces médicales et juridiques sont hétérogènes selon les unités. Une formation sur les droits des patients doit être mise en place pour l'ensemble du personnel soignant.