



Rapport de visite :

13 au 17 mai 2019 – 1^e 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.

RECOMMANDATION 5 32

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.

RECOMMANDATION 6 34

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.

RECOMMANDATION 7 39

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.

RECOMMANDATION 8 47

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.

RECOMMANDATION 9 59

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.

RECOMMANDATION 10 64

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.

RECOMMANDATION 11 64

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.

RECOMMANDATION 12 65

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

RECOMMANDATION 13 67

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.

RECOMMANDATION 14 68

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.

RECOMMANDATION 15 72

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 motivée 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

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
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
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	23
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
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	31
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
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	40

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
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	47
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
7.	L’ACCES AUX SOINS.....	53
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
8.	L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	63
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
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	74
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
10.	CONCLUSION.....	83

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 nationale¹.

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

¹ 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^{ème} 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 A2² et des travaux en cours ou récents dans plusieurs autres unités, notamment de réhabilitation psychosociale ;

² 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 URPs³ 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

³ 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)⁴ 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 1⁵, le CESAME finance effectivement ses travaux de rénovation immobilière et organisationnelle, en cours lors de la visite du CGLPL.

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

⁵ Titre 1 : charges en personnel. Titre 3 : charges à caractère hôtelier et général.

2.3 LES LEVIERS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES SONT ACTIONNES SANS AGIR DE MANIERE UNIFORME SUR LE PERSONNEL DES UNITES 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

~~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

~~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. »

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