



---

## Rapport de visite :

13 au 17 mai 2019 – 1<sup>e</sup> visite

Centre de santé mentale  
angevin (CESAME) à Sainte-  
Gemmes-sur-Loire

*(Maine-et-Loire)*



## SYNTHESE

Sept contrôleurs ont visité pour la première fois du 13 au 17 mai 2019 le centre de santé mentale (CESAME) angevin, situé à Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). Un rapport provisoire a été adressé le 15 juillet 2020 à la directrice de l'établissement de santé, au président du tribunal judiciaire d'Angers et au procureur de la République près ce même tribunal, au préfet et au délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) du Maine-et-Loire. Seule la directrice du CESAME a transmis ses observations, le 23 octobre 2020 ; elles ont été intégrées au rapport définitif.

La visite s'est déroulée pendant une phase de transformation profonde du fonctionnement du CESAME, qui est le seul centre hospitalier spécialisé en santé mentale parmi les trois centres hospitaliers de Maine-et-Loire ayant une activité de psychiatrie incluant les soins sans consentement (SSC). Il couvre six secteurs de psychiatrie pour adultes et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, répartis dans trois pôles (Loire, Maine, pour les adultes ; Roger Misès pour les mineurs). Il est le seul lieu d'hospitalisation à temps complet pour les mineurs dans le département.

Implanté depuis 1842 au Sud d'Angers (Maine-et-Loire) dans une zone devenue périurbaine intégrée à la communauté urbaine Angers-Métropole, il dispose de 272 lits d'hospitalisation complète marqués par un phénomène de suroccupation, variable selon les unités et au cours des mois (jusqu'à 112 % dans l'unité Loire D en janvier 2018), encore sensible dans les semaines qui ont précédé la présence des contrôleurs. La pression est également forte dans les unités d'hospitalisation infanto-juvénile, faute de solutions d'aval.

Les lits sont répartis à raison de 10 lits dans une unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO), 180 lits dans huit unités sectorisées pour adultes (quatre par pôle), 18 lits dans deux unités sectorisées pour enfants et adolescents implantées près du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers. Onze chambres d'isolement dont deux en psychiatrie infanto-juvénile, et quatre chambres sécurisées complètent le dispositif. Les quatre unités de réhabilitation psychosociale et l'unité pour des polyhandicapés, qui n'accueillent pas de patients en soins sans consentement, n'ont pas été contrôlées.

Il est constaté une augmentation de la part des soins sans consentement dans le nombre d'admissions, jusqu'à 21 % pour les premiers mois de l'année 2019, ainsi qu'une augmentation de la part des soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) prise sur le fondement du péril imminent (SPI), jusqu'à 43 % sur la même période. Pourtant, l'UPAO permet d'accéder en urgence à des soins spécialisés débouchant minoritairement sur une hospitalisation complète.

Des travaux de rénovation immobilière sont régulièrement engagés. De tels travaux étaient en cours lors de la visite. L'ensemble des bâtiments se présentaient encore comme disparates, mais la volonté de moderniser les conditions de prise en charge les plus inadaptées est réelle.

La présence médicale est marquée par la vacance de 10 % des postes de psychiatres. En revanche, aucun poste n'est vacant parmi le personnel non médical et une politique active mêlant recrutement, formation, mobilité est identifiée vis-à-vis de cette catégorie de personnel.

Les visites des autorités et de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne sont pas suffisamment effectuées.

L'information des patients est insuffisante, d'abord par l'absence de remise aux patients des éléments médicaux motivant la décision du directeur, ensuite par la non-remise systématique du

livret d'accueil et l'absence de communication écrite des règles de vie – pourtant peu restrictives – dans les unités ; le document listant les droits des patients en SSC visé à l'article L3211-3 du code de la santé publique (CSP) ne leur est pas remis. La procédure de désignation d'une personne de confiance n'est pas menée à son terme. Mais au cours de la suite de l'hospitalisation, une bonne pratique consiste parfois à associer le patient à la réunion de synthèse le concernant, alors que, paradoxalement, le collège des professionnels de santé visé à l'article L.3212-7 du CSP ne recueille pas expressément son avis avant de prendre sa décision.

Dans la vie quotidienne, le grand nombre de chambres doubles et triples, certains sanitaires encore collectifs, des rangements insuffisants, l'absence de verrou de confort pour se prémunir des intrusions, ne facilitent ni le droit à la vie privée, ni le repos. L'imposition du port d'un pyjama, hospitalier de surcroît, encore pratiquée à l'encontre de certains patients ne constitue pas une vêtue digne. Dans certaines chambres d'isolement, l'absence d'un WC et d'un point d'eau librement accessibles ne respectent pas la dignité humaine.

La qualité des soins, rendue variable selon les unités par la présence moindre de psychiatres liée à la vacance de postes, souffre de l'absence d'examen somatique à l'admission de tous les patients en soins sans consentement et lors du déroulement de mesures d'isolement et de contention. Ces mesures ne sont pas toujours décidées par un médecin psychiatre de plein exercice. Les personnes titulaires de l'autorité parentale sur un mineur hospitalisé n'en sont pas informées dans les plus brefs délais.

La liberté d'aller et venir est l'objet d'un encadrement trop variable selon les unités, parfois lié aux conditions architecturales, pour en tirer des constats lisibles, d'autant plus que l'établissement anime une réflexion sur cette liberté d'aller et venir qui irrigue peu à peu à la fois l'architecture de l'hébergement et les règles de vie.

L'établissement offre des conditions matérielles variées de visite des familles à leur proche hospitalisée : outre une salle de visite dans chaque unité, la possibilité de se rendre dans le parc et dans différents lieux des unités y compris parfois dans la chambre ; une « petite maison » peut être mise à disposition de la famille et du patient ; un restaurant ouvert au public permet un moment de convivialité « normalisé ».

L'accès à internet est dorénavant facilité par la mise à disposition d'un réseau wifi. L'existence d'un stock de câbles électriques courts à port USB favorise la recharge des terminaux personnels. La confidentialité de la présence à l'hôpital est insuffisamment opérationnelle, de même que l'information permettant d'exercer son droit à la citoyenneté lors des scrutins.

S'agissant des mesures d'isolement et de contention, contraintes additionnelles aux soins sans consentement, l'autorité qui en décide n'en a pas toujours la compétence, et la chambre hôtelière n'est pas toujours conservée, si bien que des séjours en chambres d'isolement, chambre sécurisée ou chambre d'apaisement durent au-delà du temps justifié par la seule mesure, ou alors, à l'inverse, des mesures en cours bénéficient d'un fléchage particulier permettant leur levée par un personnel non médical, y compris la nuit. Des mesures d'isolement se déroulent aussi parfois en chambre hôtelière, faute de disponibilité d'une chambre d'isolement. Les impératifs de gestion des lits empiètent sur la prise en charge médicale et sur les conditions de vie des patients ; un grand nombre de recommandations en découlent. Parallèlement, les pratiques d'isolement et de contention ne sont pas analysées, y compris par le biais du registre, sauf exception comme à l'UPAO.

Dans ces conditions générales, les patients détenus cumulent un certain nombre d'atteintes à leurs droits tant de patients que de personnes détenues (hygiène, visites, effets personnels, etc.). Largement mobilisées par leur adaptation aux mutations de leur établissement en cours en mai 2019, les équipes soignantes, médicales et administratives ont pourtant facilité le contrôle et témoigné d'une prise en charge bienveillante et très professionnelle.

Si les constats et analyses du CGLPL ne recueillent pas tous l'approbation des équipes et n'entraînent pas tous une action immédiate, les éléments transmis en réponse enrichissent le rapport.

## 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 ..... 43**

Le service technique de l'hôpital détient des cordons d'alimentation d'appareils électroniques avec prise USB, longs d'environ 10 cm, ce qui évite tout risque d'étranglement.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 44**

L'établissement dispose d'une petite maison réservée aux visites de familles avec des enfants.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 44**

Les familles peuvent venir manger avec les patients au restaurant des Petites Ecuries, situé dans l'enceinte de l'hôpital.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 55**

Dans le cadre de la recherche du consentement éclairé aux soins, les patients sont invités à participer à la réunion de synthèse rassemblant les soignants autour de leur prise en charge.

### 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 ..... 17**

Afin d'offrir des conditions d'hospitalisation dignes, au premier rang desquelles une chambre, le suivi de l'occupation des lits ne doit pas être guidé seulement par des préoccupations gestionnaires.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 21**

L'augmentation de la proportion d'admission en SPI doit appeler l'attention des responsables dans la mesure où ce mode d'admission, qui permet l'hospitalisation d'une personne sans son consentement sur l'appréciation d'un seul médecin qui n'est pas nécessairement psychiatre est particulièrement attentatoire aux droits du patient.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 24**

L'établissement doit formaliser une fiche reprenant les dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique qui liste les droits reconnus aux patients sous statut de soins sans consentement. Cette fiche doit être jointe pour notification à la décision d'admission.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 24**

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient. Par ailleurs, cette notification doit intervenir dans les meilleurs délais après l'édition de ces décisions et au plus tard dès que l'état clinique du patient le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.

<b>RECOMMANDATION 5</b> .....	<b>32</b>
La CDSP devra reprendre ses visites de contrôle à fréquence semestrielle dans chacun des trois établissements de son ressort et ce conformément aux dispositions de l'article R3223-6 du code de la santé publique.	
<b>RECOMMANDATION 6</b> .....	<b>34</b>
Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Maine-et-Loire, les chefs de juridiction du tribunal de grande instance d'Angers et le maire de la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire, ou leurs délégués, doivent visiter au moins une fois par an l'établissement de santé publique du CESAME.	
<b>RECOMMANDATION 7</b> .....	<b>39</b>
Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L.3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.	
<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>47</b>
Le respect de l'intimité des patients exige que le choix des chambres individuelles soit privilégié dans tous les programmes de construction ou de rénovation des unités. Les portes des chambres doivent être équipées d'un système de fermeture empêchant les intrusions des autres patients.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>59</b>
Les patients admis en hospitalisation complète en soins sans consentement doivent bénéficier d'un examen somatique par un urgentiste ou un spécialiste en médecine générale, de même que les patients placés en chambre d'isolement avec contention.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>64</b>
Toutes les chambres d'isolement doivent comporter un dispositif d'appel aux soignants et un interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière accessibles en permanence au patient, une horloge permettant de s'orienter dans le temps par affichage de la date, du mobilier permettant au soignant de s'asseoir et au patient de manger dans de bonnes conditions.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>64</b>
Tout patient placé dans une chambre d'isolement, ou dans une chambre d'hospitalisation transformée en chambre d'isolement, doit pouvoir accéder aux WC et à un point d'eau dès qu'il en exprime le besoin.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>65</b>
Durant le placement d'un patient en chambre d'isolement, sa chambre d'hospitalisation doit être conservée.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>67</b>
Seul un psychiatre peut décider une mesure d'isolement. Si la mesure est décidée par un non psychiatre durant une période de garde, elle doit être validée par le psychiatre inscrit à l'ordre des médecins et cette validation doit être tracée dans le dossier médical.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>68</b>
La gestion des lits ne doit pas confondre chambre d'hospitalisation et chambre d'isolement et ne doit pas amener les patients à être déplacés sans préparation et explication. En aucun cas le patient ne doit changer de chambre en pleine nuit.	
<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>72</b>
L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.	

**RECOMMANDATION 16 ..... 72**

L'établissement doit cesser sans délai ses pratiques abusives d'isolement et de contention en permettant à tout patient de réintégrer sa chambre d'hospitalisation dès la fin de la crise ayant motivé la mesure d'isolement.

**RECOMMANDATION 17 ..... 76**

Les chambres d'apaisement des unités de pédopsychiatrie ne doivent pas être utilisées comme des chambres d'hospitalisation mais doivent pouvoir servir à tout enfant qui en aurait besoin. Des solutions alternatives doivent être trouvées pour qu'un enfant puisse avoir accès à une chambre normale dès que son état le permet.

**RECOMMANDATION 18 ..... 79**

En pédopsychiatrie particulièrement, les durées d'isolement et de contention longues doivent interroger les soignants et faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

Les parents ou la personne responsable de l'enfant doivent être systématiquement informés de la mesure d'isolement de l'enfant.

Les chambres d'hospitalisation ne doivent pas être utilisées comme chambre d'isolement. Des alternatives doivent être envisagées.

**RECOMMANDATION 19 ..... 82**

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas reposer par principe sur sa contention pendant le transport puis sur son placement en isolement pendant le séjour. Il doit bénéficier pendant tout son séjour des droits garantis aux personnes détenues et de ceux octroyés aux patients. Il convient de repenser la prise en charge des personnes détenues dans une optique sanitaire et non plus seulement sécuritaire, en conformité avec le respect des droits fondamentaux des personnes.

## 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 ..... 44**

L'installation du wifi accessible aux patients serait particulièrement profitable notamment pour les hospitalisations de longue durée.

## 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 ..... 23**

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient et les unités doivent afficher leurs règles de vie.

**PROPOSITION 2 ..... 28**

Les soignants doivent recevoir une formation précise sur la fonction de la personne de confiance. Le formulaire de désignation d'une personne de confiance doit être adressé à cette dernière afin qu'elle le signe et le retourne au centre hospitalier, faute de quoi la désignation est invalide. La personne de confiance doit être associée à la démarche de soins dès lors que le patient le souhaite.

**PROPOSITION 3 ..... 29**

Toute élection doit faire l'objet d'une information et d'une organisation destinées à favoriser le vote de la part des patients.

**PROPOSITION 4 ..... 30**

Il doit être systématiquement demandé au patient arrivant d'exprimer ses souhaits en matière d'anonymat de son hospitalisation en application de l'article R.1112-45 du code de la santé publique, lesquels souhaits doivent être garantis par la mise en œuvre d'une procédure adéquate.

**PROPOSITION 5 ..... 41**

Le port d'un pyjama afin d'éviter les fugues ou pour prendre conscience de la maladie est indigne. Lorsqu'un pyjama doit être porté, dans des moments qui ne soumettent pas le patient au regard d'autrui, comme lors d'un placement en isolement, il convient de privilégier un pyjama personnel.

**PROPOSITION 6 ..... 66**

L'établissement doit se doter de coupe-sangles et organiser des exercices de dégagement de patients contenus en ambiance enfumée.

**PROPOSITION 7 ..... 75**

L'architecture du bâtiment de pédopsychiatrie, situé en étage, renvoie une atmosphère très fermée. L'accès libre aux espaces extérieurs doit être favorisé.

**PROPOSITION 8 ..... 80**

Le défaut de moyens des lieux de prise en charge en aval ne doit pas faire peser sur le pôle Roger Misès, et sur les enfants, une hospitalisation qui n'est plus médicalement justifiée.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>9</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>11</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>11</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>13</b>
2.1 Le CESAME adapte activement mais au plus juste son offre de soins aux besoins des patients .....	13
2.2 Le budget permet la mise en œuvre du projet d'établissement grâce à une gestion rigoureuse depuis plusieurs années .....	17
2.3 Les leviers de gestion des ressources humaines sont actionnés sans agir de manière uniforme sur le personnel des unités d'hospitalisation.....	18
2.4 Le nombre des hospitalisations en soins sans consentement, stable depuis plusieurs années, augmente depuis 2019, le fondement principal restant le péril imminent.....	20
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>23</b>
3.1 L'information donnée aux patients, qu'elle soit générale ou spécifique aux soins sans consentement, ne leur permet pas d'avoir une bonne connaissance de leurs droits.....	23
3.2 Les incidents font l'objet d'une réflexion .....	25
3.3 La personne de confiance n'est pas informée de sa désignation .....	28
3.4 Les élections ne sont pas préparées pour faciliter l'accès au vote des patients	29
3.5 L'accès aux cultes est assuré .....	29
3.6 La protection juridique des patients n'appelle pas d'observations .....	29
3.7 La confidentialité sur la présence n'est pas assurée par une procédure spécifique .....	30
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>31</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques a exercé pleinement son rôle de contrôle avant de restreindre ses visites .....	31
4.2 La commission des usagers, au fonctionnement dynamique, veille au respect des droits des patients .....	32
4.3 La bonne tenue des registres de la loi facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement tandis que les contrôles extérieurs sont réduits au minimum ...	33
4.4 Les sorties de courte durée sont facilement accordées avec pour objectif de préparer la levée de la mesure ou le passage en programme de soins.....	34
4.6 Le collège des professionnels de santé ne recueille pas l'avis du patient .....	38
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>40</b>

5.1	La liberté d’aller et venir est étroitement encadrée dans un parc ouvert.....	40
5.2	Les restrictions dans la vie quotidienne sont limitées .....	41
5.3	Les restrictions de communication avec l’extérieur sont rares et individualisées mais la wifi est inaccessible .....	42
5.4	La question de la sexualité des patients ne fait pas l’objet d’une réflexion collective .....	45
5.5	Aucun comité d’éthique n’est constitué mais des réflexions sont conduites dans d’autres instances.....	45
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>47</b>
6.1	Les conditions d’hébergement sont rudimentaires dans les unités de Maine B et partout aggravées par la suroccupation.....	47
6.2	Les chambres du bâtiment Maine B ne sont pas dotées de sanitaires.....	50
6.3	Les biens du patient sont protégés et facilement accessibles .....	51
6.4	Les repas sont proposés avec des menus variés et peuvent être pris ailleurs que dans les réfectoires.....	52
<b>7.</b>	<b>L’ACCES AUX SOINS.....</b>	<b>53</b>
7.1	La prise en charge en urgence s’appuie sur une unité psychiatrique d’accueil et d’orientation .....	53
7.2	L’accès aux soins psychiatriques est assuré et les activités thérapeutiques sont fortement intégrées aux projets de soins .....	54
7.3	L’accès aux soins somatiques est amélioré mais encore insuffisant.....	59
<b>8.</b>	<b>L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>63</b>
8.1	Les chambres d’isolement sont indignement utilisées comme des chambres d’hospitalisation .....	63
8.2	Les pratiques d’isolement et de contention sont prises en compte par l’institution mais pas encore formellement analysées .....	66
8.3	L’analyse du registre montre des pratiques maîtrisées mais encore non analysées par les décideurs des mesures.....	69
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>74</b>
9.1	La pédopsychiatrie s’appuie sur du personnel bienveillant et des activités diversifiées mais l’utilisation des locaux doit être revue .....	74
9.2	Les personnes détenues sont placées systématiquement en isolement et n’ont pas accès à leurs droits .....	80
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>83</b>

---

# Rapport

## Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Edith Chazelle, contrôleure ;
- Luc Chouchkaieff, contrôleur ;
- Marie-Agnès Credoz, contrôleure ;
- Isabelle Fouchard, contrôleure ;
- Michel Roszewitch, contrôleur ;
- Cédric de Torcy, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre de santé mentale angevin à Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) du 13 au 17 mai 2019.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Cette visite avait été annoncée la semaine précédente.

A l'arrivée des contrôleurs le 13 mai 2019 à 14h, la réunion de présentation de la mission s'est déroulée devant une cinquantaine de personnes, parmi lesquelles la direction de l'hôpital, des médecins dont des chefs de pôle, le président de la commission départementale des soins psychiatriques également président de la commission médicale d'établissement (CME) et chef de pôle, de nombreux cadres supérieurs et cadres de santé, les responsables de services techniques, des représentants du personnel.

Cette réunion a été suivie d'une présentation conjointe de l'établissement par la directrice générale, son adjointe et le président de la CME.

L'information sur la présence des contrôleurs a été largement diffusée par des affichettes apposées en divers lieux de l'hôpital dont les unités d'hospitalisation.

Une salle de travail a été mise à disposition. Tous les documents demandés par l'équipe ont été fournis et regroupés dans un dossier électronique alimenté pendant la visite.

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

Des contacts ont eu lieu, sur place ou par téléphone, avec des magistrats du tribunal de grande instance d'Angers (Maine-et-Loire), des fonctionnaires de la délégation territoriale de Maine-et-Loire de l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire et de la préfecture de Maine-et-Loire pour la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), un représentant du bâtonnier et des avocats du barreau de la même ville, le président du conseil de surveillance de l'établissement, deux organisations syndicales représentatives du personnel, ainsi que les représentants d'associations présentes dans l'établissement.

Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Une visite de nuit a eu lieu le 15 mai 2019 dans deux unités fermées.

Une réunion de restitution s'est déroulée le 17 mai 2019 en fin de matinée, en présence d'une vingtaine de personnes – directeurs, président de la commission médicale d'établissement, cadres supérieurs de santé – avant que les contrôleurs quittent l'établissement.

Un rapport provisoire a été adressé le 15 juillet 2020 à la directrice du centre de santé mentale angevin, au président du TJ d'Angers et au procureur de la République près le même tribunal, au préfet du département, au directeur territorial de l'ARS.

La directrice de l'établissement de santé a communiqué ses observations par courrier en date du 23 octobre 2020. Elles ont été intégrées au présent rapport définitif.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LE CESAME ADAPTE ACTIVEMENT MAIS AU PLUS JUSTE SON OFFRE DE SOINS AUX BESOINS DES PATIENTS

#### 2.1.1 L'organisation de la psychiatrie dans le département

La population du Maine-et-Loire, légèrement croissante, plutôt jeune, se concentre dans le chef-lieu du département : une personne sur cinq y vit et une sur trois vit dans la communauté urbaine d'Angers Loire métropole.

Le centre de santé mentale angevin (CESAME) - centre hospitalier spécialisé (CHS) - partage avec le centre hospitalier (CH) de Cholet (Maine-et-Loire) et le CH de Saumur (Maine-et-Loire) la mission d'assurer les soins psychiatriques dans le département, divisé en neuf secteurs d'environ 70 000habitants chacun.

Si le CH de Cholet a la charge de deux secteurs de psychiatrie pour adultes et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, le CH de Saumur en a un de chaque et le CESAME six pour adultes et deux infanto-juvéniles.

Les six secteurs pour adultes attribués au CESAME couvrent tout le Nord du département, ainsi que le centre du Sud. La population d'Angers est répartie entre eux, qui convergent tous vers la ville et en englobent une partie chacun.

Les deux secteurs infanto-juvéniles couvrent un tiers Nord-Ouest du département. Le CESAME est de surcroît le seul lieu d'hospitalisation à temps complet des mineurs pour tout le département, ses deux unités de pédopsychiatrie ayant une vocation intersectorielle.

Deux cliniques complètent l'offre d'hospitalisation pour des patients en soins libres : la clinique Saint-Didier à Avrillé (Maine-et-Loire) et l'institut psychothérapique La Menantière au Pin-en-Mauges (Maine-et-Loire, pour les jeunes de 16 à 30 ans). Le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers dispense aussi une activité de psychiatrie.

Parallèlement, le nombre de médecins psychiatres libéraux, à la démographie vieillissante, a diminué de 3 % dans le département depuis 2004 et la densité de psychiatres libéraux est en 2016 plus faible que la moyenne nationale<sup>1</sup>.

Le CESAME est intégré au groupement hospitalier de territoire du Maine-et-Loire (GHT 49), constitué de onze établissements de santé. Le CHU d'Angers en est l'établissement support.

Le diagnostic du projet territorial de santé mentale (PTSM) a été établi fin 2018. Le projet en lui-même ne l'était pas encore.

De même, le conseil local de santé mentale (CLSM) n'était que « *en cours de construction* », au niveau de la communauté urbaine, comme devant succéder à un conseil local de santé actif pour la commune d'Angers jusqu'en 2018.

#### 2.1.2 La présentation de l'établissement

##### a) L'implantation

Le CESAME est installé sur les bords de Loire, en périphérie Sud d'Angers, sur la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire, d'environ 3 500 habitants, qui fait partie de la communauté urbaine

<sup>1</sup> Source : Diagnostic territorial de santé mentale, février 2019.

Angers Loire métropole. L'hôpital y est implanté depuis 1842, d'abord comme asile pour les aliénés, à l'origine à la campagne, aujourd'hui en zone péri-urbaine bien reliée au chef-lieu du département.

Il subsiste de cette longue histoire le mur d'enceinte de la propriété, ouverte sur la ville et sur le fleuve, ainsi que plusieurs bâtiments comme la chapelle ou le château du XVIII<sup>ème</sup> siècle qui abrite l'administration générale.



*Promenade aménagée en bord de Loire*

Tous les locaux de l'intra hospitalier ne sont pas installés sur ce site principal :

- deux unités du pôle Maine (B3 et B4) sont implantées de l'autre côté de la route de Bouchemaine, rue fréquentée de la commune et qui longe le site, ce qui pose des difficultés d'accès de leurs patients aux activités proposées sur le site principal ;
- le pôle infanto-juvénile est implanté 33 rue de la Charnasserie à Angers, à proximité du CHU.

#### *b) La politique et les objectifs de l'établissement*

Le projet d'établissement 2016-2020 décrit la volonté de placer les besoins du patient au cœur de l'offre en améliorant le déploiement territorial et en rendant plus lisible l'organisation des soins. Il a commencé à être mis en œuvre dans la période de référence, guidant concrètement l'action des services.

Effectivement, les contrôleurs ont constaté lors de leur visite en mai 2019 :

- un nouvel organigramme de l'établissement, réduisant le nombre de pôles à trois (Loire, Maine, Roger Misès) ;
- la fermeture de quarante-deux lits équivalents à deux unités d'hospitalisation, de deux chambres d'isolement et trois chambres sécurisées ;
- des travaux de rénovation en cours dans l'unité Maine A2<sup>2</sup> et des travaux en cours ou récents dans plusieurs autres unités, notamment de réhabilitation psychosociale ;

---

<sup>2</sup> L'unité Maine A2 avait été déménagée dans un pavillon dénommé 15 Ouest, l'activité d'hospitalisation se poursuivant pendant les travaux.

- l'attention portée aux structures ambulatoires en y reportant une vingtaine d'équivalents temps plein (ETP) issus de la réduction de capacité intra hospitalière ;
- des réflexions concrètes sur la liberté d'aller et venir des patients.

La visite s'est déroulée alors que l'établissement était en chantier, s'agissant tant d'immobilier que d'organisation des services.

### c) Les services

Chacun des six secteurs pour adultes, intégrés dans deux pôles, porte le nom du pôle (Maine ou Loire) auquel est accolé une lettre (A et B pour Maine, C à F pour Loire). Les deux secteurs de pédopsychiatrie, intégrés dans le pôle Roger Misès, sont identifiés Est et Ouest.

Chaque secteur se présente avec une offre intra et extra hospitalière complète, située en ville et à la campagne du fait de la répartition de la commune d'Angers entre tous les secteurs : centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour (HDJ), unités d'hospitalisation à temps plein.

A chaque pôle a été reliée une activité transversale :

- le département du polyhandicap, le département d'accueil et d'orientation, la psychiatrie médico-légale au pôle Maine ;
- le département de réhabilitation psychosociale et le service de la pharmacie au pôle Loire.

Si le CESAME dénombrait, jusqu'en 2017, 314 lits d'hospitalisation à temps complet, il n'en décompte plus que 272 lors de la visite des contrôleurs, correspondant à :

- 10 lits de courte durée dans l'unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO) ;
- 184 lits en psychiatrie générale dans 10 unités d'hospitalisation complète (UHC) ;
- 63 lits dans 4 unités de réhabilitation psychosociale (URP) ;
- 15 lits dans l'unité dénommée fédération d'accueil des personnes polyhandicapées adultes (FAPA) ;

auxquels s'ajoutent 10 places en appartements thérapeutiques et 10 places en foyer de postcure.

Le FAPA comme les URP<sup>3</sup> n'accueillant que des personnes en soins libres (SL), les contrôleurs ont porté leur attention sur les seules UHC présentées ci-après.

Pôle	Secteur	Unité d'hospitalisation à temps complet	Nombre de lits	Dont chambres sécurisées	Chambres isolement
Maine		UPAO	10		2
	A	Maine A1	23		1
		Maine A2 (15 Ouest)	22	1	1
	B	Maine B3	23	1	1
		Maine B4	22		
Loire	C	Loire C	23		1

<sup>3</sup> Dénommées URP 1, 2 et 3 pour les patients du pôle Loire (42 lits au total), URP Maine pour les autres (21 lits au total).

	D	Loire D	22		1
	E	Loire E	22	1	1
	F	Loire F	23	1	1
Roger Misès	Est	Hubert Flavigny (Est)	9		1
	Ouest	Solatareff (Ouest)	9		1
Total des unités visitées			208	4	11

### 2.1.3 L'activité

En 2018, le CESAME rapporte une file active de 13 614 patients (13 716 l'année précédente).

Les structures extra hospitalières prennent en charge 94 % des adultes (75 % ne fréquentent qu'elles) et 99 % des enfants (83 % ne fréquentent qu'elles). Une légère hausse de la part des patients fréquentant l'extra hospitalier exclusivement est constatable entre 2017 et 2018 (80 % en 2017, 81 % en 2018).

L'hospitalisation à temps plein dans l'ensemble des unités a en 2018, concerné 2 425 adultes cumulant 86 874 journées et 123 enfants cumulant 4 320 journées. La part de la file active qui a été hospitalisée à temps plein est restée stable entre 2017 et 2018, à 18,7 %, malgré la réduction du nombre de lits déjà engagée.

La durée moyenne de séjour (DMS) est en très légère hausse (23,3 jours en 2017, 23,5 en 2018) alors que la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est en légère baisse (37,5 jours en 2017, 36,6 en 2018). La DMS et la DMH sont naturellement plus importantes dans les URP et la FAPA ; elles sont évidemment faibles à l'UPAO (2,6 et 2,7 jours respectivement).

Mais les données recueillies font surtout apparaître des disparités très fortes entre les unités d'un même pôle, sans aucune explication tenant à la nature des prises en charge ou des patients dans un établissement où le lieu d'hospitalisation est régi par le principe de la sectorisation :

- dans les seules UHC du pôle Loire, la DMS la plus courte est de 12,5 jours, la plus longue de 26,4 jours ; la DMH la plus courte est de 18,4 jours, la plus longue de 38,5 jours ;
- dans les seules UHC du pôle Maine, la DMS la plus courte est de 17,8 jours, la plus longue de 20,9 jours ; la DMH la plus courte est de 25,4 jours, la plus longue de 32,9 jours ;
- entre les deux UHC du pôle Roger Misès, l'unité Est réunit les DMS et DMH les plus courtes (19,9 et 23,9 jours respectivement) alors que l'unité Ouest présente les plus longues (28 et 50,4 jours respectivement).

Le taux d'occupation des unités fait l'objet d'un suivi très actif en rapport avec l'engagement de la politique de réduction du nombre de lits. La gestion des lits, y compris par celle des lits d'isolement, est accompagnée d'outils de suivi en temps réel. La tension était particulièrement palpable pendant la visite des contrôleurs, des chambres d'isolement (CI) étant occupées par des patients qui n'étaient soumis à aucune mesure de ce type et des patients placés en CI n'avaient pas de chambre d'hospitalisation conventionnelle réservée. Cette période de tension aurait commencé en avril, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

En 2018, le taux d'occupation de l'unité Loire D a atteint 100,6 %. En réalité, les statistiques sont plus élevées, certaines des données transmises aux contrôleurs considérant qu'un lit occupé par un patient en permission est un lit libre. D'autres données, qui incluent les permissions dans le

taux d'occupation des lits, font apparaître la suroccupation permanente de Loire D (jusqu'à 112 % en janvier 2018) et des suroccupations ponctuelles, plus ou moins fréquentes, à Loire C, Loire E, Loire F et Maine A. Il s'agit des unités qui ont les DMS et les DMH les plus élevées en 2018.

### RECOMMANDATION 1

Afin d'offrir des conditions d'hospitalisation dignes, au premier rang desquelles une chambre, le suivi de l'occupation des lits ne doit pas être guidé seulement par des préoccupations gestionnaires.

Dans ses observations au rapport de visite, la directrice de l'établissement souhaite préciser :

*« Le suivi hebdomadaire des disponibilités en lits, plus qu'une réponse à des préoccupations gestionnaires, témoigne au contraire de la volonté de l'établissement de travailler les logiques de parcours de soins, en encourageant leur fluidité entre les unités, dans une optique de rétablissement.*

*Aussi, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète n'a pas été réalisée pour réduire les frais de fonctionnement. Elle s'est au contraire accompagnée d'un redéploiement de l'intégralité des ressources vers les structures de soins ambulatoires, pour intensifier les prises en charge en extra hospitalier, conformément aux orientations du Projet d'Etablissement et aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. »*

## 2.2 LE BUDGET PERMET LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT GRACE A UNE GESTION RIGoureuse DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

Le budget total du CESAME est de 77,5 millions d'euros en 2019, dont 63 millions consacrés aux dépenses en personnel.

La direction, qui avait la perspective d'une dotation annuelle de financement (DAF) en stagnation, a cherché à réduire les frais de fonctionnement, en diminuant le nombre de lits, en rationalisant le dispositif d'activités thérapeutiques, en redéployant des postes de travail vers de nouvelles missions, ou classiquement en veillant à maîtriser les dépenses de fluides énergétiques. La cession de terrains a également été réalisée, en 2016 et encore en 2018.

Dans son rapport de février 2018, la chambre régionale des comptes (CRC)<sup>4</sup> conclut notamment que « le CESAME connaît depuis 2012 une amélioration de ses ratios d'endettement et ne dépasse aucun des critères prévus par le code de la santé publique », « que l'établissement a pu bénéficier d'une valorisation de son patrimoine immobilier favorable de même que de réserves confortables » et que « le CESAME prévoit d'autofinancer l'essentiel des conséquences matérielles de sa réorganisation ».

La DAF s'est finalement révélée plus élevée que prévue en 2018 et 2019.

Tout en continuant à veiller aux dépenses du titre 3 et du titre 1<sup>5</sup>, le CESAME finance effectivement ses travaux de rénovation immobilière et organisationnelle, en cours lors de la visite du CGLPL.

<sup>4</sup> Chambre régionale des comptes, Nantes, Rapport d'observations définitives, Exercices 2012 et suivants, délibéré le 15 février 2018.

<sup>5</sup> Titre 1 : charges en personnel. Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général.

## 2.3 LES LEVIERS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES SONT ACTIONNÉS SANS AGIR DE MANIÈRE UNIFORME SUR LE PERSONNEL DES UNITÉS D'HOSPITALISATION

### 2.3.1 Le personnel médical et non médical

L'établissement veille à maîtriser les dépenses salariales, qui représentent 81,29 % du budget, sans toutefois diminuer l'emploi.

#### a) *Le personnel médical*

Concernant le personnel médical, le CESAME dénombre 57,48 ETP rémunérés en 2018, soit deux à trois de moins qu'en 2016 et 2017.

Cinq postes de praticiens hospitaliers (PH) ou praticiens contractuels (PC) ne sont pas couverts lors de la visite, à mettre en rapport avec 50,1 ETP couverts par cinquante-cinq PH ou PC. Ces postes vacants sont répartis dans cinq secteurs : Maine B, Loire C, D, F, Pédopsychiatrie Ouest. On note qu'il s'agit de secteurs où l'activité d'hospitalisation est la plus chargée et où DMS et DMH sont souvent les plus longues.

Complètent cette équipe médicale :

- deux médecins associés, chacun à temps plein, à Loire F et Maine A ;
- quatre médecins généralistes, présents à hauteur de 1,8 ETP, dont 1,4 ETP réunis dans le bloc médical et 0,4 ETP au profit du département de polyhandicap ; aucun poste n'est vacant ;
- deux médecins assistants ou attachés travaillent à la pharmacie à temps partiel (0,2 ETP au total), en complément des deux PH ou PC qui y travaillent à temps plein ; aucun poste n'est vacant ;
- dix internes, correspondant à 9,5 ETP, principalement répartis dans les pôles, à raison de deux par secteur et à l'UPAO ; l'établissement, doté de moins d'internes qu'avant en raison de la réforme des études médicales, dénombre sept postes non pourvus ;
- trois personnes, recrutées en tant que « faisant fonction d'interne » dans l'attente de soutenir leur thèse et destinées ensuite à rester en tant que médecin psychiatre, à Maine B, Loire D, Pédopsychiatrie Est.

Au total, quatre-vingt-deux médecins ou internes interviennent au CESAME au 30 avril 2019, entre l'intra et l'extra hospitalier. Les postes vacants concernent des PH psychiatres, à hauteur de cinq soit près de 10 % de leur effectif. La présence médicale doit parfois être mutualisée entre deux UHC partageant le même bâtiment par exemple. Les démarches de recrutement sont toutefois actives, en prenant différentes formes.

#### b) *Le personnel non médical*

Concernant le personnel non médical, l'établissement dénombre 1 202,37 ETP rémunérés, soit huit à seize de plus qu'en 2016 et 2017.

Si des restrictions ont été rapportées, elles ont eu lieu à partir de 2014 en direction du personnel des services techniques et logistiques et en 2017-2018 lorsqu'il y a eu des « gels budgétaires ». Elles étaient révolues lors de la visite.

Aucun poste n'est vacant parmi le personnel non médical, qu'il s'agisse de cadres supérieurs de santé, cadres, infirmiers diplômés d'Etat (IDE), aides-soignants (AS), agents des services

hospitaliers (ASH), psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, personnel socio-éducatif, assistants de service social (ASS), assistants médico-administratifs.

Il est en fait recouru à des contrats à durée déterminée pour couvrir l'ensemble des postes, de durée variable selon les métiers (un mois pour les ASH, trois mois pour les autres, renouvelés, le cas échéant). Près d'un quart des soignants de l'unité Loire E bénéficiait de ce type de contrat court lors de la visite. Si le choix de contrats courts présente l'avantage de ne pas rompre les contrats en cours d'exécution, cela renouvelle fortement la composition des équipes, les rajeunit et augmente le manque d'expérience collective.

Des psychologues, ergothérapeutes et ASS sont affectés dans la plupart des UHC visitées, et pleinement associés aux prises en charge par le biais de la pluridisciplinarité (en entretiens, en réunions).

Dans les UHC pour adultes, la présence soignante (IDE et AS) est programmée sur la base de quatre agents par service du matin ou de l'après-midi, y compris les samedis et dimanches. Pour deux UHC partageant le même bâtiment, des soignants sont chargés de l'accueil (deux en semaine, un les fins de semaine, sauf à Loire D et F où il n'y en a qu'un du lundi au dimanche) et d'autres des activités (trois en semaine mais aucun les fins de semaine à Maine A et B, deux en semaine mais un les fins de semaine pour Loire C et E, aucun à Loire D et F).

Dans chaque UHC de pédopsychiatrie, trois soignants sont présents le matin et quatre l'après-midi (mais trois les fins de semaine).

A l'UPAO, la présence soignante en journée est la même que dans les UHC de secteur (quatre le matin, quatre l'après-midi, deux de journée en semaine ou un de journée les fins de semaines) mais pour un nombre de lits plus de deux fois inférieur. Elle est donc très renforcée par rapport aux unités de secteur, preuve, comme cela a été dit aux contrôleurs, que « *le plateau technique en psychiatrie, c'est le personnel* ».

La nuit, deux soignants dont un IDE sont affectés dans chaque unité, issus d'équipes affectées à la nuit qui travaillent de 21h15 à 7h15. Deux AS dits « mobiles » sont de surcroît positionnés à l'UPAO, susceptibles à la demande du cadre de nuit de remplacer un absent ou d'effectuer un transfert de patient, par exemple pour une urgence en direction du CHU.

### 2.3.2 La politique de gestion des ressources humaines

Selon les informations recueillies, la réorganisation des services a provoqué des changements d'équipe et de lieu de travail pour environ 500 agents du CESAME.

Face à la taille de l'établissement et aux bouleversements encore en cours, une politique d'harmonisation de la façon de travailler auprès des patients est menée. Elle s'illustre de diverses manières, parfois indirectement. Les contrôleurs ont relevé :

- l'harmonisation des horaires des soignants, la nuit et le jour, en 2018 ;
- des réunions entre cadres de santé, dont les cadres supérieurs ;
- le travail mené dans différents formats de réunions sur la liberté d'aller et venir des patients et les modifications concrètes induites dans les unités ;
- une obligation de mobilité entre l'intra et l'extra hospitalier d'un même secteur, tous les quatre ans, afin de ramener des soignants expérimentés vers les UHC ;
- un « stage de comparaison », qui s'effectue à la demande de l'agent une fois par an dans un autre service pendant une semaine, pour accompagner un projet professionnel ou rassurer en vue d'une mobilité interne par exemple ;

- la volonté de professionnaliser les soins psychiatriques en assurant de la formation continue mais aussi de la formation d'adaptation.

Le plan de formation, à hauteur de 2,1 % de la masse salariale, s'appuie sur les ressources de l'agence nationale de la formation hospitalière (ANFH), complétées par des formations locales. Il est ouvert à tous les métiers, ASS et psychologues inclus. Il bénéficie aussi aux médecins. Un plan de formation spécifique à l'intra hospitalier est bâti, complété par les demandes individuelles ou groupées.

Il couvre tant des demandes individuelles de promotion professionnelle (environ sept agents en bénéficient annuellement) et de formations diplômantes que la mise en place de formations obligatoires. La formation OMEGA est dispensée depuis 2014 et des formateurs relais sont actifs auprès de leurs collègues depuis 2018 ; l'objectif annuel est d'assurer huit sessions par an, pour chaque secteur de psychiatrie. La consolidation des savoirs (renforcement de la connaissance des pathologies, des aspects juridiques de la prise en charge) est proposée aux nouveaux IDE, à raison de six modules de deux à trois jours à répartir sur les deux premières années d'exercice.

Pour autant, des soignants regrettent de ne pas avoir pu bénéficier de la formation souhaitée. Des cadres, des IDE et des AS reconnaissent que la participation aux formations est souvent annulée « *en raison du planning* » et que la consolidation des savoirs ne parvient pas à être mise en place avec régularité et en temps utile pour tous les nouveaux IDE.

Le tutorat a disparu, relayé par des initiatives diverses des cadres dans les unités : entretiens réguliers de la cadre de Loire E avec les jeunes soignants, doublure pendant deux semaines à Loire C, doublure d'une semaine à Maine A mais d'un ou deux jours seulement à Maine B.

La supervision est accessible à toutes les équipes qui en formulent la demande. Celle de l'UPAO en bénéficie, une fois par mois, animée par un psychologue extérieur. Toutefois, certaines (comme celles de Maine B3 et B4, par exemple) ne le souhaitent plus.

Eu égard à la jeunesse de certains professionnels, au renouvellement de certaines des équipes rencontrées dans les unités, à la charge de travail des soignants, le temps de formation doit être impérativement préservé dans les plannings, doit accompagner l'adaptation au travail en psychiatrie et pourrait utilement développer l'analyse des pratiques en équipe.

#### **2.4 LE NOMBRE DES HOSPITALISATIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, STABLE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES, AUGMENTE DEPUIS 2019, LE FONDEMENT PRINCIPAL RESTANT LE PERIL IMMINENT**

Les patients admis en soins sans consentement (SSC) ont, avant leur arrivée au CESAME, pour plus de 50 % d'entre eux, transité par le service des urgences du CHU d'Angers.

Si un petit nombre (8 %) est admis directement à l'UPAO sur demande de médecins libéraux, d'autres, hospitalisés librement dans cette unité, passent rapidement sous statut de SSC, notamment au vu du péril imminent, ou sur demande d'admission d'un médecin du CESAME.

Après une période d'orientation et dans la mesure où le SSC continue d'être nécessaire, les patients se voient alors affectés sectoriellement dans l'une des quatre unités disposant d'une chambre d'isolement.

Ainsi, en 2019 et au cours des quatre premiers mois, 329 patients ont été hospitalisés sans leur consentement rejoignant les 1 037 patients admis en soins libres (SL), étant précisé que parmi ces patients, en SL comme en SSC, certains ont fait l'objet de plusieurs admissions successives.

L'analyse faite par les contrôleurs des données quantitatives fournies par l'établissement concernant les hospitalisations en SSC depuis 2017, fait apparaître que :

- le pourcentage des SSC qui était de 18 % en 2017 (868 SSC pour un total global de 4 735 admissions) a atteint 21 % au cours des quatre premiers mois de l'année 2019 (1 757 admissions dont 360 en SSC) ;
- le pourcentage des soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) à la suite de la demande d'un tiers est en légère mais constante diminution, passant de 63 % en 2017 à 58 % en 2019 ;
- les admissions au vu du péril imminent augmentent régulièrement, représentant 35 % en 2017 (273 pour 730 admissions en SDDE) ; elles ont atteint le seuil de 43 % durant les quatre premiers mois de l'année 2019 (109 pour 252 SDDE).

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) relève dans chacun de ses rapports annuels le pourcentage trop important de cette procédure mais ses observations n'ont pas pour conséquence la modification des pratiques en la matière.

Il doit être rappelé qu'au niveau national la procédure de péril imminent représente 20 % des SSC, étant plus particulièrement destinée aux personnes désocialisées ou isolées pour lesquelles la demande d'un tiers est difficile. Ces critères ne sont pas suffisamment respectés au CESAME.

## RECOMMANDATION 2

L'augmentation de la proportion d'admission en SPI doit appeler l'attention des responsables dans la mesure où ce mode d'admission, qui permet l'hospitalisation d'une personne sans son consentement sur l'appréciation d'un seul médecin qui n'est pas nécessairement psychiatre est particulièrement attentatoire aux droits du patient.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement rapporte les éléments de discussion suivants :

*« Le Cesame entend préciser que la procédure de SPI, telle que prévue par l'art L 3212-1 II 2° CSP, n'est pas réservée aux personnes désocialisées ou isolées. Il s'applique dans tous les cas où il s'avère impossible d'obtenir la demande du tiers ou lorsqu'une personne pouvant en avoir la qualité refuse d'en endosser la responsabilité, alors même que l'état de la personne est grave et nécessite des soins imminents.*

*L'UNAFAM 49 s'est d'ailleurs prononcée en faveur de ce mode légal de soins, revendiquant le droit d'être tenu à distance de la décision initiale, et ce afin de maintenir un lien de qualité et de confiance avec son proche, souvent parent, qui est ponctuellement hospitalisé dans un contexte de maladie en réalité chronique.*

*Cette prise de position a été renouvelée lors des journées organisées par le Groupe Famille, instance qui associe des représentants de l'UNAFAM 49 aux soignants et à la direction des usagers du Cesame. Elle nous semble compréhensible et légitime.*

*De plus, en 2019, 84,4 % des SPI hospitalisés au Cesame ont été initiés par une autre structure que le Cesame (CHU, transfert depuis un autre établissement, médecin traitant), ce qui conduit à poursuivre les soins selon le même mode.*

*Or, le corpus législatif ne permet pas de transformer un mode légal de soins initié en SPI en SDT, sauf à prendre une décision de levée de la mesure, ce qui supposerait la production d'un*

*certificat médical de levée compatible avec un état clinique justifiant d'une levée ; ce qui n'est nullement le cas en l'espèce.*

*Nous faisons le constat de l'absence d'invalidation de la procédure par le juge des libertés, ni de recommandations particulières de la CDSP qui nous permettraient de considérer que la poursuite de ces mesures par le Cesame soit constitutive d'une atteinte effective aux droits des patients. »*

Les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ne concernent que peu de personnes détenues : en 2019, sur soixante-dix-neuf mesures de SDRE, seules sept concernaient des personnes incarcérées. Pour le surplus, les arrêtés municipaux suivis d'arrêtés préfectoraux ont constitué la source de 85 % de ces admissions.

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

#### 3.1 L'INFORMATION DONNEE AUX PATIENTS, QU'ELLE SOIT GENERALE OU SPECIFIQUE AUX SOINS SANS CONSENTEMENT, NE LEUR PERMET PAS D'AVOIR UNE BONNE CONNAISSANCE DE LEURS DROITS

L'établissement dispose d'un règlement intérieur dont la dernière mise à jour date de mars 2016. Ce règlement est très complet et précise notamment les dispositions légales concernant les SSC. Cependant les unités n'en possèdent pas d'exemplaires mais peuvent seulement s'en procurer un si le patient en fait la demande.

Un livret d'accueil, régulièrement mis à jour au point que plusieurs des versions successives coexistent encore dans les services, est censé être remis au patient lors de son arrivée. Pourtant, les renseignements recueillis font apparaître qu'il n'est distribué qu'à l'UPAO, par dépôt dans la chambre. Ce livret est clair et complet et donne les informations nécessaires sur les services à disposition des patients durant leur hospitalisation, les repas, les horaires de visite, les interdictions diverses, l'équipe soignante, etc. Certaines concernent particulièrement les patients en SSC.

Les unités ne disposent pas de règles de vie spécifiques ; toutefois, ces règles sont exposées oralement par les soignants à l'admission des patients puis régulièrement reprises et discutées avec eux.

#### PROPOSITION 1

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient et les unités doivent afficher leurs règles de vie.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « *La remise du livret d'accueil est aussi effectuée dans les autres UHC [unités d'hospitalisation complète] que l'UPAO mais effectivement pas de façon systématique depuis que sa mise à jour a été annoncée. L'établissement envisage un plan d'action devant aboutir dans les prochains mois à la mise à jour du document ainsi qu'à une sensibilisation des soignants à l'importance de la remise systématique du livret d'accueil.* ».

L'article L.3211-3 du code de la santé publique (CSP) prévoit que chaque personne faisant l'objet de soins psychiatriques contraints doit être informée, dans la mesure où son état le permet, du projet de recours aux SSC la concernant puis de la décision d'admission et de chacune des décisions maintenant l'hospitalisation ainsi que des raisons qui les motivent.

Au CESAME, aucun document d'informations déclinant les droits énoncés par cet article L.3211-3 du CSP n'est remis au patient admis en SSC lors de la notification de la décision d'admission (qu'elle émane du représentant de l'Etat ou du directeur de l'établissement).

### RECOMMANDATION 3

L'établissement doit formaliser une fiche reprenant les dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique qui liste les droits reconnus aux patients sous statut de soins sans consentement. Cette fiche doit être jointe pour notification à la décision d'admission.

Il est, de plus, apparu aux contrôleurs, d'une part, que la décision d'admission et les éventuelles décisions ultérieures de prolongation des SSC sur décision du directeur ne sont, en elles-mêmes, pas motivées en fait, c'est-à-dire au regard des nécessités médicales qui les justifient, et que le certificat médical sur lequel elles se fondent n'est pas remis au patient en même temps que ces décisions, mais immédiatement classé à son dossier. D'autre part, ces décisions sont parfois notifiées tardivement, dans un délai pouvant atteindre trente-six heures.

Le personnel soignant, bien que regrettant n'avoir qu'une connaissance imparfaite du droit des patients a, précisé aux contrôleurs s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « *au mieux* » au patient la particularité de son statut juridique, bien que ce dernier ne s'y intéresse guère. Et les médecins rencontrés ont également déclaré donner des explications les plus claires possibles au patient lors de la rédaction des certificats médicaux, tout en admettant ne tracer que de manière très lacunaire le recueil des observations éventuelles de celui-ci – de telle sorte qu'à l'examen des dossiers et des registres, les contrôleurs n'ont pas trouvé trace d'observations qui auraient permis de s'assurer de la complète information du patient sur son statut, ses droits et ses dires relatifs à la mesure de SSC.

### RECOMMANDATION 4

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient. Par ailleurs, cette notification doit intervenir dans les meilleurs délais après l'édition de ces décisions et au plus tard dès que l'état clinique du patient le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement rapporte que « après échange avec le magistrat en charge du contrôle des soins sans consentement prodigués au Cesame, il s'avère que le JLD considère que les décisions portant admission ou maintien sont suffisamment motivées, de telle sorte que le Cesame n'entend pas modifier ses décisions.*

*De même, les levées liées à un retard de notification sont exceptionnelles, de telle sorte que l'établissement considère qu'il répond à ses obligations.*

*La traçabilité des observations du patient, même si elles sont extrêmement rares, figurent, le cas échéant, dans le certificat médical ou peuvent être retrouvées dans les lettres de patient assimilées à des recours et qui sont transmises au JLD. »*

## 3.2 LES INCIDENTS FONT L'OBJET D'UNE REFLEXION

### 3.2.1 Faits de violence, incidents

#### a) Les unités pour adultes

La déclaration d'un événement indésirable (EI) s'effectue *via* la page d'accueil de l'intranet. Pour y accéder, le déclarant doit entrer son identifiant personnel<sup>6</sup>. Une fois la déclaration complétée, un mail récapitulatif anonymisant le nom du patient est envoyé au gestionnaire de risque avec en copie les services concernés. 95 % des déclarations sont faites dans les 24 heures après l'incident. Le gestionnaire des risques traite l'événement dans un délai variable selon la réponse à y apporter. Le logiciel utilisé permet la traçabilité de la réponse.

Si le patient est la personne concernée (« victime ») elle n'est pas forcément à côté du soignant lorsque le formulaire est renseigné.

Une fois réceptionnée, l'événement fait l'objet d'une catégorisation et est situé sur une échelle de gravité. Trois catégories sont utilisées : atteinte aux biens, atteinte aux personnes (ces deux catégories correspondant à celles utilisées par l'ONVS<sup>7</sup>) et autres conséquences. L'échelle de gravité, fixée par la commission qualité, risque et évaluation s'échelonne de 1 à 4 : peu grave, moyennement grave, grave et très grave. Cette échelle couplée à la catégorisation permet de couvrir un large spectre d'événements allant du vol sans effraction à vol à main armée, de l'injure au personnel à menaces avec armes ou viol.

Les dysfonctionnements qui pourraient être qualifiés d'internes à l'hôpital (un soignant qui voudrait déclarer son opposition au changement de lit d'un patient ou à une mise en isolement) ne sont catégorisés que dans la partie « autres » qui recouvre également d'autres incidents.

En 2017, 997 fiches d'événement indésirables (FEI) avaient été complétées, contre 1 199 en 2018.

En 2018, le motif faisant l'objet du plus grand nombre de signalements est l'agression sur agent (23,2 %) suivi de l'identitovigilance (13 %). Les signalements sont également répartis entre les deux pôles. Selon l'échelle précitée, 48 % des événements étaient catégorisés comme moyennement graves et 32 % comme peu graves.

Selon les informations recueillies, la proportion importante du nombre d'agressions sur agent peut être liée à plusieurs causes : une baisse du seuil de tolérance des soignants, la volonté que l'incident soit reconnu par la direction et que des actions soient prises mais aussi la possibilité pour plusieurs soignants de déclarer le même incident s'ils considèrent que ledit incident les a également touchés.

Dans son rapport provisoire, le CGLPL avait recommandé que les dysfonctionnements internes à l'hôpital puissent être déclarés en tant que tels dans une catégorie spécifique et que le logiciel de recueil des EI permette d'identifier le rapport d'un même événement par plusieurs membres du personnel. La direction de l'établissement a précisé :

*« Les dysfonctionnements internes sont déjà couverts par les fiches d'incident. Que les dysfonctionnements soient internes ou externes, l'établissement se soucie des incidents qui surviennent, dans le but de les recenser, les traiter et éviter à nouveau leur survenue. Les incidents*

<sup>6</sup> La déclaration d'un accident de travail ne nécessite cependant pas l'entrée de ces codes.

<sup>7</sup> ONVS : observatoire national des violences en milieu de santé

*sont signalés par nature. Il existe une quarantaine de natures d'incidents réparties en 6 thèmes : soins, sécurité des biens et des personnes, sécurité des agents, matériel et locaux, hôtellerie et logistique, vigilances. Le cas échéant, si un incident ne répond à aucune nature répertoriée, le déclarant utilise le thème et la rubrique « autre ». Dans l'exemple cité dans le rapport concernant l'opposition d'un soignant au changement de lit d'un patient ou à une mise en isolement, c'est la nature « défaut de prise en charge » qui est cochée.*

*Un même événement peut générer plusieurs déclarations d'incident par plusieurs professionnels. Il existe déjà une fonctionnalité de la fiche d'incident qui permet de relier les déclarations, en rattachant les numéros des fiches entre elles, afin d'en faire le rapport. Cette rubrique s'intitule « liaison avec d'autres fiches d'incident ». Le Cesame utilise régulièrement cette fonctionnalité. »*

Par ailleurs, quatre plaintes ont été déposées par des agents de l'hôpital ou par l'hôpital en 2018, dont une déposée par une patiente pour viol mais classée sans suite.

L'hôpital a connu quatre décès depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, dont deux suicides. Dans l'objectif d'une meilleure réflexion, les déclarations à l'ONVS et à l'ARS ont augmenté en 2018. Ont été déclaré à l'ARS : un décès par suicide ; huit fugues de patients en SDRE ; deux agressions sexuelles ; un incendie.

Depuis 2011, l'établissement a mis en place un comité de retour d'expérience (CREX). Cette démarche s'est d'abord intéressée aux erreurs médicamenteuses et à la prise en charge des urgences vitales pour ensuite réfléchir sur des événements passés comme la fugue de patients en SDRE, les agressions sexuelles entre patients, les incendies, les agressions de professionnels par une famille, les personnes en SSC et les tentatives de suicide et les suicides. Cette volonté de prise en compte des événements est reflétée dans le projet d'établissement 2016-2020 « développer le traitement des événements indésirables graves en poursuivant la politique de signalement et de mise en place, quand cela est nécessaire, des Revues de Morbi-Mortalité (RMM) et aux Comités de Retour d'Expérience (CREX) (fugues, circuit médicament, suicides, décès, actes de violence, ...) ».

Les deux types d'événements les plus signalés ont également fait l'objet de mesures spécifiques : dans 36,5 % des cas d'agression de patients sur agents une proposition de reprise en équipe pluridisciplinaire a été proposée ; suite aux erreurs d'identitovigilance, 27,3 % d'identifiants permanents de patients ont fait l'objet de fusion.

Les agents ayant fait l'objet de violences sont également soutenus par leur supérieur hiérarchique, par un psychologue extérieur s'il en fait la demande et peut également être orienté vers la médecine du travail avant une prise en charge. Un courrier est envoyé au patient qui l'informe que les agents se réservent le droit de porter plainte. Le rattachement d'une personne en charge des affaires juridiques à la direction des usagers aide également à un meilleur suivi.

En 2018, une seule maltraitance sur patient (agent sur patient) avait été signalisée dans les EI. Pourtant, des sanctions disciplinaires à l'égard de deux soignants ont été prononcées par la direction. La première concerne un soignant titulaire qui a tenu des propos injurieux à l'encontre d'un patient et lui a administré une gifle. Cet événement a fait ressortir des abus antérieurs. Le témoignage rapide et circonstancié des équipes a permis à la direction d'agir rapidement et de prononcer une exclusion de neuf mois et neuf mois de sursis. Le second cas concerne un soignant titulaire qui s'est rendu à la direction de lui-même après avoir attrapé à la gorge un patient agité. Il a reçu un blâme. Aucune plainte des patients n'a pour autant été déposée.

Au niveau de l'établissement, ces deux cas ont permis de mettre en lumière certaines situations et démontre une volonté de ne pas les laisser impunies. La formation OMEGA, obligatoire pour tous les soignants, et la formation de formateurs OMEGA pour deux agents détachés à 20 % permet également de mieux appréhender les situations de violence.

Parmi les deux suicides de janvier et mars 2019, dont un particulièrement violent, le premier a fait l'objet dès le 27 février 2019 d'une revue de morbi-mortalité (RMM) associant la direction et ayant abouti à la mise en place d'un plan d'action ; le second devait faire l'objet d'une même RMM peu après la visite du CGLPL.

Dans son rapport provisoire, le CGLPL avait recommandé que le personnel comme les patients s'approprient la démarche de dénonciation des situations de violences envers les patients afin de mieux les connaître et adapter leur prise en charge. Dans ses observations, la direction de l'établissement a rappelé que « *les professionnels ainsi que les patients se sont bien approprié la démarche de dénonciation de violences envers les patients. Sur les 1 199 incidents déclarés en 2018, 46 sont des agressions entre patients, et 1 est un cas de maltraitance. Ces agressions sont dénoncées par les professionnels ou par les usagers eux-mêmes, qu'ils soient victimes ou non. De plus, les patients connaissent la possibilité qui leur est donnée de faire une réclamation à l'établissement, par courrier libre. Ces dénonciations sont traitées à la direction des usagers comme une réclamation ou en format Gestion des Risques par la cellule Qualité.* »

#### *b) Les unités pour mineurs de 0 à 16 ans (pôle Roger Misès)*

En 2018, 62 EI (sur 126 au niveau du pôle, toutes les structures étant concernées) ont été signalés au sein des deux unités de pédopsychiatrie. Les données sur la nature des incidents font ressortir nettement l'agression de patients sur agents (39 déclarations) puis les accidents du travail (15 déclarations).

De manière identique aux adultes, un CREX est mis en place à la suite d'EI et une reprise à chaud est faite avec l'enfant concerné. La situation est également reprise plus tard avec le jeune et en groupe si besoin. Un psychologue est à disposition du personnel et de l'enfant. Le déclenchement du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) par le personnel du pôle renvoie en premier lieu à la sécurité du CHU d'Angers situé non loin puis aux professionnels du CESAME.

Les plaintes du personnel sont traitées de la même manière que pour le reste des agents, les familles qui souhaiteraient porter plainte sont quant à elle orientées vers la direction des usagers. L'aide sociale à l'enfance (ASE) est également informée de la situation et une association est disponible pour soutenir les enfants placés.

### 3.2.2 Réclamations et plaintes

Le livret d'accueil des patients (version 10 bis)<sup>8</sup> informe les usagers de leur possibilité d'effectuer une réclamation en ces termes : « *le CESAME a installé [la CDU] pour entre autres examiner tout réclamation que vous pourriez formuler* ». Les moyens pour saisir la commission sont ensuite exposés. Aucun affichage dans les unités mentionnant la possibilité de faire une requête n'a été constaté.

Le livret d'accueil des familles porte la même mention que celui des patients, encore une fois sa diffusion n'a pu être confirmée

---

<sup>8</sup> Dont la diffusion n'a pas pu être constatée par les contrôleurs (cf. §.3.1).

En termes d'examen des plaintes et réclamations, les patients ou leur entourage peuvent exprimer leurs récriminations par écrit ou oralement auprès de la personne en charge du service des relations avec les usagers et, si besoin, être accompagnés dans leurs démarches par le personnel ou les représentants des usagers. En téléphonant à l'établissement, le standard sait indiquer la procédure de saisine.

En 2017, vingt-deux plaintes et réclamations, soit un pourcentage de 1 % du nombre des entrées, et un éloge ont été enregistrés et traités par la personne en charge du service des relations avec les usagers.

En 2018, douze plaintes émanaient des patients, quatre de leur famille et six d'intervenants extérieurs au CESAME. Les réclamations les plus nombreuses ont concerné les actes médicaux (quatorze), suivies de celles relatives à la prise en charge paramédicale, les deux dernières visaient l'accueil et les prestations hôtelières.

Aucune n'a donné lieu à orientation vers les médiateurs.

Chaque réclamation fait l'objet d'un accusé de réception puis d'une réponse écrite, dans un délai moyen de neuf jours.

### 3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS INFORMEE DE SA DESIGNATION

La notion de personne de confiance n'est pas toujours bien connue du personnel soignant, qui fait parfois une confusion avec le rôle de la famille, et n'est pas toujours en mesure d'expliquer précisément au patient l'intérêt de désigner une telle personne.

Dans le cadre de la procédure d'admission, il est systématiquement demandé au patient s'il souhaite désigner une personne de confiance. S'il est agité et n'est pas en état de comprendre de quoi il s'agit, le sujet est abordé une nouvelle fois au bout d'un ou deux jours.

Au moment de la visite du CGLPL, la plupart des patients avaient désigné une personne de confiance.

Lorsqu'une personne est désignée, elle n'en est jamais informée, ce qui invalide la désignation puisqu'elle ne l'a pas formellement acceptée.

La personne de confiance n'est pas contactée au cours de l'hospitalisation ; elle est, parfois, impliquée dans la prise en charge du patient lorsqu'il s'agit d'un proche qui vient lui rendre visite. Ainsi, parmi les patients de Maine B4, la moitié des personnes de confiance rendaient visite à leur proche mais très peu rencontraient le médecin.

#### PROPOSITION 2

Les soignants doivent recevoir une formation précise sur la fonction de la personne de confiance. Le formulaire de désignation d'une personne de confiance doit être adressé à cette dernière afin qu'elle le signe et le retourne au centre hospitalier, faute de quoi la désignation est invalide. La personne de confiance doit être associée à la démarche de soins dès lors que le patient le souhaite.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique :

*« Le formulaire de désignation de la personne de confiance va être actualisé prévoyant l'information de la personne désignée et le recueil de son accord. Sa diffusion s'accompagnera d'une formation des professionnels concernés afin de renforcer leur sensibilisation sur le rôle et*

*la place de la personne de confiance dans la démarche de soins. Une formation va également être inscrite au plan de formation 2021 sur le respect des droits des patients. »*

### 3.4 LES ELECTIONS NE SONT PAS PREPAREES POUR FACILITER L'ACCES AU VOTE DES PATIENTS

Au moment de la visite du CGLPL, à moins de quinze jours des élections européennes, aucune démarche n'avait été organisée et les patients n'avaient reçu aucune information sur le sujet.

Il a été déclaré aux contrôleurs que la gendarmerie venait traiter les demandes de procuration si elle en recevait, et, qu'à l'occasion d'élections précédentes, des affiches avaient été apposées dans les unités et des patients en SL étaient allés voter, accompagnés par leurs familles.

#### PROPOSITION 3

Toute élection doit faire l'objet d'une information et d'une organisation destinées à favoriser le vote de la part des patients.

### 3.5 L'ACCES AUX CULTES EST ASSURE

Le livret d'accueil indique les coordonnées des différents aumôniers. Les cultes catholique, israélite, musulman, orthodoxe et protestant sont représentés.

Une équipe d'aumônerie catholique propose des visites dans les services sur demande du patient ou par l'intermédiaire d'un soignant, de même qu'un accueil à l'aumônerie. Une chapelle est située dans le parc de l'établissement et un office y est assuré une fois par semaine. Selon les prescriptions médicales les patients s'y rendent seuls ou accompagnés par des soignants.

Les aumôniers des autres cultes peuvent être contactés, sur demande des patients ou de leur famille, soit *via* les aumôniers catholiques, soit *via* le CHU. Les familles peuvent également contacter un aumônier de leur choix.

Dans les unités, l'affichage concernant l'accès au culte n'est pas ou peu effectif<sup>1</sup>. Néanmoins, plusieurs patients rencontrés par les contrôleurs avaient connaissance de la présence de la chapelle et de la possibilité qu'un aumônier se déplace dans les unités.

### 3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS N'APPELLE PAS D'OBSERVATIONS

Le nombre de patients sous mesure de protection au moment de la visite variait d'une unité à l'autre, mais toutes comptaient des patients sous tutelle et curatelle. Les personnes qui auraient besoin d'une protection juridique sont identifiées par les soignants et accompagnées par un ASS dans leurs démarches.

Les ASS sont généralement bien intégrées dans les équipes, même si le nombre d'ETP varie d'une unité à l'autre.

Les contacts des soignants avec les tuteurs sont souvent limités à des aspects pratiques (clés d'appartement, etc.) et les tuteurs sont informés des situations exceptionnelles (fugue, plainte, etc.). Les contacts sont plutôt assurés par les ASS pour les recherches d'hébergement, les démarches pour le revenu de solidarité active (RSA) ou encore pour que le patient puisse disposer de son argent. Les tuteurs ont été décrits comme globalement plus réactifs qu'avant, notamment « les institutionnels », mais leurs venues dans les unités restent plutôt rares.

A Loire D, si les patients n'ont pas d'argent, le club thérapeutique peut les dépanner en attendant, à l'image d'une sorte de fonds de solidarité. La décision est prise par tous les membres

du club (composée de 50 % de patients et de 50 % de soignants). Ailleurs, il arrive que le compte d'un patient sous tutelle ne soit pas correctement alimenté malgré les demandes formulées par l'ASS, et que cela entraîne l'annulation d'une activité extérieure pour le patient concerné, ou que le patient ne puisse pas acheter de tabac.

### 3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST PAS ASSUREE PAR UNE PROCEDURE SPECIFIQUE

Au moment de son admission, le patient n'est pas systématiquement informé de la possibilité d'être admis de façon anonyme en application de l'article R.1112-45 du CSP ; il n'est pas invité à signer un formulaire sur le sujet à son admission.

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'une procédure existait pour informer notamment le standard d'une telle demande. En réalité, rien n'est vraiment formalisé et il semble que le standard n'a pas toujours l'information.

Dans son rapport provisoire, le CGLPL avait recommandé qu'il soit systématiquement demandé au patient arrivant d'exprimer ses souhaits en matière de confidentialité de son hospitalisation, lesquels souhaits doivent être garantis par la mise en œuvre d'une procédure adéquate. La direction de l'établissement a relayé les éléments de discussion suivants :

*« Le Cesame entend préciser qu'une prise en charge de qualité requière l'identification formelle du patient, et ce afin de ne générer d'événement indésirable lié aux soins en lien avec une erreur d'identité du patient (identitovigilance), comme cela peut être le cas lors de la dispensation de médicaments par exemple.*

*Le contrôle des décisions d'admission ou maintien en soins sans consentement par le JLD requière également une identification complète de la personne soignée.*

*Or, l'anonymisation d'un dossier patient limite, voir empêche, l'exercice de ces contrôles.*

*La confidentialité sur un séjour ou une prise en charge constitue, quant à elle, une obligation que le code de la santé publique érige en principe en son article L. 1110-4 en énonçant : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement... a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le (la) concernant ».*

*La confidentialité doit être garantie sans que le patient n'ait à le rappeler ou le demander. Elle est bien sûre assortie de sanctions en cas de non-respect.*

*Dans ces conditions, le Cesame considère qu'il n'est pas opportun de recueillir systématiquement les souhaits du patient en matière de confidentialité puisque le secret s'impose à chaque professionnel sans que le patient puisse l'en délier. Le demander laisserait à penser qu'en l'absence de confirmation, les professionnels seraient autorisés à se délier du secret, ce qui n'est nullement le cas. »*

Le CGLPL modifie sa recommandation, dorénavant en proposition à l'adresse de l'établissement :

#### PROPOSITION 4

Il doit être systématiquement demandé au patient arrivant d'exprimer ses souhaits en matière d'anonymat de son hospitalisation en application de l'article R.1112-45 du code de la santé publique, lesquels souhaits doivent être garantis par la mise en œuvre d'une procédure adéquate.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES A EXERCE PLEINEMENT SON ROLE DE CONTROLE AVANT DE RESTREINDRE SES VISITES

Au jour du contrôle, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) était composée, conformément aux termes de l'article L.3223-2 du CSP dans sa rédaction antérieure à la loi du 23 mars 2019<sup>9</sup> :

- d'une représentante de l'UNAFAM<sup>10</sup>, présidente ;
- de deux médecins psychiatres ;
- d'un médecin généraliste ;
- d'une magistrate du tribunal judiciaire (TJ) d'Angers ;
- d'une représentante des usagers (union départementale des associations familiales, UDAF).

Son siège est situé à Angers, au lieu de la délégation territoriale du Maine-et-Loire dépendant de l'ARS des Pays de la Loire. Le secrétariat de la commission est assuré par un agent de cette délégation ; le rapport annuel d'activité est, comme l'exige la loi, transmis à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté.

Compétente pour contrôler le CESAME, le service de psychiatrie du CH de Cholet et celui du CH de Saumur, la commission, jusqu'à l'année 2019, se réunissait trimestriellement au siège de la délégation territoriale et procédait à trois visites annuelles dans chacun des établissements. Lors de sa réunion du 30 novembre 2018, les membres ont convenu d'une nouvelle organisation à compter de l'année 2019 avec pour conséquence la diminution du nombre de visites : une journée par an, au sein de chacun des trois établissements habilités en psychiatrie. Pendant cette journée, outre la visite complète du site, la commission, qui a dit vouloir procéder à l'examen des dossiers amenés par le personnel de l'ARS et au contrôle du registre de la loi, a surtout souhaité disposer de suffisamment de temps pour échanger avec les médecins, les soignants et les responsables administratifs sur le fonctionnement de l'établissement et les pratiques professionnelles autant que sur des sujets spécifiques tels le recours à l'isolement ou l'usage fréquent de la procédure du péril imminent. La quatrième réunion annuelle continuera, quant à elle, de se tenir à la délégation territoriale du Maine-et-Loire.

Ce changement dans l'organisation de la CDSP ne respecte plus les exigences de la loi qui impose au minimum une visite semestrielle dans chacun des établissements habilités. C'est d'autant plus regrettable qu'il ressort des entretiens avec son président et les services concernés de l'ARS, autant que de la lecture des cinq derniers procès-verbaux de tenue de réunions, que cette instance a, jusqu'au jour de la visite de contrôle, exercé avec conviction son rôle de contrôle tout en s'efforçant de favoriser des modifications de pratiques dans l'intérêt des patients.

---

<sup>9</sup> Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

<sup>10</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

## RECOMMANDATION 5

La CDSP devra reprendre ses visites de contrôle à fréquence semestrielle dans chacun des trois établissements de son ressort et ce conformément aux dispositions de l'article R3223-6 du code de la santé publique.

Favorable à la mise en œuvre du registre d'isolement et de contention, la CDSP a interrogé le CESAME sur les modalités de recours aux mesures d'isolement constatant qu'après analyse du registre elle n'était pas suffisamment informée des pratiques d'admission (et de sortie) en chambre d'isolement et de mise sous contention.

Sa dernière venue au CESAME, explicitement annoncée aux patients par distribution d'affichettes dans chacune des unités, date du 29 mars 2019. Le président de la CDSP a dit regretter le peu de patients en demande d'audition : lors de cette visite, aucun patient n'avait sollicité d'entretien. En 2018, treize patients avaient souhaité être entendus par la CDSP, la majorité d'entre eux pour évoquer leur prise en charge et les restrictions dont ils faisaient l'objet. La CDSP les a encouragés à prendre contact avec leur médecin.

Au cours de chacune des réunions à la délégation territoriale, les membres de la CDSP ont examiné la vingtaine de dossiers concernant des patients hospitalisés soit en SDRE, soit en SDDE au vu d'un péril imminent, ou en hospitalisation complète depuis plus d'un an. Dans tous ses comptes rendus elle a attiré l'attention des médecins sur l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux. Elle a précisé, qu'au CESAME, les registres de la loi étaient tenus avec rigueur.

La CDSP, n'ayant constaté aucune irrégularité ou manquement grave aux droits et à la dignité des patients, n'a jamais proposé de mainlevée au JLD.

Il a enfin été fait part aux contrôleurs des excellentes relations entretenues avec l'établissement

### 4.2 LA COMMISSION DES USAGERS, AU FONCTIONNEMENT DYNAMIQUE, VEILLE AU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

La maison des usagers est installée au cœur du secteur Maine B dans des locaux agréables.

Cet espace utilisé sous la forme de permanences par les principales associations d'usagers (UNAFAM, FNAPSY<sup>11</sup>, UDAF, des groupes d'entraides mutuelles, etc.) apporte une visibilité forte aux représentants des usagers.

La représentation des usagers est portée à la connaissance des patients dans le livret d'accueil qui présente succinctement le rôle et la composition de la commission des usagers (CDU).

Conformément à l'article R1112-81 du CSP, elle est composée de membres obligatoires qui sont le représentant de l'établissement, les deux médecins médiateurs (titulaire et suppléant), les deux autres médiateurs non médecins et les deux représentants titulaires des usagers membres d'une association agréée, l'un de la FNAPSY et l'autre de l'UNAFAM, chacun ayant un suppléant ; il s'y ajoute des membres dits « facultatifs » que l'établissement a souhaité voir participer aux travaux de cet organe, notamment le médecin président la CME, un représentant du comité technique d'établissement et un représentant de la commission des soins infirmiers. Installée le 14 décembre 2016, elle est présidée, comme l'exige la loi (R1112-81-1 du CSP), par un

<sup>11</sup> FNAPSY : fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

représentant des usagers, la vice-présidence étant assurée par la directrice des usagers et de la qualité.

Elle se réunit au minimum, tous les trimestres. Les représentants des usagers y sont toujours présents tout comme la direction de l'établissement. La participation médico-soignante et celle des médiateurs est régulière quoique plus aléatoire. Les comptes rendus rédigés après chaque réunion sont, sinon exhaustifs, en tous cas suffisamment détaillés pour suivre l'investissement et le rôle de cette commission au sein de l'établissement. S'intéressant à la qualité des soins elle est force de propositions pour des projets en cours touchant aux activités thérapeutiques ou sportives qu'elle souhaiterait voir se diversifier. Destinataire, en 2019, du bilan annuel de la commission « liberté d'aller et venir », elle a ainsi pris connaissance avec grand intérêt, des pratiques d'isolement et de contention.

La CDU a été informée de vingt-trois réclamations écrites en 2017. Quatorze de ces réclamations concernaient les relations avec le médecin ou le personnel. Il est dommage que la classification des plaintes et des réclamations ne permette pas de mesurer correctement les éventuelles atteintes aux droits fondamentaux en raison d'une approche très générique de la plainte et non pas de ses conséquences pour le patient.

A noter que la tenue des permanences à la maison des usagers n'a conduit à aucune réception de plainte en 2018.

Les représentants des usagers rapportent le plus souvent des défauts dans l'information des familles notamment durant les périodes d'hospitalisation de leurs proches, tout en reconnaissant la difficulté quelquefois à recueillir le consentement du patient pour ce faire.

Il est aussi regrettable que ne soient pas organisés des temps de rencontres, dans les unités, entre les représentants des usagers et les malades : si l'élargissement du champ d'association de la CDU au fonctionnement de l'établissement issu du décret n° 2016-726 du 1<sup>er</sup> juin 2016 a bien été pris en compte, une rencontre à fréquence régulière organisée institutionnellement entre les représentants des usagers et les patients dans leurs unités serait bénéfique pour le respect de leurs droits.

#### **4.3 LA BONNE TENUE DES REGISTRES DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT TANDIS QUE LES CONTROLES EXTERIEURS SONT REDUITS AU MINIMUM**

Ces registres, dits livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des soins sans consentement où trois agents (pour deux ETP), adjointes administratives, sous la responsabilité d'une adjointe des cadres, sont chargés de gérer l'ensemble des procédures des patients admis en SSC et de tenir les registres de la loi. Ce service fait partie de la direction des usagers.

Les registres, dont le dernier ouvert porte le numéro 150, sont renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du CSP, à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC.

D'un modèle standard, ces registres comportent 100 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils sont distincts selon le statut d'hospitalisation et ne sont pas paraphés à l'ouverture par le maire de la commune. Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées par le CSP. En effet, les deux mentions suivantes sont totalement ou

partiellement absentes du registre : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L.3211-3 du CSP (*cf. supra*, §.3.1.2) et, parfois, les décisions de protection juridique des majeurs.

Les certificats médicaux et l'avis motivé adressé au juge des libertés et de la détention (JLD) sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont ainsi pu observer que leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificat-type ou de copier-coller.

Les certificats concernant les programmes de soins (PDS) sont dûment joints aux registres. De plus les certificats mensuels portent mentions de l'information donnée au patient quant à son état de santé et des éventuels dires de ce patient recueillis avant leur édicition.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national, font état des voies de recours judiciaire et administrative (devant la CDSP).

Si le dispositif des décisions du JLD est collé, la date de ce contrôle judiciaire n'est pas systématiquement reportée à la rubrique prévue à cet effet mais il y figure la date de la levée quand elle est prononcée.

Au jour du contrôle, le dernier registre pour les patients hospitalisés en SDRE avait été ouvert le 13 mars 2019 ; il était rempli jusqu'au folio numéro 34 à la date du 6 mai 2019 et concernait une personne incarcérée ; l'arrêté de levée portait la date du 7 mai. Le registre précédent avait été ouvert le 5 juillet 2018 et clos le 6 mars 2019.

Moins de deux registres, en moyenne, sont ouverts annuellement pour l'inscription des mesures d'hospitalisation en SDRE tandis que cinq, au minimum, le sont pour l'inscription de celles prises en SDDE. Celui en cours au moment de la visite l'avait été le 23 avril 2019 et comptabilisait quarante et une admissions à la date du 16 mai 2019.

La consultation de ces registres, qui regroupent sans retard et de façon soigneuse l'ensemble des pièces relatives aux SSC, permet un contrôle immédiat et aisé sans nécessité d'aller chercher le dossier administratif du patient.

Selon les renseignements recueillis sans qu'il ait cependant été possible d'obtenir une date précise, le représentant du procureur de la République visite sinon annuellement du moins à fréquence régulière l'établissement. Les membres de la CDSP (*cf. supra*, §.4.1) signent le registre à chacune de leur visite, la dernière datant du 29 mars 2019. En revanche, il n'a pas été constaté de contrôle des autres autorités visées par l'article L.3222-4 du CSP.

## RECOMMANDATION 6

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Maine-et-Loire, les chefs de juridiction du tribunal de grande instance d'Angers et le maire de la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire, ou leurs délégataires, doivent visiter au moins une fois par an l'établissement de santé publique du CESAME.

### 4.4 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT FACILEMENT ACCORDEES AVEC POUR OBJECTIF DE PREPARER LA LEVEE DE LA MESURE OU LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS

#### 4.4.1 Les sorties de courte durée

Les informations recueillies font unanimement ressortir que la prise en charge du patient en SSC est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale. Hors l'enceinte de

l'établissement, les sorties, accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures, sont donc fréquemment accordées, principalement pour maintenir les liens familiaux et faire des démarches extérieures à caractère médico-social.

Au sein des unités autant qu'au bureau des soins sans consentement, une vigilance est en place pour que la demande d'autorisation des patients hospitalisés en SDRE soit transmise à l'ARS dans un délai jamais inférieur à quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Seul un refus du préfet, écrit mais pas obligatoirement motivé, et notifié au patient au plus tard douze heures avant la sortie, peut y faire obstacle.

Les psychiatres savent qu'ils doivent être précis dans l'exposé des motifs justifiant la sortie et des modalités de sa mise en œuvre.

Les informations communiquées par l'ARS indiquent que, jusqu'à un récent changement de « signataire préfectoral », en mars 2019, les refus de sorties (non comptabilisés dans le logiciel) étaient exceptionnels. Depuis le 19 mars 2019, seize demandes ont fait l'objet d'un refus, dont certains ne présentaient qu'un caractère de temporalité, la demande étant considérée comme prématurée par l'autorité préfectorale compte tenu des antécédents du patient. Au jour du contrôle, douze patients en SDRE bénéficiaient de sorties régulières hebdomadaires voire quotidiennes en fonction de la disponibilité du soignant accompagnateur.

Concernant les sorties des patients en SDDE, la demande est rédigée par le psychiatre et transmise au bureau des soins sans consentement pour accord tacite du directeur ; la sortie est tracée dans le dossier du patient et dans le logiciel de gestion administrative. Compte tenu des délais généralement très courts, les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel notamment) sont informés par courrier électronique ou par téléphone. L'établissement n'a pu fournir de statistiques sur le nombre, en 2019, de sorties accordées aux patients ; elles seraient nombreuses, le directeur, selon les informations recueillies, ne s'y opposant jamais. Ainsi, pendant la semaine du contrôle, trente-deux patients admis en SDDE ont bénéficié de permissions de sorties. Aucune doléance n'a été rapportée à ce sujet aux contrôleurs.

#### 4.4.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont menés en ambulatoire et les retours séquentiels à l'hôpital sont l'exception.

Le passage en PDS correspond donc à une réelle sortie d'hospitalisation du patient, certes toujours suivie et contrôlée, pour favoriser une reprise optimale de sa vie en société. L'effectivité du suivi des patients en PDS est bien réelle : au cours de l'année 2019, jusqu'au 30 avril, huit réintégrations de patients pour une hospitalisation complète ont été faites. La plupart du temps, la durée de la nouvelle hospitalisation est restée inférieure à dix jours.

#### 4.4.3 La levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement

Les modalités de levée de la mesure d'hospitalisation diffèrent suivant le mode d'admission.

Pour les patients admis en SDDE, l'hospitalisation cesse par décision du directeur après que les psychiatres de l'établissement en charge du malade ont certifié que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies. Un certain nombre de mesures sont d'ores et déjà levées avant le passage devant le JLD (cf.§.4.5). En 2019, jusqu'au 1<sup>er</sup> mai, la DMS est de l'ordre de dix-sept jours.

La levée de la mesure d'hospitalisation des patients admis en SDRE nécessite l'accord du préfet après qu'il a été destinataire du certificat médical attestant de l'inutilité de la poursuivre. S'il n'est pas convaincu, le préfet en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande

alors l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximum de 72 heures, un avis sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation. Lorsque ce deuxième avis confirme le premier certificat, le préfet doit ordonner la levée de la mesure. Il a été rapporté aux contrôleurs que le préfet exigeait rarement un deuxième avis – lequel, d'ailleurs, serait toujours conforme au premier. Ainsi, en 2019, le préfet a sollicité deux fois un deuxième avis avant de prendre son arrêté de mainlevée sur la quinzaine de demandes présentées.

Dans la préparation à la sortie, les équipes soignantes soulignent surtout le manque de structures extra hospitalières, médico-sociales ou sociales, adaptées. En 2018, soixante-deux patients étaient ainsi hospitalisés au CESAME depuis plus de 292 jours (contre quatre-vingt-dix-huit en 2012). Parmi ces patients, onze ont une orientation en EHPAD<sup>12</sup>, sept une orientation en maison d'accueil spécialisée (MAS) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM), quinze une orientation en foyer ou appartement thérapeutique et huit attendent une place dans une URP. Ces situations sont suivies avec attention par la direction. L'ensemble des entretiens confirme le manque de places en MAS et FAM avec des durées d'attente actuelles pouvant aller jusqu'à cinq ans.

#### 4.5 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA MISSION DANS DES CONDITIONS MATERIELLES ET RELATIONNELLES QUI N'APPELLENT PAS D'OBSERVATIONS

Le 30 juin 2014, une convention a été signée entre les chefs de juridiction du TJ d'Angers, la direction de l'ARS et la direction du CESAME afin que des locaux soient spécialement aménagés dans l'établissement pour être affectés à la tenue d'audiences du JLD. Il a ainsi pu être constaté qu'une pièce vaste et lumineuse, située au rez-de-chaussée de l'UPAO était utilisée comme salle d'audience ; s'y ajoute une petite pièce réservée à l'entretien avec les avocats et des sanitaires à disposition des justiciables. Ces locaux sont équipés de mobilier moderne, en excellent état de maintenance. Des panneaux, à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, permettent de les localiser facilement.

Conformément aux préconisations de l'article L3211-12-2 du CSP, l'audience du JLD se passe dans des conditions de confort et de sécurité qui favorisent un climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le mardi après-midi et le vendredi matin. Elles débutent à 14h30 et 9h30 et s'étendent sur une durée de trois à quatre heures, les dossiers enrôlés étant de l'ordre de quatre à cinq par audience.

##### 4.5.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre l'agent du bureau des soins sans consentement et le greffe judiciaire du TJ d'Angers se font, selon la convention ci-dessus visée, par voie dématérialisée. Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe :

- huit jours au maximum après la décision d'admission, étant précisé que la saisine au sixième jour est souhaitée ;
- quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision de JLD, ces situations étant peu nombreuses, de l'ordre d'une vingtaine annuellement ;

---

<sup>12</sup> EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

- dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête doit mentionner l'identité du tuteur sous peine de nullité de la procédure en l'absence de sa convocation.

A cette requête sont joints :

- la décision d'admission avec accusé de réception de la notification ;
- les certificats médicaux des 24h et 72h ;
- l'avis motivé ;
- la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation ;
- la précédente décision du JLD pour contrôle à six mois avec les certificats médicaux mensuels.

Dès réception de la requête le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office, à moins que le patient ne précise vouloir choisir son conseil (hypothèse rarissime).

Deux avocats sont désignés quand le nombre de dossiers enrôlés est supérieur à cinq. Les dossiers sont communiqués à la demande de l'avocat par le greffe judiciaire sous forme dématérialisée en utilisant le réseau privé virtuel des avocats (RPVA).

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des soins sans consentement avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade.

Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans chaque unité ont fait ressortir que « l'agent notificateur » prenait le temps d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

#### 4.5.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du mardi 14 mai 2019. Une vice-présidente du TJ d'Angers nommée JLD par décret, assistée d'une greffière, l'a présidée. Ni l'une ni l'autre n'avait revêtu leur habit professionnel ; la porte de la salle est restée entrouverte tout le temps des débats. Trois dossiers étaient enrôlés à cette audience.

Bien que convoqué, un tuteur n'était pas présent.

Un des patients ne s'est pas présenté ayant exprimé par écrit son refus de comparaître ; il était représenté par un avocat de son choix qui n'a pas soulevé de moyens de défense procéduraux.

Les deux autres patients sont arrivés, l'un en tenue de ville, l'autre en pyjama parce que sorti d'une chambre d'isolement ; ils étaient accompagnés de leur soignant, en ordre séparé. Leur attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle a été donc de très courte durée après un entretien, en toute confidentialité, avec l'avocat de permanence.

Pour chaque affaire, la magistrate a expliqué le rôle du JLD, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à publicité restreinte. Elle a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations en cherchant à faciliter la parole du patient.

Les deux patients se sont exprimés, tous deux souhaitaient la levée de la mesure.

Les décisions ont été rendues après que le JLD eut pris le temps de la réflexion et dicté chacune des ordonnances à la greffière. Les décisions (de maintien) ont été annoncées individuellement et la juge a pris soin d'expliquer ses motivations. Des propos d'encouragement ont été prononcés

et les voies de recours précisées avec clarté et simplicité ; toutefois la greffière n'a pas notifié les décisions, la pratique voulant que celles-ci soient remises, après l'audience, au bureau des soins sans consentement pour envoi et notification par le personnel soignant dans les unités d'admission.

Le temps consacré à chaque affaire a été de l'ordre de la demi-heure dans des conditions de dignité incontestables.

#### 4.5.3 Les décisions rendues

Si les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de vérifier quelles explications étaient données avant la signature de l'accusé de réception, les échanges avec les patients ont fait ressortir leur compréhension tant du sens de l'audience que de la décision.

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable depuis plusieurs années.

En 2017, le JLD a statué dans 490 procédures, dont 396 dossiers ouverts en SDDE et 94 en SDRE. Il y a lieu de préciser qu'au surplus 65 affaires étaient devenues sans objet entre le jour de l'envoi du dossier au greffe judiciaire et le moment de l'audience, la mesure de SSC ayant, entre-temps, été administrativement levée. Le juge, quant à lui, a prononcé 17 décisions de mainlevée.

En 2018, sur les 463 dossiers enrôlés, 362 concernaient des SDDE et 101 des SDRE, alors que 55 levées de mesures en SSC avaient été effectives entre le jour de la saisine et celui du contrôle du juge de l'audience. 5 ordonnances de mainlevées ont été prononcées, exécutoires dans un délai de 24 heures.

En 2019 et jusqu'au 30 avril, sur les 199 dossiers transmis au greffe judiciaire, 175 ont nécessité le passage à l'audience parmi lesquels 137 SDDE. Le JLD a prononcé une mainlevée après avoir constaté que le premier certificat d'admission en hospitalisation sans consentement sur demande d'un tiers émanait d'un médecin psychiatre exerçant au CESAME.

Les refus du patient de se présenter à l'audience sont nombreux, sans toutefois que les contrôleurs aient pu obtenir d'explications, puisqu'au nombre de 119 en 2017, 129 en 2018 et 56 au cours des quatre premiers mois de l'année 2019. Quant aux médecins, ils ont opposé une inaptitude médicale à l'égard de trente et un patients en 2017, de vingt en 2018 et de six au cours de l'année 2019 et jusqu'au jour du contrôle.

Les recours interjetés sont rares (vingt-deux au cours des trois dernières années) et les arrêts de la cour d'appel d'Angers, à l'exception d'un, toujours confirmatifs.

#### 4.6 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE NE RECUEILLE PAS L'AVIS DU PATIENT

Le collège des professionnels de santé se réunit, après avoir été convoqué par le directeur. Le bureau des admissions veille scrupuleusement au respect des dates butoirs et à la convocation de ses membres.

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre psychiatre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du service assurant le suivi ambulatoire, ce collège est appelé à se réunir beaucoup plus pour les patients en PDS que pour ceux, très peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, le collège a examiné trente situations de patients en SDDE, dont vingt-six étaient en PDS et trois en hospitalisation complète ; il s'est de plus réuni pour donner son avis

concernant neuf personnes reconnues irresponsables pénalement. Le collège n'a proposé aucune mainlevée de la mesure contraignante.

Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionne dans le total et strict respect des dispositions de l'article L.3212-17 du CSP qui exigent le recueil de l'avis du patient. Des informations souvent floues, qui leur ont été communiquées, il ressort que ce collège se contente de travailler sur le dossier du patient, sans juger utile de le recevoir pour l'entendre. Dans les vérifications effectuées par les contrôleurs qui se sont fait communiquer huit avis, la mention du recueil de l'avis du patient était inexistante.

### RECOMMANDATION 7

Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L.3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement relaie la position suivante :

*« Le Cesame entend rappeler que l'article L3212-7 CSP ne prévoit pas que le collège entende le patient mais qu'il recueille son avis. Ce recueil peut se faire par tout moyen. En l'espèce, le collège prend systématiquement acte du point de vue du patient, tel que consigné dans les certificats, le DIP [dossier informatisé du patient]. »*

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST ETROITEMENT ENCADREE DANS UN PARC OUVERT

L'immense parc arboré du CESAME, où se trouvent toutes les unités d'hospitalisation à l'exception de celles de Maine B et de la pédopsychiatrie (cf. §.2.1.2.), offre dix-sept accès dont six pour les véhicules, ouverts de 7h30 à 18h30.

Pour l'heure, la vidéosurveillance n'est déployée qu'aux abords des entrées. Une réflexion d'ensemble est en cours pour renforcer la sûreté et la sécurité de l'hôpital. La volonté affichée est de ne pas empêcher les entrées et sorties mais de pouvoir « *maîtriser les flux* ». Est à l'étude un projet consistant notamment en l'équipement en vidéosurveillance de l'entrée des unités et la mise à disposition de chaque patient d'un badge électronique individuel lui permettant d'entrer et sortir de sa chambre, de son unité d'hébergement et, le cas échéant, du parc.

Dans l'ensemble des unités, les échanges ont fait apparaître une préoccupation quant à l'introduction de produits illicites – alcool et stupéfiants – à l'intérieur des lieux d'hospitalisation.

La superficie du parc et son accès libre aux personnes extérieures impliquent que les mesures de restriction de la liberté d'aller et venir se situent à l'intérieur des unités. Celles-ci sont présentées comme ouvertes aux heures de présence des infirmiers d'accueil (hors réunion de synthèse le matin, pause déjeuner, après 17h30). En réalité, le rôle de l'infirmier d'accueil est de réguler les entrées et sorties de l'unité : avec la liste des patients autorisés à sortir ou non et leur planning d'activités et de rendez-vous, il ouvre ou non la porte d'entrée de l'unité lorsqu'un patient s'y présente.

Une réflexion a débuté en 2018 au sujet de l'ouverture des unités (cf. §.2.1.2. et §.7.2.1, s'agissant d'une évaluation des pratiques professionnelles, EPP). Le compte rendu fourni témoigne de la qualité de la réflexion engagée, même si la situation rencontrée par les contrôleurs est celle d'unités encore trop fermées.

Les patients en SDRE ne sont jamais autorisés à sortir non accompagnés, y compris pour se rendre aux activités thérapeutiques qui auraient lieu dans l'enceinte du parc mais hors de l'unité ; les patients en SDDE peuvent l'être exceptionnellement. Du fait de la situation de Maine B hors de l'enceinte principale du CESAME, tous les patients en SSC doivent être accompagnés pour toute activité nécessitant de sortir de l'enceinte du bâtiment (cafétéria, chapelle, etc.) au motif qu'ils doivent traverser la rue pour accéder aux installations de l'hôpital. Leurs sorties dépendent donc de la disponibilité de l'équipe soignante.

Les patients des unités Loire C et E peuvent se rendre seuls aux activités thérapeutiques organisées dans le local « Ressources » situé au rez-de-chaussée du bâtiment partagé par les deux unités.

Dans les unités qui en sont dotées, tous les patients peuvent se rendre librement à la cafétéria.

En ce qui concerne l'accès à l'air libre, il est plus ou moins possible selon l'unité dans laquelle les patients sont hébergés :

- à Maine A et Loire D notamment, ils ont un accès libre à une cour intérieure agréable (verdure, bancs, partie abritée des intempéries) de 6h30 à 23h ;
- dans le bâtiment « 15 Ouest » utilisé pour accueillir les patients d'unités en travaux et où étaient hébergés les patients de Maine A2 au moment de la visite, faute de jardin fermé, les patients en SSC et les patients en SL soumis à un « contrat » de sortie accompagnée

n'étaient pas autorisés à y accéder sans accompagnement par un soignant, ce qui réduit d'autant leur accès à l'air libre.

## 5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

Dans l'ensemble des unités, l'accès aux chambres est par principe libre toute la journée, y compris pendant le nettoyage des lieux sauf à Maine B4 où elles sont fermées de 10h à 11h. Seuls les patients soumis pour des raisons médicales à un « contrat fermé » sont enfermés dans leur chambre, par exemple de 10h à 12h et de 14h à 16h (cf.§.7.2.1.b).

L'horaire d'extinction de la télévision intervient à la fin du film de première partie de soirée, entre 22h30 et 23h. Chaque unité dispose de deux espaces de télévision – qui, selon le cas, sont organisés dans un coin de la salle commune ou dans une pièce à part équipée de sièges en nombre suffisant –, sauf l'UPAO qui n'en a qu'un. Au moment de la visite du CGLPL, le téléviseur d'une des deux salles de Loire C était hors service depuis plus d'un an ; les contrôleurs n'ont pas constaté d'autre dysfonctionnement. Il a été expliqué aux contrôleurs que l'installation de téléviseurs dans les chambres de Loire D était à l'étude.

Le tabac peut être acheté par le patient, sa famille, son tuteur, un autre patient ou un soignant, selon les cas et les unités. La plupart des patients en disposent librement, seuls les patients les plus vulnérables (consommation personnelle ou dons aux autres patients excessifs) y ont un accès restreint, quel que soit leur statut d'hospitalisation. Certains disposent d'un briquet, d'autres doivent le demander, mais un allume-cigarette électrique est à disposition à l'entrée du parc et dans les cours ou jardins des unités. L'espace à l'air libre pour fumer est généralement fermé à partir de 22h et réouvert le matin vers 6h30, à l'exception de la petite cour commune aux unités Loire C et E ouverte jusqu'à 18h seulement.

Le port du pyjama de l'hôpital est partout imposé aux patients isolés (cf. §.8.1 pour les adultes, §.9.1.4 pour les enfants). Les unités disposent de pyjamas en tissu bleu, pantalon et veste.

Un patient, sans être isolé, peut se voir demander de porter un pyjama personnel en cas de risques importants de fugue ou selon « son contrat de soin » pour « qu'il se rende compte qu'il est malade ». Un dernier cas de figure évoqué est celui où le patient porte un pyjama parce qu'il n'a pas d'autre vêtement.

Le 13 mai 2019, chacune des huit UHC pour adultes a rapporté l'existence d'une prescription de port de pyjama pour au moins un patient, et jusqu'à quatre. Deux unités ont précisé qu'il s'agissait de patients en isolement, trois autres unités ont précisé que cela concernait des patients en SSC. La plus ancienne prescription, datée du 6 mai, durait depuis une semaine.

### PROPOSITION 5

Le port d'un pyjama afin d'éviter les fugues ou pour prendre conscience de la maladie est indigne. Lorsqu'un pyjama doit être porté, dans des moments qui ne soumettent pas le patient au regard d'autrui, comme lors d'un placement en isolement, il convient de privilégier un pyjama personnel.

En réponse au rapport provisoire, la direction souhaite rappeler que « le port du pyjama au Cesame reste une pratique d'exception, la très grande majorité des patients étant vêtue d'habits de jour » et que « le Cesame considère que les propos retranscrits dans le rapport, s'ils ont été tenus, ne témoignent en aucune manière de la politique générale portée par l'établissement en

*matière de liberté d'aller et venir et n'engagent que la personne qui les a tenus. L'établissement ne souscrit en aucune manière à une pratique qui consisterait à utiliser le port du pyjama pour éviter les fugues ou prendre conscience de la maladie ».*

Par ailleurs, elle précise s'agissant du placement en isolement que « *la dépose des habits de jour a pour objectif de protéger le patient en réduisant son accès à des objets dangereux par nature ou par destination* ».

Elle conclue que « *dans la mesure du possible, le port d'un pyjama personnel est privilégié, comme en témoigne l'EPP réalisée au pôle Maine et transmise au CGLPL lors de sa visite. Cela suppose que le patient dispose dans son trousseau d'un pyjama à son admission ou apporté par ses proches ; ou qu'il accepte le pyjama qui lui est mis à disposition dans le cadre de la dotation d'effets personnels attribuée à chaque service* ».

Si ces éléments vont dans le sens recommandé par le CGLPL, ils ne reflètent pas la totalité des pratiques relevées par les contrôleurs lors de la visite.

### **5.3 LES RESTRICTIONS DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT RARES ET INDIVIDUALISEES MAIS LA WIFI EST INACCESSIBLE**

#### **5.3.1 Le courrier**

L'envoi et la réception du courrier des patients ne fait l'objet d'aucune restriction ni d'aucun contrôle, sauf indications médicales exceptionnelles. Ainsi, au moment de la visite du CGLPL, un patient de Maine B4 ouvrait son courrier en présence d'un soignant « *pour l'aider* ».

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, du matériel – papier, crayon, enveloppe – est remis au besoin à un patient qui n'a pas de quoi écrire.

Le courrier aux autorités est affranchi par l'hôpital.

Les unités n'ont pas de boîte aux lettres : le courrier passe systématiquement entre les mains des soignants pour être déposé dans une bannette située à l'accueil ou avant sa distribution.

#### **5.3.2 Le téléphone**

Les unités n'ont pas de *point-phone* pour les patients. En cas de besoin, ceux-ci s'adressent au personnel soignant, qui leur prête un téléphone sans fil ; le patient peut aller s'isoler pour téléphoner, sauf si, sur indication médicale, la communication doit se faire dans une pièce en présence d'un soignant ; cette éventualité est exceptionnelle.

Durant les premiers jours de l'admission, les patients ne sont pas autorisés à téléphoner. Ainsi, au moment de la visite du CGLPL, un patient venant d'arriver à Maine B4 ne pouvait pas encore téléphoner.

Par la suite, sauf rares contre-indications médicales, les patients peuvent conserver leurs téléphones portables. Lors de la visite, trois patients de Maine B4, dont deux en SL, étaient ainsi limités en nombre d'appels téléphoniques et trois patients de Loire D n'étaient pas autorisés à conserver leur téléphone portable. A l'exception de Loire D, les cordons d'alimentation ne sont pas laissés à disposition et sont placés dans un local fermant à clé, où les patients peuvent se rendre en présence d'un soignant pour recharger leurs appareils.

Il a été signalé aux contrôleurs que le service technique de l'hôpital avait des cordons d'alimentation d'appareils électroniques avec prise USB, longs d'environ 10 cm seulement pour

éviter tout risque d'étranglement ; cette information est manifestement peu connue du personnel soignant des unités.

### BONNE PRATIQUE 1

Le service technique de l'hôpital détient des cordons d'alimentation d'appareils électroniques avec prise USB, longs d'environ 10 cm, ce qui évite tout risque d'étranglement.

#### 5.3.3 La visite des proches

Les horaires des visites, différents d'une unité à l'autre, sont souples. En général, elles sont possibles l'après-midi et, parfois en fin de matinée et en début de soirée.

Certaines unités, comme Loire E, disposent d'un salon spécifique ; dans d'autres unités, comme l'UPAO ou Maine B3 et Maine B 4, un espace est prévu dans le hall d'accueil du bâtiment, ou bien les visiteurs se tiennent dans la salle commune, ce qui ne favorise pas la confidentialité des visites ; parfois, les visiteurs sont invités à s'installer dans une salle d'activités non utilisée.

Seule Loire D ne permet pas les visites dans les chambres. Dans quelques unités, les enfants ne peuvent pas entrer dans les chambres.



L'espace de visites de l'UPAO



Le hall d'accueil de Maine B

Dans le rapport provisoire, le CGLPL avait recommandé que chaque unité dispose d'un local garantissant la confidentialité des visites. En réponse, la direction de l'établissement a précisé que « même si certains visiteurs choisissent de visiter leurs proches dans un espace commun, chaque unité dispose bien d'un espace d'accueil dédié aux familles, en son sein, comme en témoignent [...] les plans de masse des unités. S'agissant de Maine B, service déménagé depuis février 2020, le plan fourni permet d'identifier la localisation du salon des familles tel qu'il existe aujourd'hui », et le CGLPL se plie à ces arguments.

Les visites avec des enfants peuvent se dérouler dans « La petite maison », située dans l'enceinte de l'hôpital. C'est l'accueil de l'hôpital qui en gère l'ouverture.



La petite maison

### BONNE PRATIQUE 2

L'établissement dispose d'une petite maison réservée aux visites de familles avec des enfants.

Les familles peuvent venir manger avec les patients au restaurant des Petites Ecuries, situé dans l'enceinte de l'hôpital, ou venir à la cafétéria pendant les heures d'ouverture.

### BONNE PRATIQUE 3

Les familles peuvent venir manger avec les patients au restaurant des Petites Ecuries, situé dans l'enceinte de l'hôpital.

Dans certaines unités, un exemplaire de la presse régionale – *Courrier de l'Ouest* – est mis quotidiennement à la disposition des patients dans l'espace de vie collectif.

Les radios-réveils, chaînes Hi-Fi, tablettes et ordinateurs portables sont autorisés. Dans une salle d'activités de Loire D, deux ordinateurs avec accès à Internet sont à la disposition des patients entre 9h et 17h en présence d'un soignant. Au moment de la visite du CGLPL, deux patients de Loire D et un patient de Maine B 3 avaient leurs ordinateurs personnels.

L'établissement n'est pas équipé de wifi à la disposition des patients.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

L'installation du wifi accessible aux patients serait particulièrement profitable notamment pour les hospitalisations de longue durée.

En réponse au rapport provisoire, la direction de l'établissement informe de la prise en compte en cours de cette recommandation :

« Notre infrastructure wifi actuelle nous permet désormais de donner accès à Internet aux patients hospitalisés (avec les licences actuelles, à hauteur de 150 connexions patients ou invités simultanées maximum) via un réseau étanche distinct du réseau utilisé par les professionnels de l'établissement (il reste néanmoins à lever des doutes sur certaines unités).

C'est ce que nous avons fait, par exemple, provisoirement pour l'unité COVID UPAO (10 accès créés) depuis mars 2020.

La généralisation de la fourniture d'accès à internet nécessite toutefois une organisation importante, liée à l'obligation de tracer individuellement tous les accès à Internet pour pouvoir fournir des traces en cas de réquisition, ce qui bannit l'utilisation de comptes génériques. La gestion et la distribution des codes d'accès individuels peuvent s'avérer lourde et reste à organiser.

Au-delà des demandes ponctuelles, auxquelles le service informatique répond, l'objectif est désormais de cadrer le projet cet automne, de faire un test sur une unité pour la fin de l'année avant un déploiement progressif en 2021 en parallèle du renouvellement prévu de notre infrastructure wifi actuelle. »

#### 5.4 LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION COLLECTIVE

Les informations recueillies par les contrôleurs dans l'ensemble des unités montrent qu'il n'existe pas de politique commune de l'hôpital sur le sujet de la sexualité des patients. Aucune action de sensibilisation ou d'information sur le sujet ou sur les questions de contraception, de maladies sexuellement transmissibles ou d'abus sexuel, n'est menée à l'arrivée des patients ou au cours de leur hospitalisation, sauf en cas de rapprochement avéré entre patients.

Les équipes soignantes ont néanmoins déclaré être attentives aux situations pouvant présenter un danger pour un(e) patient(e) vulnérable, qui fait alors l'objet d'un entretien avec le médecin. Les situations à risque sont gérées au cas par cas par les soignants.

Les patientes ont accès à des moyens de contraception prescrits par le somaticien ou le gynécologue. Selon les unités, des préservatifs sont disponibles sur demande aux soignants ou à la libre disposition des patients, sur le comptoir de la salle de soins, où ils peuvent se servir au moment de la distribution des traitements.

Début 2019, deux jeunes femmes ont porté plainte à la gendarmerie pour viol puis sont revenues sur leurs accusations, qui concernaient le même patient.

#### 5.5 AUCUN COMITE D'ETHIQUE N'EST CONSTITUE MAIS DES REFLEXIONS SONT CONDUITES DANS D'AUTRES INSTANCES

Au jour de la visite, aucun comité d'éthique n'existait au sein de l'établissement ou n'avait encore été initié, la direction s'étant concentrée sur la restructuration des unités.

Le projet d'établissement 2016-2020 fait référence à la création du comité sans toutefois en délimiter les contours et les fonctions : « Il s'agit également de créer un Comité d'éthique, après une réflexion menée au sein de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, et en s'appuyant sur les travaux du Crehpsy ».

L'absence de comité d'éthique n'est cependant pas synonyme d'absence d'instance de réflexion sur la prise en charge des patients :

- trimestriellement, la commission sur la liberté d'aller et venir se réunit. Elle s'intéresse depuis peu aux questions relatives à l'isolement et la contention. Une fois par an se déroule un séminaire sur la liberté d'aller et venir à la suite duquel un plan d'action est élaboré ;
- une commission de concertation sur les situations difficiles peut être sollicitée par un médecin référent lorsqu'il souhaite recueillir l'avis de ses collègues (médecins et interne) sur une situation donnée ;
- une évaluation des pratiques professionnelles sur l'isolement et la contention est menée au sein de l'établissement. Une personne a d'ailleurs été recrutée pour effectuer une recherche clinique sur ce sujet.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT RUDIMENTAIRES DANS LES UNITES DE MAINE B ET PARTOUT AGGRAVEES PAR LA SUROCCUPATION

Les proportions de chambres individuelles et de chambres doubles voire triples sont variables d'une unité à l'autre :

- UPAO : dix individuelles ;
- Loire C : cinq individuelles, huit doubles, une triple ;
- Loire D : quinze individuelles, quatre doubles ;
- Loire E : cinq individuelles, sept doubles, une triple ;
- Loire F : six individuelles, sept doubles, une triple ;
- Maine A1 : quatorze individuelles, cinq doubles ;
- Maine A2 : neuf individuelles, deux doubles, trois triples ;
- Maine B3 : treize individuelles, cinq doubles ;
- Maine B4 : onze individuelles, six doubles.

A Loire C, Loire E, Loire F, Maine A2, Maine B4 – soit dans plus de la moitié des unités d'hébergement –, l'hospitalisation se déroule majoritairement en chambre non individuelle.

Le mobilier se compose essentiellement d'un siège et d'une table de chevet par lit. Les chambres collectives n'ont pas de rideau ou de paravent entre les lits.

Les chambres de l'UPAO disposent d'un petit bureau et d'une sonnette permettant d'appeler le bureau des soignants.

Le confort des unités de Maine B est plus rudimentaire que dans les autres unités : certaines chambres n'ont pas de placard mais simplement des étagères dans le « cagibi » avec lavabo<sup>13</sup> ; des chambres ont un coffret de sécurité mais ils sont tous cassés ; ces unités doivent déménager à la fin de l'année 2019 pour être installées dans des bâtiments situés à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.

Il n'existe pas de verrou de confort permettant au patient de fermer sa chambre ; au besoin, il demande à être enfermé par le personnel.

#### RECOMMANDATION 8

Le respect de l'intimité des patients exige que le choix des chambres individuelles soit privilégié dans tous les programmes de construction ou de rénovation des unités. Les portes des chambres doivent être équipées d'un système de fermeture empêchant les intrusions des autres patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que « *le cahier des charges des futures chambres dans le cadre des programmes de rénovation des services est effectivement conçu [dans le sens de chambres individuelles équipées d'un système de fermeture]* ».

<sup>13</sup> Cf. *infra* Chap. 6.2

L'attribution des chambres est fonction des places disponibles, avec la règle de séparation homme/femme et selon que l'état du patient nécessite qu'il soit seul ou en double. A Loire D, les déplacements sont très fréquents, parfois même la nuit pour libérer une chambre individuelle au profit d'un arrivant.



*Chambre de l'UPAO*



*Une chambre de Loire D*



*Une chambre double Maine B3*



*Une chambre individuelle de  
Maine B3*



*Chambres individuelles de Maine B4*



*Une chambre double de Maine B4*



Les cas de suroccupation sont gérés différemment selon les pôles et les unités :

- il arrive que Loire E accueille un patient alors qu'aucune chambre n'est disponible ; l'arrivant est alors placé en chambre d'isolement (CI) ; parfois, des patients sortent de façon prématurée afin de libérer une chambre ;
- Loire D ne reçoit jamais de patients provenant d'autres secteurs mais il arrive régulièrement que, faute de lit disponible, des patients du secteur soient placés dans une autre unité de l'hôpital (c'était le cas de sept patients au moment de la visite du CGLPL) ; à moins que l'hospitalisation soit de courte durée, dès qu'un lit se libère au sein de Loire D, le patient y est accueilli et pris en charge par les équipes médicale et soignante de cette unité ;
- Maine B 3 est occupée à 100 % de façon quasi permanente, notamment pour cause de « dépannage » d'autres unités ; en conséquence, des patients placés en CI perdent leur « chambre hôtelière », et des patients arrivants sont régulièrement logés dans la chambre sécurisée par manque de chambre hôtelière disponible. En principe, deux lits supplémentaires sont stockés dans l'unité et mis en place en cas de besoin ; en réalité, ils sont installés en permanence dans des chambres en 2<sup>èmes</sup> lits, et occupés ;
- Maine B 4 reçoit régulièrement des patients hors secteur ; par contre, il arrive rarement – environ une fois par an – qu'un patient du secteur doive être placé dans une autre unité ; il est alors prioritaire pour revenir dès qu'un lit se libère.

Un patient provenant d'une autre unité dans le cadre d'un dépannage est pris en charge par l'équipe soignante et l'équipe médicale de l'unité d'accueil ; à son retour dans son unité d'origine, une transmission est réalisée entre les deux équipes, complétée des données du dossier médical. Des recommandations sont formulées aux §.2.1.3 et §.8.1.

## 6.2 LES CHAMBRES DU BATIMENT MAINE B NE SONT PAS DOTEES DE SANITAIRES

A l'exception des unités de Maine B, toutes les chambres disposent d'une salle d'eau avec douche à l'italienne, lavabo, miroir, WC et, dans certaines unités, prise électrique, porte-serviettes, patère, barres de soutien et sonnette d'appel. Une chambre de Loire E est équipée d'une baignoire.



*Salle d'eau d'une chambre de l'UPAO*



*Salle d'eau d'une chambre de Loire D*

Dans Maine B 3 et Maine B 4, aucune chambre n'est dotée de WC ; seules quelques chambres doubles sont dotées d'une salle d'eau avec douche à l'italienne et lavabo, et les autres chambres ont un simple lavabo placé dans un « cagibi » de moins de 2 m<sup>2</sup>, certains sans miroir. Ces deux unités disposent chacune de plusieurs WC collectifs au rez-de-chaussée et à l'étage, dont un par étage accessible aux personnes à mobilité réduite (PMR), et de deux salles de douches – une pour les femmes et une pour les hommes –, chacune composée de trois ou quatre cabines fermées dont une accessible aux PMR et, pour la salle qui n'a que trois cabines, une baignoire. Les douches

sont ouvertes de 7h45 à 9h et de 17h à 20h30 pour les patients qui n'en ont pas dans leurs chambres.



*La salle d'eau d'une chambre double de  
Maine B 3*



*Un cagibi lavabo de Maine B4*

Chaque patient reçoit une serviette et un gant de toilette. Les patients démunis et sans famille peuvent recevoir, à leur demande, dentifrice, mousse à raser, shampoing, savon, brosse à dents. Les draps sont changés au moins une fois par semaine et plus si nécessaire.

La blanchisserie de l'hôpital collecte le linge sale et distribue le linge propre tous les jours dans chaque unité. Les patients peuvent lui confier leur linge personnel à condition qu'il soit marqué ; le nettoyage est gratuit. Elle n'a pas de stock de vêtements à l'intention de patients démunis ; dans certaines unités, des stocks de vêtements ont été constitués par les soignants.

Certaines unités (dont Maine B4) disposent de lave-linge et sèche-linge à la disposition des patients moyennant 0,80 € pour la lessive.

### **6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT PROTEGES ET FACILEMENT ACCESSIBLES**

A l'exception des unités de Maine B, les placards des chambres ferment à clé ; en cas de perte de la clé par un patient, le personnel dispose de jeux de clés supplémentaires.

Un inventaire contradictoire est effectué à l'admission ; si l'état du patient ne lui permet pas de signer, l'inventaire est signé par deux soignants. Les objets dangereux – cordon, coupe-ongles, produit illicite, couteau, parfum, etc. – sont retirés, ainsi que l'alcool et les produits stupéfiants. Les effets retirés sont placés dans des locaux fermant à clé ; à l'UPAO, ils sont remisés dans le bureau des soignants ; à Loire C et Loire E, ils sont placés dans des boîtes qui sont rangées dans un meuble fermant à clé situé dans la salle des soins.

Les patients peuvent accéder à leurs affaires et notamment retirer de l'argent ; tout mouvement d'argent est noté et cosigné.

Il est conseillé aux patients de ne pas conserver plus de 50 euros sur eux. Les sommes d'argent, cartes de crédit, chéquiers, sont mis dans une enveloppe qui est déposée dans un coffre situé, selon les unités, dans le bureau des soignants, celui du cadre de santé ou à la régie du pôle. Ainsi, le pôle Maine dispose de deux régies : une dans le bâtiment de Maine B et une pour les unités de Maine A ; en cas d'admission hors heures ouvrables, l'enveloppe est déposée dans une boîte aux lettres spécifique. Les mouvements d'argent sont possibles à tout moment, soit avec la

régisseuse de 9h à 17h du lundi au vendredi, soit, en dehors de ces créneaux, avec les agents de l'accueil, qui sont habilités à ouvrir les coffres. Le service des tutelles de l'hôpital fournit des bons d'achat à la régie. Parfois, la régie accorde des avances.



*Local des casiers individuels de Maine B4*

#### **6.4 LES REPAS SONT PROPOSES AVEC DES MENUS VARIES ET PEUVENT ETRE PRIS AILLEURS QUE DANS LES REFECTOIRES**

Tous les plats sont préparés à la cuisine centrale et apportés dans les unités, où ils sont réchauffés. La commande est faite la veille pour le lendemain et le jeudi pour le week-end et le lundi. Des régimes sont prévus sur prescription médicale ou souhait du patient, qui est invité, à son admission, à indiquer ses préférences, ses aversions, inscrits dans le logiciel pris en compte par la cuisine centrale. En principe, chaque jour, quatre types de repas sont prévus : « normal », « sans porc », « haché gros », « tendre ».

Deux diététiciennes – 1,5 ETP – animent des commissions de menu trimestrielles dans chaque secteur avec des soignants. Un planning de menus est établi sur huit semaines, révisable et ajustable notamment en fonction des produits frais disponibles.

Des repas améliorés (entrée, dessert) sont organisés certains jours fériés (jour de l'An, Pâques, Ascension, 1<sup>er</sup> mai, 8 mai, etc.). Une semaine avant Noël, les familles sont invitées à un repas amélioré. Une fois par trimestre, un repas à thème est organisé – antillais, portugais, etc. Une réflexion est en cours pour adapter les goûts aux mineurs, pour lesquels un grammage spécifique est prévu.

Les menus de la semaine sont affichés dans toutes les unités.

Selon les unités, les repas sont pris dans un espace de la salle collective – à l'UPAO – ou dans des salles à manger spécifiques ; certaines unités – Maine B 3 – disposent de deux salles à manger, ce qui permet de séparer les personnes ayant besoin d'aide pour manger ; Loire C et Loire E partagent un grand réfectoire.

## 7. L'ACCES AUX SOINS

### 7.1 LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE S'APPUIE SUR UNE UNITE PSYCHIATRIQUE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

#### a) Le dispositif ambulatoire

L'établissement dispose des structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) et d'une unité de soins intensifs psychiatriques à domicile (SIPAD), permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation, avec une bonne articulation avec les services d'hospitalisation complète. Les délais d'attente pour un primo rendez-vous sont de moins d'une semaine avec un infirmier et d'un mois pour un psychiatre. Il n'y a pas de service d'hospitalisation à domicile (HAD) mais une réflexion sur l'installation de cette structure était inscrite dans le contrat d'objectif et de moyen 2012-2017 passé avec l'ARS.

Face à des situations de souffrances psychiques, hors urgences absolues et troubles somatiques associés, les proches ou professionnels peuvent solliciter un dispositif d'infirmier à domicile d'une « équipe ressource », afin de réaliser des évaluations psychiatriques à domicile. L'équipe ressource a également pour mission de venir en appui des secteurs adultes du CESAME pour aider à l'analyse de la demande. Elle se rend disponible auprès des CMP durant toute la prise en charge, de la création du dossier à la réponse faite au requérant. Elle n'a pas vocation à intervenir à la place du secteur, mais peut s'y associer. L'équipe ressource dispose d'une adresse mail et d'une ligne téléphonique. Dans les sept jours, le CESAME s'engage à faire une restitution au requérant. Le dossier est anonymisé si la personne n'a jamais été suivie au CESAME et si la situation n'a finalement pas débouché sur des soins psychiatriques.

#### b) Le dispositif intra hospitalier

L'offre de prise en charge des patients en urgence est réunie au CESAME au sein du département d'accueil et d'orientation : unité paramédicale d'accueil psychiatrique (UPAP) au CHU d'Angers et unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO) principalement. Cette proximité organisationnelle facilite les liens entre les acteurs.

Une analyse des certificats médicaux à l'origine des seules hospitalisations en SSC démontre que 8 % d'entre eux émanent d'un médecin généraliste, 40 % émanent d'un médecin du CESAME et 52 % d'un médecin du CHU. Dans ce dernier cas, il s'agit souvent de procédures de soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), qui seraient parfois une façon de forcer l'hospitalisation quand les unités sont pleines, notamment pour des patients qui sans cela attendent longtemps leur hospitalisation en SL.

Pourtant, en lien avec le projet d'établissement, la capacité d'intervention du CESAME dans son territoire a été renforcée par le développement de l'ambulatoire (*cf. supra*), de nature à limiter le recours à l'hospitalisation en urgence après un passage au CHU.

A l'entrée principale du CHS, l'UPAO, intersectorielle, fonctionne depuis septembre 2014. Toute personne ayant entre 16 et 75 ans et encore jamais hospitalisée au CESAME ou alors ayant été hospitalisée il y a plus de deux ans peut s'y présenter 24h/24 et 7j/7. Une personne ayant appelé à 9h un matin de présence des contrôleurs a ainsi eu un rendez-vous à 11h.

Un médecin psychiatre réalise, en présence d'un IDE, un entretien d'évaluation qui a vocation à identifier le mode de prise en charge le plus adapté, par principe sans recourir l'hospitalisation<sup>14</sup>. Ses dix lits d'hospitalisation de courte durée (72 heures) aménagés avec soin et ses deux CI, mais aussi son effectif de quatre soignants par demi-journée et un soignant à la journée outre la présence médicale, permettent de :

- procéder à une évaluation au cours d'une période d'observation identifiée ;
- accueillir des personnes sans critère de pathologie, état clinique ou degré de crise ;
- être « *contenant par la présence humaine* » comme cela a été dit aux contrôleurs, qui observent que le recours à l'isolement y est plus de deux fois inférieur que dans les UHC ;
- éviter l'hospitalisation non programmée dans les UHC, particulièrement en fin de journée et la nuit.

Dans ces conditions, l'UPAO a, en 2018, pris en charge 45 % de la file active en hospitalisation à temps plein au CESAME mais aussi 2 % de la file active exclusivement ambulatoire.

Si près de la moitié des personnes prises en charge à l'UPAO passent encore dans un premier temps par les urgences du CHU (48 % en 2016, 44 % en 2017, 47 % en 2018), la vocation de l'UPAO est bien d'assurer une prise en charge psychiatrique en urgence non traumatisante en développant son rôle direct dans l'entrée en soins psychiatriques au profit d'un large panel de personnes.

## 7.2 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE ET LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT FORTEMENT INTEGREES AUX PROJETS DE SOINS

### 7.2.1 Les pratiques psychiatriques

#### a) Le projet

Les unités et pôles ont été récemment réorganisés en unités d'admission et unités de réadaptation (cf. §.2.1.2) ; les prises en charge au sein d'un même pôle sont encore sensiblement différentes les unes des autres. Les projets de service sont au mieux en cours d'écriture, parfois non encore débutés. Le fonctionnement des unités d'un même pôle n'est pas toujours harmonisé.

Le futur projet d'établissement (2019-2022) mentionne de manière explicite au sein du projet médical, la nécessité de travailler la prise en charge davantage en amont par des interventions précoces à domicile, de construire le parcours du patient dans des structures adaptées jusqu'à la réinsertion, de permettre aux patients hospitalisés au long cours de trouver des solutions extra hospitalières plus adaptées. Les contrôleurs regrettent que ce futur projet d'établissement ne mentionne pas plus explicitement le souhait d'un moindre recours à l'enfermement, à l'isolement et la contention et les moyens qu'il se donne pour y parvenir.

Les pratiques et écoles de pensées sont ainsi diversifiées d'un service à l'autre. Une réflexion médicale partagée à l'échelle de l'établissement sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été initiée en janvier 2018, relative aux conditions de liberté d'aller et

---

<sup>14</sup> Sans que cela ne provoque l'accumulation de prises en charge pour les patients puisque, selon les données communiquées aux contrôleurs, seuls 8 % des patients venus à l'UPAO et renvoyés au domicile sont à nouveau admis dans les cinq semaines de leur première admission.

venir des patients hospitalisés au pôle Maine, avec une réelle réflexion argumentée sur le sujet de l'ouverture des unités (cf. §.5.1) Cette EPP s'est attachée à effectuer une analyse objective des restrictions de liberté effectivement décidées, une étude menée auprès des soignants pour questionner leur appropriation de la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés, et une étude menée auprès des patients concernant leur vécu et compréhension des modalités de prise en charge.

Des conseils de pôle se réunissent deux fois par an (pôle Loire) ; un bureau de pôle médical se réunit tous les mois et il est ouvert tous les trimestres à tous les médecins du pôle. Une réunion annuelle des pôles réunit les soignants autour d'une thématique spécifique. Enfin, une commission des situations difficiles se met en place en tant que de besoin.

#### *b) La prise en charge*

Les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient, deux fois par jour à l'UPAO et très régulièrement (une à trois fois par semaine) dans les autres unités d'hospitalisation, d'entretiens avec un médecin psychiatre. Les entretiens se tiennent partout avec les infirmiers même si cette pratique est récente dans quelques-unes. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. La sismothérapie est proposée si besoin, réalisée au CHU d'Angers, de même que la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS).

Les certificats médicaux des 24h et 72h sont établis par des médecins différents après entretien médical spécifique.

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu très régulièrement (et même chaque jour à l'UPAO) dans toutes les unités. Les réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, internes, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants, et une fois par semaine, les équipes extra hospitalières et les équipes des URP. Les généralistes n'y assistent pas. La pharmacienne participe aux réunions cliniques des unités Maine A1 et Maine A2. Dans quelques unités les médecins participent également aux réunions de transmissions du matin (UPAO, Maine B4).

L'UPAO permet un accès facilité des patients aux soignants grâce au vitrage panoramique du bureau des infirmiers qui amène une visibilité réciproque des uns et des autres. Cette architecture est propice aux développements d'une confiance réciproque.

Il arrive par ailleurs, dans certaines unités, que le patient puisse assister à la réunion de synthèse le concernant.

#### **BONNE PRATIQUE 4**

Dans le cadre de la recherche du consentement éclairé aux soins, les patients sont invités à participer à la réunion de synthèse rassemblant les soignants autour de leur prise en charge.

Les soignants bénéficient ainsi d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales pour être rassurés et accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels.

Cependant, dans l'unité Loire D, des patients font l'objet d'un « contrat fermé » et sont enfermés dans leur chambre, deux fois deux heures dans la journée pour l'un, la nuit pour les deux autres dont un mineur. Une dernière était enfermée à sa demande. Ces enfermements ne font pas

l'objet d'une traçabilité en qualité de mise en isolement ; les contrôleurs recommandent de proscrire tout contrat de soin dans lequel une restriction de liberté d'aller et venir est demandée en échange du soin. Le consentement aux soins doit être dénué de toute notion de contrainte de la part des soignants.

Enfin, des réunions soignants-soignés se tiennent dans plusieurs unités (Loire E, Maine A1, Maine A2, mensuelles ; plus rarement à Maine B4) ou se sont tenues et sont provisoirement stoppées à la suite du départ du psychologue animant les réunions. Parmi les thématiques abordées sont cités l'hygiène des mains, la consommation de toxiques, la violence et le respect.

Tous les services ont mis en place un dispositif d'infirmier référent (sauf à Maine A1 et A2).

La continuité des soins est assurée par une astreinte de psychiatre de 8h à 20h sur l'ensemble du site, réalisée par tous les médecins à tour de rôle. La garde de nuit et de week-end est assurée par un interne. Les décisions d'isolement prises par les internes durant leurs gardes ne sont pas validées par le psychiatre de garde (cf. §.8).

A l'UPAO, la permanence des soins est différemment assurée : un PH assure une demi-garde de 18h à minuit et un interne assure la garde de minuit à 9h avec un médecin senior d'astreinte. Le week-end, un PH assure une demi-garde de 9h à 13h et de 13h à minuit.

Les conditions d'accès au dossier médical sont indiquées dans le règlement intérieur et la procédure ne semble pas méconnue ni poser de problème ; les psychiatres expliquent aux patients les éléments de leur dossier. Les patients peuvent demander de changer de médecin ; dans ce cas les deux médecins (l'ancien et le nouveau) en parlent ensemble avant. La procédure est la même pour changer d'infirmier référent.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'ASS.

### 7.2.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les activités sont organisées en trois niveaux dans l'ensemble des unités, sauf à l'UPAO au regard du temps de séjour réduit. Des activités simples y sont proposées au sein de l'unité : télévision dans la salle commune, baby-foot, journaux livrés chaque jour, jeux de société, livres, marche dans le patio avec espace de déambulation matérialisé, peinture et dessin ; les œuvres picturales sont d'ailleurs affichées aux murs ; déjeuner pris tous les jours avec les soignants dans une démarche de soins.

Partout ailleurs, d'autres lieux d'activités, occupationnelles et thérapeutiques, sont investis.

#### a) Au sein des unités

Chaque unité propose en son sein quelques activités occupationnelles mais ces activités restent minimalistes, inconstantes dans le temps, et dépendantes de la disponibilité des soignants.

Outre les deux salles de télévision (il ne reste qu'un poste de télévision à Loire E, cf. §.5.2), les patients ont à leur disposition quelques jeux et quelques livres. Il n'y a en général aucun affichage informant les patients de ces activités potentielles.



*Salle de télévision, télécommande fixée au mur (unité Maine B4)*

### *b) Les espaces ressources*

Les activités ont aussi lieu dans les « espaces ressources », différemment organisées selon les pôles.

Pour les unités Loire C et Loire E, une grande salle d'activité, située au rez-de-chaussée du bâtiment, est à la disposition des patients, animée par une équipe (quatre ETP, deux issus de Loire C, deux de Loire E) qui gère également l'accès et la surveillance de la cour extérieure fermée, équipée de nombreux bancs. Cet espace est ouvert de 9h30 à 12h et de 13h30 à 18h (17h le week-end). L'horaire de fermeture de la cour est critiqué par les patients qui ne peuvent plus aller y fumer au-delà de 18h et doivent se contenter du balcon spécifique et grillagé de l'unité (cf. §.5.2). Une petite cafétéria vendant des produits de première nécessité est ouverte de 15h30 à 16h30, 7j/7, tenue par les soignants et les patients. Les patients ont également accès à un baby-foot et une table de ping-pong.

A l'unité Loire D, une salle d'activité au rez-de-chaussée est ouverte de 9h à 17h avec des jeux, des ordinateurs avec accès internet, des chaises. La salle de la cafétéria est également utilisée le matin pour présenter aux patients les activités de la journée et qu'ils s'y inscrivent. Différents ateliers sont proposés : journal, contes, marche, réunion des familles (avec les enfants majeurs des patients), cafétéria, sortie dans la maison de campagne « Ouselle », « mot à maux », détente, jardinage, sport (football sur le terrain attenant). Le club thérapeutique a été créé sous la forme d'une association loi 1901 ; les patients gèrent le budget de la cafétéria ; l'accès y est libre à tous les patients de l'hôpital et aux familles de 15h à 16h tous les jours.

Concernant le pôle Maine, une grande salle commune décorée et conviviale est à la disposition des patients des unités Maine A1 et A2 de 10h à 12h et 15h à 17h. Trois AS y encadrent des activités manuelles diverses. Un ordinateur est à disposition, sans accès aux réseaux sociaux. Les unités disposent d'une salle d'activité sportive avec une table de ping-pong, un vélo d'appartement cassé, un baby-foot, et une deuxième salle équipée d'ordinateurs, de matériel de peinture, de jeux de société, qui est condamnée faute de personnel disponible ; elle est ouverte parfois le dimanche. Les patients de l'unité Maine B4 ont parfois accès à des séances de karaoké, des jeux de ballon dans le parc, des ateliers pâtisserie, des soins esthétiques.



*Salle d'activité de deux unités de Maine*

### *c) Les centres de médiation*

Une offre très étoffée d'activités thérapeutiques est accessible sur prescription dans deux centres de médiation (un par pôle) situés dans l'enceinte de l'hôpital.

Le centre de médiation du pôle Loire est commun pour les quatre UHC et trois URP du pôle et deux foyers extra hospitaliers. Il est animé par une équipe comprenant huit IDE (sept ETP), une AS, un cadre, 0,2 ETP de médecin. Les locaux sont rénovés, attrayants, lumineux et vastes.

Les soignants vont, lors du premier rendez-vous, chercher les patients pour leur faire visiter les locaux ; ils rédigent alors un planning d'activité par patient dans Cristal-link et l'imprintent pour le patient qui le signe ; le planning informatisé est conjoint avec le CATT et l'HDJ pour favoriser les liens avec l'extra hospitalier avant la sortie. Les personnes en SSC sont systématiquement accompagnées au centre de médiation sauf, rarement, si un certificat médical l'autorise à venir seul (cf. §.5.1).

Le lundi de la semaine du 13 au 17 mai 2019, vingt-cinq patients ont participé à des activités bien-être, cuisine, piscine et bois et six au repas thérapeutique ; sept étaient en SDRE et trois en SDDE. Le jeudi, quarante patients ont participé aux activités physiques, photolangage, danse, expression MTV, terre et onze au repas thérapeutique ; neuf étaient en SDRE et cinq en SDDE. Au total sur la semaine, le centre a proposé des activités à 169 patients (certains étant comptés à plusieurs activités).



*Centre de médiation pour activités thérapeutiques pôle Loire*

Le centre de médiation du pôle Maine, ouvert depuis un an et demi, dessert les patients de cinq unités du pôle (Maine A et B, URP) et bientôt l'unité FAPA. L'essentiel des activités

thérapeutiques y est proposé toute la semaine du lundi au vendredi, sur prescription, mais aussi de 10h à 12h en accès libre.

Les patients des unités Maine B3 et B4 doivent traverser une route communale passante pour rejoindre le centre. Les patients en SSC sont ainsi accompagnés et doivent avoir l'autorisation de sortir de l'établissement, ce qui limite leur participation.

Pour accéder à ce centre, le médecin remplit une fiche de demande d'activité thérapeutique, il existe des ateliers et programmes de préparation à la sortie avec des activités extra hospitalières proposées aux patients pour faciliter le lien avec les équipes ambulatoires. Les patients y ont également un accès internet avec cinq postes en libre accès.

#### *d) Des activités sportives, culturelles, artistiques*

A l'offre d'activités ci-dessus décrite, particulièrement riche en semaine mais réduite le week-end, ce dont se plaignent les patients, s'ajoutent des spécificités intersectorielles.

L'association sports et loisirs intersectorielle (l'ASLIS) organise des activités sportives (tournoi de pétanque, journée sport, randonnée), des événements culturels (concerts, théâtre, fête de la musique), une exposition peinture sculpture annuelle regroupant les productions d'art-thérapie. Enfin, il existe un hôpital de jour à médiation artistique, L'arantèle.

### **7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST AMELIORE MAIS ENCORE INSUFFISANT**

#### **7.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités**

Le bloc médical dispose de trois médecins généralistes (à 0,3, 0,4 et 0,8 ETP) et 0,2 ETP pour la FAPA et la MAS, et trois IDE, qui assurent également les missions d'assistante dentaire et la réalisation d'électroencéphalogrammes (EEG) et d'électrocardiogrammes (ECG). C'est le chef du pôle Loire qui en assure la chefferie de service. Il n'y a pas d'interne de médecine générale.

Ces médecins généralistes répondent à toutes les demandes d'examens dans les services d'hospitalisation. Sur repérage des psychiatres, ils prennent en charge les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques.

Parallèlement, une IDE repère systématiquement, sur la liste des personnes admises en hospitalisation, les patients ayant des traitements autres que psychotropes évoquant la nécessité d'une consultation somatique ; le service est alors interrogé sur la nécessité ou non d'un examen somatique par le généraliste. Les médecins généralistes voient également systématiquement les patients hospitalisés au long cours pour effectuer un bilan.

Ils ne voient ainsi pas toutes les admissions mais seulement environ la moitié. Seuls les patients adressés par les urgences du CHU d'Angers ont bénéficié d'un examen somatique par l'urgentiste. Les patients ne sont pas non plus examinés systématiquement en CI par le médecin généraliste.

#### **RECOMMANDATION 9**

Les patients admis en hospitalisation complète en soins sans consentement doivent bénéficier d'un examen somatique par un urgentiste ou un spécialiste en médecine générale, de même que les patients placés en chambre d'isolement avec contention.

Les médecins généralistes sont présents en journée du lundi au vendredi et le samedi matin. La demande de consultation somatique est notée dans un bon spécifique envoyé au médecin généraliste sur Cristal-link. Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé.

Ils assurent les urgences aux heures ouvrables et ont bénéficié d'une formation de trois jours au CHU auprès des urgentistes. Ils disposent d'une valise d'urgence au bloc médical. La nuit et les week-ends, l'urgence somatique est prise en charge par l'interne de garde (de psychiatrie) et le centre 15.

Ils ne participent pas aux réunions cliniques et donc pas directement à l'élaboration du projet de soins individualisé.

Le service centralise également tous les tubes de prélèvements sanguins avant de les adresser au CHU pour analyse. Les résultats arrivent directement sur Cristal-link.

Les professionnels sont regroupés au sein d'un bâtiment où se situent le secrétariat, un kinésithérapeute, un dentiste, deux diététiciennes et où consultent une fois par semaine un neurologue, un gynécologue, un cardiologue (ces deux médecins disposent d'un échographe), un oto-rhino-laryngologiste, un rhumatologue, un endocrinologue et un podologue. Un avis rapide de dermatologie peut être obtenu par télémédecine *via* l'envoi de photographies.



Un manipulateur radio du CHU est présent à hauteur de deux demi-journées par semaine, pour des radiographies pulmonaires ou osseuses. L'analyse des radiographies est faite par les radiologues du CHU. Il n'y a pas d'accès au logiciel synapse des radiologues et les radiographies doivent donc être imprimées ; les comptes-rendus arrivent plusieurs jours plus tard sauf urgences.

Un neurologue intervient une demi-journée par semaine et lit les EEG : le médecin occupant ce poste vient de partir en retraite et il est envisagé de faire lire les EEG à distance au CHU et de ne solliciter le neurologue physiquement au CESAME qu'une fois tous les quinze jours.

### *Salle de radiographie*

L'activité, débutée en 2015, regroupe les demandes d'avis somatiques, les bilans pour patients hospitalisés au long cours, le repérage des comorbidités, les groupes de travail liés aux soins somatiques. 920 consultations de médecine somatique, 243 heures de réunion et 93 heures de formation ont été recensées en 2018 pour les médecins. 270 patients ont été vus par le chirurgien-dentiste (pour 871 consultations) et 59 par le neurologue, 89 EEG ont été effectués, 509 actes de kinésithérapie ont été pratiqués (713 au mieux en 2016). 211 séances de sismothérapie (pour 19 patients) pour lesquels le service gère l'ECG, l'EEG, le rendez-vous d'anesthésie et la planification des séances avec le CHU. 761 radiographies (dont 505 pulmonaires), 900 ECG (dont 287 en service) ont été réalisés.

### 7.3.2 L'addictologie

L'addictologie est prise en compte au sein de l'établissement par une « équipe ressource en addictologie » (tous produits) installée au bloc médical et constituée d'un médecin généraliste formé (0,5 ETP) et du médecin DIM<sup>15</sup> (également addictologue) sur 0,1 ETP, ainsi que de 0,1 ETP de psychologue, d'un temps de cadre et de 0,5 ETP d'IDE.

La prise en charge peut également être faite au CHU d'Angers.

### 7.3.3 L'accès aux traitements

La pharmacie est gérée par deux pharmaciens (deux ETP), un attaché venant effectuer quelques remplacements, cinq préparatrices en pharmacie, deux magasiniers et un service transport. Les pharmaciens assurent une astreinte de nuit et le week-end.

Le contrôle des prescriptions est réel et réactif.

Six externes en pharmacie sont également présents et permettent l'animation de la conciliation thérapeutique lors de l'admission. Cette conciliation est axée sur les patients souffrant d'une maladie somatique associée ou âgés de plus de 65ans. Elle a bénéficié, entre le 7 juin 2018 et le 31 mars 2019, à 307 patients dont 127 de moins de 65 ans souffrant principalement d'hypertension artérielle et pathologies cardiovasculaires, de diabète, d'asthme, de troubles neurologiques ou thyroïdiens.

L'analyse pharmaceutique est faite sur toutes les ordonnances. Elle est renforcée dans les unités Maine A2 et Loire E : la pharmacienne va assister aux réunions cliniques de ces deux unités.



*Pharmacie à usage intérieur*



*Automate conditionnant les prises par patient*

La pharmacie à usage interne (PUI) livre deux fois par semaine aux unités la dotation globale d'urgence et les médicaments conditionnés en sachet individuel thermo-fermé transparent par prise. Le préparateur en pharmacie vient aider les IDE des unités d'admission pour les formes lyocs<sup>16</sup> et assurent la gestion de la dotation de dépannage.

<sup>15</sup> DIM : département d'information médicale

<sup>16</sup> Forme lyoc : lyophilisat oral ou comprimé dispersible obtenu par lyophilisation ; forme orale de médicament qui se dissout instantanément dans la bouche, au simple contact de la salive.

Dans les unités, les infirmières vérifient la cohérence entre les médicaments et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients dans la salle de soin ; la porte de la salle reste ouverte et les patients attendent debout dans le couloir en file indienne. La confidentialité comme l'explication du traitement sont ainsi respectées de manière assez relative. A l'UPAO les traitements sont donnés dans la salle à manger, à table.

Cette dispensation reste pourtant un soin un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins. D'autant que l'établissement a développé en février 2016, une commission « éducation thérapeutique du patient » pour informer les professionnels sur les programmes d'éducation thérapeutique, les former à l'éducation thérapeutique, organiser des retours d'expérience, et aider à la mise en place de programmes dans les services. Cette commission comprend des médecins formés à la coordination de programme d'éducation thérapeutique, de deux cadres supérieurs de santé, de praticiens et d'un représentant de la direction.

Un travail est actuellement initié par les externes sur coordination de la pharmacienne, suite à une revue de pertinence de la prescription d'isolement et de contention, prévoyant d'étudier les profils pharmaco thérapeutiques des patients pour lesquels une contention en isolement a été prescrite. L'objectif est d'analyser un profil thérapeutique type des psychotropes chez les patients placés sous contention. Une externe en pharmacie a par ailleurs organisé onze réunions soignants-soignés durant la semaine sécurité du patient autour d'un quizz portant sur la connaissance générale du traitement, de la maladie et des interactions.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit trois fois par an. Présidée par un psychiatre, elle est composée de psychiatres, de pharmaciens, le directeur des affaires financières et informatiques. Elle ne comprend pas les médecins généralistes.

L'accès aux traitements d'urgence est également respecté grâce à la présence dans toutes les unités d'une valise d'intervention disposant de tout le matériel nécessaire ; il y a un défibrillateur pour deux unités. Par contre, le défibrillateur du bloc médical, volé il y a un an, n'a toujours pas été remplacé. La formation au secourisme serait faite tous les deux ans pour les soignants.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT INDIGNEMENT UTILISEES COMME DES CHAMBRES D'HOSPITALISATION

L'établissement répertorie actuellement onze chambres d'isolement (CI) et quatre chambres sécurisées (CS), ces dernières étant couplées à la CI dans quatre unités différentes (Loire E, Loire F, Maine A2 et Maine A3).

Si l'infrastructure est légèrement différente dans ces CS, elles n'en sont pas moins des chambres fermées à clefs où les patients sont placés en isolement avec un lit sans autre meuble et les fenêtres barreaudées. Les contrôleurs considèrent donc que l'établissement dispose de quinze CI, qui ne doivent pas être comptabilisées dans les capacités hôtelières.

Deux CI sont ainsi positionnées dans chacune des unités Loire E, Loire F, Maine A2 et Maine A3 ainsi qu'à l'UPAO. La seconde chambre de Maine 2 est néanmoins réservée en hospitalisation permanente pour un patient souffrant d'un syndrome déficitaire très accentué.

Les unités Loire C et Loire D, Maine A1, Pédopsychiatrie Est et Pédopsychiatrie Ouest, ont chacune une CI.



#### *Chambres d'isolement et matériel de contention*

Les chambres sont sensiblement différentes ; toutes sont suffisamment spacieuses et comportent un affichage de l'heure (mais pas du jour ou de la date). Elles ne disposent pas d'un bouton d'appel mural (sauf celles de l'UPAO), ni d'un système d'appel accessible lors des phases de contention.

Dans les CI, il est impossible pour le patient d'allumer ou d'éteindre la lumière. Une petite fenêtre en hauteur permet l'aération (sauf à Loire D) ; plusieurs chambres sont climatisées.

Le mobilier est constitué d'un lit fixé au sol avec matelas, parfois un lit en mousse pouvant être déplacé (Loire D et une des deux CI de l'UPAO), avec dans quelques CI un fauteuil en mousse (Maine A1 et A2 par exemple) et un plot en mousse pour y poser quelque chose (plateau-repas par exemple) mais la plupart n'ont rien pour permettre de prendre un repas normalement.

Les fenêtres permettent de voir à l'extérieur. Des stores permettent l'occultation de la lumière pour la nuit mais sont commandés par les soignants depuis le sas.

Dans la plupart des CI, il est possible d'écouter la radio, commandée depuis la salle de soins.

### RECOMMANDATION 10

Toutes les chambres d'isolement doivent comporter un dispositif d'appel aux soignants et un interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière accessibles en permanence au patient, une horloge permettant de s'orienter dans le temps par affichage de la date, du mobilier permettant au soignant de s'asseoir et au patient de manger dans de bonnes conditions.

En réponse au rapport provisoire, la direction de l'établissement indique : « *Un plan d'action pour la remise aux normes et l'amélioration des conditions de séjour en CSI a été présenté en commission liberté d'aller et venir, dont le cahier des charges a été validé en vue des prochaines rénovations de chambres.* ».

Les CI disposent d'une salle d'eau avec WC et douche, mais, si elle est proche de la chambre, elle n'est accessible que depuis le sas qui ne reste ouvert que si le médecin le décide. Les salles d'eau n'ont pas de miroir. Plusieurs « pots de chambre » ont encore été constatés dans les CI (Maine A1, A2, B3, B4).

Les CS offrent, elles, un accès direct aux WC et à l'eau potable depuis la chambre. Les douches disposent souvent de flexibles.

L'analyse du registre (*cf. infra*, §.8.3) montre que l'isolement en chambre normale d'hospitalisation est fréquent : dans ce cas, certaines unités placent une chaise percée dans la chambre, alors même que la surveillance rapprochée permettrait d'accompagner le patient aux WC. Cette pratique n'est pas respectueuse de la dignité des personnes.

### RECOMMANDATION 11

Tout patient placé dans une chambre d'isolement, ou dans une chambre d'hospitalisation transformée en chambre d'isolement, doit pouvoir accéder aux WC et à un point d'eau dès qu'il en exprime le besoin.

La direction de l'établissement, dans ses observations au rapport provisoire, renvoie également sur ce point au « *plan d'action pour la remise aux normes et l'amélioration des conditions de séjour en CSI [...] présenté en commission liberté d'aller et venir, dont le cahier des charges a été validé en vue des prochaines rénovations de chambres* ».

Les draps et couvertures sont identiques à ceux du reste de l'unité. L'usage du pyjama est systématique à l'entrée en CI. Une recommandation est faite à ce sujet au §.5.2.



WC de CI



Protection de radiateur



Chambre d'isolement

La chambre d'hospitalisation du patient n'est en pratique jamais conservée lors de l'entrée du patient en CI : sa chambre est attribuée à un autre patient en attente de place. Pour exemple, lors du contrôle, treize patients occupaient les quinze CI et aucun d'eux n'avait de chambre d'hospitalisation. Plusieurs patients étaient ainsi en CI bien que ne le nécessitant plus car ils n'avaient plus de chambre, se trouvant même parfois dans une autre unité, car des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement lorsque l'unité d'origine n'a plus de place dans sa propre CI ou n'en dispose pas. En aucun cas un espace d'isolement ne devrait être considéré comme une chambre d'hospitalisation.

### RECOMMANDATION 12

Durant le placement d'un patient en chambre d'isolement, sa chambre d'hospitalisation doit être conservée.

En réponse au rapport provisoire, la directrice du CESAME indique : « *L'établissement souscrit totalement à cette préconisation qu'elle lie à la question du déploiement des chambres individuelles dans l'établissement.* ».

En cas de contention, une seule main est dégagée pour manger sur un plateau.

Pour fumer, le patient est en théorie accompagné trois à quatre fois par jour à l'extérieur. L'UPAO dispose d'une cour spécifique aux deux CI avec tabourets, auvent, cendrier, mais pas d'allumegigare. A Maine A, l'espace d'isolement donne accès à un balcon sécurisé. Dans toutes les unités qui ne disposent pas d'un accès à l'air libre spécifique, il est difficile pour les soignants de dégager du temps pour accompagner les patients à l'extérieur pour fumer. Des substituts nicotiniques sont proposés aux patients isolés qui le demandent.

Au moment du contrôle, quelques patients isolés bénéficiaient de temps quotidiens à l'extérieur de la CI (repas avec les autres patients, sorties dans le service) mais sur plusieurs jours, interrogeant sur la pertinence d'un maintien en isolement sur une telle durée.

Deux contentions sur les treize personnes placées en isolement, étaient en cours.

Le matériel de contention utilisé comprend des kits avec quatre sangles (deux mains et deux pieds) et une sangle ventrale. Les sangles sont nettoyées après utilisation. Elles portent une

serrure ; l'établissement ne dispose pas des coupe-sangles, nécessaires à dégager un patient en urgence en cas d'incendie et de pièce enfumée.

#### PROPOSITION 6

L'établissement doit se doter de coupe-sangles et organiser des exercices de dégagement de patients contenus en ambiance enfumée.

Enfin, l'établissement a mis en place dans une unité de Maine A, un espace d'apaisement permettant d'éviter le recours aux contentions et à l'isolement. Son objectif est de « *contribuer à l'expression des émotions dans un cadre sécurisant pour le patient et l'équipe, soutenir l'équilibre personnel et la confiance en soi, réduire le stress et l'anxiété, maintenir ou restaurer l'image corporelle via la stimulation sensorielle, et transmettre un savoir-faire afin que les patients prennent soin d'eux en toute autonomie.* » Cette initiative positive devra faire l'objet d'un suivi, d'une évaluation et d'une valorisation dans l'ensemble de l'établissement.

### 8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT PRISES EN COMPTE PAR L'INSTITUTION MAIS PAS ENCORE FORMELLEMENT ANALYSEES

Les pratiques d'enfermement et de restrictions de liberté sont mentionnées dans les documents institutionnels récents. Un audit clinique a été diligenté en 2016 sur le recensement des mises en chambre d'isolement et sous contention, dans le cadre d'une EPP interrogeant les pratiques au regard des recommandations de la haute autorité de santé (HAS). Plus récemment, en janvier 2019, une présentation a été faite en CME sur l'expérimentation des indicateurs « *qualité et sécurité des soins en santé mentale* » en 2018, évoquant les pratiques d'isolement et de contention mais sur des chiffres peu analysables et sur une étude de dix dossiers.

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), dont l'avenant a été signé avec l'ARS en 2019, n'aborde pas la question du droit des patients, de l'enfermement et des restrictions de liberté.

Conformément au projet d'établissement, le CESAME a entrepris, depuis 2018, la structuration de son activité de recherche. Il y figure l'engagement dans une réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention ; des liens ont notamment été tissés avec la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées (FERREPSY). Plus largement, la question de l'isolement et la contention donne lieu depuis quelques mois à une réflexion sur les pratiques favorisant simultanément la prévention des moments de violence lors des hospitalisations, le respect des libertés individuelles et la sécurité des personnes. Ainsi l'établissement travaille actuellement à « *la mise en œuvre du plan de crise conjoint (impliquant les patients, les familles et les proches), la mise à disposition de chambre de dé-escalade ou espace d'apaisement, et le renforcement de la posture professionnelle (formation aux techniques de dé-escalade, travail sur les conditions d'accueil (meilleure information au patient sur sa prise en charge par exemple).* »

La mise en place d'un registre informatisé permet depuis 2018 une analyse des pratiques d'isolement et de contention à l'échelle de l'établissement. Le rapport annuel 2018 « *isolement et contention* » n'a néanmoins jamais été présenté aux instances.

La procédure relative à l'isolement et à la contention a été actualisée en décembre 2018 par la validation d'un protocole de mise en place et de suivi des mesures d'isolement avec ou sans contention inscrites dans le cadre d'une démarche thérapeutique.

Ce protocole indique : « *l'isolement et la mise sous contention mécanique sont réalisés sur prescription d'un psychiatre, au décours immédiat de l'épisode. Toute mise en chambre d'isolement ou de pose de contentions doit être suivie d'un temps de reprise en équipe afin d'analyser le déroulement de l'épisode, de repérer d'éventuels facteurs déclenchant et de noter les alternatives à l'isolement ou à la contention envisagées.(...) L'isolement thérapeutique : l'isolement peut être envisagé uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.* ». Il rappelle ensuite les recommandations de la HAS sur son utilisation en dernier recours, sur la durée maximale lorsque le patient est en SL. « *La contention consiste en la limitation des mouvements, par des moyens mécaniques, dans un but thérapeutique de maintien et de protection de la personne et/ou de son environnement.* ». Il énonce ensuite l'interdiction de contention en chambre d'hospitalisation, la surveillance par les soignants et l'obligation pour eux d'entrer dans la CI à deux et munis d'un PTI.

Ce protocole mentionne donc encore l'isolement et la contention comme « *thérapeutique.* » et affiche dans les indications de ces pratiques, outre celles attendues, le risque de fugue et les « *ASDRE carcéraux pendant 48 à 72heures* » (cf. §.9.2).

Le protocole indique également : « *en cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans les plus brefs délais* ». Or, il ressort de l'ensemble des entretiens menés par les contrôleurs que cela ne se faisait pas : les décisions d'isolement prises par les internes ne sont pas validées par le senior la nuit et le week-end.

### RECOMMANDATION 13

Seul un psychiatre peut décider une mesure d'isolement. Si la mesure est décidée par un non psychiatre durant une période de garde, elle doit être validée par le psychiatre inscrit à l'ordre des médecins et cette validation doit être tracée dans le dossier médical.

Enfin, ce protocole mentionne que l'isolement en chambre d'hospitalisation est proscrit alors même que l'analyse ci-dessous montre que ces chambres sont utilisées dans des proportions non négligeables.

Un protocole spécifique des restrictions de liberté pour les patients polyhandicapés existe depuis 2009 (appelé « *protocole de mise en place et de suivi de mesures d'isolement et de contention intégré dans le projet de soins individualisé de personnes autistes et ou polyhandicapées* ») et a été mis à jour en mars 2019, désormais applicable à la FAPA et à la MAS. Ce protocole est « *prescrit sur une durée de 30 jours* ». Il établit la liste des contentions spécifiques comme les vêtements détournés de leur usage (moufles, etc.), les barrières de lits, les sécurisations au fauteuil. La surveillance prescrite pour les soignants y est détaillée. Un document est annoncé dans la compte rendu de la commission des soins du 5 mars 2019, pour être instauré dans le volet « *consentement* » afin de faire signer au mandataire ou la famille ce type de soin pour les patients hospitalisés en SL. La « *prescription* » y est mentionnée faite par le psychiatre.

Ce protocole permet certes une traçabilité des mesures de restrictions de liberté mais devra séparer les contentions mécaniques ou autres destinées à prévenir les accidents ou la chute, de l'enfermement et la contention sur lit qui devront maintenir un rythme de décision de 24h après vérification qu'il n'y a pas d'autre solution (matelas sous tente, lit Alzheimer descendant jusqu'au sol, moufles allongées, meubles mousse, etc.).

La décision médicale est tracée dans le dossier informatisé du patient de manière exhaustive et comporte théoriquement le type de chambre (CI ou non), le type de mesure, l'indication et rapport bénéfices/risques, l'information du patient et de son entourage, les modalités particulières de surveillance, les restrictions de liberté (sas ouvert ou fermé, temps hors chambre, etc.).

Cette décision est complétée par une « *gradation du degré d'intensité de prise en charge corrélé au temps d'ouverture de la chambre d'isolement* :

- *Grade 1 : chambre ouverte 24h/24,*
- *Grade 2 : chambre ouverte plusieurs heures dans la journée,*
- *Grade 3 : chambre fermée 24h/24. »*

Cette catégorisation en trois grades, outre qu'elle est difficilement compréhensible pour les grades 1 et 2 qui, de fait, ne correspondent pas à l'indication d'un placement en CI, a été mis en place dans le cadre d'une gestion des lits qui amène à la fois l'utilisation indigne de CI en qualité de chambres d'hospitalisations et des mouvements de patients à toute heure de la journée et de la nuit. Les changements de lit sont partout fréquents et durant le contrôle, un patient a été subitement placé dans une chambre double à 3h du matin pour libérer sa chambre individuelle.

#### RECOMMANDATION 14

La gestion des lits ne doit pas confondre chambre d'hospitalisation et chambre d'isolement et ne doit pas amener les patients à être déplacés sans préparation et explication. En aucun cas le patient ne doit changer de chambre en pleine nuit.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement rapporte les éléments de discussion suivants :

*« La catégorisation en 3 grades des stades de prise en charge en CSI n'a pas été mise en place dans le cadre de la gestion des lits mais au contraire par le collège médical et la commission Liberté d'Aller et Venir dans un souci de facilitation de la compréhension des évolutions cliniques pour les praticiens amenés à assurer la continuité et la permanence des soins la nuit et le week-end.*

*De fait, c'est la tension sur les disponibilités en lits qui entraîne des adaptations régulières et des changements de lits, pas la politique des grades qui, au contraire, permet de témoigner d'une amélioration clinique du patient.*

*S'agissant des mouvements de nuit (entre 22h et 6h), le Cesame entend préciser qu'ils ne constituent pas une habitude et demeurent exceptionnels.*

*A titre d'illustration, le DIM a répertorié moins de 19 mouvements de nuit en 2020 pour l'ensemble des secteurs.*

*Le Cesame pense pouvoir réduire les mouvements de patients entre chambres doubles et chambres seules, par la mise en œuvre d'un programme de développement des chambres*

*individuelles. Ce projet structurant fera l'objet de travaux spécifiques dans le cadre du prochain projet d'établissement. »*

Le CGLPL considère que dix-neuf mouvements de patients la nuit en 2020 ne donne pas à cette pratique un caractère exceptionnel acceptable.

A l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à douze heures pour l'isolement et six heures maximum pour la contention mécanique. La décision est renouvelée en cas de prolongation, toutes les vingt-quatre heures, en concertation avec l'équipe soignante.

La surveillance soignante est tracée dans le même logiciel médical (Cristal-link).

Les soignants indiquent dans les services, n'avoir eu aucune formation sur le droit des patients, l'isolement, la contention dans les trois dernières années. Seules des actions et techniques de désamorçage et désescalade (formation Omega) sont inscrites dans la cadre des prochaines formations et une EPP des médecins sur ce sujet a été retrouvée.

Enfin, il n'y a pas de protocole prévoyant l'information du service incendie en temps réel des personnes enfermées ou contenues au sein de l'établissement.

Les patients placés en CI sont rencontrés par un psychiatre chaque jour, et par l'interne de garde le dimanche. Ils sont vus deux fois par jour à l'UPAO.

Ainsi, l'établissement affiche son souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention dans quelques documents institutionnels et récemment dans sa politique de formation. Les décisions prises vont cependant dans le sens contraire puisque les contrôleurs constatent un usage des chambres d'isolement sans conserver le lit d'hospitalisation du patient, et des durées d'isolement liées non pas à la clinique mais à l'absence de lits d'hospitalisation. Le registre montre qu'entre 34 et 73 % des mesures d'isolement dans les UHC pour adultes s'effectuaient en 2018 en chambre normale.

### **8.3 L'ANALYSE DU REGISTRE MONTRE DES PRATIQUES MAITRISEES MAIS ENCORE NON ANALYSEES PAR LES DECIDEURS DES MESURES**

La pratique de l'isolement et de la contention n'est pas encore analysée en termes de file active et de pratique générale par les équipes soignantes au sein de chaque unité. Aucune présentation de ces pratiques n'a encore été faite devant la CME.

Les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées sur le logiciel Cristal-link avec exhaustivité. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en isolement (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale, les consignes de surveillance. La traçabilité de la contention est également effective.

Au moment du contrôle treize des quinze CI étaient occupées.

#### **8.3.1 Les données du registre**

Le registre, extrait à la demande des contrôleurs pour l'année 2018, n'a pas permis d'identifier l'unité où s'exerce l'isolement ou la contention autrement que par l'unité où a débuté la mesure ; ainsi un patient isolé à l'UPAO y est inscrit dans le registre tout le long de la mesure, même si elle se poursuit dans une autre unité ; cela surestime artificiellement les durées des mesures à l'UPAO et sous-estime celles des unités d'hospitalisation, sans que cela constitue une part significative remettant en cause les constats ci-dessous exposés. L'analyse du registre par les contrôleurs montre les chiffres suivants.

**Unité Loire C :** Sur une file active de 414 patients présents et entrés dans le service, 59 (14 %) ont été placés en isolement lors de 154 mesures pour des durées allant de 5 à 964 heures (moyenne de 132 heures). 22 patients ont eu une contention associée lors de 28 mesures, soit 18 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 7 à 180 heures par mesure (moyenne de 46 heures). 21 mesures (sur 154) d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 113 mesures (73,4 %) sont mentionnées faites en chambres normales (hors CI).

**Unité Loire D :** Sur une file active de 288 patients, 71 (25 %) ont été placés en isolement lors de 231 mesures pour des durées allant de 4 à 742 heures (moyenne de 60 heures). 18 patients ont eu une contention associée lors 35 mesures soit 15 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 3 à 264 heures par mesure (moyenne de 35 heures). 69 mesures (sur 231) d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 110 mesures (47,6 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité Loire E :** Sur une file active de 337 patients, 65 (19 %) ont été placés en isolement lors de 294 mesures pour des durées allant de 4 à 732 heures (moyenne de 79 heures). 29 patients ont eu une contention associée lors de 66 mesures, soit 22 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 3 à 71 heures par mesure (moyenne de 24 heures). 67 mesures d'isolement (sur 294) ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 182 mesures (62 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité Loire F :** Sur une file active de 305 patients, 69 (23 %) ont été placés en isolement lors de 280 mesures pour des durées allant de 7 à 504 heures (moyenne de 67 heures). 27 patients ont eu une contention associée lors de 52 mesures, soit 19 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 7 à 116 heures par mesure (moyenne de 32 heures). 69 mesures d'isolement (sur 280) ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 147 mesures (52,5 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité Maine A1 :** Sur une file active de 299 patients, 35 (12 %) ont été placés en isolement lors de 110 mesures pour des durées allant de 22 à 1 242 heures (moyenne de 99 heures). 12 patients ont eu une contention associée lors de 45 mesures, soit 41 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 1 à 112 heures par mesure (moyenne de 28 heures). 19 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL, mais toutes inférieures à 12 heures. 74 mesures (sur 110, soit 67,3 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité Maine A2 :** Sur une file active de 277 patients, 79 (29 %) ont été placés en isolement lors de 158 mesures pour des durées allant de 0,5 à 822 heures (moyenne de 93 heures). 27 patients ont eu une contention associée lors de 46 mesures, soit 29 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 1 à 126 heures par mesure (moyenne de 34 heures). 26 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 86 mesures (54,5 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité Maine B3 :** Sur une file active de 363 patients, 75 patients ont été mis en isolement (21 %) lors de 202 mesures pour des durées allant de 2 à 1 232 heures (moyenne de 63 heures). 35 patients ont eu une contention associée lors de 65 mesures, soit 32 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 2 à 106 heures par mesure (moyenne de 27 heures). 42 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL (21 %). 68 mesures (sur 202, soit 34 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

Une chambre normale y est aménagée en CI pour une patiente régulièrement contentionnée.

**Unité Maine B4 :** Sur une file active de 242 patients, 27 (11 %) ont été placés en isolement lors de 106 mesures pour des durées allant de 16 à 177 heures (moyenne de 38 heures). 6 patients ont eu une contention associée lors de 15 mesures, soit 14 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 0,5 à 118 heures par mesure (moyenne de 27 heures). 65 mesures d'isolement (61 %) ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 6 mesures sur les 106 sont mentionnées faites en CI. Il n'y a pas de CI actuellement. Par contre, une grande pièce est transformée en salle d'apaisement non fermée dans laquelle un ou deux soignants peuvent animer des activités au profit d'un seul patient ; elle est utilisée une fois par semaine et contient des matelas au sol, un punching-ball.



*Espace d'apaisement de Maine B4*

**UPAO :** Sur une file active de 1 152 patients, 119 (10 %) ont été placés en isolement lors de 140 mesures pour des durées allant de 0,5 à 384 heures (moyenne de 60 heures). 8 patients ont eu une contention associée lors de 13 mesures, soit 9 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 0,5 à 24 heures par mesure (moyenne de 12 heures). 29 mesures d'isolement (21%) ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 12 mesures (8,6 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité Pédopsy Est :** Sur une file active de 86 patients, 20 (23 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de 49 mesures pour des durées allant de 0,5 à 48 heures (moyenne de 15 heures). Une contention a été associée à ces 49 mesures, pour une durée allant de 1 à 86 heures par mesure (moyenne de 27 heures). 6 mesures (12 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité Pédopsy Ouest :** Sur une file active de 45 patients, 10 (22 %) ont été placés en isolement lors de 110 mesures pour des durées allant de 0,5 à 526 heures (moyenne de 103 heures). 9 patients ont eu une contention associée lors de 74 mesures, soit 67 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 16 à 956 heures par mesure (moyenne de 72 heures). 37 mesures (34 %) sont mentionnées faites en chambres normales.

**Unité FAPA :** Sur une file active de 21 patients, 11 (52 %) ont été placés en isolement lors de 77 mesures pour des durées allant de 17 à 1 296 heures (moyenne de 99 heures). 4 patients ont eu une contention associée lors de 10 mesures, soit 13 % des patients placés en isolement, pour une durée allant de 0,5 à 95 heures par mesure (moyenne de 24 heures). 76 mesures d'isolement (sur 218) ont été initiées alors que le patient se trouvait en SL. 11 mesures sont mentionnées faites en CI mais il n'y en a pas. Cette unité ne prend en charge que des patients polyhandicapés lourdement déficitaires, nécessitant une surveillance constante et des soins de nursing importants. La visite de l'unité a montré le souci de limiter au maximum les restrictions d'aller et venir pour ces personnes et un grand professionnalisme des soignants.

### 8.3.2 L'analyse du registre

L'analyse du registre n'est actuellement pas faite au sein de chaque unité lors de réunions collégiales.

#### RECOMMANDATION 15

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'établissement rapporte la position suivante : « *L'analyse du registre ne permet pas, à notre sens, de porter une appréciation sur le bien-fondé d'une prescription ou d'un renouvellement d'isolement ou de contention. Seule une étude détaillée du DIP et des indications cliniques le permettrait* ».

Si le CGLPL s'accorde sur l'intérêt d'une étude détaillée des décisions d'isolement et de contention, il maintient que l'analyse du registre de l'isolement et de la contention permet de prendre conscience des pratiques dans l'établissement et dans les unités en les objectivant.

L'ensemble des données recueillies montre des pratiques d'isolement très habituelles même si les pratiques sont variables selon les unités, (entre 11 et 29 % de la file active des UHC) encore très fréquemment et même souvent majoritairement hors CI, associées à un nombre variable de contention (de 9 à 67 % des patients placés en isolement) avec des durées qui excèdent encore très souvent 24h.

Plusieurs durées longues d'isolement ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité.

De nombreux patients placés en CI y restent par défaut de chambre d'hospitalisation dans le service. L'examen de quelques situations de patients maintenus au long cours en isolement semble indiquer que le changement de statut du SL vers le SSC est effectué au-delà de vingt-quatre heures seulement.

Les durées d'isolement pratiquées au CESAME ne respectent pas les dispositions du CSP, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

#### RECOMMANDATION 16

L'établissement doit cesser sans délai ses pratiques abusives d'isolement et de contention en permettant à tout patient de réintégrer sa chambre d'hospitalisation dès la fin de la crise ayant motivée la mesure d'isolement.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'établissement conteste cette analyse, que le CGLPL entend maintenir en s'appuyant sur les éléments développés *supra* :

« *Les durées longues d'isolement ont toutes fait l'objet d'une prescription médicale et d'une réévaluation lors de leur prolongation.*

*A notre sens, rien ne permet d'affirmer que les sorties de CSI ont été différées faute de place en chambre d'hospitalisation standard ; cette affirmation va d'ailleurs à l'encontre de l'observation selon laquelle des mouvements interviennent y compris sur le temps de la garde, ce*

*qui porte à attester du fait que les réévaluations sont régulières et suivies de modification des prescriptions.*

*En l'espèce, aucun élément clinique ne permet de considérer que les durées d'isolement pratiquées au Cesame ne respectent pas les dispositions du CSP. »*

Le CGLPL maintient sa recommandation.

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LA PEDOPSYCHIATRIE S'APPUIE SUR DU PERSONNEL BIENVEILLANT ET DES ACTIVITES DIVERSIFIEES MAIS L'UTILISATION DES LOCAUX DOIT ETRE REVUE

Le pôle de pédopsychiatrie du CESAME « Pôle Roger Misès » est situé depuis 2014 à proximité du CHU et est distant de 7 km des unités pour adultes. Ce pôle est composé de trois unités : deux unités d'hospitalisation sectorielle complète pour des enfants de 0 à 16 ans : Est (Hubert Flavigny) et Ouest (Grégoire Solotareff) et une unité de soins pour adolescents accueillant des jeunes de 14 à 16 ans en ambulatoire.

#### 9.1.1 L'hospitalisation à temps complet

##### a) Les patients

En 2018, 123 enfants avaient été hospitalisés en pédopsychiatrie dont 3 dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP). En 2017, le nombre d'admissions était de 116 patients dont 1 SDRE et 5 OPP. Le 15 mai 2019, vingt jeunes étaient présents, âgés de 5 à 16 ans, en soins libres exclusivement, deux placements dans le cadre d'une OPP avait été ordonnés en mars 2019.

Le patient admis le 21 mars 2019 dans le cadre d'une OPP présentait des risques graves d'atteinte à son intégrité physique, la mère de l'intéressé ne faisant aucune démarche d'hospitalisation.

Le patient admis le 29 mars 2019 a été admis dans des circonstances similaires.

Trois admissions étaient particulièrement anciennes : deux dataient de février 2018 et une de juin 2018. La durée moyenne de séjour, calculée sans prendre en compte les trois cas susmentionnés, est de 21 jours.

Si la prise en charge en ambulatoire est privilégiée et représente 95 % des patients, une liste d'attente pour une hospitalisation complète compte huit patients.

##### b) Les admissions

Les hospitalisations en urgence sont exceptionnelles. En général, l'hospitalisation est précédée d'une consultation permettant de faire visiter le service à la famille et de lui présenter, ainsi qu'à l'enfant, les règles de vie de l'unité. Ces règles de vie sont claires et adaptées aux enfants. Le livret d'accueil du CESAME (version 9) est également remis à la famille.

Lors de l'admission, un inventaire est réalisé sur papier avec l'enfant, qu'il signe ensuite. Un casier nominatif fermé à clé est à disposition, il y entrepose son téléphone et ses affaires personnelles. Le radio réveil peut être conservé, l'argent est déposé auprès de la régie.

#### 9.1.2 Les conditions de vie

##### a) Les locaux

Le rez-de-chaussée du pôle Roger Misès est dédié à l'ambulatoire, le 1<sup>er</sup> étage ne comporte que des salles d'activités, partagées avec le CMP, et le 2<sup>ème</sup> étage les UHC.

L'accès aux UHC se fait soit par un ascenseur, soit par un escalier. Une grille est à actionner pour accéder aux couloirs menant aux unités. L'entrée dans les unités nécessite un badge, les deux unités sont fermées et les enfants ne correspondent pas entre eux.

Chacune des unités comporte neuf lits d'hospitalisation et une chambre d'isolement (CI). L'unité Est compte une chambre double. Les chambres des enfants sont similaires : elles sont dotées d'un lit, d'un placard, dont la serrure a souvent été cassée, d'une veilleuse, d'un bureau avec une chaise, d'une fenêtre ouvrable uniquement par un soignant, d'un local sanitaire avec WC, douche, lavabo et miroir et dans laquelle se trouve un bouton d'appel. L'entrée se fait soit avec un badge soit avec une clé, aucune chambre ne dispose de verrou de confort.

Les deux unités disposent d'une terrasse sur leur toit. Ces terrasses sont grillagées de toute part pour éviter les chutes ou les fugues par le toit. Leurs sols, trop fragiles, ne permettent pas d'accueillir tous les enfants en même temps.

Les salles d'activités, plus nombreuses à l'Ouest qu'à l'Est sont fermées lorsqu'elles ne sont pas utilisées. Des baby-foots sont à disposition ainsi que les salles de télévision.

#### PROPOSITION 7

L'architecture du bâtiment de pédopsychiatrie, situé en étage, renvoie une atmosphère très fermée. L'accès libre aux espaces extérieurs doit être favorisé.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'établissement indique :

*« L'architecture du bâtiment Roger Misès ne contribue effectivement pas à favoriser l'accès libre aux espaces extérieurs du fait de leur taille restreinte (terrasses en étage) ou de leur distance (jardin en rez-de-chaussée).*

*Néanmoins, les deux services investissent régulièrement le jardin en rez-de-chaussée et utilisent les aménagements ludiques et thérapeutiques spécialement créés à cet effet.*

*Un jardin potager a ainsi été constitué par les soignants et les jeunes patients, tout comme des cabanes construites par les enfants hospitalisés.*

*Enfin, des temps conviviaux en extérieurs sont organisés et partagés avec les équipes mais également les visiteurs (familles, partenaires institutionnels).*

*Il nous semble important de préciser que l'accès libre aux espaces extérieurs n'a pas été souhaité pour des raisons évidentes de sécurité mais aussi pour des raisons d'accompagnement progressif vers la liberté d'aller et venir. Cette dernière peut, pour certains d'entre eux, faire l'objet de petites permissions de sortie seul en journée (tramway, course en ville, RDV au Département de Soins pour Adolescents, etc.) avec l'accord des responsables légaux et toujours sur indication médicale. »*

L'unité Ouest comporte également deux chambres dites « de sieste » situées dans la zone d'activité afin de permettre aux enfants de se mettre à l'écart pendant un temps ou aux soignants de faire des soins.

#### *b) Les chambres d'apaisement*

Chaque unité est dotée d'une chambre d'apaisement, appelée « chambre sécurisée » au sein de l'unité Est. Elle ne compte aucun mobilier et dispose soit d'un matelas très épais en mousse soit d'un lit scellé. Un fauteuil en mousse ainsi que des poufs sont à disposition. Les vêtements de l'enfant restent dans sa valise, un enfant ayant déclaré aux contrôleurs « *mais moi j'aimerais bien*

*avoir un placard »<sup>17</sup>. Les murs et plafond sont lisses. Le bouton d'appel se situe dans la salle de bains attenante.*

Cette chambre fait partie des lits d'admission et est occupée en permanence par un seul enfant, généralement agressif ou autiste. Le patient occupant cette chambre ne dispose pas de chambre ordinaire au cas où son état s'améliore, l'occupation de toutes les chambres empêchant une flexibilité.

### RECOMMANDATION 17

Les chambres d'apaisement des unités de pédopsychiatrie ne doivent pas être utilisées comme des chambres d'hospitalisation mais doivent pouvoir servir à tout enfant qui en aurait besoin. Des solutions alternatives doivent être trouvées pour qu'un enfant puisse avoir accès à une chambre normale dès que son état le permet.

En réponse au rapport provisoire, la direction du CESAME relaie la position de l'équipe de pédopsychiatrie, qui, « *contrairement à ce qui est écrit* », « *entend rappeler qu'une chambre de sécurité ne remplace jamais une chambre ordinaire. La chambre hôtelière est toujours gardée pour l'enfant en chambre de sécurité afin de lui assurer un retour dans sa chambre habituel dès que la crise est passée. Il peut même être organisé un petit temps de transition entre ces deux chambres pour l'aider à séparer psychiquement ces deux espaces* ».

Le CGLPL rappelle que vingt patients étaient hospitalisés le 15 mai 2019, pour une capacité de dix-huit lits d'hospitalisation, ce qui suffit à attester de l'hébergement durable en lit d'apaisement ou sécurisé.

#### *c) La vie quotidienne*

La vie quotidienne se déroule de façon similaire aux seins des deux unités. Des interdictions systématiques sont appliquées :

- le téléphone portable est remis dans le casier à l'arrivée. Il n'est autorisé que de façon très ponctuelle et individualisée. Un téléphone fixe sur lequel les parents ou amis peuvent joindre l'enfant est disponible ;
- le tabac est interdit, un substitut nicotinique (patch) peut être proposé lors de l'admission ;
- la nourriture personnelle dans la chambre est interdite, sauf cas exceptionnel ;
- les visites ne peuvent pas s'effectuer dans les chambres, sauf cas exceptionnel.

Les relations intimes entre patients sont également prohibées, il y a une interdiction formelle de rentrer dans la chambre des autres. Par le biais des observations au rapport provisoire qui signalait l'absence de réflexion sur le sujet des relations intimes, l'équipe de pédopsychiatrie précise que « *la question de l'intimité fait au contraire l'objet de nombreuses réflexions au sein de l'équipe* » et « *que, en revanche, les règles établies collectivement, sont, elles, très précises, du fait en particulier des différences d'âge au sein du service, mais aussi de psychopathologies nécessitant des précautions particulières* ».

<sup>17</sup> Dans les observations au rapport provisoire, l'équipe de pédopsychiatrie précise « *qu'une réflexion est en cours sur l'acquisition d'un « placard mobile » (sur roulettes) pour les enfants en chambre d'apaisement dans l'idée de garder de la continuité* ».

Les repas sont pris en commun, sauf indication médicale, dans une salle propre et lumineuse. Les menus sont affichés dans l'unité et sont identiques à ceux servis au CESAME. De l'avis général, la qualité ainsi que la quantité ne correspondent pas aux attentes et aux envies d'enfants et de jeunes. Des améliorations de menu sont faites sur place et des ateliers cuisine existent pour varier les plats. Le personnel mange avec les enfants.

Les visites sont autorisées à tout moment de la journée, l'après-midi étant privilégié. Au jour de la visite, tous les enfants avaient le droit de sortir accompagnés d'un majeur, les sorties à l'extérieur sont donc favorisées lors des visites. Tous les enfants avaient également des permissions de sortie tous les week-ends. La venue des frères et sœurs est autorisée et favorisée au premier étage ou dans le jardin. Les enfants placés ont cependant plus de difficultés à sortir le week-end et reçoivent moins de visites que les autres.

#### *d) Les activités*

Les activités avec les enfants se déroulent soit au sein de l'établissement soit à l'extérieur.

L'unité Est, malgré des locaux plus petits, distribue chaque début de semaine un calendrier des activités proposées par les soignants aux enfants. L'unité compte également une salle de télévision équipée de jeux.

L'unité Ouest, propose trois ateliers fixes par semaine, les autres activités sont faites selon le soignant disponible et l'envie des enfants. L'unité comporte deux salles de télévision.

Les salles d'activités du premier étage sont aussi utilisées par les unités, les enfants peuvent également être inscrits dans d'autres ateliers en ambulatoire ou à l'hôpital de jour, sur prescription médicale.

Une cour extérieure est également disponible pour les enfants, qui ne peuvent cependant s'y rendre qu'en présence de soignants. Dans les faits, les soignants ont admis n'être souvent pas assez nombreux dans le cas où le groupe doit être séparé. Cet espace, comprend un panier de basket-ball, un jeu pour enfant et un petit coin jardinage. Les enfants qui voudraient pratiquer du vélo le font sur le parking du personnel, sous surveillance étroite puisque le portail s'ouvre automatiquement. La configuration de l'établissement, peu propice à un accès libre à l'extérieur, est compensée, selon les soignants, par l'avantage d'être situé en centre-ville et des sorties plus fréquentes qu'elles soient autonomes ou accompagnées.

Une permanence scolaire est tenue et permet une évaluation et un accompagnement des enfants, elle ne se substitue en aucun cas à de l'enseignement. La permanence se tient pour tous les enfants de l'unité à la fois, l'objectif du pôle étant de rescolariser au plus vite l'enfant en travaillant avec l'établissement pour des horaires aménagés ou réduits selon les cas. Les enfants présents sur des temps longs sont suivis par un enseignant spécialisé mais seulement quelques fois par semaine.

#### *9.1.3 Le personnel*

Chaque unité dispose d'un cadre de santé et d'un médecin référent. En journée, trois soignants sont présents le matin, quatre l'après-midi (dont à chaque fois au moins deux infirmiers) et deux le soir. Le week-end, les équipes sont mutualisées avec l'ambulatoire. Si l'unité Est a une équipe d'IDE spécifique, les IDE de l'unité Ouest partagent leur temps avec le CMP. Un planning avec le nom des soignants présents est installé dans l'unité pour que les enfants se repèrent.

Un pédiatre est présent une fois par semaine. Tous les enfants sont vus à l'admission.

Une équipe pluridisciplinaire se rend au pôle : psychologue, psychomotricien, ergothérapeute ainsi que des intervenants extérieurs.

Des réunions régulières sont organisées au sein des deux unités :

- une fois par semaine se tient une synthèse avec tous les intervenants reprenant la situation de chaque enfant ;
- les enfants sont vus une à deux fois par semaine en entretien avec le médecin psychiatre ;
- un entretien hebdomadaire est réalisé avec les familles ou la personne en charge de l'enfant. Cet entretien peut être plus espacé pour les hospitalisations longues ;
- des liens réguliers sont faits avec le CATTP et le CMP ;
- des réunions d'équipe sont organisées le lundi matin si besoin.

#### 9.1.4 L'isolement et la contention

Chaque unité dispose d'une CI comprenant un lit scellé au sol ou en mousse, par ailleurs identique à celle des adultes (cf. §.8.1).

L'enfant peut demander qu'une radio soit allumée.

Les enfants en isolement sont en pyjama, si dans l'unité Ouest l'enfant peut mettre le sien, l'unité Est favorise le port du pyjama de l'hôpital « *pour marquer le coup* ». Ce pyjama n'est disponible qu'en taille adulte. Une recommandation est faite à ce sujet, en isolement comme à tout moment de l'hospitalisation, au §.5.2.

Les parents ne sont pas toujours prévenus de la mise en isolement de leur enfant, surtout si la mesure est prise le soir.

Tous les soignants sont formés à OMEGA. Avant d'initier une mesure d'isolement il est proposé à l'enfant d'aller se reposer dans sa chambre ou dans un lieu calme. Il arrive qu'un enfant demande l'isolement « *parce que c'est là qu'il se sent le mieux protégé* ».

Le système d'ouverture graduée est également appliqué. Il est aussi contestable que pour les adultes (cf. §.8.2).

En 2018, vingt-neuf enfants ont fait l'objet d'une mesure d'isolement au moins, soit 22 % de la file active. Douze patients ont été isolés en chambre d'hospitalisation, soit 9 %. La durée maximale d'isolement séjour est de 8,8 jours à l'unité Ouest et 1,8 jour à l'unité Est. Pour les isolements en chambre d'hospitalisation, la durée maximale a été de 5,7 jours à l'unité Ouest et de 2 jours à l'unité Est.

Onze patients ont fait l'objet d'une mesure de contention, soit 8,3 % de la file active avec une durée maximum de 45 heures à l'unité Ouest et de 24 heures à l'unité Est.

Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2019, 22,7 % de la file active avait fait l'objet d'une mesure d'isolement et trois mesures de contention avaient été prises dont la durée maximale s'élevait à 20 heures pour le pôle Est et à 15 heures pour le pôle Ouest.

Ces chiffres particulièrement élevés pour une unité de pédopsychiatrie n'ont pas pu être expliqués par le personnel qui a maintenu que l'isolement était rare et de courte durée.

## RECOMMANDATION 18

En pédopsychiatrie particulièrement, les durées d'isolement et de contention longues doivent interroger les soignants et faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

Les parents ou la personne responsable de l'enfant doivent être systématiquement informés de la mesure d'isolement de l'enfant.

Les chambres d'hospitalisation ne doivent pas être utilisées comme chambre d'isolement. Des alternatives doivent être envisagées.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice de l'établissement rappelle concernant la question des durées d'isolement et de contention, que « un conseil de pôle thématique sur la liberté d'aller et venir s'est tenu en novembre 2018 (cf. compte-rendu remis au CGLPL), visant à partager une réflexion collective de terrain sur ce sujet ».

S'agissant des délais d'information des parents, elle précise que « ils correspondent [généralement] au temps nécessaire à une amorce d'apaisement et à l'analyse collective de la situation pour en restituer aux parents un contenu suffisamment élaboré et rassurant sans quoi cette information pourrait prendre une forme beaucoup plus inquiétante susceptible d'influencer négativement l'alliance thérapeutique ».

Elle ajoute que « une formation de pôle en 2021 est également envisagée sur deux jours autour de la dynamique des UHC en pédopsychiatrie. Celle-ci abordera [...] la question de la prise en charge intensive, de la contention, et plus largement de la liberté d'aller et venir ».

La surveillance par un soignant s'effectue toutes les heures au minimum et le soignant reste à proximité du patient lors des premiers moments de contention. Si la contention est longue, un bassin peut être utilisé et le traitement délivré sous forme injectable.

Contrairement aux unités pour adultes, l'enfant garde sa chambre hospitalière lorsqu'il se trouve en isolement.

### 9.1.5 Le lien avec les structures extérieures

Les sorties des enfants sont préparées en amont, jusqu'à un an à l'avance selon les situations. Avec les partenaires sociaux, des visioconférences sont organisées afin que le relais soit pris après la sortie d'hospitalisation ; les parents sont quant à eux étroitement associés.

La grande difficulté que rencontre l'hôpital a trait aux enfants placés ou à l'ASE. Le manque de place à l'ASE, sa démobilisation ou le refus de reprendre un enfant entraîne des hospitalisations qui n'ont plus lieu d'être. Dans ce cas, les soignants se substituent souvent à l'éducateur pour accompagner lors des sorties ou encore pour aller faire des achats. En 2018, six à neuf enfants se trouvaient dans cette situation dans l'unité Ouest, alors même qu'une liste d'attente existe.

Pour essayer de contrer ce problème, le pôle a mis en place depuis un an une « cellule de veille » comprenant un médecin du pôle, un médecin de l'éducation nationale, un médecin de l'ARS, et un médecin de l'ASE. Si cette instance permet de discuter des cas les plus problématiques, les médecins ont peu de pouvoir face à leur administration. Un stage de découverte a été organisé pour les professionnels des institutions afin que les *a priori* d'une hospitalisation soient confrontés à la réalité.

## PROPOSITION 8

Le défaut de moyens des lieux de prise en charge en aval ne doit pas faire peser sur le pôle Roger Misès, et sur les enfants, une hospitalisation qui n'est plus médicalement justifiée.

En réponse au rapport provisoire, la directrice de l'établissement confirme ces éléments et les complète :

*« En 2018 s'est constitué, à l'initiative de la direction du Cesame, un dispositif visant à fluidifier les parcours des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance afin de réduire le nombre et la durée des séjours inappropriés en pédopsychiatrie.*

*Ce dispositif comprend deux composantes : un temps de concertation médicale, tel que décrit dans le rapport, mais également un temps de concertation institutionnel à la suite de la première réunion.*

*Les réunions mensuelles permettent de progresser dans la compréhension des indications médicales à une hospitalisation complète et des contre-indications. En complément, la cellule de suivi entend élargir les échanges aux situations des mineurs de plus de 16 ans confiés à l'ASE et hospitalisés en secteur adulte. »*

### 9.2 LES PERSONNES DETENUES SONT PLACÉES SYSTEMATIQUÉMENT EN ISOLEMENT ET N'ONT PAS ACCÈS À LEURS DROITS

Le CESAME assure les soins en santé mentale au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt (MA) d'Angers. Le protocole cadre de l'USMP d'Angers, en date du 8 octobre 2018, prévoit l'hospitalisation au CESAME « *si urgence et en attente de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)<sup>18</sup>* » en application des articles L.3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale (CPP).

Le document « *cahier de garde* » relatif à l'hospitalisation d'un détenu du 18 juin 2015 énonce le principe de « *nécessité de concilier la mission de soins avec l'obligation de surveillance et de sécurité que requièrent ces personnes* » et rappelle que « *plusieurs évasions spectaculaires ont eu lieu* ». Il prévoit une observation de 48 à 72 heures en isolement, assorti d'une surveillance infirmière au moins toutes les heures, l'abaissement du rideau métallique ajouré servant de barreaudage à la fenêtre de la CI, l'absence de mobilier, le port obligatoire d'un PTI par les soignants, la mise en œuvre d'une fiche de liaison transmise par l'administration pénitentiaire concernant les droits de visite, de correspondance écrite et téléphonique, la réception d'une fiche pénale.

Sur ce dernier point, le CGLPL rappelle que la fiche pénale n'a pas à être communiquée au CESAME.

Selon les données transmises aux contrôleurs, l'établissement reçoit moins de vingt patients détenus par an, qui séjournent environ cinq jours chacun, comme indiqué dans le tableau ci-dessous<sup>19</sup>. Au cours des quatre premiers mois de 2019, les DMS et DMH étaient en augmentation.

<sup>18</sup> L'UHSA de référence est située à Rennes (Ille-et-Vilaine), au centre hospitalier Guillaume Régnier.

<sup>19</sup> Dans son rapport d'activité en 2018, le dispositif de soins psychiatriques à la MA d'Angers rapporte vingt-quatre hospitalisations au CESAME, concernant vingt-quatre patients, dont neuf d'abord été pris en charge au CHU d'Angers. Les principaux motifs cliniques décrits sont la crise suicidaire, puis la décompensation psychotique aiguë.

Chacune des quatre unités concernées reçoit ainsi quelques patients détenus par an, pendant quelques jours.

	Nombre de mesures	Nombre de patients	Nombre de journées	Nombre de séjours	DMS	DMH
2017	16	16	83	17	4,9	5,2
2018	17	17	75	17	4,4	4,4
2019	6	6	38	7	5,4	6,3

Le personnel du CESAME – nécessairement deux IDE de sexe masculin – se rend en ambulance à la MA pour y prendre en charge la personne, soumise systématiquement à une contention mécanique jusqu'à son arrivée dans le service d'accueil, choisi en raison de son domicile ou de sa date de naissance à défaut de domicile. Il s'agit de l'une des unités qui disposent d'une chambre sécurisée (CS) à savoir : Loire E, Loire F, Maine A2, Maine B3.

Ces CS sont non seulement utilisées pour les patients détenus mais aussi pour tout patient nécessitant une mesure d'isolement voire comme une « chambre normale » (cf.§.8). Il a été dit aux contrôleurs que les CS se distinguent des CI en ce que les premières ont un rideau métallique sur la fenêtre. Le document relatif aux préconisations concernant les indications et les conditions d'utilisation des CS, en date du 22 octobre 2009, les définit aussi comme équipées d'une salle d'eau cloisonnée en accès libre. Pour augmenter sa propre sécurité, le personnel souhaite avant tout pouvoir placer les patients détenus dans une chambre aménagée avec un sas, dont ne disposent pas toujours les CS. Ainsi, le dispositif de CS par rapport à celui de CI a été présenté aux contrôleurs à Maine de façon inverse à ce qu'il l'a été à Loire, la distinction entre CS et CI reposant dans l'esprit de certains soignants sur l'existence d'un sas et non sur l'existence du rideau métallique. Dans la pratique, CS et CI ne peuvent pas être distinguées, et sont confondues.



*Chambre sécurisée de l'unité Maine A2, temporairement installée dans l'unité 15 Ouest*

Parallèlement, seules dix personnes détenues ont été hospitalisées à l'UHSA (sept en SDRE, trois en SL), dont deux en provenance du CESAME.

Les contrôleurs ont vérifié les conditions de séjour d'au moins trois patients détenus, un en 2018 et deux en 2019, dans les deux pôles. Les éléments recueillis permettent les constats suivants :

- au-delà de la période d'observation, aucune autre prise en charge que l'isolement n'est proposée. Pendant tout son séjour, le patient détenu est *de facto* soumis à une mesure d'isolement, quel que soit son état clinique. C'est la contention qui sert de variable d'ajustement à l'état clinique au cours du séjour ; il a été dit aux contrôleurs : « *La contention n'est pas automatique, mais l'isolement l'est* » ;
- les CS, comme les CI, n'étant équipées d'aucun écran de télévision ou de poste de radio, ni le lien avec l'extérieur, ni la possibilité de se divertir ne sont assurés ;
- aucun espace à l'air libre n'est accessible, sauf à être accompagné par deux soignants dans un lieu dont le pourtour est suffisamment sécurisé, ce qui n'est pas le cas dans toutes les unités. De fait, les personnes n'ont pas non plus la possibilité de fumer ; comme elles arrivent le plus souvent de la prison sans effets personnels, sans argent et sans tabac, la possibilité de fumer pendant l'hospitalisation en devient encore plus rare. Des substituts nicotiques sont prescrits sous forme de gommes ou de patches, systématiquement, conformément au protocole d'admission si le patient est fumeur, parfois simplement afin d'éviter de devoir le faire sortir pour fumer ;
- les visites de la famille et la possibilité de téléphoner à ses proches ne sont pas organisées, même si les contrôleurs ont pu constater l'existence de la fiche de liaison, parfois lacunaire sur ce sujet.

Dans ces conditions, quelle que soit la nécessité de recevoir des soins, les patients ne restent jamais très longtemps : « *Ils préfèrent retourner en détention* », comme cela a été indiqué.

### RECOMMANDATION 19

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas reposer par principe sur sa contention pendant le transport puis sur son placement en isolement pendant le séjour. Il doit bénéficier pendant tout son séjour des droits garantis aux personnes détenues et de ceux octroyés aux patients. Il convient de repenser la prise en charge des personnes détenues dans une optique sanitaire et non plus seulement sécuritaire, en conformité avec le respect des droits fondamentaux des personnes.

Le CGLPL renvoie à son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé<sup>20</sup>.

Selon les explications recueillies, à l'issue de l'hospitalisation le personnel du CESAME prévient celui de la MA, qui vient chercher la personne détenue sans pénétrer dans l'unité. La prise en charge est rarement poursuivie à l'UHSA<sup>21</sup>. Un courrier médical est donné sous enveloppe au personnel pénitentiaire, ainsi que le traitement médicamenteux, le cas échéant.

<sup>20</sup> CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF, 16 juillet 2015.

<sup>21</sup> Dans son rapport d'activité en 2018, le dispositif de soins psychiatriques à la MA d'Angers rapporte deux transferts à l'UHSA parmi les 24 hospitalisations au CESAME.

## 10. CONCLUSION

La visite du CGLPL s'est déroulée pendant une phase de transformation profonde du fonctionnement du centre hospitalier, non encore achevée, marquée par des travaux bâtimentaires, la fusion de services, la fermeture de lits d'hospitalisation complète, etc.

A ce stade, les conditions matérielles de l'hospitalisation sont encore entachées par une proportion importante de chambres doubles et triples, des sanitaires collectifs, des rangements insuffisants, des portes de chambres qui ne peuvent être fermées de l'intérieur pour se prémunir des intrusions, etc.

La liberté d'aller et venir fait l'objet de constats disparates mais le pilotage institutionnel d'une réflexion et les évolutions architecturales en cours laissent espérer l'émergence de plus d'unités ouvertes. La localisation des unités Maine B hors de l'enceinte du centre hospitalier limite l'accès des patients en SSC aux activités, y compris thérapeutiques, pourtant nombreuses et de qualité, offertes sur le site principal. Certaines pratiques, comme celle obligeant certains patients y compris mineurs à revêtir en permanence un pyjama hospitalier, devraient aussi évoluer, d'autant plus que les autres restrictions dans la vie quotidienne sont peu nombreuses.

Des recommandations portent sur l'information de tous les patients au moyen de la distribution du livret d'accueil et plus spécifiquement sur l'information des patients en SSC à travers la motivation des décisions du directeur de l'établissement et la notification de la liste des droits énumérés à l'article L.3211-3 du CSP.

Les liens avec l'extérieur, dont les familles, qui sont associées aux soins même si ce n'est pas dans le cadre de la notion de la personne de confiance, sont facilités. Entre autres, la conservation de leur téléphone personnel par les patients, une maison pour les visites, un restaurant ouvert sur la ville, y contribuent, et ce même si aucune wifi n'est proposée.

Par ailleurs, nonobstant le caractère encore insuffisant de la surveillance somatique à l'égard des patients en SSC et plus particulièrement de ceux placés sous contention lors d'une mesure d'isolement, les soins tant psychiatriques que somatiques sont apparus organisés au profit des patients, caractérisés par une prise en charge à la fois spécialisée et pluridisciplinaire. L'UPAO constitue un recours crédible pour accéder à des soins en urgence, et pas nécessairement en hospitalisation complète.

Surtout, les constats sont marqués par la gestion des lits. Un dispositif complexe, fondé sur des « grades », destiné à mieux faire face à la suroccupation, conduit à faire des chambres d'isolement un paramètre de cette gestion : des patients sont placés en chambre d'isolement sans mesure afférente, des patients isolés y sont maintenus faute de chambre d'hospitalisation conventionnelle, des mesures d'isolement se déroulent en chambre d'hospitalisation conventionnelle.

Parallèlement, le recours à l'isolement et à la contention est suffisamment important pour ne pas être une mesure de dernier recours au sens de la loi, dans des conditions matérielles encore critiquables. L'analyse des pratiques, pourtant rendue possible par la tenue d'un registre, n'est engagée ni dans la plupart des unités, ni à l'échelle de l'établissement.

L'ensemble des équipes soignantes et médicales est apparu mobilisé pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante et professionnelle. Les modalités de gestion des lits viennent cependant perturber cette bonne organisation des soins à l'échelle de l'établissement. Un certain nombre de recommandations en découlent.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)