



Rapport de visite :

11 au 15 mars 2019 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier Nord Deux-
Sèvres à Thouars

(Deux-Sèvres)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite des unités d'hospitalisation du pôle santé mentale du centre hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS), situées à Thouars, du 11 au 15 mars 2019. Il s'agissait d'une première visite de cet établissement. A l'issue de cette visite, un rapport provisoire a été adressé à la direction de l'établissement, ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. L'ensemble des remarques formulées en réponse par le directeur du centre hospitalier et par le directeur de l'Agence régionale de santé a été intégré au présent rapport définitif.

L'établissement est organisé en pôles d'activités. Ceux de médecine, chirurgie et obstétrique sont, depuis le mois de juin 2018, installés à Faye l'Abbesse ; ses services administratifs et de direction demeurent à Parthenay, comme le pôle gériatrie. Le pôle santé mentale est quant à lui partagé entre Thouars, où sont situés cinquante-quatre lits d'hospitalisation d'adultes répartis en trois unités intersectorielles ouvertes, et Bressuire où se trouvent plusieurs sites extra hospitaliers.

Le CHNDS a compétence sur deux secteurs de psychiatrie adulte correspondant au Nord du département des Deux-Sèvres¹ et représentant un bassin de population de quelques 110 000 habitants. La file active moyenne de l'établissement a atteint 3 200 patients en 2018, en hausse de 5 % sur un an. La répartition des types de soins dispensés sur la période 2017-2018 fait apparaître une diminution de près de 10 % des hospitalisations complètes au profit des soins ambulatoires.

A la date de la visite des contrôleurs, le CHNDS connaît une situation financière structurellement déficitaire. Le contrat de retour à l'équilibre financier, alors en cours de discussion avec l'agence régionale de santé, n'est pas finalisé.

Les recommandations énoncées dans le présent rapport portent, en premier lieu, sur l'organisation de la prise en charge médicale des patients dès lors qu'elle est largement affectée par des difficultés structurelles au sein de l'équipe médicale ; il en résulte, qu'aucun projet d'établissement actualisé n'est arrêté et que le pôle psychiatrie ne bénéficie ni de projet médical, ni de projet de soins.

Cette mécontente manifeste entre les psychiatres intervenant dans les unités d'hospitalisation a ensuite des conséquences sur les équipes médicales et paramédicales (difficultés de recrutement et de fidélisation, *turn-over*, mal-être dans la pratique professionnelle) ainsi que sur la prise en charge des patients : elle peut occasionner, par exemples, l'allongement de délais de mise en place d'une action thérapeutique ou entraîner le report d'une décision dans l'attente du médecin référent du patient, voire la suppression d'une mesure décidée par un médecin remplaçant, sans consultation de l'équipe soignante.

En deuxième lieu, l'effet combiné des difficultés constatées au sein de l'équipe médicale, du nombre insuffisant de personnels soignants et de leur insuffisante disponibilité pour bénéficier d'une offre de formation qui gagnerait à être étoffée a pour conséquences un recours trop fréquent à l'isolement et la sollicitation régulière des forces de l'ordre pour la prévention ou la gestion de situations de crise qui relèvent du soin.

¹ Secteurs 79 G 04 correspondant au Thouarsais et 79 G 05 correspondant au Bressuirais.

Par ailleurs, si le recours à la contention est présenté par les équipes comme marginal, aucune traçabilité de ces mesures ne permet d'apprécier le bien-fondé de cette affirmation. De même, aucun registre d'isolement répondant aux exigences légales n'a été présenté aux contrôleurs, alors que les pratiques évoquées ne sont pas conformes aux dispositions du code de la santé publique ni aux recommandations de la Haute autorité de santé et du CGLPL. Divers aspects de la mise en œuvre matérielle des mesures d'isolement portent de plus une atteinte disproportionnée aux droits des patients (absence de mobilier et de sanitaires dans les chambres d'isolement, retraits systématiques et injustifiés de biens, etc.). Dans ces conditions, l'absence de réflexion institutionnelle sur ce sujet également n'a pu qu'être déplorée.

En troisième lieu, les contrôleurs ont relevé la politique d'ouverture des trois unités de soins de psychiatrie adulte et l'absence de restriction abusive dans la vie quotidienne des patients hors chambre d'isolement. Si, par ailleurs, le bâtiment est vétuste et peu adapté (pas de sanitaires ni de point d'eau dans les chambres notamment), il est bien tenu et un projet de relogement pourrait être envisagé à moyen terme, dans les anciens locaux de médecine générale voisins qui étaient vides à la date de la visite. A défaut, l'amélioration du bâti actuel serait envisagée nonobstant la situation financière particulièrement dégradée de l'établissement.

En dernier lieu, les recommandations énoncées touchent aux droits des patients en soins sans consentement. Elles portent, notamment, sur les informations parcellaires, voire erronées, qui sont transmises aux patients ainsi que sur la tenue du registre de la loi, qui n'est pas suffisamment renseigné et auquel aucun document n'est annexé. Il est vrai qu'aucun contrôle extérieur de l'établissement n'a été opéré au cours des cinq années précédant le contrôle, en l'absence de commission départementale des soins psychiatrique dans les Deux-Sèvres et de déplacement du procureur de la République. Mais cette lacune ne peut à elle seule justifier la méconnaissance généralisée du cadre légal entourant les soins sans consentement qui a été constatée : les procédures sont mal connues et très mal suivies, faute notamment de personnel référent spécialement formé pour ce faire et de réflexion institutionnelle sur ce sujet comme sur d'autres. Il n'existe enfin aucune traçabilité fiable des patients admis en soins sans consentement et des décisions afférentes, comme des comparutions devant le juge des libertés et de la détention.

Dans ses observations relatives au rapport provisoire qui lui a été adressé, le directeur du CHNDS ne conteste ni la réalité des constats réalisés ni le bien-fondé des recommandations émises en conséquence, faisant état de projets ou d'actions envisagés ou dont la mise en œuvre aurait été engagée pour y répondre.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 33

Le respect de la liberté d'aller et venir des patients dans et en dehors des unités de soin, quel que soit le statut de leur hospitalisation, doit être souligné.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 18

L'établissement doit combler les vacances de postes médicaux et paramédicaux dont pâtit le pôle santé mentale afin, d'une part, d'offrir au personnel des équipes soignantes des conditions satisfaisantes d'exercice et, d'autre part, de permettre une prise en charge adaptée des patients hospitalisés. Il doit, en outre, consolider les équipes existantes – en particulier en mettant fin aux dissensions internes à l'équipe médicale – afin d'en améliorer les conditions de travail et par suite d'en accroître la fidélisation.

RECOMMANDATION 2 22

Une information juste et complète doit être apportée aux patients en soins sans consentement qui doivent bénéficier dès leur admission de la notification effective, d'une part, de la décision ordonnant leur hospitalisation et, d'autre part, des droits qui leur sont garantis par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique. Si la décision ordonnant les soins sans consentement s'approprie les termes d'un certificat médical auquel elle renvoie, ce certificat doit également être notifié au patient concerné.

RECOMMANDATION 3 23

Les patients doivent pouvoir accéder à l'ensemble des informations d'ordre général intéressant leurs droits, les garanties entourant ces droits et les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

RECOMMANDATION 4 24

Les patients et leurs proches doivent être clairement informés de la possibilité dont ils disposent de présenter leurs réclamations. Au-delà d'une seule approche statistique, la commission des usagers devrait faire des comptes-rendus réguliers de son activité portant notamment sur le traitement de ces réclamations et les suites qui sont données.

RECOMMANDATION 5 26

Lorsqu'une personne de confiance est désignée, elle doit en être informée et invitée à cosigner le formulaire la désignant, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 6 31

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure de soins sans consentement doit figurer dans le registre de la loi, notamment les décisions d'admission du directeur et les décisions du JLD. Il en va de même des dates de

notification des décisions d'admission et de maintien de la mesure, d'une part, des informations relatives à sa situation juridique, ses droits, les voies de recours qui lui sont ouvertes et les garanties qui lui sont offertes, d'autre part, ainsi que des différents certificats médicaux.

RECOMMANDATION 7 34

Les règles de vie quotidienne doivent être matérialisées dans un document écrit accessible aux patients.

RECOMMANDATION 8 38

Le recours au pyjama doit être limité dans la durée. Son utilisation doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle compte tenu du caractère dégradant de la mesure. Enfin, il conviendrait de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel.

RECOMMANDATION 9 38

Le droit pour chaque patient de choisir librement son médecin doit être respecté par tous les psychiatres.

RECOMMANDATION 10 46

L'hôpital doit mener une réflexion institutionnelle sur les questions en lien avec la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles mais aussi les impératifs de prévention des maladies sexuellement transmissibles.

RECOMMANDATION 11 49

Les relations conflictuelles entre les psychiatres nuisent au bon fonctionnement des unités et la continuité des soins n'est pas assurée de façon optimale. Cette situation est inacceptable, il convient d'y remédier dans les plus brefs délais.

RECOMMANDATION 12 53

L'offre en matière d'activités thérapeutiques doit être augmentée.

RECOMMANDATION 13 56

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès libre à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre de joindre un soignant à tout moment. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière seul ; il doit pouvoir s'orienter dans le temps grâce à une horloge. Enfin, les chambres doivent être équipées de lits adaptés dotés de draps ; table et siège doivent être mis à disposition pour les repas.

RECOMMANDATION 14 57

Le port de pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il doit être décidé par le psychiatre, le cas échéant, sur des considérations cliniques individuelles. La confiscation systématique du soutien-gorge, des lunettes et des prothèses dentaires doit cesser.

RECOMMANDATION 15 58

Le centre hospitalier doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative grâce à la mise en place d'un registre conforme aux prescriptions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. En outre, il doit mettre en œuvre une politique visant à limiter le recours à ces mesures.

RECOMMANDATION 16 59

L'établissement doit améliorer les procédures de signalement des événements indésirables afin de pouvoir procéder à des analyses pertinentes de ces événements et susciter le cas échéant, en fonction des besoins, une réflexion collective sur leur traitement.

RECOMMANDATION 17 61

L'établissement ne peut faire appel aux forces de l'ordre pour prévenir ou gérer des situations de crise qui relèvent du soin. La gestion quotidienne de l'agitation et de l'éventuelle agressivité des patients doit être assurée par les soignants, épaulés du corps médical, le cas échéant en investissant plus le champ de la formation (gestion de la violence, désescalade, etc.).

RECOMMANDATION 18 61

Un comité d'éthique doit être mis en place.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 21

L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature des décisions d'admission en soins sans consentement dès la prise en charge effective du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 2 29

Les autorités compétentes pour désigner les membres de la CDSP doivent urgemment se mobiliser afin qu'un arrêté de composition soit signé au plus vite et que la commission puisse effectivement exercer ses missions.

RECO PRISE EN COMPTE 3 35

Les restrictions de la liberté de correspondre ne doivent résulter que d'une décision médicale et en aucun cas de l'appréciation de la pertinence supposée du contenu du courrier. Toute personne doit être libre d'écrire au magistrat en charge de son dossier.

RECO PRISE EN COMPTE 4 36

Les postes de téléphone mis à la disposition des personnes hospitalisées doivent être installés de façon à préserver la confidentialité et la sérénité des appels téléphoniques.

RECO PRISE EN COMPTE 5 37

Toutes les unités doivent disposer d'un lieu d'accueil des familles adapté et accueillant.

RECO PRISE EN COMPTE 6 41

Toutes les chambres doivent être équipées de boutons d'appel et de verrous intérieurs, voire de clés « de confort ». Ces dispositifs contribuent à des conditions de vie satisfaisantes pour les patients : protection des personnes vulnérables, amélioration de l'autonomie.

RECO PRISE EN COMPTE 7 50

Sous réserve que leur état clinique le permette, les patients en soins sans consentement doivent se voir proposer de présenter leurs observations, le cas échéant par écrit, sur l'éventualité du maintien de la mesure dont ils font l'objet avant l'établissement des certificats médicaux à 24h et 72h.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 1 33

Un dispositif permettant aux personnes hospitalisées de fumer pendant la soirée devrait être mis en place.

PROPOSITION 2 46

L'offre d'activités occupationnelles au sein des unités devrait être étoffée. Les espaces disponibles au rez-de-chaussée pourraient être mis à profit pour proposer davantage d'activités en libre-service, comme une salle de sport.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| SYNTHESE DES OBSERVATIONS | 4 |
| SOMMAIRE | 8 |
| RAPPORT | 10 |
| 1. CONDITIONS DE LA VISITE | 10 |
| 2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT | 12 |
| 2.1 Le centre hospitalier est l'un des deux piliers de l'organisation de la psychiatrie dans le département des Deux-Sèvres | 12 |
| 2.2 L'activité de l'établissement s'organise sur une pluralité de sites répartis en quatre implantations principales, dont deux sont consacrées à la santé mentale | 13 |
| 2.3 L'établissement poursuit une mue dont les objectifs sont largement conditionnés par ses difficultés budgétaires et de démographie médicale comme paramédicale | 14 |
| 2.4 Les patients admis en soins sans consentement sont pour l'essentiel hospitalisés sur le fondement d'un seul certificat médical (urgence ou péril imminent) | 19 |
| 3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS | 21 |
| 3.1 L'information sur leurs droits des patients admis en soins sans consentement est incomplète et à certains égards erronée | 21 |
| 3.2 Les autres informations remises aux patients sont également insuffisantes | 22 |
| 3.3 Les patients ne sont pas informés de la procédure de recueil de leurs éventuelles plaintes et requêtes | 23 |
| 3.4 Les usagers du pôle psychiatrie sont absents des instances de l'établissement | 25 |
| 3.5 La désignation de la personne de confiance est fréquente mais celle-ci n'en est pas informée | 25 |
| 3.6 L'accès au vote est assuré, selon les informations communiquées | 26 |
| 3.7 L'exercice du culte de son choix est possible | 26 |
| 3.8 La protection juridique des patients majeurs qui le nécessitent est effective | 26 |
| 3.9 La confidentialité sur la présence, théoriquement assurée par les standardistes, est contournée par un système de boîte vocale au fonctionnement aléatoire | 27 |
| 3.10 L'accès au dossier médical est possible | 27 |
| 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS | 28 |
| 4.1 Les audiences du juge des libertés et de la détention ne se tiennent pas au centre hospitalier | 28 |
| 4.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne fonctionne plus depuis 2016 | 29 |
| 4.3 Le registre de la loi ne répond pas aux exigences légales et ne permet pas un contrôle rapide de la situation individuelle des patients | 30 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.4 | Les contrôles des autorités sont inexistants | 31 |
| 5. | LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES..... | 32 |
| 5.1 | La liberté d’aller et venir est soumise à peu de restrictions en journée..... | 32 |
| 5.2 | Les contraintes dans la vie quotidienne ne font pas l’objet de règles écrites | 33 |
| 5.3 | La confidentialité des relations des patients avec leurs proches n’est pas assurée | 34 |
| 5.4 | Le recours au port du pyjama est peu fréquent mais son utilisation n’est pas toujours limitée dans la durée..... | 37 |
| 5.5 | La procédure de libre choix du médecin n’est pas toujours appliquée | 38 |
| 6. | LES CONDITIONS DE VIE..... | 39 |
| 6.1 | Les conditions d’hébergement sont correctes malgré la vétusté des bâtiments | 39 |
| 6.2 | L’hygiène est globalement assurée | 42 |
| 6.3 | Les biens du patient ne souffrent d’aucun retrait systématique | 43 |
| 6.4 | Les repas sont pris en commun entre les patients et les soignants..... | 43 |
| 6.5 | Les moyens de lutter contre l’ennui sont peu inventifs..... | 44 |
| 6.6 | La vie sexuelle des patients n’est pas une question abordée par les équipes soignantes..... | 46 |
| 7. | LES SOINS..... | 47 |
| 7.1 | La présence d’une équipe de liaison au service des urgences évite les hospitalisations traumatisantes et favorise l’adhésion aux soins..... | 47 |
| 7.2 | La continuité des soins psychiatriques n’est pas assurée de façon optimale en raison de l’absence de collaboration entre les médecins | 48 |
| 7.3 | Les patients sont suivis sur le plan somatique | 53 |
| 8. | LE RESPECT DE L’INTEGRITE DES PERSONNES | 55 |
| 8.1 | Les conditions de vie en chambre d’isolement sont indignes et les mesures d’isolement et de contention sont insuffisamment tracées..... | 55 |
| 8.2 | L’établissement fait régulièrement appel aux forces de l’ordre pour prévenir ou gérer des situations de crise | 58 |
| 8.3 | Le « comité d’éthique » n’est plus actif depuis plusieurs années..... | 61 |
| 9. | CONCLUSION..... | 62 |

Rapport

Contrôleurs :

- Mathieu Boidé, chef de mission ;
- Jeanne Bastard ; contrôleur,
- Céline Delbauffe ; contrôleur
- Bonnie Tickridge ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite des unités d'hospitalisation du pôle santé mentale du centre hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS), situées à Thouars, du 11 au 15 mars 2019. A cette occasion, une visite du service des urgences psychiatriques de cet établissement, situé à Faye-L'Abbesse, a également été effectuée le 13 mars 2019.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 11 mars 2019 à 14h. Ils l'ont quitté le 15 mars à 12h.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du CHNDS, au maire de la commune de Thouars, à la préfète des Deux-Sèvres, au délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, au président du tribunal de grande instance (TGI) de Niort et au procureur de la République près cette juridiction ; ainsi qu'au juge des libertés et de la détention compétent pour les patients hospitalisés en soins sans consentement dans l'établissement – ce magistrat étant placé auprès du tribunal d'instance de Bressuire.

Les contrôleurs ont été accueillis par la directrice adjointe, en charge des affaires financières et de la gestion administrative des patients ainsi que des filières gériatrie et santé mentale.

Une réunion de présentation de la mission s'est tenue en présence de cette dernière accompagnée de l'attaché d'administration hospitalière chargé des affaires générales et juridiques pour le secrétariat de la direction générale, de la directrice adjointe et d'un agent en charge de la qualité et de la gestion des risques, du médecin en charge du département de l'information médicale, d'une représentante syndicale membre du comité d'hygiène et de sécurité au travail, du cadre supérieur de santé du pôle santé mentale et de trois cadres de santé de ce pôle.

Durant leur visite, les contrôleurs ont notamment rencontré les psychiatres présents dans l'établissement, les membres des équipes soignantes et l'assistant de service social intervenant dans les quatre unités d'hospitalisation ; ainsi que le cadre supérieur de santé, la directrice adjointe en charge notamment des affaires financières et de la santé mentale, le médecin en charge du département d'information médicale, un représentant de la direction des ressources humaines, un représentant de la direction générale et un représentant syndical. Ils ont, en outre, assisté à une réunion soignants-soignés ainsi qu'à des relèves et réunions cliniques dans les unités. Des contacts téléphoniques ont été établis avec le président de la commission médicale d'établissement, le juge des libertés et de la détention (JLD) et les services de la délégation

départementale de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine. Malgré leurs tentatives, ils ne sont en revanche pas parvenus à s'entretenir avec l'un des médecins généralistes intervenant dans l'établissement.

Une salle de travail équipée d'un ordinateur a été mise à disposition des contrôleurs, auxquels une large part des documents demandés a été communiquée. Cependant, d'autres pièces et informations sollicitées n'ont pas été transmises ou de façon seulement parcellaire et imprécise. L'établissement n'a notamment pas été en mesure de présenter un rapport d'activité de son pôle santé mentale pour l'année 2018 ; et les données qu'il a transmises à cet égard sont variables selon le document consulté, voire manquantes, en particulier pour ce qui concerne les patients hospitalisés sans leur consentement (voir *infra* § 2.4).

En revanche, les affichettes signalant la visite du CGLPL, adressées au CHNDS en amont de la visite, ont été largement diffusées dans les unités d'hospitalisation : elles y ont non seulement été affichées mais également distribuées à l'ensemble des patients hospitalisés.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 15 mars 2019 en présence de la directrice adjointe, de l'attaché d'administration hospitalière en charge des questions générales et juridiques, d'un agent en charge de la qualité et de la gestion des risques, d'un représentant syndical, du cadre supérieur de santé du pôle psychiatrie, des quatre cadres de santé de ce pôle et de trois psychiatres y intervenant, dont celui assurant l'intérim de la cheffe de pôle durant ses congés.

Un rapport provisoire de la visite a été adressé le 16 octobre 2019 au directeur de l'établissement, à la délégation départementale de l'ARS, à la préfecture des Deux-Sèvres, au président et au procureur près le tribunal de grande instance de Niort.

Le directeur du CHNDS a fait part de ses observations par courrier du 28 novembre 2019 et le directeur général de la délégation régionale de l'ARS a communiqué les siennes par courrier du 3 décembre 2019. L'ensemble de ces remarques a été intégré au présent rapport définitif.

2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

Le CHNDS est né le 1^{er} janvier 1996 de la fusion des hôpitaux de Bressuire, de Parthenay et de Thouars. Principal établissement de santé au Nord du département des Deux-Sèvres, il se singularise depuis lors par la pluralité de ses sites d'implantation.

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER EST L'UN DES DEUX PILIERS DE L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES DEUX-SEVRES

En 2015, la population totale du département des Deux-Sèvres atteignait 374 435 personnes. Son augmentation annuelle constatée s'élevait en moyenne à 0,3 % sur cinq ans. A la même période, les communes les plus peuplées étaient Niort (chef-lieu ; 58 952 habitants), Bressuire (19 411 habitants), Thouars (14 126 personnes) et Parthenay (10 381 habitants)².

Cinq secteurs de psychiatrie adulte jalonnent ce territoire : trois sont rattachés au centre hospitalier (CH) de Niort³ et correspondent au Sud du département, et deux au CHNDS⁴ dont le ressort de compétence couvre le Nord de ce territoire, représentant un bassin de population de quelques 110 000 habitants.

Dans ce cadre, l'établissement propose, à Thouars, des unités d'hospitalisation complète intersectorielles et, à Bressuire et à Thouars, plusieurs sites extra hospitaliers (voir *infra*, § 2.2).

La file active moyenne de l'établissement est en hausse, de 5 % sur un an, au terme de l'année 2018. Sur deux ans, la répartition des types de soins dispensés est relativement stable, faisant toutefois apparaître une diminution de près de 10 % des hospitalisations complètes au profit des soins ambulatoires.

| | 2017 | 2018 | Variation |
|--------------------------------------|-------|-------|-----------|
| File active totale | 3 038 | 3 200 | 5 % |
| File active hospitalisation complète | 440 | 399 | - 9,4 % |
| - dont autisme | 19 | 18 | - 5 % |
| Taux d'occupation des lits | 90% | 82% | - 8 % |
| File active ambulatoire | 2 238 | 2 445 | 9 % |
| Durée moyenne de séjour | 25,89 | 25,88 | / |
| Durée moyenne d'hospitalisation | 51,48 | 52,27 | / |

Hors son unité Les Coquelicots consacrée à la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme – dont l'ensemble des dix-huit lits d'hospitalisation est occupé en permanence et pourrait prochainement évoluer en structure médico-sociale⁵ – le pôle santé mentale connaît un taux

² Chiffres INSEE, 2015.

³ Secteurs 79 G 01, 02 et 03.

⁴ Secteurs 79 G 04 correspondant au Thouarsais et 79 G 05 correspondant au Bressuirais.

⁵ Un rapport d'évaluation de cette unité a été établi fin 2017 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Ce document relève que le projet de service est celui d'une structure sanitaire psychiatrique, avec une organisation et un fonctionnement s'apparentant à ceux d'une structure médico-sociale. Il renvoie la question d'une éventuelle évolution du statut de l'unité au GHT 79 afin que soient pris en compte les besoins territoriaux et les orientations du projet régional de santé et du projet territorial de santé mentale.

d'occupation des lits de 82 % en 2018. La fermeture de six lits dans l'une des unités d'hospitalisation complète décidée en début d'année 2018 ne devrait influencer qu'à la marge sur cette densité.

Par ailleurs, le département des Deux-Sèvres compte deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, l'un rattaché au CHNDS et l'autre au CH de Niort – lequel assure également, en particulier, la prise en charge des soins sans consentement (SSC) dispensés aux personnes détenues de la maison d'arrêt de Niort, seul établissement pénitentiaire du département.

Enfin, le CHNDS est membre du groupement hospitalier de territoire dit « GHT 79 » avec, d'une part, le CH de Mauléon, spécialisé en gériatrie et dont il assure la codirection depuis 2009, d'autre part, le groupe hospitalier et médico-social du Haut-Val-de-Sèvres et du Mellois et, enfin, le CH de Niort qui constitue l'établissement support.

L'établissement développe en outre d'importants partenariats avec ce dernier établissement, ainsi qu'avec le CHU de Poitiers (Vienne). Une convention le lie également avec le CH de Bordeaux (Gironde).

2.2 L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT S'ORGANISE SUR UNE PLURALITE DE SITES REPARTIS EN QUATRE IMPLANTATIONS PRINCIPALES, DONT DEUX SONT CONSACREES A LA SANTE MENTALE

Une restructuration d'ensemble du CHNDS a conduit à l'ouverture, au mois de juin 2018, d'un nouveau site abritant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sur le territoire de la commune de Faye-L'Abbesse située à équidistance entre Bressuire, Parthenay et Thouars.

Depuis cette date, le CHNDS est organisé en pôles d'activités cliniques et médico-techniques, placés sous l'autorité d'un médecin-chef de pôle assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif. Selon l'un des organigrammes transmis aux contrôleurs, daté du 2 octobre 2018, ces pôles sont les suivants : psychiatrie et addictologie ; médecine, spécialités et SSR⁶ ; femme-mère-enfant ; personnes âgées ; interventionnel (chirurgie) ; transversal (dont urgences, imagerie, pharmacie).

Alors que ses services administratifs et de direction demeurent situés à Parthenay – où la prise en charge gériatrique a été maintenue en complément de celle proposée par le CH de Mauléon, le pôle santé mentale, qui est organisé selon le concept de psychiatrie dite ouverte, est partagé entre Thouars et Bressuire.

Le site de Thouars compte cinquante-quatre lits d'hospitalisation adulte, répartis en trois unités ouvertes. Ces unités sont situées au premier et au deuxième étage d'un bâtiment unique ; nommées Gâtine, Bocage et Vallée, elles comptent chacune dix-huit lits. Au jour du contrôle, toutefois, une expérimentation menée dans l'une de ces unités (Bocage) y avait réduit le nombre de lit à douze, rapportant la capacité totale d'hospitalisation à quarante-huit lits.

A ces unités d'hospitalisation complète s'ajoutent, à Thouars, quinze lits d'hébergement complet, trois lits d'hébergement temporaire et une place d'accueil de jour consacrés à la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme – il s'agit de l'unité Les Coquelicots, à vocation départementale et située à proximité des précédentes ; ainsi que, hors de l'emprise hospitalière, un centre médico-psychologique (CMP) offrant dix places d'hôpital de jour, dix places en centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et des consultations médicales, infirmières et de psychologues.

⁶ SSR : soins de suite et réadaptation

A Bressuire, un CMP offre dix places d'hôpital de jour et dix places en CATTP sont également disponibles, outre des consultations médicales, infirmières et de psychologues.

En outre, en matière d'addictologie, six lits de médecine et de vingt-quatre lits de SSR sont proposés par l'établissement sur son site de Thouars.

Des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont par ailleurs installés à Thouars et à Bressuire.

Enfin, la prise en charge de pédopsychiatrie est assurée à Bressuire, au travers d'une unité médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent comprenant dix places, d'un hôpital de jour de cinq places, d'un CATTP de cinq places et d'un espace de consultations.

2.3 L'ETABLISSEMENT POURSUIT UNE MUE DONT LES OBJECTIFS SONT LARGEMENT CONDITIONNES PAR SES DIFFICULTES BUDGETAIRES ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALE COMME PARAMEDICALE

2.3.1 Les objectifs

Au jour du contrôle, le CHNDS ne dispose d'aucun projet d'établissement. Cependant, un projet médical a été défini en 2016, pour la période 2017-2021 : dans ce cadre, ont été définies des orientations stratégiques que la direction de l'établissement présente comme faisant fonction de projet d'établissement. Un contrat d'objectifs et de moyens lie par ailleurs l'établissement à l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour la période 2019-2023.

a) Le projet médical

Elaboré dans un contexte financier complexe (voir *infra*, § 2.3.2) et de réorganisation de l'offre de soins sur le territoire du Nord Deux-Sèvres, ce document décline plusieurs projets regroupés autour de cinq orientations dites stratégiques.

Les objectifs ainsi poursuivis concernent en particulier la politique de recrutement, les filières et réseaux de prise en charge des patients, les soins de suite et de réadaptation et l'hospitalisation à domicile. Plusieurs axes de travail sont en conséquence envisagés, parmi lesquels :

- la résorption du déficit de praticiens dont souffre notamment le pôle santé mentale et qui regardé comme de nature à mettre en cause sa pérennité ;
- le perfectionnement de la prise en charge des adultes – sont notamment envisagés à ce titre une réflexion sur le devenir du secteur de psychiatrie de Parthenay (actuellement rattaché au CH de Niort) et le relogement des trois unités d'hospitalisation de court séjour de Thouars, dont les locaux sont vétustes et inadaptés ;
- la création d'une unité de géro-psi-chiatrie au sein du pôle gériatrie, en liaison avec le pôle santé mentale ;
- le développement d'un projet de pédopsychiatrie sur le site de Faye-L'Abbesse, en lien avec le projet local de pédiatrie et afin d'installer des lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie ailleurs qu'à Niort.

Ces objectifs sont cohérents avec le projet médical partagé du GHT 79 et trouvent écho dans le projet territorial de santé mentale dont l'élaboration était en cours, sous l'égide de ce groupement, au jour de la visite du CGLPL. Cependant, leur réalisation effective apparaît toute entière conditionnée par la situation financière de l'établissement.

b) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Conclu le 17 décembre 2018 avec le directeur de la délégation territoriale de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, ce contrat couvre la période 2019-2023.

Son préambule rappelle le « contexte d'évolution et d'enjeux » dans lequel ce document s'inscrit, relevant en particulier l'ouverture des services MCO du CHNDS sur le site de Faye-L'Abbesse, la forte dégradation de la situation financière de l'établissement survenue en 2018 (voir *infra*, § 2.3.2) et la mise en place de coopérations dans le cadre du GHT 79.

Par-delà, le CPOM fixe au CHNDS cinq objectifs principaux pour la période envisagée. Peuvent notamment être relevés à ce titre un objectif de qualité et de la sécurité des soins⁷ et des objectifs tendant, d'une part, à l'assainissement rapide de la situation financière et, d'autre part, à l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels.

Là encore, la situation financière du CHNDS comme les ressources humaines dont il dispose, notamment pour son pôle santé mentale, contingentent largement toute perspective d'aboutissement des objectifs que l'établissement entend poursuivre.

2.3.2 La situation financière

Avec un budget global d'environ 121 millions d'euros en 2017, le CHNDS présentait la même année un résultat déficitaire d'environ 1,8 million d'euros. Ces difficultés financières, résultant notamment du recours à des personnels médicaux intérimaires pour ses activités MCO⁸, ont été accentuées en 2018 par l'installation et l'ouverture du site de Faye-L'Abbesse consacré à ces dernières.

Le déficit théorique de l'établissement pour 2018, également amplifié par des dépenses de personnel médical supérieures aux prévisions⁹, devait ainsi s'élever à la somme de 10,9 millions d'euros. Toutefois, au bénéfice de plusieurs aides versées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en cours d'année, pour un total de 7,8 millions d'euros, la projection de résultat principal communiquée aux contrôleurs s'établissait, à la date de leur visite, à un déficit de 3,1 millions d'euros – montant rapporté à - 2,6 millions d'euros tous budgets confondus.

Le déficit attaché à la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) accordée à l'établissement au titre de son pôle santé mentale reste bien plus contenu, puisque de l'ordre de 10 000 euros pour une dotation de 12 millions d'euros en 2018. Cependant, le montant de cette dotation, en hausse de plus de 6 millions sur un an, intègre divers financements exceptionnels de l'ARS, dont en particulier 4,5 millions d'aides en trésorerie et 1,4 million d'accompagnement à la mise en place du contrat de retour à l'équilibre financier. Il a en outre été abondé à hauteur de 150 000 euros

⁷ Un refus de certification a été opposé à l'établissement au mois de novembre 2016 par la Haute autorité de santé (HAS) en raison, d'une part, de réserves émises en matière de management de la qualité et des risques, de droits des patients, de parcours du patient, de dossier patient et de management de la prise en charge médicamenteuse ; d'autre part, d'obligations d'amélioration relativement au management de la prise en charge du patient au bloc opératoire, en endoscopie et en salle de naissance ; enfin, d'une recommandation d'amélioration en matière de prise en charge des urgences et des soins non programmés. Une nouvelle visite de certification a été organisée par cette autorité en novembre 2018, dont l'issue n'était pas connue à la date de la visite du CGLPL.

⁸ Le coût de l'intérim médical est évalué à 1 723 000 euros en 2018 ; il concerne notamment les spécialités de médecine d'urgence, de pédiatrie, de radiologie, de soins de suite et réadaptation et de cardiologie.

⁹ Atteignant un montant de 18,5 millions d'euros sur l'année 2018, supérieur de 2,4 millions aux prévisions et non compensé par les dépenses de personnel non médical (de l'ordre de 54 millions, à peine inférieures aux prévisions).

au titre de la péréquation régionale pour la mise en place, courant 2019, d'une équipe mobile de psychogériatrie.

2.3.3 Les ressources humaines

a) Les effectifs et les caractéristiques du personnel

Si le projet médical d'établissement se félicite d'une évolution positive de la démographie médicale du fait des recrutements auxquels il a été procédé depuis 2016, son diagnostic concède l'évidence : l'équipe médicale de psychiatrie doit être renforcée puisque le déficit de praticiens constaté au sein du pôle santé mentale est susceptible de mettre en cause sa pérennité.

Cette équipe doit en outre être sérieusement consolidée, tant les conflits relationnels qui la caractérisent ont des conséquences sur la prise en charge médicale offerte aux patients (voir *infra*, § 7.2) comme sur la capacité de l'établissement à recruter et fidéliser des personnels paramédicaux.

Certes, ces difficultés démographiques constituent une réalité locale imposée puisque, ainsi que le relèvent les diagnostics de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine sur lesquels se fonde le projet territorial de santé mentale en cours d'élaboration, le département se caractérise par une démographie médicale et paramédicale déficitaire : les densités départementales des principales professions de santé sont toutes concernées, le département des Deux-Sèvres comptant parmi les moins bien dotés de la région Nouvelle-Aquitaine tant s'agissant du nombre de médecins, généralistes ou spécialistes – en particulier les psychiatres dont la densité départementale est la plus faible de la région – qu'en ce qui concerne les infirmiers notamment.

Mais il est manifeste que le *turn-over* constaté dans les équipes soignantes du CHNDS comme les vacances de postes médicaux et paramédicaux trouvent également leur origine dans les conflits persistants opposant les médecins du pôle.

Selon les informations communiquées par le président de la commission médicale d'établissement (CME), l'objectif optimal du CHNDS pour le pôle santé mentale s'agissant des professions médicales serait de 12,5 ETP de psychiatres (9 ETP pour les services de psychiatrie adulte, 2 ETP pour la pédopsychiatrie et 1,5 ETP pour l'addictologie), avec un seuil de sécurité fixé à 8 ETP. Or, selon les documents transmis aux contrôleurs, les effectifs budgétés par l'établissement atteignent 11,6 ETP de médecins psychiatres et 1 ETP de médecin généraliste ; et, en pratique, l'établissement ne disposait, au jour du contrôle, que de 7,8 ETP de psychiatres (5,2 ETP pour la psychiatrie adulte, 1,6 ETP pour la pédopsychiatrie et 1 ETP pour l'addictologie) et de 0,3 ETP de généraliste. Le seuil de sécurité fixé par l'établissement n'est ainsi pas atteint.

Outre diverses tensions dans la prise en charge des patients, ces vacances de postes, largement accentuées par l'insuffisante collaboration des praticiens concernés, ont des répercussions sur la qualité et la permanence des soins. Et elles créent, de plus, une situation de souffrance au travail pour l'ensemble des acteurs du parcours de soins, en particulier le personnel paramédical qui les endure depuis plusieurs années, selon les informations rapportées aux contrôleurs.

S'agissant des agents de santé, les éléments communiqués font ressortir non seulement une très importante féminisation des équipes (de l'ordre de 90 % toutes professions confondues), mais surtout plusieurs vacances de poste : au jour de la visite du CGLPL, restaient notamment vacants 1,3 ETP de cadre de santé, 3,45 ETP d'infirmiers et 1,9 ETP d'aides-soignants, ainsi que 2,45 ETP de psychologues et 2 ETP de psychomotricien. Ces vacances de postes paramédicaux seraient

récurrentes depuis plusieurs années et se seraient aggravées en 2018, selon certains témoignages recueillis.

Et à ces postes non pourvus s'ajoute un absentéisme élevé – et en hausse en 2017 par rapport à l'année précédente¹⁰ : à l'échelle du CHNDS dans son ensemble, le personnel médical (hors internes) a été absent 1 605 jours en 2017 (soit un taux d'absentéisme de 4,21 % en hausse de 0,79 % sur un an) et le personnel soignant non médical, toutes spécialités confondues, 35 098 jours au cours de la même année (représentant un taux de 9,07 % en hausse de 0,04 % en un an). Les données communiquées aux contrôleurs ne permettent pas d'isoler, dans ces statistiques, les données propres au pôle santé mentale.

Cependant, il ressort des témoignages recueillis durant leur visite de ce pôle que ces carences de personnel – postes non pourvus et absences non remplacées – ont notamment pour conséquence des fermetures temporaires d'unités¹¹, nécessitant le changement d'affectation des patients concernés, ainsi qu'une offre limitée d'activités, qu'elles soient occupationnelles ou thérapeutiques (voir *infra*, § 6.5 et § 7.2.3) – les équipes, dont l'engagement et le dévouement bienveillant ont pu être constatés durant la visite, se concentrant sur l'aspect purement médical de la prise en charge.

En outre, le personnel paramédical se caractérise par un taux de fidélisation encore faible : au niveau du CHNDS dans son ensemble, ce taux atteignait 32,35 % en 2015, 39,13 % en 2016 et 50,94 % en 2017. Selon les informations recueillies, il serait inférieur pour ce qui concerne le pôle santé mentale. A cet égard, la direction de l'établissement concède l'absence de toute politique de gestion du personnel paramédical au cours des dernières années et reconnaît que le recours aux seuls recrutements contractuels auquel elle a procédé durant plusieurs années (aucune titularisation n'est intervenue depuis au moins cinq ans au moment de la visite du CGLPL, selon les informations communiquées) a été lourd de conséquences, malgré la présence à Thouars d'un institut de formation en soins infirmiers.

Son changement d'orientation sur ce terrain, débuté en cours d'année 2018 par la reprise de stages de titularisation, pourra être de nature à améliorer le taux de fidélisation du personnel paramédical. Outre le règlement des tensions relationnelles entre médecins, le CHNDS pourra par ailleurs développer pour ce faire des actions de tutorat, actuellement absentes dans les unités visitées. Le renforcement des temps de synthèse et d'analyse des pratiques qui sont proposés par un psychologue au titre des actions de supervision pourrait également participer de ces efforts.

Enfin, l'établissement justifie d'un volumineux plan de formation et il ressort des éléments communiqués que soixante-dix des quatre-vingt-six demandes de formation présentées en 2018 par des personnels du pôle santé mentale et addictologie ont été satisfaites. Pour autant, il ressort des échanges intervenus avec ces agents la nécessité pour le CHNDS de les mettre plus facilement en mesure de bénéficier effectivement des formations proposées, ce qui suppose non

¹⁰ Le bilan social pour l'année 2018 n'étant pas disponible à la date du contrôle, l'analyse porte sur les années 2017 et 2016.

¹¹ Deux fermetures d'unité liées à une insuffisance ponctuelle de personnel ont été recensées en 2019 : six lits d'hospitalisation ont été supprimés dans l'unité Vallée à compter du 8 février 2019 au titre d'une expérimentation de très courts séjours de patients anxio-dépressifs ; et l'unité Bocage a été fermée le week-end du 9 mars, les patients étant transférés dans les autres unités. En outre, l'unité Vallée avait été fermée, pour le même motif, entre le 21 décembre 2018 et le 14 janvier 2019, portant à vingt et un le nombre de lits des unités Bocage et Gâtine où certaines chambres ont été « doublées ».

seulement les financements correspondants mais aussi, en amont, une politique volontariste de recrutements, seule à même de dégager aux agents en fonction le temps requis pour ces formations.

C'est particulièrement le cas des formations relatives aux techniques de prévention et de gestion de la violence et des situations de crise, dont une seule occurrence est recensée, hors de l'établissement, au cours de l'année 2018 alors que les personnels interrogés font état d'un sentiment d'insécurité généré par le manque d'effectifs. Selon ces témoignages, même les demandes pour bénéficier de la formation interne de gestion des situations de violence et d'agressivité ne sont que difficilement satisfaites faute de personnel en nombre suffisant (voir *infra*, § 8.2.2).

RECOMMANDATION 1

L'établissement doit combler les vacances de postes médicaux et paramédicaux dont pâtit le pôle santé mentale afin, d'une part, d'offrir au personnel des équipes soignantes des conditions satisfaisantes d'exercice et, d'autre part, de permettre une prise en charge adaptée des patients hospitalisés. Il doit, en outre, consolider les équipes existantes – en particulier en mettant fin aux dissensions internes à l'équipe médicale – afin d'en améliorer les conditions de travail et par suite d'en accroître la fidélisation.

Dans ses observations présentées le 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS fait état de ce que, postérieurement au contrôle, l'établissement a nommé un nouveau chef du pôle santé mentale et qu'un nouveau projet de pôle « *est en cours de finalisation, qui inclut les nouvelles stratégies de pôle en termes de gouvernance et de politique qualité.* » Il précise que « *plusieurs réunions de bureaux de pôle ont été réalisées ainsi que des conseils de pôle ouverts à tous les agents les 24 septembre et 19 novembre dernier. La participation de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales est très bonne.* »

Dans ses observations du 6 décembre 2019, le directeur général de la délégation départementale de l'ARS relève que le CHNDS « *s'est engagé à rédiger et mettre en œuvre dès début 2020 un projet d'établissement qui découlera du projet médical et aussi à mettre en place des contrats de pôle entre la direction et les pôles de l'établissement récemment redéfinis, courant 2020.* »

En outre, le directeur du CHNDS souligne avoir mis en œuvre depuis plusieurs mois une « *politique proactive d'attractivité pour les futurs recrutements et de fidélisation pour les personnels déjà en postes* » (dépôts multipliés d'offres de recrutement, diversification des supports), l'établissement ayant également fait le choix de proposer un CDI à toutes les infirmières en CDD, les nouveaux recrutements étant directement proposés en CDI. Selon ces informations, « *la totalité des postes IDE seront pourvus dès le premier trimestre 2020.* »

Il est pris acte de ces informations et des efforts ainsi déployés, dont la poursuite et l'approfondissement ne peuvent qu'être encouragés.

a) L'organisation du travail

Les agents travaillent, en journée, soit le matin (7h-14h30) soit l'après-midi (13h30-21h). Un infirmier diplômé d'Etat (IDE) de l'après-midi reste quinze minutes de plus en fin de service pour faire le lien avec l'équipe de nuit ; un du matin arrive quinze minutes plus tôt dans le même but. Ils ont ainsi une heure de travail en commun – entre 13h30 et 14h30 – pour le partage

d'informations et la transmission des consignes. Lorsque le nombre d'agents est suffisant, un infirmier assure des horaires de journée (9h-17h).

En journée, l'effectif d'une unité est en principe de deux infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitaliers par demi-journée.

L'effectif de sécurité global (en-dessous duquel il n'est jamais possible de descendre) est de sept IDE pour les trois unités d'entrée.

La nuit, deux infirmiers doivent être présents par unité – en pratique, il s'agirait plutôt, au jour du contrôle, d'un infirmier et d'un aide-soignant compte tenu des vacances de poste, selon les informations communiquées aux contrôleurs. Dans ses observations sur le rapport provisoire, communiquées le 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS conteste que l'organisation des équipes de nuit soit liée à une vacance de postes. Il précise qu'un infirmier de nuit est présent dans chaque service et explique qu'au service La Vallée situé en étage « *c'est pour éviter le poste de travailleur isolé qu'il a été mis en place un aide-soignant (soit 3 IDE et 1 AS pour les 3 services). Lorsqu'il n'y a, pour des raisons d'optimisation de la gestion des lits, que deux services ouverts, pour les mêmes raisons l'effectif est d'un infirmier et d'un aide-soignant par service (soit 2 IDE et 2 AS pour deux services).* » Il reste, cependant, que l'organisation optimale théoriquement prévu pour chacune des trois unités de l'établissement prévoit, la nuit, la présence de deux infirmiers par service, et non d'un infirmier et d'un aide-soignant.

Une astreinte des cadres de santé est organisée, en semaine de 17h30 à 9h ; les week-ends du vendredi à 16h30 au lundi à 9h ; et les jours fériés de la veille à 17h30 jusqu'au lendemain à 9h.

2.4 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT POUR L'ESSENTIEL HOSPITALISES SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL (URGENCE OU PERIL IMMINENT)

Ainsi qu'il a été évoqué précédemment, les données quantitatives transmises par l'établissement s'agissant de l'activité de son pôle santé mentale et spécifiquement, en son sein, des soins dispensés sans le consentement des patients varient selon les documents communiqués aux contrôleurs. Ces données sont même manquantes s'agissant du nombre de patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire au titre d'une mesure de soins sans consentement à la date de la visite des contrôleurs.

Pour exemple, au titre de l'année 2017, le département de l'information médicale (DIM) mentionne, dans les éléments transmis aux contrôleurs, 104 patients admis en soins sans consentement (SSC) dont 13 sur décision du représentant de l'Etat, 2 au titre d'une ordonnance de placement provisoire, 89 à la demande d'un tiers et 1 du fait d'un péril imminent. Or, pour la même année, les données transmises par les unités de soins font état de 127 patients hospitalisés en SSC : 20 sur décision du représentant de l'Etat dont 1 faisant suite à une décision judiciaire, 105 à la demande d'un tiers dont 102 en urgence, et 2 au titre d'un péril imminent.

La difficulté est identique au titre de l'année 2018, le DIM recensant 80 patients en SSC (15 décisions de représentants de l'Etat, 1 ordonnance de placement provisoire, 63 demandes de tiers et 1 péril imminent) quand les unités de soins font état de 120 patients admis en SSC (26 décisions de représentants de l'Etat dont 1 décision judiciaire, 91 demandes de tiers dont 87 en urgence et enfin 3 périls imminents).

Ainsi, selon les informations du DIM, le nombre de patients hospitalisés en SSC a baissé de 23 % sur deux ans ; mais selon celles transmises par les unités de soins, cette baisse a été limitée à 5,5 % sur la même période.

Dans ses observations datées du 28 novembre 2019, le directeur de l'établissement explique que « la différence de chiffre s'explique par le fait que certains praticiens comptabilisent le nombre de mesures et d'autres le nombre de patients. Or, pour un même patient il peut y avoir des réintégrations lors de programmes de soins ou plusieurs hospitalisations sous contrainte. » Si l'évidence est ainsi rappelée, il n'en reste pas moins qu'aucune donnée fiable et précise, qu'il s'agisse du nombre de patients concernés ou du nombre de mesures de soins sans consentement, n'a été communiquée aux contrôleurs.

Par ailleurs, seules les statistiques transmises par les unités de soins détaillent les admissions à la demande de tiers, faisant apparaître une écrasante majorité de décisions prises au titre de l'urgence : 102 des 105 patients admis à la demande de tiers en 2017 (pour un total de 127 patients en SSC) et 87 sur 91 en 2018 (pour un total de 120 patients). Selon ces données, les admissions en urgence, réalisées sur la base d'un seul certificat médical, ont donc représenté plus de 95 % des décisions de SSC prises par le directeur de l'établissement au titre de l'année 2017 et 92,5 % en 2018. A ces décisions, s'ajoutent deux mesures prises en 2017 au regard d'un péril imminent, également sur la base d'un seul certificat médical, et trois en 2018.

Il en résulte que, si le nombre total de décisions du directeur prises en urgence à la demande d'un tiers a, selon ces mêmes statistiques, baissé de 102 à 87 sur la période de deux années envisagée, la part prépondérante des admissions sur la base d'un seul certificat médical – urgence ou péril imminent – au regard non seulement du nombre annuel de patients hospitalisés sur décisions du directeur mais également du nombre total de patients admis en SSC démontre, s'il en était besoin, l'insuffisance de médecins généralistes susceptibles de signer des certificats médicaux d'admissions en SSC (ou, selon les informations communiquées, refusant de se déplacer à Thouars pour ce faire) alors que les tiers sont quant à eux présents. De fait, les SSC ordonnés à la demande d'un tiers (avec un ou deux certificats médicaux, c'est-à-dire au titre du régime normal et au titre de l'urgence) sont majoritaires. De ce point de vue, les données du DIM et des unités de soins font apparaître les mêmes proportions : entre 82 et 84 % environ au titre de l'année 2017, et entre 75 et 79 % environ au titre de l'année 2018 – soit, dans tous les cas, des taux supérieurs à la moyenne nationale qui s'établit à 64 %. En outre, quelles que soient les données analysées, le nombre d'admission au titre d'un péril imminent est minime (de 1 à 3) et donc très nettement inférieur à la moyenne nationale de 21 %.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 L'INFORMATION SUR LEURS DROITS DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST INCOMPLETE ET A CERTAINS EGARDS ERRONEE

A l'admission d'un patient en SSC, ce sont les médecins psychiatres qui l'informent de la décision d'admission en hospitalisation complète le concernant, ou du renouvellement d'une telle hospitalisation, et des raisons qui la justifient. Dans l'une des unités visitées, le médecin propose au patient concerné un entretien préalable à l'établissement du certificat médical qu'il complète après l'édition de ce document par un second entretien.

Cependant, ces patients ne reçoivent pas notification de la décision ordonnant les SSC, qui ne leur est donc pas remise, non plus que le certificat médical qui en sert de fondement.

En outre, il ressort des informations communiquées que les décisions d'admission en SSC sont rédigées par le secrétariat médical du pôle de psychiatrie à Thouars – ouvert du lundi au vendredi jusqu'à 17h – puis transmises à la direction de l'établissement à Faye-L'Abbesse qui les retourne plus tard dûment signées. Au terme de cette procédure, les décisions du directeur, pour la plupart antidatées (notamment lors d'admissions tardives ou le week-end), sont postérieures, de parfois plus de 48 heures, à l'admission réelle du patient. Il en va même des arrêtés préfectoraux ordonnant des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), qui parviennent à l'établissement, pour notification aux patients concernés, bien souvent le lendemain de l'admission de ces derniers.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature des décisions d'admission en soins sans consentement dès la prise en charge effective du patient.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS informe le CGLPL que « l'établissement a acté sa nouvelle procédure en comité de direction, qui consiste à donner la possibilité au directeur de garde de signer les décisions d'admissions en soins sans consentement par signature électronique sécurisée à distance. La rédaction sera prise en charge dans le cadre d'astreintes de psychiatrie. La procédure est en cours d'écriture à la Direction générale et sera effective dès fin décembre 2019. » Il est pris acte de cette information.

Par ailleurs, si le cadre de santé de chaque unité fait signer au patient admis en SSC, dès que leur état clinique le permet, le formulaire dit de « notification des droits » et s'il accompagne ensuite cette notification des informations appropriées, il apparaît, d'une part, que le document concerné comporte plusieurs mentions erronées (CDSP¹² de Poitiers (Vienne), contestation de la légalité de la mesure devant le tribunal administratif) et, d'autre part, que ce document n'est pas systématiquement remis au patient mais uniquement archivé, alors qu'il est en revanche transmis dans tous les cas au juge des libertés et de la détention (JLD).

Quant au livret d'accueil du CHNDS qui est mis à disposition des patients dans chacune des chambre d'hospitalisation, il comporte de courts développements relatifs, d'une part, à l'admission d'un patient en psychiatrie et, d'autre part, à l'admission d'un patient « en soins psychiatriques à la demande d'un tiers » – au titre de laquelle sont en réalité énumérées

¹² CDSP : commission départementale des soins psychiatriques

l'ensemble des modalités de soins sans consentement : demande d'un tiers, urgence, péril imminent et décision d'un représentant de l'Etat. Très succinctes, ces informations n'exposent aucun des droits garantis aux personnes admises en soins sans consentement (SSC). En outre, si elles mentionnent le contrôle effectué par le juge des libertés et de la détention, le délai indiqué pour cette intervention (quinze jours) n'est pas conforme à l'état de la législation applicable. Par ailleurs, ce livret d'accueil fait référence à la possibilité ouverte aux patients de saisir la « commission départementale d'hospitalisations psychiatriques », ancienne dénomination de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ; mais indique pour ce faire les coordonnées d'une commission installée, non dans le département des Deux-Sèvres, mais dans celui, voisin, de la Vienne (voir *infra* § 3.2). L'hypothèse de commissions interdépartementales n'est pourtant pas prévue par l'article L. 3222-5 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 2

Une information juste et complète doit être apportée aux patients en soins sans consentement qui doivent bénéficier dès leur admission de la notification effective, d'une part, de la décision ordonnant leur hospitalisation et, d'autre part, des droits qui leur sont garantis par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique. Si la décision ordonnant les soins sans consentement s'approprie les termes d'un certificat médical auquel elle renvoie, ce certificat doit également être notifié au patient concerné.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur de l'établissement informe le CGLPL de ce que « le bureau de pôle de psychiatrie a acté la rédaction d'une procédure portant sur la notification effective de l'ensemble des documents afférents à son admission. Le recueil du consentement et/ou la remise effective des documents seront actés dans le dossier du patient. La mise en œuvre de cette procédure est prévue pour le début de l'année 2020. »

Prenant également acte de cette information, le CGLPL rappelle que sont ici en cause à la fois la complétude des informations mises à disposition des patients admis en soins sans consentement, l'exactitude de ces informations et la question de leur entière notification – laquelle suppose formation des agents qui en sont chargés et transmission effective des décisions portant admission en soins sans consentement ainsi, si nécessaire, que des certificats médicaux qui en constituent le support.

3.2 LES AUTRES INFORMATIONS REMISES AUX PATIENTS SONT EGALEMENT INSUFFISANTES

A l'exception du livret d'accueil, aucun document n'est remis aux patients. Outre une information erronée et insuffisante relative aux soins psychiatriques sans consentement (voir *supra*, 3.1), ce document expose des informations d'ordre général qui sont communes à l'ensemble du centre hospitalier, notamment de brefs développements relatifs à la confidentialité de l'hospitalisation, aux biens de valeur des patients, à leur dossier médical, à la personne de confiance, aux directives anticipées, ainsi qu'à la commission des usagers.

Le règlement intérieur de l'établissement n'est quant à lui accessible qu'en ligne, sur le site intranet de l'établissement. Il comporte pourtant des informations plus complètes, notamment relatives à l'organisation de l'établissement, aux hospitalisations et aux conditions de séjour, auxquelles les patients sont en droit d'avoir accès. Une information relative à la possibilité ouverte à ces derniers de consulter une version physique de ce règlement, qui serait par exemple laissée en libre accès à l'accueil du bâtiment d'hospitalisation, devrait donc être mise à

disposition des patients. Ce d'autant qu'en l'absence de règles de vie clairement identifiées, seuls quelques affichages dans les parties communes des unités d'hospitalisation offrent aux patients quelques informations, qu'elles soient relatives à leurs droits – charte de la personne hospitalisée et charte de l'usager en santé mentale dont les mentions sont particulièrement générales – ou au fonctionnement quotidien de leur unité d'hospitalisation (horaires des repas et des visites, culte, composition quotidienne de l'équipe soignante). Selon les informations communiquées, les personnels soignants exposeraient oralement aux patients nouvellement hospitalisés le fonctionnement de leur unité d'affectation ainsi que leurs droits et leurs obligations mais compte tenu du caractère aléatoire de cette information – au regard tant de la suffisante disponibilité des soignants que de leur formation adaptée pour ce faire – elle ne peut en tout état de cause être regardée comme suffisante.

RECOMMANDATION 3

Les patients doivent pouvoir accéder à l'ensemble des informations d'ordre général intéressant leurs droits, les garanties entourant ces droits et les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement.

Le directeur du CHNDS fait état dans ses observations du 28 novembre 2019 de ce que, si le livret d'accueil est unique pour l'ensemble des services de l'établissement (pôle santé mentale et MCO), « *il est néanmoins convenu en bureau de pôle d'élaborer un document de présentation du pôle psychiatrique qui pourra être intégré dans le livret d'accueil et affiché dans l'ensemble des services.* » Il ajoute que le règlement intérieur est consultable à la demande du patient et que « *l'information sur la disponibilité du règlement intérieur a été diffusée aux patients et sera rappelé dans le document de présentation du service.* » Enfin, il indique qu'un « *dispositif de diffusion en continue d'information sur les droits des patients, déjà présent sur le site de Faye l'Abbesse, sera dupliqué dans le hall du bâtiment de psychiatrie ainsi que dans les centres médico-psychologiques.* »

Il est pris acte de ces informations malgré l'absence de communication d'éléments concrets permet d'en apprécier les modalités de mise en œuvre ou d'indication de tout calendrier d'entrée en vigueur.

3.3 LES PATIENTS NE SONT PAS INFORMES DE LA PROCEDURE DE RECUEIL DE LEURS EVENTUELLES PLAINTES ET REQUETES

Tout patient hospitalisé au CHNDS est invité à remplir, lors de sa sortie d'hospitalisation, un questionnaire de satisfaction d'ordre général. Cette enquête n'est pas adaptée spécifiquement au pôle de psychiatrie ; les patients peuvent laisser le formulaire qu'ils ont rempli dans leur chambre, le remettre aux soignants, le remplir ultérieurement en ligne sur le site internet de l'établissement ou encore le retourner par voie postale.

Aucun autre système d'enregistrement et de traitement des doléances des patients n'est clairement porté à la connaissance de ces derniers par le livret d'accueil ou les affichages présents dans les unités au jour du contrôle. Certes, le livret d'accueil reproduit la charte de la personne hospitalisée dont l'article 11 prévoit la possibilité pour toute personne d'exposer ses griefs, mais cette information est trop générale pour être utile – tout comme la mention selon laquelle la commission des usagers (CDU) est informée des plaintes et réclamations des usagers.

Pourtant, selon les informations communiquées, une procédure de réclamation est protocolisée au niveau de l'établissement. Cette procédure suppose une saisine par voie postale du directeur qui, soit décide de la traiter directement, soit la transmet pour traitement au service qualité, qui en accuse réception auprès du patient puis la transmet au(x) médecin(s) et équipe(s) soignante(s) concernés auxquels il est demandé de présenter leurs observations dans les quinze jours.

Une synthèse de ces observations est par la suite soumise au(x) médecin(s) et au(x) cadre(s) supérieur(s), qui constituera après validation de ces derniers la réponse adressée au plaignant (idéalement dans un délai d'un mois).

Une proposition de médiation/conciliation, réunissant les différents acteurs concernés, peut être faite par l'établissement – mais ceci resterait rare. Le compte-rendu du médiateur, établi au regard des observations de l'ensemble des parties à la procédure, constitue alors la réponse de l'établissement.

Ces réclamations sont signalées à la CDU qui en tient un registre, de même que les réponses qui y sont faites par l'établissement. Cette commission participe éventuellement aux échanges relatifs aux réclamations en cours et présente des recommandations annuelles au conseil de surveillance, lequel émet un avis relatif à ces recommandations.

Des éléments communiqués aux contrôleurs il ressort que, si le protocole de « *gestion des réclamations et plaintes* » de l'établissement est très détaillé et comporte diverses recommandations relatives notamment à la rédaction de rapports circonstanciés, de très rares réclamations sont transmises à la direction de l'hôpital par des patients hospitalisés en psychiatrie ou leurs familles : deux en 2017¹³, quatre en 2018 – dont trois émanant de l'entourage ou de la famille du patient. Elles ont toutes été renvoyées au médecin psychiatre référent ou au cadre de santé pour traitement, à l'exception d'une réclamation qui a fait l'objet d'un courrier en réponse de la direction, invitant la tutrice d'un patient à une rencontre avec le cadre de proximité ainsi que le cadre supérieur de santé.

Il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs que dans les services de psychiatrie, les événements étaient souvent gérés en direct au niveau de l'unité sans qu'une traçabilité soit réalisée autrement que dans le dossier individuel du patient.

RECOMMANDATION 4

Les patients et leurs proches doivent être clairement informés de la possibilité dont ils disposent de présenter leurs réclamations. Au-delà d'une seule approche statistique, la commission des usagers devrait faire des comptes-rendus réguliers de son activité portant notamment sur le traitement de ces réclamations et les suites qui sont données.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur de l'établissement indique qu'il « *sera inséré dans la nouvelle version du livret d'accueil de l'établissement, publiée en début d'année prochaine, un ajout plus explicite sur la possibilité qui est faite aux patients de pouvoir écrire directement au directeur ou à la commission des usagers de l'établissement.* » Il précise que la CDU réalise « *d'ores et déjà en son sein des retours sur son activité et notamment le traitement des réclamations en cours et des suites données aux réclamations closes. Des comptes rendus plus*

¹³ Sur un total de 47 réclamations écrites et 3 réclamations orales, selon le rapport annuel de la CDU pour 2017 qui mentionne un délai moyen de traitement de 1,8 jours mais ne propose qu'une approche statistique du sujet.

exhaustifs sur le traitement des réclamations sera demandé lors de la prochaine CDU du 9 décembre 2019. Le document fourni à la visite de contrôle n'est que le rapport annuel de la commission, demandée chaque année par l'Agence régionale de santé via un questionnaire figé. »

3.4 LES USAGERS DU POLE PSYCHIATRIE SONT ABSENTS DES INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT

La commission des usagers, dont l'existence et le rôle sont mentionnées dans le livret d'accueil, comprend parmi ses membres plusieurs représentants des patients, titulaires ou suppléants, dont l'un en assure la présidence. Cependant, l'objet social des organisations représentatives concernées n'est pas en lien avec la psychiatrie et aucun personnel du pôle santé mentale ne fait partie de cette commission.

Si, au jour du contrôle, des documents d'information d'une association d'usagers des services de psychiatrie étaient mis à disposition du public et des patients dans les unités d'hospitalisation du CHNDS, aucun contact local, qu'il soit départemental ou régional, de cette association n'y est mentionné. Et cette association, non plus qu'aucune autre, n'assure pas de présence au sein du centre hospitalier, qui ne dispose pas de maison des usagers mais seulement de quelques locaux, hors du site de Thouars, mis à disposition d'associations.

Des informations communiquées, il ressort cependant que l'ensemble des soignants de l'établissement associe, autant que faire se peut, les familles des patients à la prise en charge de ces derniers. Aucun indicateur ne permet toutefois d'apprécier le bien-fondé de ces informations et aucune instance institutionnelle n'inclut de représentant des usagers du pôle psychiatrie du CHNDS – exception faite, cependant, de l'unité Les Coquelicots dont la prise en charge offerte aux patients réserve aux familles de ces derniers toute la place qu'elles souhaitent prendre.

3.5 LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST FREQUENTE MAIS CELLE-CI N'EN EST PAS INFORMEE

Le livret d'accueil du CHNDS mentionne la possibilité ouverte au patient de désigner une personne de confiance afin de l'accompagner dans ses démarches et d'assister à ses entretiens médicaux, s'il le souhaite, et de le représenter s'il n'est plus apte à exprimer sa volonté. Ce document, qui renvoie à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, précise que l'avis de la personne de confiance reste consultatif ; et que la personne désignée peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

En pratique, l'interrogation des patients à cet égard est systématique lors de leur admission, sous réserve de leur état clinique. L'établissement a sur ce point élaboré un protocole que les soignants mettent systématiquement en œuvre. Une fois interrogés, les patients sont invités à signer un formulaire adéquat. Au jour du contrôle, vingt-cinq patients sur trente-trois ont ainsi désigné une personne de confiance.

Cependant, les personnes ainsi désignées ne sont pas informées de leur désignation. Cette situation n'est pas conforme au code de la santé publique, qui prévoit que la désignation doit être écrite et co-signée par la personne désignée.

RECOMMANDATION 5

Lorsqu'une personne de confiance est désignée, elle doit en être informée et invitée à cosigner le formulaire la désignant, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Le directeur du CHNDS informe dans ses observations du 28 novembre 2019 que « *la procédure est en cours de mise à jour avec la mention de l'obligation de la présence et de la signature de la personne de confiance. Un rappel a d'ores et déjà été effectué auprès des personnels sur la procédure.* »

3.6 L'ACCES AU VOTE EST ASSURE, SELON LES INFORMATIONS COMMUNIQUEES

Des informations recueillies, il ressort qu'en amont de chaque scrutin électoral la direction de l'établissement diffuse une information générale s'y rapportant, qui est affichée dans les unités d'hospitalisation. Les cadres de santé de ces unités s'assurent ensuite de la volonté des patients de participer au vote et engagent les démarches éventuellement nécessaires pour l'édition de procurations ou d'autorisations de sortie, voire d'accompagnements aux bureaux de vote. Aucun élément d'objectivation n'a cependant permis de vérifier le bien-fondé de ces informations.

3.7 L'EXERCICE DU CULTE DE SON CHOIX EST POSSIBLE

Outre une information à cet égard dans le livret d'accueil, un affichage disposé dans les unités d'hospitalisation mentionne la présence dans l'établissement d'une aumônerie, dont il précise le numéro d'appel ; mais également la possibilité de contacter les représentants des cultes protestant, musulman et juif, dont les coordonnées des représentants sont précisées.

3.8 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS MAJEURS QUI LE NECESSITENT EST EFFECTIVE

Exception faite de l'unité Les Coquelicots dont l'ensemble des résidents bénéficie d'une mesure de protection juridique, les patients en situation d'hospitalisation complète du pôle psychiatrie du CHNDS ne sont que peu concernés par l'activité des mandataires judiciaires – seules deux curatelles et trois tutelles sont ainsi recensées au moment de la visite du CGLPL (unité Gâtine).

Cependant, l'établissement dispose d'une mandataire hospitalière, en poste sur le site de Bressuire où sont assurées des activités extra hospitalières ainsi que les prises en charge gériatrique et infanto-juvénile. Cette personne se déplace en tant que de besoin à Thouars, mais n'y a plus en charge qu'un seul suivi, le juge des tutelles ne lui attribuant plus la charge des mesures de protection concernant le pôle psychiatrie.

Selon les informations communiquées, aucune difficulté particulière ne serait à déplorer dans les relations de l'établissement avec les mandataires, même si quelques réticences à la dépense peuvent émaner des mandataires familiaux. Au contraire, l'assistant de service social intervenant dans les unités d'hospitalisation complète considère ces mandataires, familiaux comme associatifs, comme de véritables partenaires dans le cadre de la prise en charge des patients.

Il ressort en outre des éléments transmis aux contrôleurs que le JLD demande communication des décisions de désignation des mandataires ; ceux-ci sont donc informés de la convocation des patients concernés devant ce juge.

3.9 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE, THEORIQUEMENT ASSUREE PAR LES STANDARDISTES, EST CONTOURNEE PAR UN SYSTEME DE BOITE VOCALE AU FONCTIONNEMENT ALEATOIRE

Ainsi que le mentionne le livret d'accueil, une procédure assurant la confidentialité des patients qui en font expressément la demande peut être mise en place. Selon ce protocole, toute demande en ce sens d'un patient doit être mentionnée dans son dossier informatisé. Ainsi, en cas d'appel adressé à ce patient, le standard du CHNDS est censé voir apparaître, en recherchant cette personne dans le système informatique de l'hôpital, une mention faisant état de la demande de confidentialité, et en assurer le respect.

De façon générale, les informations recueillies auprès d'un agent affecté au standard de l'établissement font apparaître que la spécialité de l'unité d'hospitalisation psychiatrique n'est jamais mentionnée dans les réponses faites aux appelants.

3.10 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST POSSIBLE

Le livret d'accueil expose les personnes pouvant prétendre à cet accès et les modalités à suivre pour y parvenir. De fait, un protocole existe à cet égard, qui suppose qu'un document type soit rempli afin de formaliser la demande. Pourtant, comme le souligne le protocole interne à l'établissement, il doit être répondu aux demandes orales d'accès au dossier médical.

Les copies des pièces du dossier sont facturées 0,18 euro la page, et leur envoi par courrier recommandé avec accusé de réception est à la charge du demandeur. La consultation sur place, gratuite, est cependant également mentionnée. Toutefois, le patient n'est alors jamais laissé seul avec son dossier.

Selon les « indicateurs CDU » communiqués aux contrôleurs au titre de l'année 2018, affinés pour le seul pôle santé mentale de l'établissement, quatorze demandes d'accès à des dossiers patients ont été présentées en 2018, dont onze par les patients eux-mêmes. Onze de ces demandes ont été faites par écrit adressé à la direction, une de façon verbale, une par courrier électronique et la dernière a été transmise par un service tiers. Dans la majorité des cas, la copie du dossier a été adressée au demandeur par voie postale ; à quatre reprises, elle a été récupérée à l'hôpital. Un dossier a été transmis à un médecin désigné, et une seule consultation sur place a été organisée. Deux demandes n'ont pas été traitées (changement d'avis du demandeur). Le délai moyen de transmission des dossiers varie selon leur ancienneté : 21,6 jours pour les dossiers de moins de cinq ans ; 55,8 jours pour les dossiers plus anciens.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION NE SE TIENNENT PAS AU CENTRE HOSPITALIER

Une convention signée le 4 juillet 2014 entre le tribunal de grande instance de Niort, l'ARS de Poitou-Charentes, le CH Georges Renon de Niort, le CH Nord-Deux-Sèvres et le barreau des Deux-Sèvres définit les conditions matérielles et les modalités d'organisation des audiences du JLD au sein du CH de Niort pour les personnes, faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, hospitalisées dans les deux établissements de santé signataires.

Un avenant à cette convention prévoit qu'à compter du 1^{er} février 2015, deux audiences complémentaires – aux deux déjà organisées au CH de Niort – se tiendront les mardi et jeudi après-midi au sein du tribunal d'instance (TI) de Bressuire pour les patients hospitalisés au CHNDS. Ces audiences sont tenues par la vice-présidente de ce tribunal. En cas d'impossibilité d'organiser les audiences JLD au sein du TI (congé de la magistrate par exemple), les patients du CHNDS sont présentés à l'audience principale qui se tient au CH de Niort.

Faute de patient du CHNDS convoqué, aucune audience ne s'est tenue pendant la visite des contrôleurs.

4.1.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La saisine du JLD, accompagnée de l'ensemble des pièces administratives et médicales obligatoires, est faite par télécopie dans les huit jours de l'admission soit par la secrétaire médicale, soit par l'ARS selon le statut du patient (SPDT ou SPDRE).

La convocation à l'audience est ensuite envoyée au bureau des entrées qui la transmet à l'unité concernée pour notification au patient. Le document attestant de cette notification est signé par le patient mais, bien que son texte précise que la convocation doit être remise en mains propres à l'intéressé, une copie n'en est pas systématiquement communiquée au patient selon les informations fournies. Le document de notification, signé, est ensuite renvoyé au greffe du JLD.

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient bénéficie d'une protection juridique, sont convoqués par le greffe du JLD mais, selon les propos recueillis, ne se présentent que rarement à l'audience.

Les contrôleurs n'ont pu obtenir de l'établissement de chiffres précis sur le nombre de certificats d'impossibilité d'être entendu par le juge ; mais, selon les informations communiquées, bien que les audiences supposent un trajet relativement long (35mn pour Bressuire et 1h15 pour Niort), ils ne sont pas nombreux. La JLD du TI de Bressuire a précisé qu'entre le 1^{er} janvier 2019 et le jour du contrôle, au cours des quatre audiences organisées (douze ordonnances rendues) seuls deux certificats d'incompatibilité avaient été produits.

Les patients convoqués à l'audience du JLD sont accompagnés par un soignant (plus le chauffeur), parfois deux selon la disponibilité du personnel. Ils ne sont ni sédatisés ni placés sous contention pendant le transport ; si leur état le nécessitait, un certificat d'incompatibilité avec une présentation à l'audience serait alors établi.

Selon les propos de la JLD de Bressuire, les audiences au TI ne posent pas de difficulté particulière tant sur le plan de la transmission des pièces nécessaires et de l'organisation matérielle de l'audience que sur la présence des avocats du barreau des Deux-Sèvres.

La notification de la décision est le plus souvent faite directement à la fin de l'audience, une copie de la décision – avec mention des voies de recours – étant alors remise tant au patient qu'à l'avocat ; à défaut, l'ordonnance est faxée au bureau des entrées puis notifiée dans l'unité par un soignant ou un cadre.

4.1.2 Les décisions rendues

Le CHNDS n'a pas été en mesure de fournir aux contrôleurs de chiffres sur le nombre de patients convoqués devant le JLD en 2018 et depuis le 1^{er} janvier 2019. De même, le nombre exact de requêtes relatives à des patients hospitalisés dans l'établissement – dans le cadre du contrôle systématique du JLD ou de demandes de mainlevée de la mesure engagées par les patients – n'est pas connu, les statistiques relatives aux patients du CHNDS comparaisant devant le JLD du TGI de Niort au CH de Niort étant mélangées avec celles des patients de cet hôpital.

En 2018, la JLD de Bressuire a rendu soixante-cinq ordonnances relatives à des patients hospitalisés au CHNDS, dont cinq ont donné lieu à une décision de mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, par deux fois avec effet différé de 24h.

Ces ordonnances de mainlevée sanctionnent majoritairement une irrégularité de procédure : notification tardive, défaut d'avis du ministère public, saisine hors délai, absence d'élément sur les liens entre le tiers demandeur et le patient. Une se fonde sur le manque de motivation du certificat médical s'agissant de l'impossibilité pour la patiente de donner un consentement libre et éclairé.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) NE FONCTIONNE PLUS DEPUIS 2016

Au moment de la visite des contrôleurs, la CDSP ne fonctionne plus depuis près de trois ans selon l'ARS. Interrogée sur ce point, cette dernière a précisé qu'il s'agissait essentiellement d'un problème lié à l'absence de psychiatres volontaires pour y participer. L'absence de contrôle de la CDSP est probablement plus ancienne encore, les contrôleurs n'ayant pas trouvé dans les registres de la loi de visa postérieur à 2012.

Selon les informations fournies par l'ARS, la CDSP était, à la date du contrôle, en cours de reconstitution : un magistrat avait été désigné par le président de la cour d'appel de Poitiers, la préfète des Deux-Sèvres était sur le point de désigner les quatre membres relevant de sa compétence (psychiatre libéral, médecin généraliste, représentant des usagers, représentant des familles) et le procureur général de Poitiers étudiait la désignation d'un psychiatre du CH de Niort.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Les autorités compétentes pour désigner les membres de la CDSP doivent urgemment se mobiliser afin qu'un arrêté de composition soit signé au plus vite et que la commission puisse effectivement exercer ses missions.

Dans leurs observations relatives au rapport provisoire qui leur a été communiqué le 16 octobre 2019, le directeur général de la délégation territoriale de l'ARS et le directeur du CHNDS font état de la reconstitution de la CDSP par arrêté préfectoral du 7 mai 2019. Cependant, il ressort également de ces observations, respectivement datées du 6 décembre et du 28 novembre 2019,

qu'aucune réunion de cette commission n'a été tenue en raison de difficultés organisationnelles et de calendrier. L'impératif d'un exercice effectif de ses missions par la CDSP demeure donc.

4.3 LE REGISTRE DE LA LOI NE REpond PAS AUX EXIGENCES LEGALES ET NE PERMET PAS UN CONTROLE RAPIDE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE DES PATIENTS

Les registres de la loi – un pour chaque type de mesure, SPDRE (mais encore intitulé « HO ») et SPDT – sont tenus par le bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient.

Les contrôleurs ont examiné le dernier registre ouvert pour chaque type de mesure (SPDT : ouvert le 9 octobre 2017 rempli jusqu'au folio 85 et SPDRE : ouvert le 14 mars 2018 et comportant dix-sept mesures).

Sur la première page du folio figurent uniquement les renseignements d'identité du patient et ceux du tiers éventuel, un numéro de matricule, la date d'entrée et les éventuelles mesures de protection ; sur la seconde page sont seulement mentionnés les arrêtés du maire et du préfet (pas les décisions du directeur), les certificats et avis médicaux – avec précision de la date, du nom du médecin et du type de certificat (24h, 72h, mensuel, etc.), les demandes de tiers et les programmes de soins. Les pièces ne sont pas annexées au registre ; chacune des mentions est assortie d'une numérotation qui permet un renvoi aux différentes pièces (elles-mêmes numérotées) qui sont collées au fil de l'eau dans un cahier noir.

Les décisions du directeur (admission, maintien ou changement de prise en charge), les ordonnances du JLD et leur notification ne sont nulle part mentionnées dans le registre. Elles sont, pour partie, rangées dans un tiroir métallique dans des pochettes individuelles (pour les patients en programme de soins ou toujours hospitalisés) mais chaque année, un archivage de ces pièces est effectué dans une autre pochette rangée dans un autre tiroir ou bien aux archives du CMP.

Ces registres très incomplets ne répondent pas aux exigences prévues par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique¹⁴ et ne permettent aucun contrôle visuel efficace de la situation individuelle des patients, de l'évolution de la mesure de contrainte ni même de sa levée.

¹⁴ Article L. 3212-11 du code de la santé publique : « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ; 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ; 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ; 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnées au présent chapitre ; 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ; 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ; 9° Les décès ».

RECOMMANDATION 6

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure de soins sans consentement doit figurer dans le registre de la loi, notamment les décisions d'admission du directeur et les décisions du JLD. Il en va de même des dates de notification des décisions d'admission et de maintien de la mesure, d'une part, des informations relatives à sa situation juridique, ses droits, les voies de recours qui lui sont ouvertes et les garanties qui lui sont offertes, d'autre part, ainsi que des différents certificats médicaux.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS fait état de ce qu'il « *sera fait application de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique dans les plus brefs délais. Une procédure, en cours de rédaction, sera mise en œuvre.* » S'il est pris acte de cet engagement, la recommandation formulée reste donc justifiée à la date de ces observations.

4.4 LES CONTROLES DES AUTORITES SONT INEXISTANTS

Aucune des autorités concernées (président et procureur près le TGI de Niort, préfet, maire) n'exerce la mission de contrôle qui lui est dévolue par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique. Le dernier visa du registre de la loi par le substitut du procureur date du 5 décembre 2014.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST SOUMISE A PEU DE RESTRICTIONS EN JOURNEE

5.1.1 La configuration et la sécurité de l'établissement

Le bâtiment dans lequel sont situées les trois unités d'hospitalisation est implanté dans un vaste parc ouvert sur une voie d'accès principale qui n'est aucunement clôturé. Le domaine est parcouru par des voies de circulation qui permettent d'accéder aux différents bâtiments, devant lesquels se situent de vastes parkings.

Du fait de sa localisation et de sa superficie, l'hôpital est totalement ouvert sur la campagne environnante et n'interdit, de fait, aucune allée et venue intempestive. Selon l'ensemble des témoignages recueillis, les intrusions de personnes extérieures à l'hôpital sont cependant rares.

Un jardin clôturé situé derrière le bâtiment est accessible durant la journée aux personnes hospitalisées. Des tables en bois et une table de ping-pong sont disposés dans ce jardin de grande taille et arboré.

Dans la journée, les patients peuvent sortir dans le jardin clôturé ou dans le parc de l'hôpital à leur guise, ce qu'ils faisaient de façon régulière pour la plupart d'entre eux au moment de la visite.



Vues de l'entrée et de l'arrière du bâtiment

Il n'existe pas d'équipe de sécurité. Une caméra fixe est située à l'entrée du bâtiment d'hébergement. Un téléphone est situé en dessous de cette caméra. Si une personne souhaite entrer dans le bâtiment la nuit, elle utilise ce téléphone, ce qui permet à l'équipe de nuit de vérifier qui est à la porte. Une autre caméra est située à l'arrière du bâtiment, à l'entrée du jardin. Les écrans reliés aux caméras sont situés au premier étage du bâtiment, dans le bureau infirmier de l'unité Gâtine.

5.1.2 Les règles d'ouverture des unités

Les trois unités sont ouvertes durant la journée. Les patients sont ainsi libres de circuler au sein des unités, entre les unités et à l'extérieur, qu'ils soient en soins libres ou en soins sous contrainte.

BONNE PRATIQUE 1

Le respect de la liberté d'aller et venir des patients dans et en dehors des unités de soin, quel que soit le statut de leur hospitalisation, doit être souligné.

Au sein des unités les portes des chambres sont ouvertes en permanence. Certains patients se sont plaints de l'impossibilité de conserver des affaires en raison des vols dans les chambres dans la mesure où tous les patients circulent librement dans les unités, y compris dans les couloirs où sont situés les chambres.

La porte extérieure du bâtiment et les portes des paliers sont fermées à partir de 20h45, jusqu'à 6h45. Il n'est, de ce fait, pas possible pour les patients d'accéder à l'extérieur notamment pour fumer pendant dix heures de suite, y compris sur la partie arrière du bâtiment. De nombreux patients, fumeurs et non-fumeurs, se sont plaint auprès des contrôleurs des tensions générées par cette impossibilité. Cette question a été évoquée lors d'une réunion patients-soignants à laquelle les contrôleurs ont pu assister. Le patient qui a mentionné cette question a indiqué que la demande avait été exprimée par de multiples patients depuis plusieurs années. Les soignants de l'unité ont indiqué qu'il n'était pas possible de permettre aux patients de descendre le soir ou la nuit, même à heures fixes, car ils étaient en nombre insuffisant. Ils ont souligné que des substituts nicotiques (patchs et chewing-gums) étaient proposés. Un patient a proposé qu'une salle fumeurs soit créée. Une patiente a indiqué qu'à deux reprises les soignants l'avaient laissé descendre fumer pour qu'elle « ne pète pas les plombs ».

PROPOSITION 1

Un dispositif permettant aux personnes hospitalisées de fumer pendant la soirée devrait être mis en place.

Le directeur du CHNDS informe dans ses observations du 28 novembre 2019 que « l'établissement n'est pas en mesure de mettre en œuvre cette recommandation eu égard aux personnes présents de nuit au sein du bâtiment. » et rappelle l'impératif de sécurité des patients, du bâtiment et des agents ainsi que la possibilité pour les personnes hospitalisées de fumer de 7 heures à 21 heures et de bénéficier sur prescription médicale de palliatifs nicotiques.

Pour les patients qui ne sont pas autonomes pour sortir ou qui sont en soins sous contrainte un transport est organisé une fois par semaine par unité pour se rendre en ville afin d'acheter des cigarettes et de retirer de l'argent. Les soignants n'ont pas rapporté de difficultés s'agissant des autorisations de sortie qui sont régulièrement sollicitées pour ce motif.

5.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE NE FONT PAS L'OBJET DE REGLES ECRITES

Certaines contraintes sont inhérentes à la vie en communauté, telle que l'obligation de prendre collectivement les repas à des heures imposées, avec toutefois des exceptions possibles. D'autres résultent de la législation en vigueur : ainsi l'autorisation de fumer est limitée aux espaces extérieurs.

Les règles de la vie quotidienne sont expliquées aux patients à l'arrivée mais elles ne sont matérialisées dans aucun document écrit. Hormis l'affichage des horaires de repas et des infirmiers présents chaque jour dans les unités, aucune information écrite sur la vie quotidienne n'est disponible.

RECOMMANDATION 7

Les règles de vie quotidienne doivent être matérialisées dans un document écrit accessible aux patients.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur de l'établissement fait état de ce que « ces points seront ajoutés dans le document de présentation du service déjà évoqué » (voir *supra*, § 3.2).

Hormis les règles de vie quotidienne il n'existe pas de restrictions générales et systématiques au niveau des unités.

Les restrictions sont individualisées et énoncées aux patients par les psychiatres dans le cadre du « contrat de soins » : elles sont retranscrites de façon manuscrite dans le dossier individuel du patient afin que l'ensemble de l'équipe soignante puisse en avoir connaissance. Il en est ainsi notamment de l'accès au téléphone portable et aux visites.

Au jour du contrôle, l'unité Bocage accueillait cinq patients en soins libres ; aucune restriction n'était active. L'unité Gâtine accueillait seize patients, dont dix en soins libres, quatre en SPDT, deux en SPDRE ; quatorze patients étaient autorisés à recevoir des visites, à recevoir ou transmettre des appels et à utiliser leur téléphone portable. L'unité Vallée accueillait onze patients, dont six en soins libres, trois en SPDT, deux en SPDRE ; quatorze patients étaient autorisés à recevoir des visites, à recevoir ou transmettre des appels et à utiliser leur téléphone portable.

De la même façon, rares sont les patients qui ne disposent pas de la clé du placard de leur chambre.

Les patients accèdent librement à leur chambre tout au long de la journée. A titre exceptionnel, un médecin peut décider d'une fermeture ponctuelle de chambre, pour éviter que la personne ne passe toute la journée dans celle-ci.

Sauf prescription médicale contraire, les patients peuvent conserver leur ordinateur ou leur tablette, sous leur responsabilité et après avoir signé une décharge en faveur de l'hôpital. Au moment de la visite, quelques patients possédaient une tablette, un seul un ordinateur portable. Le wifi n'est pas disponible pour les patients qui peuvent se connecter avec une clé 3 ou 4G s'ils en sont détenteurs.

Les soignants et les patients ont indiqué que la consommation de tabac pouvait faire l'objet de rationnement en cas d'abus et dans l'intérêt du patient, notamment au regard de ses ressources financières. Le tabac rationné est alors conservé dans les casiers au nom du patient dans le bureau des infirmiers.

5.3 LA CONFIDENTIALITE DES RELATIONS DES PATIENTS AVEC LEURS PROCHES N'EST PAS ASSUREE

5.3.1 Le courrier

Une boîte aux lettres est située au rez-de-chaussée du bâtiment, dans le bureau d'accueil, ouvert de 9h à 17h. Les personnes hospitalisées peuvent y déposer elles-mêmes leur courrier ou le remettre à la secrétaire présente. Les mesures d'interdiction d'envoyer du courrier, exceptionnelles selon les soignants, sont transmises oralement à cette dernière.

Il a toutefois été constaté que des courriers adressés au juge des tutelles par une personne hospitalisée dans l'unité Vallée, ne faisant au demeurant l'objet d'aucune restriction selon le

contrat de soins, faisaient l'objet d'un retour systématique aux infirmières du service. Ces courriers étaient ensuite déposés dans le dossier du patient ou jetés, pour ne pas « *embêter le juge avec des bêtises* ».

RECO PRISE EN COMPTE 3

Les restrictions de la liberté de correspondre ne doivent résulter que d'une décision médicale et en aucun cas de l'appréciation de la pertinence supposée du contenu du courrier. Toute personne doit être libre d'écrire au magistrat en charge de son dossier.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur informe de ce que « *le rappel des règles a été réalisé après des équipes. L'ensemble des courriers écrits par les patients sont dorénavant transmis à qui de droit sauf décision médicale.* »

L'hôpital ne met par ailleurs pas à disposition de timbres. Il a toutefois été indiqué aux contrôleurs que si une personne n'en disposait pas, non plus que d'argent suffisant pour s'en procurer, un timbre pouvait exceptionnellement lui être prêté, qui ferait l'objet d'un remboursement postérieur.

5.3.1 Le téléphone

La liberté de disposer de son téléphone portable est affirmée dans toutes les unités, sous réserve d'une mention contraire dans le contrat de soins et à l'exception des patients en chambre d'isolement.

Certains patients font l'objet de restrictions et ont accès à leur téléphone uniquement à certains moments de la journée. Aucune restriction ni consigne n'a été portée à la connaissance des contrôleurs quant à l'usage de l'appareil photo ou de la musique sur les smartphones.

Chaque unité dispose d'un téléphone mural qui peut être utilisé par les patients ne disposant pas de téléphone portable. Le patient doit donner le numéro à un soignant qui le compose sur un poste du bureau infirmier puis le transfère sur le téléphone mural. La localisation de ce téléphone dans chacune des unités ne permet cependant pas de garantir la confidentialité ni la sérénité de l'appel. Au sein de l'unité Gâtine, il est situé dans le couloir d'accès à l'unité, sans dispositif destiné à l'isoler un minimum ; au sein de l'unité Bocage il est situé dans le salon ; au sein de l'unité Vallée, il est isolé derrière un paravent mais néanmoins également situé dans le salon.

Les téléphones mis à disposition des personnes hospitalisées



Dans l'unité Gâtine



Dans l'unité Bocage



Dans l'unité Vallée

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les postes de téléphone mis à la disposition des personnes hospitalisées doivent être installés de façon à préserver la confidentialité et la sérénité des appels téléphoniques.

Le directeur du CHNDS fait état dans ses observations du 28 novembre 2019 de la dépose des téléphones fixés aux murs des unités, qui ont été remplacés par des téléphones sans fil qui laissent la possibilité aux patients de s'isoler dans un bureau ou dans leur chambre s'ils le souhaitent.

5.3.2 Les visites

Les visites sont autorisées l'après-midi, sauf mention contraire dans le contrat de soins. Il n'y a pas de restrictions concernant le nombre de personnes, la durée ou la fréquence des visites. Il est demandé aux patients de prévenir s'ils sont avisés qu'ils vont recevoir une visite. Une autorisation peut être accordée pour recevoir une visite le matin.

Les visiteurs accèdent librement à l'établissement ; ils peuvent monter dans l'unité, dans les salons et dans la chambre de leur proche ou être reçus dans des espaces situés au rez-de-chaussée du bâtiment. Deux espaces y sont aménagés avec des fauteuils entourant une table basse. Ces espaces ne sont toutefois pas situés dans des endroits clos et les visites s'y déroulent sous l'œil curieux des autres patients.



Un des deux espaces de visite du RDC

Dans les unités, des bureaux d'entretien peuvent également être ouverts à la demande pour des visites mais une telle pratique n'a jamais été constatée au cours de la semaine où les contrôleurs étaient présents dans l'établissement.

Il n'existe pas de restriction de principe aux visites d'enfants ou d'adolescents mais les soignants avec qui la question a été évoquée ont exprimé de la réticence. Ils ont indiqué que dans ce cas la visite aurait lieu dans un bureau d'entretien. Ces pièces sont toutefois petites et aucune d'entre elles n'est véritablement aménagée pour accueillir des enfants.



Les salles d'entretien mises à disposition pour les visites des familles

RECO PRISE EN COMPTE 5

Toutes les unités doivent disposer d'un lieu d'accueil des familles adapté et accueillant.

Selon les informations transmises par le directeur du CHNDS le 28 novembre 2019, la réception de nouveaux éléments de mobilier était prévue le 12 décembre suivant et un nouvel aménagement des salons des familles devait être réalisé avant la fin d'année 2019.

5.4 LE RECOURS AU PORT DU PYJAMA EST PEU FREQUENT MAIS SON UTILISATION N'EST PAS TOUJOURS LIMITEE DANS LA DUREE

Le port du pyjama, fourni par l'établissement, fait l'objet d'une prescription médicale qui est intégrée au contrat de soins du patient (voir *infra*, § 6.2). En principe, il est prescrit pour prévenir les tentatives de fugue – tel était le cas pour un jeune homme au jour du contrôle et les tentatives de suicide – un homme était concerné durant la visite. Un homme, atteint de démence sénile, était également soumis au port du pyjama afin de l'empêcher de s'aventurer en dehors de l'enceinte de l'hôpital. Une autre femme, qui disposait d'une réserve limitée de vêtements et qui s'aspergeait régulièrement d'eau, était aussi vêtue d'un pyjama beaucoup trop grand pour sa taille. Il n'a apparemment jamais été envisagé de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel.

Concernant le patient pour lequel il existait un risque de passage à l'acte suicidaire, la prescription datait du 25 février 2019. Les contrôleurs s'interrogent sur la pertinence de cette mesure car les risques de se pendre avec un pyjama existent également. Par ailleurs lors de la visite, cela faisait plus de deux semaines que la prescription n'avait pas été réexaminée. Pour autant, l'état clinique de cet homme s'était amélioré puisqu'il avait été autorisé à sortir de l'hôpital durant la semaine de la visite des contrôleurs. A son retour, il avait dû revêtir le pyjama de l'hôpital. Certains soignants, interrogés à ce sujet, ont convenu que cette mesure n'était plus justifiée. Cependant le médecin référent de ce patient étant en congés, ses confrères n'ont pas pris l'initiative de modifier le contrat de soins.

RECOMMANDATION 8

Le recours au pyjama doit être limité dans la durée. Son utilisation doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle compte tenu du caractère dégradant de la mesure. Enfin, il conviendrait de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel.

Le directeur du CHNDS fait savoir le 28 novembre 2019 que « *sauf urgence ou en l'absence de pyjama personnel, l'établissement ne fournira plus de pyjama au patient.* » Il rappelle que la mise en pyjama est une prescription médicale dont l'évaluation doit être faite chaque 24h ; et informe qu'une « *note d'information a été validée en bureau de pôle début décembre, elle sera transmise à l'attention des médecins prescripteurs, des patients et de leur famille.* » Malgré l'absence de communication de cette note, il est pris acte de ces informations et, par suite, de la prise en compte de la recommandation émise.

5.5 LA PROCEDURE DE LIBRE CHOIX DU MEDECIN N'EST PAS TOUJOURS APPLIQUEE

Lorsqu'un patient souhaite changer de médecin référent, il lui est proposé de remplir un formulaire mais cela n'a pas de caractère obligatoire. Il a été indiqué que les patients privilégiaient le courrier car ce procédé leur permettait « *de déposer quelque chose* ». Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir des données précises mais le nombre de demandes serait assez élevé ; elles concerneraient deux psychiatres plus particulièrement. Un praticien est perçu comme étant « *envahissant et intrusif* » à l'égard des patients ; quant au second, il lui est reproché de ne pas prendre le temps nécessaire durant les entretiens médicaux.

Les demandes sont transmises à la cheffe de pôle et sont examinées lors de la réunion médicale hebdomadaire. Il a été indiqué que, dès lors que la requête concernait l'un des psychiatres qui n'assiste plus à ces réunions (voir *infra*, § 6.2), elle y serait systématiquement accordée une suite favorable. En revanche s'agissant des autres médecins et notamment d'un praticien hospitalier (PH) plus particulièrement, les requêtes seraient parfois rejetées. Il serait alors répondu au patient que le changement de médecin n'est pas souhaitable durant l'hospitalisation. Les équipes paramédicales sont amenées à relayer la parole du patient auprès du PH concerné afin que la demande soit accordée.

RECOMMANDATION 9

Le droit pour chaque patient de choisir librement son médecin doit être respecté par tous les psychiatres.

Le directeur du CHNDS informe le 28 novembre 2019 de ce qu'une « *information a d'ores et déjà été affichée rappelant ce principe fondamental en juin 2019. Elle sera prochainement reprise et diffusée dans une note de service.* » Il est pris acte de ces informations et des efforts sur ce point envisagés par l'établissement dans ses relations avec les médecins.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT CORRECTES MALGRE LA VETUSTE DES BATIMENTS

Les trois unités sont regroupées au sein du même bâtiment. Au rez-de-chaussée se trouvent les services administratifs, les bureaux des médecins et des psychologues et les salles d'activité. Au premier étage se trouvent les unités Bocage (à gauche) et Gâtine (à droite). Au second étage se trouve l'unité Vallée. L'autre aile du second étage, désormais inutilisée, hébergeait autrefois les patients du bâtiment Les Coquelicots, qui bénéficient aujourd'hui d'un bâtiment séparé, récemment construit et de plain-pied. Les unités sont desservies par de larges paliers qui sont agrémentés de plantes vertes et, pour le second étage, de fauteuils et de tables basses.



Les paliers du premier et du second étage du bâtiment d'hospitalisation

La configuration des locaux est similaire dans les trois unités : chacune s'organise autour d'une vaste pièce de vie, avec un espace « salle à manger » et un espace « salon », composé de fauteuils installés autour d'une table basse et d'un grand poste de télévision. Dans les trois unités ce salon jouxte une cuisine ainsi qu'un bureau infirmier vitré.



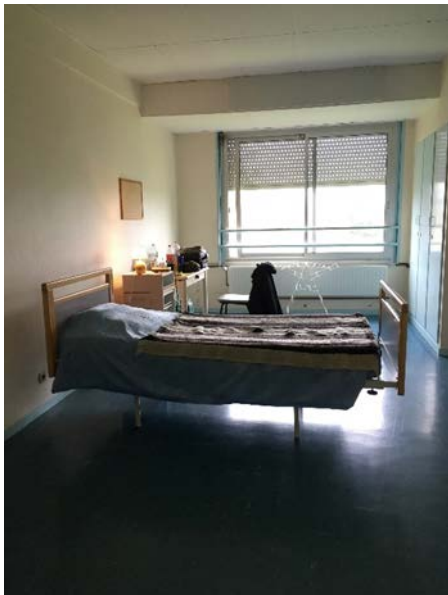
Les salons des unités Vallée et Bocage

Les chambres et salle de bains sont distribuées autour de deux couloirs. Chaque unité comporte quatre chambres à deux lits et dix à un lit. Il a été décidé en 2018 de n'accueillir plus qu'un maximum de douze personnes à l'unité Bocage en raison du projet de spécialiser cette unité dans la prise en charge des courts séjours.

Les contrôleurs ont constaté la grande vétusté des bâtiments. Des problématiques multiples ont été signalées par tous : problèmes de fuites d'eau, faux plafonds troués, volets roulants des chambres difficiles à manier, etc. Du 20 juillet au 30 août 2018, l'unité Vallée a dû être fermée pour réaliser des travaux de toiture. Les contrôleurs n'ont pas constaté de problèmes de température au moment du contrôle, ce qui n'est pas significatif car il a eu lieu au mois de mars, avec des températures tempérées. Il a toutefois été indiqué que certaines chambres n'étaient pas utilisées l'hiver car insuffisamment chauffées.

Les contrôleurs ont également constaté, en dépit de la vétusté des bâtiments, un état d'hygiène très satisfaisant dans les locaux communs et dans les chambres, quelle que soit l'unité. Une attention manifeste sur ce sujet doit être soulignée.

La taille des chambres, qu'elles soient simples ou doubles, est convenable et permet des déplacements en fauteuil roulant. Certaines chambres sont très vastes. Aucune chambre ne dispose de salle de bains ou de toilettes, ni même d'un point d'eau. Toutes les chambres sont dotées d'un mobilier équivalent, peu amène : lit, table de chevet, lampe de chevet, bureau et chaise. Les chambres doubles disposent toutes de deux bureaux et de deux chaises. Chaque personne dispose également d'un placard individuel, dont elle conserve la clé, sauf décision contraire du médecin. Cette décision est prise au cas par cas, en fonction de la pathologie et de l'autonomie du patient, et figure dans le contrat de soins. Quelques chambres disposent d'un fauteuil médical, d'autres d'un panneau en liège où peuvent être accrochées des photographies.



Une chambre simple et une chambre double

De façon générale, la décoration des chambres est assez pauvre. Si quelques-unes sont investies par les patients (photographies, objets personnels), la décoration est dans la plupart minimaliste. Plusieurs patients ont indiqué que la taille du placard et la nécessité de tout y ranger lors de chacune de leurs sorties en raison du risque de vol limitait la possibilité de personnaliser les

chambres, toutes les portes des unités étant ouvertes en permanence et accessibles de ce fait y compris aux patients des autres unités.



Une chambre simple

Les fenêtres coulissantes peuvent être ouvertes dans toutes les chambres mises à part les chambres d'isolement, l'amplitude de l'ouverture des fenêtres restant toutefois limitée à une dizaine de centimètres. Le mécanisme manuel d'ouverture des volets roulant peut être retiré selon les consignes du médecin.

Aucune chambre ne dispose d'un bouton d'appel. Elles ne disposent pas non plus de verrou intérieur. Un tel dispositif, peu coûteux, pourrait être installé dans les chambres ; il répondrait à une demande exprimée par certains patients de tranquillité et d'autonomie, en limitant les risques de vol et d'intrusion, notamment nocturne. Le fait que les portes soient constamment ouvertes trouve en effet ici sa limite, certains patients pouvant être ennuyés voir agressés par les autres et dénonçant des vols fréquents quand ils laissent des choses dans leur chambre (briquets, tasses, livres, etc.).

RECO PRISE EN COMPTE 6

Toutes les chambres doivent être équipées de boutons d'appel et de verrous intérieurs, voire de clés « de confort ». Ces dispositifs contribuent à des conditions de vie satisfaisantes pour les patients : protection des personnes vulnérables, amélioration de l'autonomie.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS informe qu'un « *chiffrage a été demandé pour la mise en œuvre de boutons d'appel. La mise en œuvre effective sera réalisée au premier trimestre 2020.* » S'agissant de verrous et clés dits « de confort », il fait état d'une « réflexion institutionnelle [qui] est en cours » mais précise que « *le principe de pouvoir verrouiller sa chambre de l'intérieur par le patient est retenu ; les modalités sont à étudier.* » Il rappelle enfin que « *concernant les vols, chaque patient dispose d'un casier qui ferme à clé.* »

Il est pris acte de ces informations malgré l'absence de précision apportée quant au calendrier exact de mise en œuvre des adaptations immobilières envisagées.

La possession dans les chambres d'un téléviseur n'est pas autorisée. Les patients ne se sont pas plaints de cette impossibilité, jugeant la présence de postes de télévision dans les salons des unités suffisante. Plusieurs patients disposaient d'un poste de radio dans leur chambre au moment du contrôle.

Selon les soignants, les raisons présidant à l'affectation d'un patient en chambre double dépendent de la pathologie et de l'aptitude à vivre à plusieurs, et non des souhaits des patients. Ces affectations sont toutefois fréquemment révisées et peuvent être modifiées pour des questions d'affinités entre les patients.

Le prénom des patients figure parfois sur une affichette apposée sur la porte de leur chambre, pour les patients désorientés susceptibles de ne pas retrouver leur chambre.

6.2 L'HYGIENE EST GLOBALEMENT ASSUREE

Les sanitaires sont tous collectifs. S'ils sont dans un état de propreté correct, ils n'échappent pas à l'état de vétusté de l'ensemble du bâti de l'hôpital. Les toilettes sont par ailleurs en nombre insuffisant dans les unités.

Toutes les unités disposent de salles d'eau équipées de façon variable, ayant pour point commun un équipement daté voire vétuste. En revanche, une attention particulière est apportée à leur propreté. Chaque unité dispose *a minima* d'une salle avec une baignoire, et de deux ou trois salles supplémentaires équipées de douches. Des équipements pour personne à mobilité réduite sont présents dans quelques salles d'eau. Toutes comportent une tablette, un miroir, des patères pour accrocher les vêtements et un tabouret. Toutes disposent également de verrous intérieurs. Certaines douches disposent d'un flexible, d'autres de boutons poussoirs. Elles sont utilisées en fonction de l'aide nécessaire à la toilette.



Une salle de douche et une salle de bains de l'unité Gâtine

Dans les unités Vallée et Gâtine, dix-huit patients – effectif réel de seize et douze personnes au premier jour de la visite – se partagent quatre salles d'eau dont une avec une baignoire, et quatre WC. Le même nombre de salles d'eau (dont deux avec des baignoires) et de WC sont à la disposition des douze patients de l'unité Bocage – effectif réel de cinq personnes au premier jour de la visite.

Les salles d'eau sont ouvertes le matin de 7h à 11h et une douche est ouverte à nouveau le soir entre 17h et 19h. L'accès à un lavabo le reste du temps se fait dans les WC qui en disposent.

S'agissant du nécessaire de toilette, il doit être apporté par les personnes hospitalisées ou par leur famille. Pour les personnes hospitalisées en urgence, chacune des unités dispose d'une

réserve de produits d'hygiène qui peuvent être remis à la demande. Du linge est également disponible pour les plus nécessiteux, en particulier pour les premiers jours d'hospitalisation, chaque unité ayant également une petite réserve de vêtements, en général donnés par le personnel de l'établissement. Le nettoyage des draps et serviettes, réalisé par un prestataire privé, ne pose pas de difficultés.

L'entretien du linge est également à la charge des familles. Toutefois, une machine à laver le linge, située dans le bâtiment et mutualisée pour les trois unités, peut être utilisée si nécessaire. Cette solution est toutefois présentée comme un « dépannage ». Des tancarvilles peuvent également être prêtés aux patients qui souhaiteraient en appoint laver leur linge eux-mêmes. L'employé d'un pressing se déplace également une fois par semaine pour récupérer du linge, mais cette prestation est peu utilisée car elle est payante, le patient devant au surplus remettre l'équivalent d'une machine complète.

6.3 LES BIENS DU PATIENT NE SOUFFRENT D'AUCUN RETRAIT SYSTEMATIQUE

A leur arrivée à l'hôpital, les patients sont invités à remettre à leur famille leurs biens et valeurs : argent liquide, carte bancaire, chéquier, effets personnels de valeur. Dans le cas où cette remise serait impossible, il leur est proposé de les remettre au personnel de l'établissement afin qu'ils soient déposés au coffre de l'hôpital, situé à Faye-L'Abbesse, ou au régisseur. Les documents remis par l'établissement n'ont pas été actualisés et mentionnent une remis à la trésorerie principale de Parthenay.

Un inventaire des biens de la personne est systématiquement réalisé. Le formulaire comporte également mention des biens de valeur qui sont conservés par le patient, ainsi qu'une formule dégageant le CH de toute responsabilité en cas de perte. Ce formulaire est signé par le patient. Les biens autres que de valeur font également l'objet d'un inventaire, sur lequel sont listés ceux qui sont conservés par les soignants dans le cadre du contrat de soins (appareil dentaire, appareil auditif, lentilles, lunettes, cannes, béquilles, clés, téléphone portable, documents divers, etc.) ainsi que la date de remise de ces objets à la personne. Cette fiche est tenue à jour et déposée dans le dossier du patient.

Il n'existe pas de règle écrite quant aux sommes d'argent que les patients peuvent conserver sur eux. Certains soignants ont indiqué accepter de conserver de l'argent liquide dans les casiers des patients situés dans les bureaux infirmiers, d'autres ont indiqué refuser. Aucun objet n'est retiré systématiquement.

Il n'a pas été signalé de difficultés aux contrôleurs s'agissant de la gestion et de la remise des biens, tant sur le site de l'hôpital qu'au coffre situé à Faye-L'Abbesse. L'ensemble des patients rencontrés a toutefois indiqué ne pas avoir déposé d'objets de valeur.

Enfin, la gestion des biens des patients protégés n'appelle pas d'observation particulière. Selon les soignants, la plupart des patients protégés fait l'objet d'une tutelle familiale qui gère directement les besoins des patients.

6.4 LES REPAS SONT PRIS EN COMMUN ENTRE LES PATIENTS ET LES SOIGNANTS

Les repas du midi et du soir, dits « thérapeutiques », sont pris en commun entre les patients et les soignants dans toutes les unités. En général, un ou plusieurs patients aident à mettre la table et à ranger après le repas, sur la base du volontariat. La vaisselle fournie est habituelle, il n'est pas fait usage de couverts en plastique. Les salles à manger sont vastes, lumineuses et

témoignent d'un souci de décoration. Les places à table ne sont pas attribuées à l'avance, et les tables sont en nombre suffisant pour qu'un patient souhaitant s'isoler puisse manger seul. Les patients comme les soignants rencontrés voient le repas comme un moment de convivialité et d'échange. Si la présence aux repas est vue comme participant du fonctionnement du collectif, les patients qui le souhaitent peuvent ponctuellement prendre leur repas en chambre.

Les repas arrivent dans les unités en provenance de la cuisine centrale située à Faye-L'Abbesse, suivant le principe de la liaison froide. Ils sont réchauffés sur place dans la cuisine équipée jouxtant la salle à manger. Les patients rencontrés ont indiqué être en général satisfaits de la qualité et de la quantité des repas. Il n'a pas été signalé de difficulté quant aux régimes particuliers, qui sont servis en barquettes individuelles alors que le repas de tous arrive en barquettes collectives et fait l'objet d'un service à l'assiette.

Selon le temps disponible – et semble-t-il essentiellement le week-end, des activités peuvent être organisées avec les patients pour améliorer les repas, comme la confection de gâteaux ou de crêpes. Dans certaines unités, certains plats peuvent être légèrement retravaillés sur place dans les cuisines des unités : pommes de terre sautées avec de l'ail, légumes vapeur revenus à la poêle au beurre, ajout de crème, etc.

Les horaires des repas et les menus font l'objet d'un affichage dans la salle commune de chacune des unités. S'agissant du petit déjeuner, il a été précisé aux contrôleurs dans toutes les unités que chacun le prenait à l'heure qu'il souhaitait dans le créneau horaire défini. Dans toutes les unités un goûter est servi vers 16h et le soir une tisane est servie à ceux qui le souhaitent.

Des repas particuliers peuvent être organisés, essentiellement pour les fêtes de fin d'année, mais aussi parfois l'été (barbecue dans le parc). Le goûter est également parfois servi dehors l'été.

Il n'y a pas de cafétéria sur le site. Un distributeur de boissons et de confiseries est situé au rez-de-chaussée. Les patients ont souligné que les tarifs du distributeur étaient élevés (80 centimes pour un café). Il n'y a pas de restrictions à la conservation de nourriture en chambre.

6.5 LES MOYENS DE LUTTER CONTRE L'ENNUI SONT PEU INVENTIFS

Les activités non thérapeutiques, qui ne nécessitent pas l'intervention d'un soignant, ne sont pas très développées au sein des unités.

Les unités Bocage et Vallée disposent d'une salle d'activité accessible en permanence à tous les patients. Dans ces salles sont disponibles des jeux de société, quelques livres et bandes dessinées, des puzzles et des coloriages. L'unité Vallée possède un poste de musique et une petite réserve de CD.



Les salles d'activité des unités Bocage et Vallée

L'aumônerie propose une activité chant le mercredi après-midi. La semaine de la visite, aucun patient ne s'est présenté pour cette activité. Il s'est avéré que les affichettes qui avaient été conçues par l'aumônerie n'avaient pas été diffusées ni affichées sur les tableaux ; les patients n'étaient, de ce fait, pas au courant que cette activité était proposée.

Chaque unité dispose d'un poste de télévision grand écran dans la salle commune. Les patients disposent de la télécommande et choisissent en commun le programme, notamment celui du soir. En principe la télévision est éteinte à 22h mais si le programme n'est pas terminé l'horaire peut être repoussé.

Au rez-de-chaussée, dans une vaste salle sont installées deux tables de ping-pong et un mini-baby-foot. Cette salle dispose d'un accès à l'extérieur sur un jardin clôturé de bonne taille, planté d'arbres, dans lequel sont installés des tables de pique-nique en bois et des bancs. Des repas et goûters à l'extérieur sont ponctuellement organisés. Des raquettes de ping-pong et des jeux de boule sont disponibles dans les bureaux des infirmiers.



La salle d'activité du rez-de-chaussée

Le jardin arrière clôturé

Les salles d'activités situées au rez-de-chaussée et au premier étage (« salle d'ergothérapie », qui dispose également d'une petite bibliothèque) ne sont pas en accès libre.

Aucun équipement sportif, salle de sport ou de gymnastique n'est accessible, tant au sein du bâtiment qu'à l'extérieur.

Au total, l'offre d'activité est assez réduite, ce qui paraît préjudiciable à ceux qui sortent peu au regard de leur état de santé.

PROPOSITION 2

L'offre d'activités occupationnelles au sein des unités devrait être étoffée. Les espaces disponibles au rez-de-chaussée pourraient être mis à profit pour proposer davantage d'activités en libre-service, comme une salle de sport.

Le directeur expose dans ses observations du 28 novembre 2019 que « *la salle d'ergothérapie est désormais disponible en libre-service ainsi que les salles de jeux. Le rez-de-chaussée est en cours de réaménagement avec un nouvel espace bibliothèque et jeux de société.* »

6.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS UNE QUESTION ABORDEE PAR LES EQUIPES SOIGNANTES

Les contrôleurs ont constaté une absence totale de réflexion institutionnelle relative à la liberté des patients à vivre leur sexualité : il s'agit là en effet d'un « *non-sujet* » pour les équipes, ce qui fait notamment qu'aucune action de prévention n'est mise en œuvre. Les patients avec qui ce sujet a pu être abordé, notamment un couple dont la femme était hospitalisée et dont le conjoint venait passer tous les après-midis, a indiqué penser que les relations sexuelles étaient interdites au sein de l'hôpital, même si ce sujet n'avait pas été abordé par les soignants.

De fait, il n'existe pas de règle explicite relative à la sexualité des patients. En revanche, les chambres sont librement accessibles lors des visites des conjoints. Toutefois, les chambres ne disposent pas de verrou interne, ce qui est peu propice à toute recherche d'intimité.

En l'absence de règle et de réflexion institutionnelles, les soignants sont livrés à eux-mêmes quant au positionnement à adopter, qu'il s'agisse des relations sexuelles entre patients ou des relations sexuelles entre patients et visiteurs. Les soignants avec qui la question a été abordée ont souvent répondu ignorer quelle serait leur réaction et la conduite à tenir. Un soignant a évoqué la situation d'une mineure se mettant en danger régulièrement qui avait indiqué avoir eu une relation sexuelle avec un majeur. La famille avait été prévenue. Il ne semble pas que ce type d'événement fasse l'objet d'un retour d'expérience partagé entre les soignants.

L'unité Les Coquelicots fait ici figure d'exception, car les soignants n'ignorent pas le sujet mais au contraire sont attentifs au respect du consentement des personnes et de l'intimité. Une réflexion institutionnelle est en cours avec la mise en place d'un atelier sur le sujet.

RECOMMANDATION 10

L'hôpital doit mener une réflexion institutionnelle sur les questions en lien avec la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles mais aussi les impératifs de prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS fait état de ce qu'une « réflexion sera prochainement engagée en bureau de pôle sur la base du travail d'ores et déjà en cours au sein de l'unité des Coquelicots. »

7. LES SOINS

7.1 LA PRESENCE D'UNE EQUIPE DE LIAISON AU SERVICE DES URGENCES EVITE LES HOSPITALISATIONS TRAUMATISANTES ET FAVORISE L'ADHESION AUX SOINS

L'équipe de liaison a été mise en place au service des urgences de Faye-L'Abbesse en juin 2018. Elle est composée de quatre infirmières (3,8 ETP), deux d'entre elles sont des infirmières de secteur psychiatrique. Les infirmières assurent, seules ou en binôme, une présence quotidienne de 8h à 20h. En dehors de ces horaires, l'équipe paramédicale du service des urgences prend le relais. Il a été indiqué qu'il était très rare qu'un patient se présente le soir après 20h. Lors de la visite, une infirmière était en congé maladie depuis le mois de décembre et elle n'était pas remplacée. L'équipe de liaison intervient également de façon ponctuelle au CMP de Bressuire.

Lorsqu'une personne, relevant *a priori* d'une prise en charge psychiatrique, se présente au service des urgences, elle est reçue en premier lieu par un médecin urgentiste qui procède à un examen clinique afin d'éliminer toute urgence somatique. Le patient bénéficie également d'un bilan biologique complet. Il est ensuite orienté vers l'équipe de liaison qui effectue une évaluation complète. Les infirmières disposent d'un bureau, agréablement aménagé, pour mener leurs entretiens. S'il s'agit d'un état anxieux passager, l'infirmière va orienter le patient vers le CMP de Bressuire sans faire appel au psychiatre. Elle en réfère néanmoins au médecin urgentiste. Il a été indiqué que leur avis était généralement pris en compte et qu'une relation de confiance s'était établie avec les médecins urgentistes. Un compte rendu de l'entretien est adressé à l'équipe du CMP.

Si l'équipe de liaison estime que le patient nécessite d'être vu par un médecin psychiatre, elle prend contact avec ce dernier. Si le praticien est sur le site de Thouars, le patient peut éventuellement y être conduit en ambulance. Le CMP de Bressuire prévoit un créneau horaire de 15h et 15h30 pour les urgences. De l'avis des professionnels de santé, intervenant au service des urgences et au CMP, certains praticiens refuseraient de recevoir le patient « *faute de temps disponible* ». De même, il a été précisé que selon le psychiatre intervenant au CMP, les nouveaux patients ne seraient pas systématiquement vus en consultation et seraient directement adressés aux urgences.

La procédure d'admission aux urgences ne prévoit pas que le médecin psychiatre se déplace dans le service des urgences. Il en a été décidé ainsi en raison des postes vacants (cf. *supra* § 2.3.3).

Si une hospitalisation est à envisager, l'équipe de liaison met tout en œuvre pour rechercher le consentement aux soins. Selon les propos recueillis, « *cela peut prendre plusieurs heures* ». Si l'admission en soins libres s'avère impossible, les infirmières se mettent en relation avec un tiers dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence (SDTU) qui est le mode d'admission le plus fréquent compte tenu du fait que peu de médecins généralistes soient disposés à se déplacer pour rédiger un second certificat (voir *supra* § 2.4). En outre, à l'exception des patients qui peuvent être accompagnés par les pompiers, voire le SMUR ou les fonctionnaires de police, la majorité des personnes se présente spontanément aux urgences.

La recherche du tiers incombe à l'équipe de liaison. Lorsqu'il s'agit d'une première hospitalisation, les infirmières prennent le temps d'expliquer au tiers les modalités d'une admission en soins sans consentement et tentent « *de dédramatiser la situation* ».

Le médecin psychiatre donne ses consignes – notamment relative au traitement à prescrire – par téléphone au médecin urgentiste ; cependant la décision finale appartient à ce dernier. De l'avis des professionnels de santé, les hospitalisations non justifiées sont très rares et lorsqu'elles le sont, les psychiatres n'hésitent pas à lever la mesure (deux cas ont été rapportés aux contrôleurs) dans les 24h à 72h qui suivent l'admission sans consentement. De même, le recours à la contention serait rarissime et serait décidé par l'urgentiste uniquement pour le temps du transport et seulement pour les patients très agités. A cet égard, les équipes paramédicales intervenant dans les unités d'hospitalisation ont confirmé les propos recueillis auprès de l'équipe de liaison. Ces mesures apparaissent dans le dossier patient mais le service des urgences ne tient pas un registre car l'usage de la contention n'est pas uniquement décidé pour les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique. Il peut s'agir de personnes agitées, alcoolisées ou désorientées.

Dans l'attente d'être transportés sur le site de Thouars, les patients sont installés dans une des chambres de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Ces lits sont également destinés aux patients pour lesquels un temps d'observation est nécessaire avant de confirmer un diagnostic.

Les contrôleurs ont pris connaissance des données statistiques communiquées par l'équipe de liaison. Entre le 11 juin 2018 et le 31 janvier 2019, les infirmières ont reçu 674 patients, soit une moyenne de deux à trois patients par jour. Elles réalisent également des suivis de patients admis dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Cependant ces demandes qui émanent des spécialistes doivent être validées auparavant par les médecins psychiatres. Cette procédure retarderait les délais d'intervention. Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS relève que « depuis la mise en place d'un bureau de pôle, tout patient hospitalisé sur les services de Faye l'Abbesse, sont vus en première intention par l'équipe de liaison de psychiatrie sans avoir besoin d'une validation d'un psychiatre. »

7.2 LA CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EST PAS ASSURÉE DE FAÇON OPTIMALE EN RAISON DE L'ABSENCE DE COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINS

L'équipe de médecins psychiatres connaît une situation de crise interne dont les répercussions sur la prise en charge des patients sont manifestes. Les relations conflictuelles entre les praticiens induisent un climat délétère et nuisent au bon fonctionnement des unités.

Les contrôleurs se sont entretenus avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans les services. Bon nombre d'entre eux leur ont fait part de « leur lassitude » en raison des conflits internes qui monopolisent la majorité des médecins ; lesquels, par conséquent, ne remplissent que partiellement la mission qui leur a été confiée. Le patient n'est plus au centre des priorités. Certains professionnels envisagent de quitter leur poste du fait de cette situation, alors même que les unités sont d'ores et déjà confrontées à un phénomène de *turn-over* important du personnel.

7.2.1 L'organisation médicale

Les unités d'hospitalisation sont sous la responsabilité de la cheffe de pôle.

Aucun projet médical, dont l'objectif est de définir notamment l'organisation et les modalités de prise en charge des patients, n'a été élaboré.

En l'absence de désignation d'un chef de service pour chaque unité, les équipes paramédicales – soutenues par leur cadre de santé – sont les garants du bon fonctionnement des unités.

Chaque service compte néanmoins des médecins référents qui sont au nombre de trois à l'unité Vallée et de deux à l'unité Gâtine. Leur rôle et leurs responsabilités n'ont, semble-t-il, pas été clairement définis si ce n'est qu'ils interviennent principalement dans le service qui leur a été attribué. Il est intéressant de noter que les fiches de rapport d'activités des unités ne font pas mention de cette organisation qui, par ailleurs, est méconnue de certains professionnels. A l'unité Bocage, aucun médecin référent n'a été désigné.

Dans la pratique, l'ensemble des médecins intervient dans les trois unités car, d'une part, certains des patients hospitalisés bénéficiaient auparavant d'un suivi en CMP et sont alors pris en charge par leur psychiatre référent et, d'autre part, les patients nouvellement hospitalisés sont suivis par le psychiatre ayant effectué leur admission.

En principe, les praticiens s'auto-remplacent durant les congés. Les patients continuent à bénéficier d'entretiens médicaux mais les contrats de soins ne font pas toujours l'objet de modifications quand bien même certaines restrictions ne se justifieraient plus (voir *supra* § 5.4). Chaque semaine, un planning de présence des PH est édité. Les contrôleurs ont examiné le planning de la semaine du 11 mars 2019. L'organisation des effectifs médicaux prévoit, à l'exception du jeudi où ils ne sont que deux, la présence quotidienne de trois médecins dans les unités. De même, deux à trois praticiens interviennent tous les jours dans les deux CMP à l'exception du vendredi où un seul psychiatre est présent. Les tours d'astreinte des psychiatres figurent également. Cependant, la prise en charge des patients n'est pas assurée de façon optimale lors des astreintes. La liste répertoriant les événements indésirables survenus en 2018 met en évidence des dysfonctionnements relatifs à la prise en charge des patients résultant des relations conflictuelles entre les psychiatres. A titre d'exemple, le psychiatre de liaison a refusé d'examiner un patient en isolement indiquant que la prise en charge relevait du médecin garde (cf. *infra* § 8.2.1).

Les plannings d'astreinte sont élaborés au cours de la réunion médicale hebdomadaire à laquelle assistent l'ensemble des praticiens à l'exception d'un psychiatre qui n'y participe plus. Les demandes de changement de médecins sont également examinées (voir *supra* § 5.5) et les PH échangent autour des prises en charge complexes.

RECOMMANDATION 11

Les relations conflictuelles entre les psychiatres nuisent au bon fonctionnement des unités et la continuité des soins n'est pas assurée de façon optimale. Cette situation est inacceptable, il convient d'y remédier dans les plus brefs délais.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur de l'établissement expose que « *le pôle est en phase de finalisation de son projet de pôle qui prévoit protocoles et procédures clarifiant les organisations et fonctionnements, médicaux et soignants (clarification sur la psychiatrie de liaison ou encore les cas communs avec l'addictologie). La dynamique d'amélioration continue est lancée avec une plus grande incitation à déclarer les événements indésirables. Depuis la mission, un CREX et une RMM ont été réalisées. Il y en aura au moins quatre par an. Les synthèses par service sont revues afin d'être plus efficaces sur le plan médico-soignant (choix de deux situations, mais traitées plus en profondeur).* » Le directeur général de la délégation territoriale de l'ARS reprend quant à lui, dans ses observations du 6 décembre 2019, les mêmes informations que celles évoquées relativement à la recommandation n° 1 du présent rapport.

7.2.2 Les modalités de prise en charge au moment de l'arrivée

Lors de son arrivée dans le service, le patient est accueilli par un infirmier. Il est présenté à l'équipe soignante et il est invité à visiter les lieux, si son état clinique le permet. L'infirmier procède à un recueil de données et propose au patient de désigner une personne de confiance. L'entretien avec le psychiatre a lieu en principe dans les deux heures qui suivent l'admission. Cependant, si la prise en charge relève du psychiatre de liaison et que ce dernier consulte au CMP de Bressuire, les délais d'attente peuvent être longs.

Il a été indiqué que selon le PH d'astreinte, les médecins psychiatres référents décidaient de reporter l'admission de leur patient, certains psychiatres reprochant à leurs confrères de ne pas suivre leurs consignes. A titre d'exemple, une patiente admise en soins libres se serait vu interdire tous contacts téléphoniques et sorties alors que lors de la consultation au CMP qui a précédé son admission, son médecin référent lui avait assuré qu'aucune restriction ne lui serait imposée.

Lors de ce premier entretien médical réalisé au moment de l'admission, le patient est invité à verbaliser et à exprimer son ressenti. Selon le psychiatre qui conduit l'entretien, le patient reçoit des explications plus ou moins détaillées sur les raisons qui ont motivé la décision d'admission en soins sans consentement. Certains praticiens se contentent de décrire au patient son état : « *vous êtes en souffrance, vous êtes instable et vous avez besoin d'un traitement pour être apaisé* ». D'autres praticiens n'hésitent pas à nommer la pathologie – lorsque le patient est en mesure de l'entendre – les symptômes associés et les raisons qui ont conduit à une admission en soins sans consentement. Le consentement éclairé aux soins est recherché afin d'établir une relation thérapeutique qui puisse s'inscrire dans la durée. Cette recherche d'adhésion permet parfois de lever plus rapidement la mesure.

Le médecin psychiatre élabore un contrat de soins personnalisé dont il explique, en présence de l'infirmier, les modalités aux patients (restrictions éventuelles, port du pyjama). Ce contrat de soins est intégré au dossier informatisé du patient. Il ne lui est pas remis de copie.

Aucun protocole n'a été élaboré concernant la période d'observation dont les modalités varient en fonction de l'état clinique du patient et de sa pathologie.

En principe, les patients en soins sans consentement bénéficient d'un entretien médical avant que le praticien ne rédige les certificats de 24h et de 72h ainsi que l'avis motivé au JLD. L'équipe médicale est suffisamment étoffée pour que ces certificats soient établis par un praticien différent de celui qui a rédigé le certificat au moment de l'admission. Il n'est jamais proposé au patient de recueillir ses observations par écrit quand bien même ce dernier s'opposerait au maintien de la mesure.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Sous réserve que leur état clinique le permette, les patients en soins sans consentement doivent se voir proposer de présenter leurs observations, le cas échéant par écrit, sur l'éventualité du maintien de la mesure dont ils font l'objet avant l'établissement des certificats médicaux à 24h et 72h.

Dans ses observations du 6 décembre 2019, le directeur général de la délégation départementale de l'ARS fait valoir que « *cette obligation incombe au CH qui doit informer le patient du sens de la mesure qu'il sollicite. Il est exact qu'il n'y a pas d'élément écrit concernant la position du patient dans les certificats médicaux établis par le CHNDS où figure la mention « certificat établi après*

recueil des observations du patient ou faisant état de l'impossibilité à recueillir les observations du patient ». Il s'agit d'un axe d'amélioration pour le CHNDS même si la voie de l'écrit n'est guère utilisée par les patients en soins sans consentement, notamment au début de l'admission où le patient peut ne pas être en capacité de comprendre la procédure qui débute. »

Le directeur du CHNDS rappelle dans ses observations du 28 novembre 2018 que les patients en soins sans consentement sont systématiquement vus par un psychiatre avant « *tout maintien de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. Il sera désormais systématiquement proposé aux patients relevant de ce type de mesures de rédiger ses observations si son état clinique le permet. »*

7.2.1 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

De manière générale, les patients sont reçus en consultation médicale à raison d'une fois par semaine voire plus si leur état clinique le justifie. Il a néanmoins été précisé que selon le psychiatre en charge, certains patients ne bénéficieraient pas régulièrement d'entretiens médicaux. A l'inverse, l'un des praticiens rencontrerait ses patients très fréquemment afin « *de limiter leur durée de séjour* ». La durée des entretiens médicaux est variable (dix à trente minutes). Tous ces entretiens se déroulent en présence d'un infirmier afin « *de poser le cadre et d'éviter toute forme d'ambivalence* ». Il n'a pas été mis en place un système d'infirmier référent mais les soignants mènent de façon ponctuelle des entretiens pour apaiser un patient agité ou pour atténuer un état d'anxiété.

Les psychiatres, dans leur majorité, tendent à associer le patient – et les familles lorsque cela s'avère possible – aux décisions prises et à le rendre acteur de sa prise en charge. L'objectif étant de limiter la durée des hospitalisations en favorisant l'autonomie notamment par le biais d'autorisations de sortie. Ainsi, à l'unité Vallée, parmi les quatre patients admis en soins sans consentement, deux patients en SDT pouvaient sortir seuls, un troisième patient en SDRE était autorisé à sortir accompagné. Le quatrième patient en SDRE ne sortait pas en raison de son placement en chambre d'isolement.

Les équipes paramédicales veillent à offrir une prise en charge adaptée qui repose sur une approche pluridisciplinaire. Il a été indiqué que la collaboration entre les équipes paramédicales et les intervenants (assistants sociaux et psychologues) était harmonieuse. Des réunions soignants-soignés, auxquelles participent cadre de santé, infirmiers, aides-soignants et psychologues, se tiennent une fois par semaine. A l'unité Vallée, les patients déposent au préalable leur suggestion dans une boîte à idées. Les thèmes abordés ont trait au quotidien : absence de patio pour pouvoir fumer le soir, horaires de l'extinction de la télévision. Ces réunions offrent également l'opportunité aux patients de s'exprimer lorsqu'il existe des tensions avec certains patients présentant des problèmes de comportement. Ce dispositif permet ainsi de désamorcer des situations conflictuelles.

Les psychologues, au nombre de six, interviennent régulièrement dans les unités. Ils animent des groupes de parole et effectuent des suivis de patients. Selon le psychiatre référent, le psychologue n'est pas autorisé à recevoir un patient en l'absence d'une prescription médicale même si la demande émane de ce dernier.

Une réunion de synthèse regroupant les psychiatres, le personnel paramédical et les différents intervenants se tient une fois par semaine dans les unités Vallée et Gâtine, tandis qu'à l'unité Bocage cette réunion est quotidienne. Les cas des nouveaux patients et les prises en charge complexes sont abordés. Les projets de sortie sont également examinés. Il a été indiqué qu'avec

certain psychiatres « *les échanges peuvent être unilatéraux* ». A cet égard un professionnel de santé a tenu les propos suivants : « *notre avis n'est pas pris en compte, nous n'avons plus de rôle propre, certains psychiatres ne nous font pas confiance et décident tout à notre place* ». En outre, les équipes soignantes ont déploré l'absence de cohésion au sein de l'équipe médicale. Ainsi, comme évoqué *supra*, selon le PH d'astreinte, ce dernier refuse de se déplacer à la demande des soignants dès lors qu'il s'agit d'un patient suivi par un confrère avec lequel la relation est conflictuelle.

En revanche, aucune procédure de supervision ou d'analyse des pratiques ne serait mise en œuvre dans l'une quelconque des unités visitées, selon les informations communiquées aux contrôleurs.

Les activités thérapeutiques font partie intégrante du soin mais l'offre est limitée. L'établissement dispose de trois espaces, agréablement aménagés, situés au rez-de-chaussée du bâtiment principal.



Salles d'activités

Ces activités sont animées par une ergothérapeute qui intervient en binôme avec un infirmier ou un soignant. Les activités proposées sont les suivantes : atelier cuisine, photolangage, relaxation, percussions, arts-plastiques, ateliers créatifs, aquathérapie, sport, expression orale, etc.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur de l'établissement précise que « *les activités sont assurées par l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle [...]. Les activités à visée psycho et socio thérapeutiques sont assurées par deux professionnels au regard de leur champ de compétence.* »

Chaque dimanche, les patients reçoivent un planning d'activités qui a été élaboré par l'équipe soignante. Le choix des ateliers est décidé en fonction de la pathologie et des éventuels objectifs définis pour le patient. Les contrôleurs ont pris connaissance du programme d'activités établi pour la semaine du 11 mars 2019. En principe, douze ateliers sont répartis sur la semaine, soit du lundi au vendredi. Le nombre de participants est relativement restreint, les groupes ne pouvant accueillir que six personnes au maximum soit deux patients par unité. En conséquence, l'accès aux ateliers se limite à deux voire trois ateliers par semaine pour chaque patient. En outre lors de la visite, trois activités avaient été annulées en raison du manque de personnel (infirmiers ou aides-soignants) pour accompagner les patients. Selon les propos recueillis, ces annulations ont été fréquentes les semaines qui ont précédé la visite du CGLPL. De façon générale, des patients ont indiqué aux contrôleurs que l'offre était insuffisante, d'autant que peu d'activités sont organisées au sein des unités.

RECOMMANDATION 12

L'offre en matière d'activités thérapeutiques doit être augmentée.

Ainsi que son directeur l'expose dans ses observations du 28 novembre 2019, « l'établissement prend acte et travaille sur l'augmentation de l'offre thérapeutique. »

7.3 LES PATIENTS SONT SUIVIS SUR LE PLAN SOMATIQUE**7.3.1 L'accès au médecin généraliste**

Un PH, rattaché au service des urgences de l'hôpital, a été récemment affecté à temps partiel au pôle de psychiatrie. Son prédécesseur est retourné exercer dans le service de gynécologie-obstétrique.

Le médecin est présent les lundi et jeudi toute la journée. Il fait systématiquement le tour des unités. Bien que la majorité des patients transite par le service des urgences où ils bénéficient d'un examen clinique et d'un bilan d'entrée complet, le PH les voit systématiquement en consultation. Cela lui permet notamment d'interroger le patient sur ses antécédents médicaux et, le cas échéant, de se mettre en relation avec son médecin traitant. L'évaluation de la douleur est systématiquement effectuée. Les femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique à l'extérieur sont adressées dans le service de gynécologie-obstétrique.

Le praticien assiste aux transmissions du matin afin de prendre connaissance des nouvelles admissions. Selon ses propos, les relations de travail sont harmonieuses avec l'ensemble des équipes, les psychiatres font appel à lui pour recueillir son avis. En revanche, il n'a jamais été sollicité pour examiner un patient faisant l'objet d'un isolement.

En dehors de ces jours de présence, il est fait appel au service des urgences ou au centre de soins programmés implanté sur le site de la psychiatrie mais l'équipe, rattachée au SMUR, n'est pas présente en permanence. Si l'état clinique du patient le permet, il est acheminé en véhicule au service des urgences, à Faye-L'Abbesse. Durant la nuit, il est fait appel aux ambulanciers du site de Parthenay.

7.3.2 Les consultations de spécialité

Hormis les consultations d'ophtalmologie et d'ORL pour lesquelles il existe un délai d'attente en raison de la pénurie de spécialistes dans la région, les patients ont aisément accès aux consultations de spécialité. Il n'a pas non plus été fait état de difficulté particulière concernant les examens radiologiques. Pour les soins dentaires, il est fait appel aux praticiens qui exercent en libéral. Il est parfois difficile d'organiser un rendez-vous pour les personnes ne bénéficiant pas déjà d'un suivi à l'extérieur car les dentistes sont réticents à prendre en charge de nouveaux patients. Le médecin fait alors appel aux membres de la famille afin que ces derniers leur communiquent les coordonnées de leur praticien.

Compte tenu de la durée moyenne de soins relativement courte constatée dans l'établissement, peu de patients sont amenés à faire l'objet d'une hospitalisation en MCO. Il n'a cependant pas été rapporté de difficulté particulière à cet égard.

7.3.3 La pharmacie et le laboratoire

Selon les propos recueillis, il n'existe pas de difficulté pour réaliser des bilans biologiques en urgence et durant les week-ends. Les résultats parviennent par voie informatique.

La pharmacie centrale est située à Faye-L'Abbesse ; le site de Thouars ne dispose pas d'annexe. Les pharmaciens analysent toutes les prescriptions avant de les valider. Les unités reçoivent une dotation globale tous les quinze jours, les piluliers individuels sont préparés par les infirmiers de nuit et ils sont vérifiés par les équipes de jour. Concernant les nouvelles prescriptions ou les modifications de traitement, une navette passe deux fois par jour pour délivrer les traitements. Les psychiatres ont indiqué que certaines molécules, notamment pour les injections retard, n'étaient pas disponibles à la pharmacie centrale en raison de leur coût élevé. En conséquence, les praticiens établissent des ordonnances individuelles et le patient ou un soignant va récupérer le traitement à la pharmacie la plus proche.

Bien que les pharmaciens effectuent des tours d'astreinte, lorsqu'un nouveau traitement est prescrit en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, les soignants s'approvisionnent dans les autres unités du pôle ou à l'EHPAD pour les prises en charge somatiques.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

8.1 LES CONDITIONS DE VIE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT SONT INDIGNES ET LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INSUFFISAMMENT TRACEES

8.1.1 Les chambres d'isolement

L'établissement compte trois chambres d'isolement, localement dénommées chambres de protection fermées (CPF) : une dans chacune des unités Gâtine, Vallée et Les Coquelicots. Au moment du contrôle, deux d'entre elles étaient occupées ; l'une depuis le 28 février et l'autre depuis le 1^{er} mars 2019 (soit depuis treize et douze jours le 13 mars 2019).

Théoriquement, il n'y aurait jamais d'isolement hors CPF ; cependant, plusieurs cas d'isolement en chambre ordinaire, lorsque les CPF sont occupées, ont été rapportés aux contrôleurs : ces mesures d'isolement ne sont pas comptabilisées dans le registre.

Les trois CPF sont équipées de deux sas d'accès et d'un espace sanitaire – doté d'un lavabo, d'un WC et d'une douche – séparé de la chambre par une porte systématiquement fermée quand un patient est placé en isolement ; les patients sont donc contraints d'utiliser un seau hygiénique en dehors des passages de l'équipe soignante.

Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière, les fenêtres ne s'ouvrent pas et le système de ventilation mécanique est insuffisant pour assurer une aération satisfaisante ; elles ne sont pas équipées de bouton d'appel.

Le mobilier est uniquement constitué d'un matelas posé au sol et d'un seau hygiénique. Il n'y a pas de table ni de siège, les repas sont servis avec des couverts en plastique sur le matelas sur lequel s'assoient les patients pour se restaurer. Une patiente âgée s'est plainte de souffrir du dos après plus de dix jours de placement en isolement ; sa gaine de maintien lui ayant par ailleurs été retirée par « *mesure de sécurité* ». La CPF de l'unité Coquelicot est dépourvue d'horloge permettant de se repérer dans le temps. A Gâtine comme à Vallée, l'horloge fixée dans un des sas d'accès à la CPF n'était pas visible faute d'éclairage du sas. Par ailleurs, dans ces unités, le matelas est dépourvu de drap ; considéré comme potentiellement dangereux, seules des couvertures sont remises.



CPF de l'unité Gâtine



CPF de l'unité Coquelicots

RECOMMANDATION 13

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès libre à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre de joindre un soignant à tout moment. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière seul ; il doit pouvoir s'orienter dans le temps grâce à une horloge. Enfin, les chambres doivent être équipées de lits adaptés dotés de draps ; table et siège doivent être mis à disposition pour les repas.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS fait état de ce qu'un nouveau mobilier destiné aux chambres d'isolement « a été commandé et est en cours de réception. L'ensemble des recommandations concernant les chambres d'isolement seront mis en œuvre au plus vite. La procédure de mise en chambre d'isolement sera également revue avec l'équipe médicale. »

S'il est pris acte de l'installation, annoncée à court terme, d'éléments de mobilier élémentaires dans les chambres d'isolement, ces observations restent toutefois taises s'agissant de l'accès des patients isolés à des installations sanitaires. En outre, aucune précision n'est apportée s'agissant de la prise en compte des autres points recommandés et de la révision évoquée de la procédure de mise à l'isolement.

La procédure d'« utilisation de la chambre de protection fermée et de l'isolement thérapeutique », validée le 23 mars 2018, prévoit que le patient placé en CPF est « mis en pyjama, pieds nus, sans lunettes, ni bijoux, ni dentier ». Selon les informations fournies, le soutien-gorge est également toujours retiré. Il a été précisé que des substituts nicotiques (patches) pouvaient être proposés aux fumeurs et que les sorties de la chambre pour aller fumer étaient exceptionnelles.

RECOMMANDATION 14

Le port de pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il doit être décidé par le psychiatre, le cas échéant, sur des considérations cliniques individuelles. La confiscation systématique du soutien-gorge, des lunettes et des prothèses dentaires doit cesser.

Le directeur du CHNDS fait état dans ses observations du 28 novembre 2019 de ce qu'il « sera rappelé par voie de note de service, travaillée en réunion de pôle avec l'ensemble des praticiens, que le pyjama ne peut être imposé que par le psychiatre. Se prescrira le pyjama personnel, à défaut, si le patient n'en dispose pas, celui fourni par l'hôpital. Cette note prohibera également les mesures de confiscation des effets indispensables à leur vie quotidienne. » Il est pris acte de cette volonté de la direction et de l'axe de travail projeté à cet égard avec les praticiens.

8.1.2 Les mesures d'isolement et de contention

L'établissement n'affiche aucune politique clairement définie ni débattue sur les pratiques d'isolement et de contention et ne s'est pas donné les moyens d'un recensement exhaustif de ces mesures. Le CPOM 2019-2023 n'y fait pas référence pas plus que le projet médical 2017-2021 de l'établissement ; le projet médical 2014 du pôle de psychiatrie et d'addictologie se contente d'évoquer l'existence des CPF. Si une procédure d'« utilisation de la chambre de protection fermée et de l'isolement thérapeutique » a été validée en mars 2018, aucun protocole relatif à la contention n'a été rédigé.

Selon les informations fournies, les trois unités d'admission n'ont jamais recours à la contention – qui, en l'occurrence, ne pourrait pas être mise en place dans les CPF faute de lit adapté. Au sein de l'unité Les Coquelicots, cette pratique est en revanche plus fréquente eu égard à l'état clinique des patients qui y sont pris en charge ; au moment de la visite, un patient de cette unité était mis sous contention chaque nuit. Dans tous les cas, ces mesures de contention ne font l'objet d'aucune traçabilité et d'aucun recensement.

Les mesures d'isolement quant à elles sont recensées par le département d'information médicale (DIM) à partir de la « fiche de surveillance patients en CPF », sous format papier, remplie par les praticiens. Si la procédure « d'utilisation de la chambre de protection fermée et de l'isolement thérapeutique » prévoit un « registre de suivi des mesures d'isolement ou de contention » supposé être rempli dans chaque unité, ce document n'existe qu'à l'unité Les Coquelicots où il n'est absolument pas complété de façon systématique. En effet, pour l'année 2018 les seules mesures enregistrées se situent entre le 24 avril et le 6 mai. Tous les trimestres, le secrétariat médical récupère auprès des unités Gâtine et Vallée les fiches papier de surveillance d'un patient en CPF et auprès de l'unité Les Coquelicots, le registre de suivi des mesures d'isolement ou de contention et les transmet au DIM.

Dans une au moins des unités visitées, des décisions d'isolement « si besoin » sont pratiquées. Et dans aucune de ces unités n'a été mis en place un temps de réflexion postérieur aux mesures d'isolement, incluant le patient et les soignants concernés, qui permettrait d'analyser l'événement ayant conduit à la prise de décision voire d'envisager les moyens de ne pas y recourir à l'avenir.

S'il ressort des informations communiquées que la surveillance infirmière des patients en isolement est assurée, comme il se doit, au moins d'une fois par heure par un passage dans la CPF, les fiches de surveillance correspondantes ne sont pas toutes correctement remplies.

En outre, les décisions ne sont pas toutes réévaluées toutes les 12h mais certaines de 24h à trois jours. Par ailleurs, les fins de mesures ne sont souvent pas renseignées.

Enfin, les patients en isolement ne font pas l'objet d'un examen somatique systématique – cependant que la famille ou la personne de confiance désignée par le patient ne sont pas informées de la mesure.

D'autre part, les indications pré remplies de placement à l'isolement telles qu'elles apparaissent sur les fiches de surveillance ne répondent pas aux exigences posées par le code de la santé publique qui précise qu'il ne peut y être « *procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* » ; un « *isolement intégré dans un programme thérapeutique, en vue d'une diminution des stimulations reçues ou à la demande du patient* » ne peuvent être considérés comme des solutions de dernier recours.

Par ailleurs, certaines durées d'isolement observées par les contrôleurs ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité. Pour ces mesures d'isolement prolongé, des sorties de la CPF sont cependant progressivement mises en place, à raison d'une heure le matin et une heure l'après-midi en général.

A partir de ces données incomplètes, voire erronées, les informations transmises par le DIM relatives aux mesures d'isolement pour l'année 2018 sont les suivantes : quarante-neuf mesures d'isolement, pour une durée totale 5 540 heures, soit une durée moyenne de 4,7 jours d'isolement. Ces chiffres ne permettent pas de rendre compte de façon exacte de l'importance des mesures d'isolement ni des pratiques des équipes soignantes.

RECOMMANDATION 15

Le centre hospitalier doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative grâce à la mise en place d'un registre conforme aux prescriptions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. En outre, il doit mettre en œuvre une politique visant à limiter le recours à ces mesures.

Dans ses observations datées du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS affirme que « *l'établissement se conformera dans les plus brefs délais à la réglementation. Un seul registre sera mis en place. Une procédure concernant le recueil sera également travaillée par les praticiens afin de l'harmoniser. La politique visant à limiter le recours à ces mesures sera intégrer aux objectifs du pôle et insérer dans le projet de pôle.* » (sic) Il est pris acte de ces déclarations.

8.2 L'ETABLISSEMENT FAIT REGULIEREMENT APPEL AUX FORCES DE L'ORDRE POUR PREVENIR OU GERER DES SITUATIONS DE CRISE

8.2.1 Le traitement des incidents et des violences

Il résulte de l'exploitation des événements indésirables pour l'année 2018 ainsi que des entretiens menés tant avec les soignants qu'avec les patients hospitalisés durant le contrôle que les incidents violents sont rares, qu'il s'agisse de violences entre patients ou par des patients sur les soignants. Les incidents violents font l'objet d'une reprise en entretien individuel avec le psychiatre et un cadre ou un infirmier. En fonction du degré de gravité de l'événement, le tuteur est prévenu par les soignants ou les assistants sociaux.

Aucun fait de maltraitance ni de violences de soignants sur des patients n'a été évoqué.

Les sorties sans autorisation sont uniquement tracées dans les dossiers individuels des patients. Il n'a donc pas été possible d'avoir une estimation précise de leur nombre. Ces événements font l'objet d'une fiche de procédure indiquant les démarches à suivre : faire des recherches pour retrouver le patient dans et aux alentours du site, prévenir une série de personnes (psychiatre, administrateur de garde, famille et tuteurs, etc.). Le commissariat est prévenu dès lors que la recherche sur le site et ses alentours est restée vaine. Aux dires des soignants, ces événements sont rares et le plus souvent très rapidement résolus.

Les contrôleurs ont procédé à l'étude des quatre-vingt-six événements indésirables signalés dans le logiciel de l'établissement en 2018 concernant le pôle psychiatrie. Il en ressort notamment : dix-neuf concernant des dysfonctionnements récurrents en lien avec l'état des locaux et les prestations logistiques ; quinze concernant des agressions et des violences, principalement commises par des patients sur des soignants ; douze concernant des dysfonctionnements impactant la prise en charge médicale, reflétant notamment les mésententes existant au sein de l'équipe médicale ; onze concernant la sécurité des biens et des personnes.

Par ailleurs, il résulte de l'analyse des fiches des événements indésirables de 2018 concernant les agressions et violences ainsi que la sécurité des biens et des personnes que si les événements concernant les biens, et notamment des dégâts des eaux, ont fait l'objet d'un traitement, l'intégralité des événements concernant des agressions et des violences est toujours notée « *en cours de traitement* » dans le logiciel.

Il est apparu qu'au-delà des statistiques communiquées s'agissant des événements indésirables, aucun travail d'analyse de ces événements n'était réalisé et aucune restitution n'était faite aux services concernés. Par ailleurs, ainsi qu'il a été souligné précédemment, les soignants ont indiqué qu'il n'existait dans aucune des unités de procédure de supervision ou d'analyse des pratiques. L'exemple d'une jeune femme transportée en 2017 de l'unité Gâtine aux urgences où elle est décédée peu de temps après a été cité comme n'ayant jamais fait l'objet de reprise en équipe.

Les contrôleurs ont évoqué avec les soignants l'hypothèse d'un dépôt de plainte par une personne hospitalisée. Tous ont indiqué que le cas ne s'était jamais présenté mais qu'ils renverraient spontanément la personne vers les assistants sociaux pour être aidée dans une telle démarche.

RECOMMANDATION 16

L'établissement doit améliorer les procédures de signalement des événements indésirables afin de pouvoir procéder à des analyses pertinentes de ces événements et susciter le cas échéant, en fonction des besoins, une réflexion collective sur leur traitement.

De façon commune aux recommandations relatives, d'une part, à l'accès des patients aux informations d'ordre général intéressant leurs droits et, d'autre part, au droit de chaque patient de choisir librement son médecin, le directeur général de la délégation départementale de l'ARS rappelle dans ses observations du 6 décembre 2019 que le CHNDS a été déclaré non-certifié par la Haute autorité de santé (HAS) en novembre 2016, qu'une nouvelle visite en novembre 2018 a permis de lever les réserves émises sur quatre thématiques mais que la réserve sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient n'a pas été levée, une décision de sursis à la certification (statut D) ayant été prise à partir de mars 2019. Il ajoute qu'une nouvelle visite, uniquement pour cette thématique, a eu lieu en septembre 2019 ; en l'absence

de décision prise par la HAS à la date de ces observations, « *l'expert-visiteur a souligné les progrès visibles réalisés par l'établissement sur cette thématique et sur la démarche-qualité dans son ensemble.* »

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur fait savoir que, postérieurement au contrôle, « *le pôle de psychiatrie a mis en place les comités de retour d'expériences (CREX) ainsi que les réunions morbi-mortalité (RMM). L'incitation au signalement est régulièrement réalisée par l'intermédiaire des cadres des services.* »

S'il est pris acte de ces informations, elles restent imprécises et ne répondent pas à elles seules à la recommandation énoncée.

8.2.2 Le recours aux forces de police

Un protocole a été conclu en 2015 entre le CH et la police nationale, ayant pour objectif « *d'améliorer la sécurité du site hospitalier de Thouars* » et de « *renforcer la coopération entre le dit site hospitalier et les services de police de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance* ».

Ce protocole prévoit notamment un inventaire annuel des manifestations de violence et des problèmes de sécurité survenus dans l'établissement de Thouars. Il prévoit qu'à cette occasion les services de police présentent un état statistique des plaintes relatives aux faits commis dans l'enceinte hospitalière.

Il prévoit également que « *les sollicitations des services de police par le personnel hospitalier en cas de menace ou de violences feront systématiquement l'objet d'un déplacement des services de police* » et que « *les plaintes émanant des professionnels ou usagers de l'hôpital seront enregistrées dans les meilleurs délais* ».

Il est apparu que cet inventaire et cet état statistique n'ont jamais été réalisés. Des réunions périodiques se tiennent en revanche sur le fondement de ce protocole. Lors de la dernière réunion, qui s'est tenue au mois d'octobre 2017 et dont le compte-rendu a été communiqué aux contrôleurs, les services de police ont indiqué qu'ils avaient le sentiment de « *faire plus d'assistance que réellement le travail. Pas toujours de menace ou de violences mais appels systématisés par précaution* ». Il avait été convenu un travail en commun sur une fiche de synthèse pour que les appels soient adaptés et le protocole mieux compris ; ce travail n'avait pas été réalisé au jour de la visite.

Il résulte des chiffres communiqués par les services de police que ces derniers se sont déplacés à soixante-quinze reprises entre janvier 2016 et mars 2019, soit environ une intervention tous les quinze jours.

Ces interventions seraient en général demandées par les médecins, lorsqu'ils anticipent des violences lors d'un placement en chambre d'isolement. Plusieurs médecins ont confirmé trouver normal ce recours aux services de police, comme l'ensemble du personnel soignant avec qui la question a été abordée. Un sentiment d'insécurité généré par le manque d'effectifs, leur féminisation et l'insuffisance de formation s'agissant de la prévention et de la gestion des situations de violence a été évoqué par de nombreux soignants.

Une formation à la gestion des situations de violence et d'agressivité a été mise en place au sein de l'établissement, sous la forme de trois sessions de quatre jours par an, outre une journée d'actualisation. Cette formation comporte trois thématiques : désamorcer la crise, gérer la crise, analyse des pratiques. Les entretiens avec le personnel soignant ont néanmoins révélé que de

multiples demandes pour bénéficier de cette formation n'ont pas été satisfaites, faute de personnel en nombre suffisant susceptible d'assurer la continuité du service de soins. Il résulte des chiffres communiqués par l'établissement que quinze soignants ont bénéficié de cette formation en 2018 contre trente-six en 2017.

RECOMMANDATION 17

L'établissement ne peut faire appel aux forces de l'ordre pour prévenir ou gérer des situations de crise qui relèvent du soin. La gestion quotidienne de l'agitation et de l'éventuelle agressivité des patients doit être assurée par les soignants, épaulés du corps médical, le cas échéant en investissant plus le champ de la formation (gestion de la violence, désescalade, etc.).

Le directeur du CHNDS fait valoir dans ses observations du 28 novembre 2019 qu'il « *est mis en place au sein de l'établissement ou en dehors trois sessions de formation par an concernant la gestion de la violence. Des sessions de rappel sont également réalisées 3 fois par an. La convention avec les forces de l'ordre va être actualisée afin de limiter leurs interventions, par l'intermédiaire du directeur adjoint en charge du site de Thouars.* » (sic) Il est pris acte de ces informations ; à cet égard, il ne peut qu'être rappelé que la convention visée ne saurait avoir pour effet de permettre à l'établissement de faire appel aux forces de l'ordre pour prévenir ou gérer des situations de crise qui relèvent du soin.

8.3 LE « COMITE D'ETHIQUE » N'EST PLUS ACTIF DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

Les contrôleurs ont été informés de l'existence d'un « espace éthique », installé en septembre 2011, qui a poursuivi ses activités jusqu'en 2014. Il était piloté par deux personnes ayant quitté l'établissement et le dispositif n'a pas été pérennisé après leur départ. A l'occasion d'échanges sur cette question dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, il serait envisagé de mutualiser le dispositif éthique du CH de Niort pour y intégrer le CH Nord Deux Sèvres.

RECOMMANDATION 18

Un comité d'éthique doit être mis en place.

Dans ses observations du 28 novembre 2019, le directeur du CHNDS expose que cet établissement « *va rejoindre au cours du premier semestre 2020 le comité d'éthique du Centre hospitalier de Niort afin de créer un espace éthique pour le groupement hospitalier de territoire. Également, les contacts ont été pris avec l'espace éthique du CHU de Poitiers et du CH Henri Laborit.* » Si l'élargissement des questions éthiques et des débats s'y rapportant vers les autres établissements de la région ne peut qu'être encouragé, les projets ainsi décrits ne devraient pas se substituer à la mise en place d'un comité d'éthique au sein du CHNDS, mais s'y ajouter.

9. CONCLUSION

Si le CHNDS a porté un nouveau projet MCO au cours de l'année 2018, tout reste à faire pour son pôle santé mentale.

L'établissement doit se saisir de l'opportunité que représente le projet de déménagement immobilier des unités d'hospitalisation de ce pôle pour, à la fois, consolider et renforcer ses équipes médicales et paramédicales, s'investir sérieusement dans les droits des patients, en particulier ceux en soins sans consentement, et leur assurer des conditions dignes de prise en charge, notamment lorsqu'il est recouru à des mesures d'isolement et de contention.

Il doit en tout état de cause aplanir sans attendre les dissensions existant au sein de l'équipe médicale, dont les conséquences altèrent tant les conditions de travail des équipes soignantes que la qualité de la prise en charge proposée aux patients ; et mettre fin sans délai à l'intervention des forces de l'ordre pour prévenir ou gérer des situations de crise qui relèvent du soin.

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