

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

2 au 12 décembre 2019 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier George Sand

(Cher)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont visité le centre hospitalier George Sand (CHGS), situé à Bourges (Cher), du 2 au 12 décembre 2019. Un rapport provisoire a été adressé le 13 mai 2020 au directeur du centre hospitalier, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Bourges et au procureur de la République près ce même tribunal, au préfet et au délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) du département du Cher. Le procureur de la République a communiqué des observations le 2 juin 2020 et le directeur du centre hospitalier le 29 octobre 2020 ; elles ont été intégrées au présent rapport.

Le CHGS a été créé en 2003 de la fusion de trois centres hospitaliers spécialisés situés à Bourges, Chezal-Benoît (Cher), Dun-sur-Auron (Cher). Sa direction générale est installée à Bourges. Il subsiste de cet historique une triple capacité d'accueil, à hauteur de 1 102 lits et places : médico-sociale, sanitaire en long séjour en soins libres exclusivement, sanitaire en court séjour.

Les six unités d'hospitalisation complète susceptibles de prendre en charge des personnes en soins sans consentement (SSC), totalisant 115 lits, sont toutes situées à Bourges : le centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD), quatre unités pour adultes dont une pour les jeunes adultes et une pour les personnes âgées, le centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA). L'ensemble dispose de cinq chambres d'isolement (CI) et sept chambres sécurisées (CS). De manière atypique, le CHGS a réparti ses services dans un pôle intra hospitalier, un pôle extra hospitalier, un pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA, qui regroupe intra et extra hospitaliers).

Le CHGS accueille la population de l'ensemble du département du Cher et celle du canton d'Issoudun dans le département de l'Indre. La notion de secteur, existante, n'est pas usitée. Une seule clinique, à Vierzon (Cher), complète l'offre sur ce territoire rural marqué par des taux de chômage et de pauvreté importants.

Les locaux d'hospitalisation du CHGS à Bourges, majoritairement composés de constructions modernes, sont globalement en bon état.

Le 2 décembre 2019, seulement 12,4 % des patients étaient hospitalisés en SSC, pourcentage peu élevé qui se confirme sur la durée : en 2019, ils ont représenté 18 % des patients hospitalisés à temps complet, plaçant le département du Cher parmi ceux qui ont les taux de recours aux SSC en psychiatrie les plus bas. On constate aussi une baisse des soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sur plusieurs années. Seule l'augmentation, parmi les soins sur décisions du directeur de l'établissement (SDDE), des procédures d'urgence que sont les soins sur demande d'un tiers en urgence (SDTU, 46 %) et les soins en péril imminent (SPI, 34%) requiert de la vigilance.

Le CHGS ne parvient pas à recruter du personnel médical et non médical à la hauteur de ses besoins. La pénurie, ancienne, s'accroît particulièrement parmi le personnel médical : plus de 15 % des postes sont vacants, soit une douzaine de postes, alors que les départs en retraite sont nombreux. Cela concerne aussi la médecine somatique. La présence de praticiens attachés et d'internes en psychiatrie ne permet pas de réaliser les certificats médicaux des patients en SSC et de décider de mesures d'isolement et de contention.

Le rapport met en exergue des lacunes concernant la tenue du registre de la loi, la recherche du tiers, la rédaction des arrêtés des maires en vue de SDRE, la remise aux patients des certificats

médicaux motivant les décisions de SSC et leur information sur les voies de recours dont ils disposent contre ces dernières.

La pénurie médicale s'illustre notamment à travers le délai important nécessaire pour poursuivre les soins en centre médico-psychologique (CMP), des examens somatiques qui ne sont pas réalisés, le collège des professionnels de santé qui ne se réunit pas et ne rencontre pas le patient. L'information des patients est incomplète s'agissant du contenu et de la remise du livret d'accueil, de l'annonce des visites de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), de la communication de l'identité du tiers ou encore de la mise en œuvre d'un système de vidéosurveillance.

Si les instances associant les usagers et leurs représentants sont actives, l'avis des usagers est imparfaitement recueilli par le biais des questionnaires de satisfaction.

Les conditions matérielles de vie sont généralement correctes, sauf le cas de la régulation thermique difficile au CAOD en hiver comme en été, l'absence de wifi pour les patients et l'absence de WC dans les chambres de l'unité pour personnes âgées. Dans cette dernière, la liberté d'aller et venir n'est pas assurée alors que les patients en soins libres y sont très majoritaires et dépendent tous de l'intervention d'un soignant pour ouvrir la porte de l'unité.

La police intervient parfois au contact des patients dans les unités, appelée en renfort par les soignants, sans que la situation ne soit strictement encadrée ni même évaluée.

Enfin, l'examen des pratiques en matière d'isolement et de contention fait apparaître des mesures qui sont mal ou pas enregistrées, des décisions initiales d'isolement engagées pour plus de douze heures et des décisions initiales de contention engagées pour plus de six heures. Le registre de l'isolement et de la contention n'est pas suffisamment exploité en vue de connaître et diminuer le recours à ces mesures. Outre les chambres d'isolement, les chambres sécurisées sont utilisées pour la même fonction d'isolement ; toutes ces chambres ne sont pas équipées d'un dispositif d'appel aux soignants, d'une horloge, d'une chasse d'eau, d'un point d'eau. La vidéosurveillance tend à remplacer le contact humain. L'isolement des enfants se déroule dans une unité pour adultes, sans le relais de la compétence en pédopsychiatrie. Surtout, en cas de risque suicidaire, les patients sont placés nus en isolement.

Parallèlement, le rapport met en valeur des équipes investies largement auprès des patients, y compris par l'intégration des agents des services hospitaliers (ASH), des règles de vie affichées très lisiblement dans chaque unité et issues du règlement intérieur, la libre disposition des effets personnels sauf contre-indication médicale individualisée, un accès permanent à l'air libre – jour et nuit – dans toutes les unités.

Les soins dispensés se démarquent positivement par le dispositif du CAOD à l'entrée de l'établissement, ouvert 24h/24 à toute personne qui ressent la nécessité de soins psychiatriques, par l'investissement du personnel de l'unité Balzac dans la prise en charge des premiers épisodes psychotiques chez le jeune adulte, par le soin des troubles de l'équilibre de la personne âgée sans recourir à la contention chimique ou mécanique.

Le personnel a fait preuve de transparence lors de la visite, motivé par la démarche du CGLPL et par la perspective d'avoir un regard extérieur sur ses pratiques, malgré la charge de travail accentuée par le manque de médecins.

La richesse et la précision des observations relayées par la direction de l'établissement lors de la phase contradictoire d'élaboration du rapport, telles qu'elles sont intégrées à la suite de chaque recommandation, confirme que la réflexion, collective, est vive et la volonté d'agir réelle.

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 15

Malgré la coexistence de plusieurs sites consacrés à la psychiatrie au sein du même centre hospitalier, la prise en charge des patients en soins sans consentement se concentre sur un seul site.

BONNE PRATIQUE 2 20

Une sensibilisation des agents de service hospitalier (ASH) à la psychiatrie est proposée par le biais de la formation.

BONNE PRATIQUE 3 25

Les éléments du règlement intérieur de l'établissement intéressant les patients sont affichés dans toutes les unités, facilement lisibles sous la forme d'un document court et compréhensible.

BONNE PRATIQUE 4 50

Un espace à l'air libre est accessible en permanence dans les unités.

BONNE PRATIQUE 5 57

Seuls des éléments cliniques motivent, le cas échéant, le retrait d'effets personnels aux patients, le principe largement appliqué étant de leur en laisser l'entière jouissance. Cela favorise le maintien des liens avec l'extérieur.

BONNE PRATIQUE 6 59

Si la levée d'hospitalisation a lieu en dehors des heures d'ouverture de la régie, cette dernière contacte la personne le premier jour ouvrable suivant pour organiser la restitution de son dépôt et elle le conserve pendant un temps utile à sa venue.

BONNE PRATIQUE 7 67

L'organisation du centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) permet de répondre en permanence au besoin immédiat de prise en charge en santé mentale des personnes présentes sur le territoire du CHGS, en complément de l'offre située classiquement aux urgences du centre hospitalier général.

BONNE PRATIQUE 8 68

Le personnel d'une unité d'hospitalisation, médical et non médical, développe activement la prise en charge des premiers épisodes psychotiques des jeunes adultes en proposant plusieurs dispositifs, variés, de nature à individualiser la prise en charge et à faciliter l'insertion dans le soin.

BONNE PRATIQUE 9 101

Dans l'unité de psychiatrie de la personne âgée, en complément d'une vigilance forte quant au risque de sur-médication, le personnel prodigue aux patients des soins ayant des effets positifs sur l'anxiété et l'équilibre, également de nature à favoriser le faible recours au matériel antichute ainsi qu'à l'isolement ou à la contention.

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 24

Afin d'éviter un recours abusif à l'arrêté provisoire de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), il conviendrait de renforcer l'information auprès des maires des communes du département sur le cadre prévu par la loi quant à la réalité de l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes.

RECOMMANDATION 2 37

Le collège des professionnels de santé doit se réunir physiquement, et recevoir le patient concerné en formation collégiale.

RECOMMANDATION 3 77

Les chambres sécurisées utilisées comme chambre d'isolement doivent être considérées comme telles afin que les patients puissent garder leur lit d'hospitalisation et n'y séjourner que le temps nécessaire.

RECOMMANDATION 4 83

La décision initiale d'une mesure d'isolement ne doit pas excéder une durée de 12 heures.

RECOMMANDATION 5 83

Les mesures de placement à l'isolement et leur levée doivent être systématiquement enregistrées sur le logiciel Cariatides™ et décidées par un médecin titulaire d'une qualification ordinaire de psychiatrie.

RECOMMANDATION 6 84

Le recours à la vidéosurveillance ne doit pas se substituer à la surveillance physique et à l'interaction relationnelle qui doivent être plus fréquentes.

RECOMMANDATION 7 86

La décision initiale d'une mesure de contention ne doit jamais excéder une durée de six heures.

RECOMMANDATION 8 104

Le transfert, l'admission et le séjour des patients détenus doivent être organisés en amont avec toutes les parties prenantes afin de garantir l'accès de ces patients à l'ensemble de leurs droits.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 21

Le centre hospitalier George Sand doit poursuivre ses efforts en vue de recruter du personnel – et en priorité du personnel médical – et le former aux spécificités de la prise en charge en psychiatrie, notamment s'agissant des droits des patients et du cadre juridique des soins.

RECO PRISE EN COMPTE 2 23

Il conviendrait de systématiser sur toute la durée d'une hospitalisation la recherche d'un tiers demandeur dans le cas d'une décision d'admission en soins en péril imminent. Le recours aux

procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

RECO PRISE EN COMPTE 3..... 25

Le livret d'accueil doit contenir des informations sur la mission, la composition, les dates de réunion et les moyens de saisir la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des usagers et il doit être remis lors de toute admission ou réadmission. Les mêmes informations, ainsi que les moyens de rencontrer la commission départementale des soins psychiatriques quand elle vient en visite, doivent être affichées dans les unités d'hospitalisation accueillant des patients en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 4..... 37

L'indication des dates de la notification des droits des patients placés en soins sans consentement et du recueil de leurs observations prévue à l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) doit figurer au registre de la loi.

La notification de la décision du directeur de l'établissement, prévue à l'article L 3212-5 du CSP, doit être apposée dans le registre de la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 5..... 47

L'établissement doit mettre en place les affichages réglementaires d'information du public de l'existence d'un dispositif de vidéoprotection et des modalités d'exercice du droit d'accès aux images.

RECO PRISE EN COMPTE 6..... 51

Pour les patients amenés dans les unités à contacter leurs proches par le biais d'un téléphone de l'établissement, une ligne et un terminal de téléphonie spécifiques doivent être installés.

RECO PRISE EN COMPTE 7..... 58

La régie doit être aménagée pour en permettre l'accès aux personnes à mobilité réduite.

RECO PRISE EN COMPTE 8..... 75

Il est souhaitable que le centre hospitalier George Sand mette tout en œuvre afin de pourvoir les postes de médecins généralistes dont la vacance ne peut, à terme, que porter préjudice aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 9..... 84

Il doit être mis un terme à la mise à nu intégrale des patients présentant un risque suicidaire. Des moyens respectueux de la dignité humaine doivent être envisagés.

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..... 26

Le certificat médical sur lequel s'appuie une décision de soins sans consentement ainsi que les voies de recours contre cette décision doivent être remis aux patients.

PROPOSITION 2..... 26

En cas de soins sur demande d'un tiers, si l'identité du tiers demandeur n'apparaît pas immédiatement communicable au patient, les soignants doivent cependant se donner les moyens de la faire connaître à celui-ci dès que son état le permet.

- PROPOSITION 3..... 35**
Le questionnaire de satisfaction doit être remis aux patients à l'entrée ou en préparation de la sortie. Les soignants doivent être sensibilisés à l'intérêt d'inciter les patients à le remplir. Si le questionnaire n'est pas adéquat aux besoins des patients de psychiatrie, il doit être adapté.
- PROPOSITION 4..... 39**
L'avocat doit rencontrer son client dans des conditions matérielles qui garantissent la confidentialité de leur entretien.
- PROPOSITION 5..... 42**
Il conviendrait de repenser l'articulation entre les prises en charge hospitalières et ambulatoires afin que les patients puissent bénéficier de soins dans les meilleurs délais et au plus près de leur domicile, une fois sortis des unités de court séjour.
- PROPOSITION 6..... 48**
Les interventions de la police au sein des unités ne sont possibles qu'en cas de trouble à l'ordre public ou dans le cadre d'une procédure judiciaire ; elles doivent être exclues pour toute action relevant de la fonction de soins.
- PROPOSITION 7..... 50**
Sauf exception médicalement motivée, un patient doit pouvoir, s'il le souhaite, accueillir un autre patient dans sa chambre ou y recevoir des visites.
- PROPOSITION 8..... 52**
Les patients doivent pouvoir bénéficier d'un accès à un support informatique et à un réseau wifi.
- PROPOSITION 9..... 55**
Si les locaux sont globalement de bonne qualité, des aménagements doivent être effectués dans certaines unités pour améliorer la prise en charge et garantir l'intimité des patients : verrous de confort sur les portes des chambres et des salles d'eau, ouverture des fenêtres, mobilier des salles de vie, dispositif d'appel aux soignants.
- PROPOSITION 10..... 56**
L'équipement des chambres d'hospitalisation doit inclure un WC directement accessible.
- PROPOSITION 11..... 65**
Le système de régulation thermique au centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) doit être revu afin de donner aux patients et au personnel le confort attendu.
- PROPOSITION 12..... 69**
Il est souhaitable que les entretiens infirmiers soient intégrés dans la planification des soins et enregistrés sur le logiciel à disposition des soignants.
- PROPOSITION 13..... 73**
Il serait profitable aux patients que les activités qui se déroulent dans les ateliers thérapeutiques et au sport soient davantage considérées comme partie intégrante du projet de soins. Les intervenants soignants ou non pourraient être systématiquement invités aux diverses réunions et inscrire leurs bilans et observations dans le logiciel Cariatides™.
- PROPOSITION 14..... 74**
Dans l'intérêt des patients, il conviendrait d'étendre à toutes les unités les programmes d'éducation thérapeutique déjà initiés dans certaines.

PROPOSITION 15..... 80

Les chambres d'isolement ainsi que les chambres sécurisées doivent notamment être équipées d'un dispositif d'appel, d'une horloge présentant la date et l'heure, d'une chasse d'eau manœuvrable par le patient pour le WC et d'un point d'eau pour pouvoir boire et se laver les mains à tout moment.

PROPOSITION 16..... 91

La mise en œuvre d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique ne peut s'appliquer qu'à un patient en soins sans consentement. Dans le cas contraire, la modification du statut juridique des soins s'impose dans les meilleurs délais dans tous les cas.

PROPOSITION 17..... 91

Afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention, le centre hospitalier George Sand doit se doter d'indicateurs lui permettant de connaître pour chaque patient le nombre de mesures, leurs durées initiales et totales et le temps réel passé en isolement ou sous contention pendant son hospitalisation.

PROPOSITION 18..... 97

Le recours à l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen. Il doit être totalement exclu à l'encontre d'enfants de moins de 13 ans. Dans le cas de l'isolement d'un mineur de plus de 13 ans dans une unité pour adultes, il doit être entouré de garanties particulières, incluant notamment l'intervention des soignants de l'unité de pédopsychiatrie.

PROPOSITION 19..... 99

Les patients de l'unité Maupassant doivent par principe bénéficier de leur liberté de circulation et la porte d'entrée de l'unité doit être équipée de manière à leur permettre de jouir du droit d'y entrer et d'en sortir.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 Le centre hospitalier George Sand est un établissement récent, atypique, en constante évolution	13
2.2 La situation financière, qui se dégrade, répond actuellement aux besoins de prise en charge des patients et d'accompagnement des projets	17
2.3 L'établissement ne parvient pas à recruter du personnel médical et non médical à la hauteur de ses besoins	18
2.4 Le nombre de patients admis en soins sans consentement est contenu, alors que le recours aux mesures en urgence et en péril imminent reste trop fréquent et que les décisions du préfet sur arrêtés provisoires des maires sont majoritaires	22
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	25
3.1 L'information écrite et orale sur les droits des patients est incomplète	25
3.2 La confidentialité de l'hospitalisation est recherchée	27
3.3 La personne de confiance, régulièrement désignée, peut s'associer à la prise en charge	27
3.4 Les mesures de protection juridique sont gérées par différents organismes....	28
3.5 L'information sur le droit de vote est donnée.....	30
3.6 La liberté d'exercer le culte de son choix existe mais c'est surtout le culte catholique qui est représenté	30
3.7 Les événements indésirables ne sont pas minimisés et donnent lieu à un réel suivi	30
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	34
4.1 La représentation des usagers est assurée, mais la prise en compte de l'expérience des patients usagers doit être développée	34
4.2 Le registre de la loi ne contient pas toutes les mentions prévues par la loi	35
4.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est effectif	38
4.4 Le contrôle institutionnel n'est effectué que par la CDSP	40
4.5 La préparation à la sortie est perturbée par l'organisation en pôles intra et extra hospitalier distincts	41
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	44

5.1	En dépit de l'absence d'un dispositif de sécurité spécifique, l'établissement offre un cadre sécurisé aux patients, qui peuvent circuler quasiment sans contrainte	44
5.2	Les contraintes dans la vie quotidienne, personnalisées, sont peu nombreuses	49
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont facilitées seulement par la mise en œuvre des moyens personnels des patients.....	50
6.	LES CONDITIONS DE VIE	53
6.1	Les locaux sont de bonne qualité mais ne garantissent pas l'intimité des patients	53
6.2	Les conditions d'hygiène sont garanties malgré l'absence de WC dans les chambres	55
6.3	Les biens du patient sont protégés et faciles d'accès.....	57
6.4	Les repas sont appréciés par les patients.....	59
6.5	La sexualité n'est pas un sujet tabou	61
6.6	Les activités sont nombreuses et diversifiées	61
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES	64
7.1	La prise en charge des patients en urgence bénéficie d'une unité d'accueil et d'orientation permanente au sein de l'établissement psychiatrique.....	64
7.2	Les soins psychiatriques durant l'hospitalisation sont individualisés malgré un contexte de pénurie de psychiatres	67
7.3	La carence de médecins somaticiens risque de porter préjudice à la qualité des soins	74
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	76
8.1	Les locaux d'isolement et le matériel de contention sont partiellement conformes	76
8.2	Malgré un protocole récent, l'isolement et la contention s'accompagnent de décisions non conformes, du recours généralisé à la vidéosurveillance et de la mise à nu intégrale du patient en cas de risque suicidaire.....	81
8.3	L'analyse du registre de l'isolement et de la contention est insuffisante pour appréhender la réalité des pratiques	86
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	92
9.1	La prise en charge en hospitalisation complète des adolescents est assurée dans une unité spécifique.....	92
9.2	Les personnes âgées sont prises en charge en court séjour dans une unité fermée ne disposant que de WC collectifs.....	98
9.3	La prise en charge des personnes détenues, rare, est encore insuffisamment protocolisée	101
10.	CONCLUSION.....	105

Rapport

Contrôleurs :

- Fabienne VITON, cheffe de mission ;
- Annie CADENEL, contrôleure ;
- Matthieu CLOUZEAU, contrôleur ;
- Marie PINOT, contrôleure ;
- Dominique SECOUET, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier George Sand (CHGS), sis à Bourges (Cher), du 2 au 12 décembre 2019.

Cette mission constituait une première visite.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Dès l'arrivée des contrôleurs le lundi 2 décembre à 15h, une réunion de présentation de la mission s'est déroulée en présence d'une quarantaine de personnes parmi lesquelles la direction du CHGS, des médecins dont des chefs de pôle et une interne, la vice-présidente en charge des libertés et de la détention au tribunal judiciaire (TJ) de Bourges, des cadres supérieurs et des cadres de santé, un cadre socio-éducatif, un ingénieur des services techniques, un représentant de l'UNAFAM¹ ainsi que des représentants du personnel.

Le directeur de cabinet du préfet du Cher, le président du TJ de Bourges et le procureur de la République près le même tribunal, le directeur territorial de l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de la visite. Les contrôleurs se sont entretenus par téléphone avec le président du conseil de surveillance, la directrice départementale de la sécurité publique et le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSF). Ils ont rencontré le juge des libertés et de la détention (JLD) et le président de la commission médicale d'établissement (CME).

Des affichettes annonçant la visite du CGLPL ont été placées dans l'ensemble des unités d'hospitalisation avant l'arrivée des contrôleurs.

L'ensemble des documents demandés a été transmis aux contrôleurs et une salle équipée a été mise à leur disposition.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir en toute confidentialité avec des patients hospitalisés.

Ils se sont également déplacés dans l'établissement dans la soirée du mardi 10 décembre 2019.

Une réunion de fin de mission s'est tenue le jeudi 12 décembre à 11h devant une assemblée composée de la même façon que lors de la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 13 mai 2020 au directeur du CHGS, au président du TJ et au procureur de la République près le même tribunal, au préfet, au directeur

¹ UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

de la délégation territoriale de l'ARS. Le procureur de la République y a répondu le 2 juin et le directeur du CHGS le 29 octobre. Les observations transmises par ce dernier l'ont été après présentation aux instances de concertation de l'établissement. Toutes ces observations ont été intégrées au présent rapport, définitif.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND EST UN ETABLISSEMENT RECENT, ATYPIQUE, EN CONSTANTE EVOLUTION

2.1.1 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier George Sand (CHGS) a été créé le 1^{er} janvier 2003 de la fusion du centre hospitalier Beauregard à Bourges (Cher), du centre hospitalier de Chezal-Benoît (Cher) et du centre hospitalier de Dun-sur-Auron (Cher). Ces deux derniers accueillait à l'origine les « aliénés inoffensifs et incurables » du département de la Seine, dont ils étaient un des dispositifs de prise en charge hors Ile-de-France à des fins de désencombrement, caractérisé notamment par un grand nombre de places d'accueil familial thérapeutique (AFT) dont l'existence perdure. Le syndicat interhospitalier de santé mentale du Cher a présidé à la destinée commune de ces trois entités de 1998 à 2003, avant la création du CHGS dont la direction générale est installée à Bourges, sur le site de l'ancien hôpital Beauregard, 77 rue Mallet.

Tout en préservant la capacité à desservir le territoire s'agissant des personnes âgées dont la prise en charge médico-sociale est toujours assurée en proximité dans chacun des sites dans trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des vocations différentes ont été données aux trois entités du CHGS :

- à Bourges, la psychiatrie de court séjour pour adultes, la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent et une unité de soins de longue durée (USLD) ;
- à Chezal-Benoît, la psychiatrie au long cours pour adultes, ainsi qu'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et une unité d'addictologie ;
- à Dun-sur-Auron, une maison d'accueil spécialisée (MAS), l'AFT, une unité de psychiatrie au long cours pour adultes et une unité de soins de longue durée (USLD).

Le CHGS offre un total de 1 102 lits et places réparties ainsi :

- 330 en hospitalisation complète et places médico-sociales, 332 en hospitalisation de jour, 245 en AFT, 275 en USLD et EHPAD ;

soit

- 418 à Bourges, 237 à Chezal-Benoît, 447 à Dun-sur-Auron.

En 2003, cette offre a été restructurée en quatre pôles de soins, complétés par un pôle logistique :

- le pôle extra hospitalier, qui regroupe cinq centres médico-psychologiques (CMP) dits pivots (deux à Bourges, un à Vierzon (Cher), un à Saint-Florent-sur-Cher (Cher), un à Issoudun (Indre) et un à Orval (Cher)) complétés par cinq CMP dits relais, ainsi que l'AFT ;
- le pôle intra hospitalier, qui réunit une unité d'accueil d'urgence dite centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) à Bourges, l'unité d'hospitalisation en addictologie à Chezal-Benoît, cinq unités d'hospitalisation de court séjour à Bourges (les unités Musset, Chopin, Maupassant, Flaubert, Balzac), cinq unités de psychiatrie au long cours à Chezal-Benoît (les unités Nohant, Delacroix A et B, Gargillesse) et à Dun-sur-Auron, ainsi que le FAM à Chezal-Benoît et la MAS à Dun-sur-Auron ;

- le pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA)², qui rassemble des CMP à Bourges, Vierzon, Saint-Amand-Montrond (Cher), des hôpitaux de jour, un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) à Bourges, une équipe mobile de liaison dans le service de pédiatrie du CH Jacques Cœur de Bourges, une unité d'hospitalisation dite centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA) à Bourges ;
- le pôle EHPAD et USLD.

L'activité se répartit dans les unités d'hospitalisation en fonction des besoins de prise en charge et non pas du lieu de résidence. Cette organisation s'affranchit de toute notion de sectorisation. Si la prise en charge ambulatoire des adultes est, en principe, assurée au sein du pôle extra hospitalier, les propos recueillis et les constats effectués au sein du pôle intra hospitalier pendant la visite montrent qu'il existe aujourd'hui des difficultés s'agissant d'assurer aux patients la continuité des soins à l'issue de l'hospitalisation (cf. §.4.5.3). S'il n'est pas possible d'imputer ces difficultés à l'organisation bipolaire du CHGS, il n'est pas possible non plus d'écarter cette hypothèse. En tout cas, le CGLPL a constaté le développement d'actes ambulatoires au sein des unités d'hospitalisation, sous forme de consultations, d'hospitalisations de jour, d'activités thérapeutiques, qui témoignent d'une organisation animée par la volonté d'assurer par tous les moyens la continuité des soins. Pourtant, face à ce constat, l'organisation n'est pas interrogée par les professionnels, qui, pour certains, n'ont pas connu d'autre architecture de prise en charge. Cette réflexion sur l'organisation est pourtant primordiale puisque des moyens matériels et humains lui sont attachés.

Le CGLPL a particulièrement contrôlé les unités d'hospitalisation complète accueillant des personnes en soins sans consentement, ou dont les patients ne peuvent circuler librement, ou équipées d'une chambre d'isolement, soit six unités totalisant 115 lits à Bourges :

- le centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD), quatorze lits, unité fermée comportant en sus une chambre d'isolement (CI) ;
- le centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA), huit lits, unité ouverte (cf. §.9.1) ;
- l'unité Maupassant pour les personnes âgées, vingt-quatre lits, unité fermée dans le souci de protéger les patients souffrant de pertes de repères ;
- l'unité Musset, vingt-cinq lits, unité fermée comportant six chambres sécurisées (CS) et, en sus, deux CI ;
- l'unité Chopin, vingt-huit lits, unité ouverte comportant en sus une CI ;
- l'unité Balzac pour les jeunes adultes, seize lits, unité ouverte comportant une CS et, en sus, une CI.

Les contrôleurs se sont également rendus dans l'unité Flaubert (dix-huit lits, à Bourges) et dans les unités Nohant, Delacroix, Gargillesse (respectivement trente et un, vingt-huit et trente et un lits, à Chezal-Benoît), qui n'accueillent que des patients en soins libres dans des unités ouvertes et sans dispositif d'isolement.

Le CHGS s'est doté d'une organisation cohérente en matière de prise en charge des patients en soins sans consentement : elle se concentre exclusivement sur le site de Bourges, ce qui est de nature à mieux préserver leurs droits en spécialisant les équipes.

² A la différence des autres pôles, la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent n'est pas bâtie sur une distinction de l'intra et de l'extra hospitalier.

BONNE PRATIQUE 1

Malgré la coexistence de plusieurs sites consacrés à la psychiatrie au sein du même centre hospitalier, la prise en charge des patients en soins sans consentement se concentre sur un seul site.

Le CHGS fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Cher, dont l'établissement support est le centre hospitalier Jacques Cœur à Bourges, depuis le 1^{er} juillet 2017.

2.1.2 L'activité

L'établissement offre sa prise en charge en santé mentale à l'ensemble de la population du département du Cher, soit plus de 300 000 habitants en 2019, à laquelle s'ajoutent les 14 000 habitants du canton d'Issoudun dans le département de l'Indre voisin. Une seule clinique, à Vierzon (Cher), complète l'offre sur ce territoire de près de 7 400 km², peuplé de 42,4 habitants/km², marqué par sa ruralité ainsi que par un taux de chômage et un taux de pauvreté importants³. Les villes les plus éloignées de la carte des cinq secteurs de psychiatrie pour adultes comme celles des quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont distantes de plus de 150 kilomètres.

L'établissement couvrant l'ensemble du territoire, la notion de secteur n'est pas utilisée. Son organisation en pôles ne s'y réfère pas non plus.

Selon les données communiquées par l'établissement, 84 % de la file active en 2018 a été prise en charge par le pôle extra hospitalier. Elle est en augmentation tant pour les majeurs que pour les mineurs (+ 4,38 % entre 2017 et 2018), alors que le nombre d'actes est constant. Les délais pour obtenir un rendez-vous en CMP sont du jour au lendemain avec un infirmier, près de trois mois avec un psychiatre, supérieurs à trois mois avec des thérapeutes familiaux.

Concernant l'activité intra hospitalière, les données relevées entre 2017 et 2018 entraînent les constats suivants :

- la file active est en augmentation forte (+ 8 %), particulièrement dynamisée par les unités de court séjour (+ 14,5 %) et l'unité d'addictologie (+ 11,8 %) ;
- le nombre d'entrées diminue légèrement (- 0,8 %) à l'exception des entrées en court séjour qui augmentent de plus de 18 % ;
- le nombre de journées réalisées diminue nettement (- 3,8 %), à l'exception de celles au CAOD qui stagnent et de celles au CASA qui augmentent de 36,6 %.

Les données d'activité des unités de psychiatrie au long cours (UPLC) – diminution forte du nombre d'entrées et du nombre de journées réalisées, augmentation de 1,1 % de la file active – s'expliquent, selon les informations recueillies, à la fois par la fermeture de lits et la gestion des absences des patients.

Tant dans le pôle extra hospitalier que dans le pôle intra, l'augmentation de la file active témoigne de la prise en charge de nouveaux patients et de la volonté de raccourcir les séjours en hospitalisation complète. L'activité de l'établissement est donc en mutation, déjouant en partie le risque d'hospitalocentrisme que son organisation bipolaire pourrait engendrer.

³ Source INSEE, Statistiques et études, comparateur de territoires, données de 2016.

La durée moyenne de séjour (DMS) comme la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) de l'ensemble des unités du pôle intra hospitalier (accueil de crise, court séjour, mais aussi long cours) a diminué entre 2017 et 2018 : DMS de 27,22 jours devenue 25,14 jours, DMH de 59,64 jours devenue 56,94 jours.

Concernant les seules unités d'accueil et de court séjour visitées par les contrôleurs, des nuances existent selon les unités (diminution des DMS et DMH à Balzac et Musset ; diminution très forte des DMS et DMH à Chopin et Flaubert ; légère augmentation de la DMS et diminution de la DMH à Maupassant ; stabilité au CAOD). Les durées s'établissent ainsi :

2018	Balzac	Musset	Flaubert	Maupassant	Chopin	CAOD
DMS	19,35	36,09	31,72	44,60	22,25	3,17
DMH	27,05	44,24	45,67	46,34	37,78	4,47

Dans ce contexte, le taux d'occupation des unités n'appelle pas d'observation défavorable entre 2017 et 2018 : il stagne au CAOD (taux d'occupation en 2018 de 98,4 %), augmente dans les unités de prise en charge au long cours, en addictologie et à CASA (91,8 %, 87,7 % et 80,9 % respectivement), diminue dans les unités de court séjour (93,3 %), sans sur occupation.

Leur taux d'occupation le 2 décembre 2019 était de : 92,8 % au CAOD ; 100 % au CASA ; 91,6 % à Maupassant (personnes âgées) ; 92 % à Musset ; 82,1 % à Chopin ; 87,5 % à Balzac (jeunes adultes).

2.1.3 Les projets et les objectifs

Le CHGS dispose d'un projet d'établissement élaboré pour les années 2016 à 2020. Il se présente dans la continuité des précédents, dans le souci d'affiner les rôles donnés à chacun des trois sites tels qu'issus de la fusion en 2003, en insistant sur la nécessité de coordonner les dispositifs.

Il est prévu que l'hospitalisation en addictologie quitte Chezal-Benoît et emménage à Bourges.

L'attention est portée aux hospitalisations inadéquates à Chezal-Benoît pour y diminuer le nombre de lits de psychiatrie générale et augmenter le nombre de places en médico-social ; effectivement, lors de la visite des contrôleurs à Chezal-Benoît, la fermeture de l'unité Gargillesse était préparée pour l'été 2020, ses patients étant répartis soit dans des structures médico-sociales, soit dans l'unité Nohant.

Les locaux du CMP de Vierzon font l'objet de travaux pour regrouper, en un même lieu, l'accueil des enfants et des adultes. Le projet médical renforce les spécificités des pôles et avance la volonté de mieux identifier des filières de soins (enfants et adolescents, jeunes adultes, personnes âgées) ; le projet de soins met en avant le développement de l'éducation thérapeutique et du parcours des patients, les compétences soignantes.

En 2017, l'établissement s'est soumis à la visite de certification de la haute autorité de santé (HAS), qui a émis des réserves quant aux droits des patients : registre isolement et contention, vidéosurveillance, seaux hygiéniques dans des chambres d'isolement (CI), problèmes d'inconfort et d'intimité dans des locaux vétustes à Dun-sur-Auron et Chezal-Benoît, oculi dans des portes de chambre, etc. Ces réserves ont été levées lors des visites de suivi de novembre 2018 puis de mai 2019, l'établissement ayant effectué les modifications nécessaires, démontrant sa capacité d'adaptation. Des travaux restaient en cours lors de la visite du CGLPL, concernant notamment la liberté de circulation des patients de l'unité Maupassant.

Parallèlement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) court de 2019 à 2023. L'établissement s'est, par exemple, engagé à mieux investir le parcours de soins des patients au plus près de leur lieu de résidence ou encore à développer les actions d'éducation thérapeutique, actions qui renvoient à son projet d'établissement actuel.

Le CHGS répond également à des appels à projets, dont le point commun est de mieux inscrire son action dans le territoire pour éviter l'hospitalisation. Certains de ces projets imaginés par le CHGS sont portés par le GHT du Cher. Une équipe mobile psychiatrie précarité, une équipe mobile handicap psychique, une équipe mobile d'appui à la périnatalité, une équipe d'appui et de conseil technique aux acteurs médico-sociaux et aux familles prenant en charge des enfants « inclassables » ou « incasables » sont projetées. L'unité Balzac souhaite renforcer son rôle en matière de remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale des premiers épisodes psychotiques. A la date de la visite du CGLPL, des crédits spécifiques avaient été attribués pour l'équipe mobile précarité et psychiatrie.

Enfin, le CHGS investit auprès des acteurs de son territoire à travers un projet territorial de santé mentale (PTSM) lancé en juin 2019. Il complète l'existence d'un conseil local de santé mentale (CLSM) qui concerne Bourges et de quatre contrats locaux de santé mentale avec les communes principales du territoire du CHGS. Le diagnostic quantitatif a été réalisé, le diagnostic partagé est en cours au sein de cinq groupes de travail qui doivent rendre leurs conclusions avant l'été 2020. Les acteurs du PTSM devaient se réunir en janvier 2019. Le CHGS met à sa disposition ses ressources humaines.

Dans le cadre du GHT, il est projeté en 2023 le déploiement d'un logiciel commun englobant le dossier patient informatisé.

L'élaboration du projet d'établissement suivant est annoncée courant 2020.

2.2 LA SITUATION FINANCIERE, QUI SE DEGRADE, REpond ACTUELLEMENT AUX BESOINS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS

Avec une dotation annuelle de financement (DAF) de près de 60 millions d'euros, l'établissement est considéré comme surdoté de près de 9 millions d'euros depuis la mise en place de la péréquation financière, principalement parce qu'il couvre une population peu importante⁴. Depuis 2014, la DAF n'a augmenté que de 0,4 %. Or, en 2017, l'établissement a été déficitaire d'environ 200 000 euros, l'a été dans une moindre mesure en 2018 et projetait de l'être à nouveau en 2019.

La gestion rigoureuse des dépenses depuis de nombreuses années a permis d'amortir l'impact de la diminution de la DAF et de conserver la marge financière nécessaire aux investissements. Entre 2014 et 2018, les charges à caractère médical ont diminué de 11,4 %, celles à caractère hôtelier et général de 4,5 %. Parallèlement, les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles ont augmenté de 1,1 % et celles en personnel de 2,1 %.

⁴ Une autre raison apparaît : parmi les critères de péréquation mis en place par l'ARS Centre – Val de Loire, le nombre de journées d'hospitalisation complète en soins sans consentement bénéficie d'une surpondération (à une journée en SSC est attribuée un coefficient de 1,25) qui est défavorable au CHGS dans la mesure où un nombre maîtrisé de patients y est hospitalisé en SSC, et que leur séjour sous le statut du SSC est court (cf. §.2.4).

Concernant l'évolution à la hausse des charges en personnel, elle se justifie seulement par le coût important du glissement vieillesse technicité (GVT) amputé de dépenses que l'établissement ne parvient pas à engager en matière de recrutement du personnel (*cf. infra* §. 2.3).

Dans ces conditions, la situation financière favorable, fruit d'années successives de dépenses maîtrisées mais aussi de dépenses que l'établissement ne parvient pas à engager, n'est pas destinée à perdurer. Mais à ce jour, elle ne limite pas la prise en charge des patients et l'accompagnement des projets médicaux et soignants.

2.3 L'ETABLISSEMENT NE PARVIENT PAS A RECRUTER DU PERSONNEL MEDICAL ET NON MEDICAL A LA HAUTEUR DE SES BESOINS

2.3.1 Le personnel médical

Depuis plusieurs années, la pénurie de médecins s'accroît :

- en 2017, sur 39,42 équivalents temps plein (ETP) budgétés, 2,7 ETP n'étaient pas pourvus, soit 6,85 % ;
- en 2018, sur 40,11 équivalents temps plein (ETP) budgétés, 3,29 ETP n'étaient pas pourvus, soit 8,20 % ;
- en 2019, sur 41,13 équivalents temps plein (ETP) budgétés, 5,71 ETP n'étaient pas pourvus, soit 13,88 %.

Plus de la moitié des médecins est âgée de plus de 55 ans. Sept départs à la retraite sont programmés rapidement, qui vont accroître la pénurie.

Cela concerne tous les pôles. Le jour de la visite du CGLPL :

- le pôle extra hospitalier est couvert par quinze médecins correspondant à 13,8 ETP et 2,6 ETP ne sont pas pourvus (soit 15,85 % des ETP du pôle) ;
- le pôle intra hospitalier est couvert par dix-neuf médecins correspondant à 17,02 ETP et 3 ETP ne sont pas pourvus (soit 14,98 % des ETP du pôle) ;
- le pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA) est couvert par six médecins correspondant à 5,6 ETP et 1 ETP n'est pas pourvu (soit 15,15 %). L'unité d'hospitalisation CASA est couverte entièrement par un praticien hospitalier pour 0,5 ETP.

Parmi les ressources médicales, vingt-quatre sont des praticiens hospitaliers, huit sont des cliniciens (contractuels), cinq sont des praticiens attachés, trois sont des internes. Ces derniers, comme trois des praticiens attachés, œuvrent dans le pôle intra hospitalier ; ils y représentent près d'un tiers de la ressource médicale, alors qu'ils ne disposent pas de la capacité à signer des certificats relatifs aux soins sans consentement et à décider de mesures d'isolement ou de contention.

La présence d'internes est récente : depuis deux semestres. L'établissement l'encourage, dans une optique de recrutement au terme de la formation.

Le CHGS propose aussi des postes de cliniciens qu'il ne parvient pas à pourvoir.

La prise en charge somatique n'est plus assurée que par un médecin généraliste (contre deux précédemment), qui couvre 0,6 ETP sur plusieurs sites du CHGS (*cf.* §.7.3).

Par exception à la pénurie générale, ancienne et qui s'accroît, trois praticiens hospitaliers pharmaciens couvrent les 2,8 ETP de cette spécialité (*cf.* §.7.2.3).

2.3.2 Le personnel non médical

Le CHGS dispose en 2019 de 1 261,84 ETP de personnel non médical, dont 19,48 ETP ne sont pas pourvus faute d'arriver à recruter (soit 1,54 % de postes vacants). La situation était aggravée les deux années précédentes (plus de 1,82 % de postes vacants).

Les services de psychiatrie s'en sortent un peu mieux que les services médico-sociaux : seulement 1,2 % des postes non médicaux y sont vacants.

Entre les pôles de psychiatrie, le nombre de postes vacants est plus important dans l'intra hospitalier (psychiatrie générale adultes) : 5,5 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ne sont pas occupés. Dans le pôle extra hospitalier, un seul ETP d'IDE n'est pas occupé. Dans le pôle PMPEA, un seul ETP de personnel de soins et rééducation n'est pas occupé, dans un service ambulatoire. L'absentéisme est élevé : il s'établissait à plus de 9 % en 2018⁵, dû à des congés longue maladie et des congés longue durée, avec toutefois une tendance globale à la baisse observée début 2019. Les congés maternité tendent à augmenter.

Le CHGS a recours à du personnel contractuel pour combler les manques – près de cinquante contrats en 2018 – mais, là encore, il ne parvient pas toujours à le faire malgré les conditions très favorables qu'il propose (bourses, promotion professionnelle, stagiatisation dès l'embauche, démarches dans les instituts de formation en soins infirmiers [IFSI], logement gratuit, etc.). Il a aussi organisé une équipe de six IDE et dix aides-soignants (AS) chargés de remplacer les agents en formation ou en congés (sauf les congés annuels).

Les compétences infirmières spécialisées (professionnels issus de l'ancienne filière de formation spécialisée en psychiatrie) tendent à partir à la retraite, remplacées par des IDE qu'il faut former à la psychiatrie, même si les contrôleurs ont encore pu rencontrer, dans les équipes infirmières, du personnel spécialisé. Les cadres de santé, qui ont pour la plupart pris leur poste récemment en remplacement d'agents partis à la retraite, sont encore parfois issus de la filière infirmière spécialisée, comme les cadres supérieurs rencontrés. Malgré les difficultés dues au remplacement des générations, une culture de psychiatrie persiste.

Chaque unité a son personnel spécifique, composé systématiquement d'un cadre de santé et d'un agent administratif (deux au CAOD), ainsi que de :

- une dizaine (Flaubert, Maupassant) à une vingtaine (Musset) voire vingt-cinq (CAOD) IDE ;
- moins d'une dizaine (Musset, Chopin, Balzac, CAOD) à plus d'une dizaine (Flaubert, Maupassant) d'AS ;
- trois ou quatre agents des services hospitaliers qualifiés (ASH) ;
- un (Maupassant, Musset, Flaubert) à deux (CAOD) psychologues ;
- un mi-temps d'assistante sociale ;
- personnel en temps partiel de soins et rééducation et socio-éducatif (Balzac).

Les IDE et AS travaillent la nuit, en roulement, les équipes de nuit des unités n'étant en principe pas spécifiques, afin d'assurer la continuité de la prise en charge entre le jour et la nuit : il s'agit de la présence d'un IDE et d'un AS à Maupassant et à Flaubert, de trois IDE au CAOD, de deux IDE à Chopin, Musset, Balzac. Le principe est mis à mal par la satisfaction de convenances personnelles et par la multiplication de certificats émanant du médecin du travail qui imposent à certains soignants un travail de nuit. Pour autant, lors de la visite de nuit du CGLPL, les équipes

⁵ Source : Bilan social du CHGS, 2018.

rencontrées étaient encore majoritairement mixtes, alternant le travail de jour et le travail de nuit.

Les unités Nohant, Delacroix et Gargillesse à Chezal-Benoît ont des équipes renforcées en personnel de soins et rééducation ainsi que socio-éducatifs, en rapport avec le public pris en charge. L'unité CASA offre la présence de chacun de ces spécialistes.

L'ensemble du personnel non médical est associé à l'équipe soignante (y compris les ASH) et participe à ce titre aux réunions quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles, etc. Il bénéficie de formations.

2.3.3 La formation

Un plan de formation est offert aux agents et suivi par le CHGS chaque année. Il prévoit de la formation individuelle en lien avec la promotion professionnelle (en 2019, plus de 290 000 euros), des formations institutionnelles et des formations réglementaires (près de 187 000 euros), les besoins exprimés par les pôles et par des catégories de professionnels ainsi que des « imprévus » liés principalement à l'adaptation à l'emploi (plus de 500 000 euros), les demandes individuelles dans le cadre du compte personnel de formation (30 000 euros). Au pôle intra hospitalier sont directement consacrés plus de 106 800 euros, au PMPEA plus de 83 000 euros.

Si de nombreuses formations sont offertes à « tous », y compris aux ASH s'agissant de sensibilisation à la maladie mentale, aucune n'est directement organisée en direction du corps médical.

BONNE PRATIQUE 2

Une sensibilisation des agents des services hospitaliers (ASH) à la psychiatrie est proposée par le biais de la formation.

Parmi les formations mises en place, sont citées naturellement par des interlocuteurs de tous corps de métiers celles à la sémiologie psychiatrique (assurée par un médecin du CHGS), la gestion de la violence⁶, l'entretien infirmier, l'isolement et la contention.

Dans le cadre des discussions relatives aux prises en charge thérapeutiques mises en place dans les unités, des compétences particulières ont été présentées par les soignants, IDE ou AS, acquises en formation continue et immédiatement mises au profit du projet de l'unité dans laquelle ils travaillent : toucher-massage, relaxation ou relaxation-méditative (Maupassant, Nohant), réflexologie plantaire (Nohant), hypnose (Maupassant), *case-management*, remédiation cognitive (Balzac), éducation thérapeutique du patient, etc.

L'attention portée aux nouvelles embauches d'IDE, qui prennent pour la première fois un poste en psychiatrie adultes, se manifeste dans le « programme intégratif » proposé, incluant formation (sémiologie psychiatrique, entretien infirmier, gestion de l'agressivité et de la violence,

⁶ Des ateliers « prévention et gestion de la violence » animés par un éducateur extérieur étaient organisés tous les 15 jours pendant 45 minutes mais, au terme de trois à quatre années, ils ont connu une désaffection et ont cessé.

droit des patients, droits et obligations des soignants, bienveillance) et dispositif de tutorat ambitieux initié en 2015⁷.

La direction et l'encadrement déplorent le manque d'intérêt du personnel pour la formation : un dispositif de supervision a, par exemple, longtemps été proposé aux équipes, mais celles des unités de soins psychiatriques ne s'en saisissaient pas et le dispositif a été suspendu (à l'exception de celle du CASA, cf. §.9.1.2.c). Le personnel soignant déplore, quant à lui, que ses demandes n'aboutissent pas plus vite ou n'aboutissent pas (ce propos a surtout concerné la formation à l'entretien infirmier). Et le personnel médical estime que sa formation continue est insuffisante.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le centre hospitalier George Sand doit poursuivre ses efforts en vue de recruter du personnel – et en priorité du personnel médical – et le former aux spécificités de la prise en charge en psychiatrie, notamment s'agissant des droits des patients et du cadre juridique des soins.

Par le biais des observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement apporte les éléments suivants :

« L'établissement a obtenu l'autorisation de l'ARS de recruter jusqu'à onze praticiens sous le statut de clinicien, statut dérogatoire qui accorde des avantages de rémunération. Il publie régulièrement ses vacances de postes aux deux tours de recrutement annuels publiés au JO et a multiplié ses publications dans différents médias et les réseaux sociaux. Il a également élargi le nombre de ses terrains de stage pour les internes dont un, en phase approfondissement, en médecine générale. Il a également été agréé pour deux terrains de stage de consolidation pour les internes en fin de cycle (docteurs juniors) pour le semestre de novembre 2020 et trois pour le semestre de mai 2021.

Le prochain semestre 2020 qui débute en novembre, l'établissement accueillera quatre internes en psychiatrie, un DFSMS-A en psychiatrie et son 1^{er} interne en médecine générale. C'est la 1^{ère} fois qu'autant d'internes sont affectés sur un même semestre dans l'établissement.

La DRH et le service Info/Com ont initié un groupe de travail sur la stratégie de recrutement IDE et l'établissement participe autant que possible aux forums pour l'emploi.

Le CHGS a signé la charte de recrutement du GHT 18.

Depuis la visite de l'équipe du CGLPL, le CHGS a recruté un médecin somaticien clinicien temps plein qui a pris ses fonctions en août 2020 et un recrutement de psychiatre attaché associé est en cours. Il est en contact actuellement avec deux médecins somaticiens et l'issue de ces démarches semble être positive.

Au-delà de la politique de recrutement, le CHGS est particulièrement attentif aux conditions d'accueil et de vie des praticiens et internes dans l'établissement et a décidé d'aménager, au décours du prochain projet d'établissement, une maison des médecins incluant chambres de garde, logements des internes, espace déjeuner et détente.

⁷ En juin 2019, le bilan du tutorat fait état de seize IDE et deux cadres de santé formés à être tuteurs ; sur douze IDE nouvellement embauchés, trois ont accepté de s'inscrire dans la démarche (soit un quart seulement). En décembre 2019, deux nouveaux IDE ont accepté le tutorat, portant à cinq le nombre total de nouveaux IDE engagés. La mise en place du tutorat s'accompagne de la remise individuelle d'un carnet de professionnalisation et de la signature d'une feuille d'engagement par le tuteur et le tuteuré.

L'établissement vient de réaliser un film promotionnel de 3 minutes sur ses activités et les atouts d'un exercice en son sein pour le rendre plus attractif. Ce film sera largement distribué et communiqué.

Sur la formation, le CHGS a, depuis 3 ans, initié une formation institutionnelle ouverte à tous les professionnels et aux représentants des usagers, consacrée aux droits des patients et résidents. Il s'inscrit dans le récent dispositif de formation d'infirmières en pratique avancée dont le cœur de la mission portera sur les spécificités de la psychiatrie : deux sont actuellement en formation, quatre autres intégreront ensuite la formation.

Toutefois le nombre de médecins formés chaque année, notamment en psychiatrie et médecine générale, dépend de politiques nationales sur lesquelles le CHGS n'a aucune maîtrise ou influence. »

2.4 LE NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST CONTENU, ALORS QUE LE RECOURS AUX MESURES EN URGENCE ET EN PERIL IMMINENT RESTE TROP FREQUENT ET QUE LES DECISIONS DU PREFET SUR ARRETES PROVISOIRES DES MAIRES SONT MAJORITAIRES

Au 2 décembre 2019, 29 patients (sur un total de 234 patients) étaient hospitalisés en soins sans consentement (SSC) :

- 22 patients sur décision du directeur d'établissement (SDDE), dont 4 à la demande d'un tiers (SDT), 10 à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et 8 en péril imminent (SPI) ;
- 7 patients sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Les chiffres, peu élevés de patients en SSC au jour de la visite des contrôleurs, se confirment sur la durée. Les données fournies par l'établissement sur les années 2017, 2018 et 2019 sont stables. En 2019, les patients en SSC ont été au nombre de 272 (287 patients en 2018), soit 18 % des patients hospitalisés à temps complet, se décomposant comme suit :

- 205 patients hospitalisés en SSDE, dont 70 en SPI (les données concernant les patients en SDT et SDTU n'ont pas été communiquées, mais uniquement les données concernant les mesures, soit 31 mesures de SDT et 86 mesures de SDTU). En 2018, 264 patients en SSDE dont 91 en SPI ;
- 32 patients hospitalisés en SDRE, dont 24 à la demande d'un maire, 2 personnes détenues et 3 sur décision judiciaire (en 2018, 36 patients en SDRE, dont 30 à la demande d'un maire, 1 personne détenue et 3 sur décision judiciaire).

De plus, on constate une baisse des SDRE sur plusieurs années, lesquelles étaient au nombre de 66 en 2011.

C'est ainsi que le département du Cher – dont le CH de Bourges assure la totalité des SSC – se place au plus bas dans l'échelle régionale et nationale des taux de recours aux SSC en psychiatrie : 85,6 / 100 000 habitants⁸.

Cependant, deux faits constituent un sujet de préoccupation.

Tout d'abord, s'agissant des SDDE, on observe la prépondérance accrue au fil des années des SDTU et des SPI. Le nombre de patients hospitalisés en SDTU est de 46 % des hospitalisations en SSDE, tandis que celui de ceux hospitalisés en SPI représente 34 % des SSDE. La direction de l'établissement, consciente de cette situation, la rapporte pour les SDTU à la difficulté de plus en

⁸ Source : diagnostic territorial partagé du PTSM du Cher, à partir RIM-P – 2015.

plus grande à obtenir un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement (SOS médecins, sollicité pour la rédaction de ces certificats médicaux, a réduit au fil des années ses interventions en ce sens) et, pour les SPI, à la difficulté du service des urgences à identifier dans les délais impartis un tiers demandeur. Or, comme le rappelle la CDSP au fil de ses rapports annuels (cf. §.4.4.1), l'admission en SDTU ou en SPI doit rester exceptionnelle, et il convient de s'interroger sur la réelle dimension d'urgence ou de péril encouru par la personne⁹. Une procédure a été mise en place en cas d'admission en SPI : le bureau des admissions adresse systématiquement dans les 24 heures un mél à l'unité d'hospitalisation pour s'assurer qu'un proche a été informé. Dans quelques rares cas avant la fin du délai de 24 heures, cela a pu permettre que la décision d'admission initiale repose sur la demande d'un tiers. Il conviendrait de systématiser cette démarche pendant la durée de l'hospitalisation, pour permettre le remplacement de la mesure de SPI en SDT.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Il conviendrait de systématiser sur toute la durée d'une hospitalisation la recherche d'un tiers demandeur dans le cas d'une décision d'admission en soins en péril imminent. Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Le directeur du CHGS, dans ses observations au rapport provisoire, indique :

« Le service des admissions sollicitera le cadre de santé de l'unité régulièrement jusqu'à l'obtention des coordonnées d'un tiers ou que l'impossibilité d'impliquer un tiers dans un changement de statut de la mesure soit avérée. L'établissement va se rapprocher des services de l'ARS pour la transformation de la mesure de SPI en SDT dans le cadre de l'harmonisation des pratiques régionales.

Dans le Cher, le recours aux soins sans consentement est moindre que dans la moyenne nationale (73 jours d'hospitalisation pour 1 000 habitants dans le 18, le double en moyenne nationale) et régionale. Ainsi que le souligne le rapport provisoire, l'établissement a le souci de les regrouper sur un seul de ses sites afin de faciliter la prise en charge et la politique d'ensemble.

Le PTSM, dont le CHGS est porteur, a identifié dans une fiche action prioritaire, un volet formation/sensibilisation des acteurs de santé mentale et un volet spécifique portera sur la formation des élus compte tenu des élections intervenues récemment.

En externe, dans le cadre du volet psychiatrie/santé mentale du projet médical partagé, une sensibilisation/formation sera proposée aux établissements membres du GHT18, sur la procédure pour péril imminent, les médecins urgentistes principalement, y ayant assez fréquemment recours, Cette action pourrait être ouverte aux hôpitaux des départements voisins, de l'Indre et de la Nièvre. »

Deuxièmement, s'agissant des SDRE, on constate une part majeure des mesures ayant pour origine des arrêtés provisoires pris par des maires (80 %). Il est d'ailleurs à noter qu'en 2018,

⁹ La haute autorité de santé (HAS) prévoit que « en cas de danger ou péril imminent, le médecin doit [...] : expliciter en quoi l'état de santé de la personne représente un péril, justifier en quoi ce péril est imminent, justifier en quoi l'état de santé de la personne représente un danger pour elle-même », in HAS : Fiche mémo – Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, mars 2018.



Departement d'Exploitation de Court-Saint-Jean/Altenrhein/COO

PLANNING DE PRESENCE DES UNITES A L'ATELIER CUISINE

CLONDI	HERBI	MERBESCH	JEUVI	REINDESCH
CHOPIN	MAUPASSANT	FLAUBERT	MUSSET	BALZAC

Le 20/04/2011















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