



Rapport de visite :

1^{er} au 4 mars 2021 - 1^{ère} visite

Centre hospitalier Loire-Vendée-
Océan à Challans

(Vendée)

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan (CHLVO)

Concernant les conditions matérielles de prise en charge, les locaux ont fait l'objet d'une rénovation en 2006. Les unités d'hospitalisation offrent des conditions d'hébergement dignes et confortables. Le contexte sanitaire lié à la pandémie de Covid-19 a conduit à décider d'un certain nombre de mesures pour limiter les contaminations. Lors de la visite, l'accès au jardin commun aux deux unités était interdit aux patients. De même, leur liberté d'aller et venir dans l'enceinte de l'établissement et les permissions de sortir étaient restreintes. Enfin, le nombre et la durée des visites des familles étaient limitées. Si la mise en place de telles mesures peut se comprendre en période de crise aiguë, leur maintien dans le temps sans aucun assouplissement interroge, celles-ci contrevenant notamment au maintien des liens familiaux et à l'autonomie des patients. Depuis la visite du CGLPL, ces restrictions ont été levées dès que la situation sanitaire s'est améliorée. Dans d'autres établissements visités à la même période par le CGLPL, les patients pouvaient circuler librement et la durée des visites n'était pas limitée.

Quant à l'information écrite et orale des patients admis en soins sans consentement, portant notamment sur leurs droits et les voies de recours, celle-ci peut être considérée comme empirique et gagnerait à être protocolisée. Le pôle ne dispose pas d'un véritable bureau des admissions, certaines procédures ne sont pas respectées et le registre de la loi ne fait l'objet d'aucun contrôle hiérarchique. Par ailleurs, les patients ne sont pas systématiquement associés aux décisions médicales les concernant ; à titre d'exemple, ils ne sont pas reçus par le psychiatre lors du renouvellement du certificat mensuel. Dans leur courrier de réponse, la direction et l'ARS Pays de La Loire se sont engagées à mettre en place des mesures correctives dans les meilleurs délais.

En dernier lieu, l'établissement doit s'interroger sur la nécessité du maintien de quatre chambres d'isolement pour aussi peu de lits. L'aménagement de chambres d'apaisement comme alternatives à l'isolement doit être rapidement envisagé. Les chambres d'isolement ne sont pas dotées d'un dispositif d'appel et l'accès aux sanitaires, adjacents à la chambre est parfois interdit. Les patients sont donc contraints d'utiliser un seau hygiénique. Dans sa réponse, la direction fait observer que le recours aux seaux hygiéniques est exceptionnel et limité à 24 heures maximum. La priorité est donnée à la sécurité des patients, l'installation des sonnettes permettra aux patients de demander l'accès aux toilettes. Le CGLPL tient à rappeler que tout patient doit pouvoir accéder aux toilettes et à un point d'eau. Rien ne justifie l'utilisation de seaux hygiéniques qui est une mesure dégradante, portant gravement atteinte à la dignité du patient. Par ailleurs, l'isolement en chambre hôtelière doit être proscrit. La direction indique dans sa réponse avoir mis un terme à cette pratique depuis la visite du CGLPL.

Enfin, les mesures d'isolement – qui étaient au nombre de 135 en 2020 – sont envisagées, à tort, par la communauté médicale comme un outil thérapeutique. Les pratiques et les raisons qui conduisent à mettre en œuvre ces mesures font l'objet d'un rapport annuel, très succinct. Ce sujet n'a jamais été abordé en commission médicale d'établissement.

Les observations formulées à l'issue de la visite ont été prises en compte par la direction de l'établissement qui s'est engagée à mettre en place dans les meilleurs délais des mesures correctives.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

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

Les médecins psychiatres intérimaires, extérieurs à l'établissement, ne doivent pas être engagés pour des périodes inférieures à trois mois.

Le renouvellement de contrats à durée déterminée sur une période de six ans, en période de pénurie d'effectif, ne favorise pas la fidélisation des agents.

Le pôle de santé mentale doit inscrire dans son programme de formation des modules portant sur la consolidation des savoirs en psychiatrie et sur les droits du patient admis en soins sans consentement.

Le département d'information médicale doit s'organiser pour exploiter les données des dossiers patients informatisés notamment pour les soins sans consentement et produire au moins annuellement les statistiques utiles à l'analyse du profil des patients reflétant les pratiques des unités de soins psychiatriques et du service des urgences.

Le comité d'éthique de l'établissement doit être réactivé afin de permettre aux professionnels de santé de le saisir sur des questions relatives au respect des droits fondamentaux et de la dignité des patients.

Un support écrit spécifique à l'admission en service de psychiatrie, relatif aux informations sur l'hospitalisation, à la nature juridique des soins sans consentement, aux droits généraux des patients doit être mis à leur disposition. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

Les décisions d'admission en soins sans consentement sous le régime de l'hospitalisation doivent être prises en temps réel. Elles ne peuvent être prises tardivement et être antidatées.

La responsabilité de la préparation et de la rédaction des décisions concernant les patients en soins sans consentement ne saurait reposer uniquement sur un agent de catégorie C. Un contrôle hiérarchique doit être instauré.

Les droits des patients admis en soins sans consentement et le droit d'exercer des recours doivent être systématiquement rappelés à l'occasion de toute notification d'une décision les concernant. Le double de l'acte de notification comportant tous ces droits doit leur être remis. L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son placement.

Lors de la décision d'admission ou du maintien en soins sans consentement, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient au cours de l'entretien médical qui doit impérativement avoir lieu.

Le processus de désignation de la personne de confiance doit s'opérer lors de l'admission. La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient et son accord doit être recueilli. Elle doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.

Les patients doivent pouvoir exercer le culte de leur choix. Pour ce faire, une information doit leur être communiquée par voie d'affichage. Les ministres des cultes doivent pouvoir venir spontanément dans les unités et leur passage doit être annoncé.

Les représentants des usagers doivent assurer un passage régulier au sein des unités psychiatriques afin d'y rencontrer les patients. Ces derniers doivent être informés en amont de leur passage et de la tenue des réunions de la commission des usagers.

Le registre de la loi doit comporter toutes les mentions prévues à l'article L.3222-1 du code de la santé publique et notamment la date à laquelle les droits du patient lui ont été notifiés selon un acte de notification portant lui-même la liste de tous ses droits, dont le double lui est laissé.

L'avis motivé joint à la saisine du juge des libertés et de la détention doit être rédigé le jour de la saisine. Il ne peut se confondre avec le certificat des 72h.

Le collège des professionnels de santé doit recueillir les observations du patient à l'occasion de la rédaction d'un certificat médical le concernant.

L'interdiction de sorties non accompagnées imposées à certains patients susceptibles d'oublier les gestes barrières n'est pas justifiée et ne favorise pas leur autonomie.

Les avocats du barreau des Sables d'Olonne, volontaires pour assurer la permanence juge des libertés-psychiatrie, doivent recevoir une formation spécifique.

L'établissement doit donner aux patients l'accès à un réseau wifi.

La question de la sexualité et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles doit être prise en compte par l'équipe soignante et doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort pour que les patients puissent se reposer en toute sécurité.

Les patients doivent pouvoir entrouvrir librement la fenêtre de leur chambre tout au long du jour et de la nuit et toutes les chambres doivent être équipées d'une sonnette d'appel.

Chaque patient des unités de psychiatrie doit pouvoir disposer de la clef du placard de sa chambre et d'une copie de l'inventaire des objets placés au coffre de l'unité.

La procédure relative à l'accueil et au parcours du patient ainsi qu'à l'utilisation de la chambre sécurisée au service des urgences doit être revue et concertée avec les psychiatres. Les mesures d'isolement et de contention doivent être tracées, analysées et colligées dans un registre. Ce type de mesure conduisant à une privation des droits ne devrait être effective qu'assortie d'une mesure de soins sans consentement.

Les professionnels de santé doivent pouvoir bénéficier de séances de supervision animée par un intervenant extérieur à l'établissement.

Le pôle de santé mentale doit se doter d'un projet médical structuré précisant les objectifs à court et moyen terme. La stabilisation de l'équipe médicale est essentielle, les patients ne devant pas être les otages d'un nomadisme affectant la qualité des prises en charge.

La période de crise sanitaire actuelle, évoquée pour justifier de la moindre implication des soignants et du peu d'activités thérapeutiques proposées n'est pas acceptable. Des organisations adaptées doivent permettre de pallier ces difficultés. Au demeurant, une réflexion plus générale doit être conduite sur ce type de prise en charge dans le cadre des projets de soins, leur organisation, les moyens qui y sont affectés et une évaluation de leur impact. Les activités thérapeutiques font partie intégrante du soin.

Le cabinet de consultation de médecine générale doit être équipé d'une table d'examen afin que les consultations puissent se dérouler de façon optimale.

Le pôle de santé mentale doit bénéficier de toutes les prestations pharmaceutiques initiées depuis plusieurs années dans les autres services. Les prescriptions « *si besoin* » doivent faire l'objet d'une réflexion avec les professionnels de santé et la pharmacie.

Les chambres d'isolement doivent être équipées sans délais de bouton d'appel. Les repères temporo-spatiaux doivent être positionnés pour être lus sans difficulté.

Le recours aux sceaux hygiéniques dans les chambres porte atteinte à la dignité des patients, il est à proscrire.

La notion d'isolement thérapeutique peut prêter à confusion en ce sens que cette mesure ne relève pas d'un traitement thérapeutique mais d'une décision médicale visant à prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, pour une durée limitée.

Les isollements doivent être réalisés dans des espaces spécifiques afin de garantir la dignité et la sécurité des patients. Les isollements en chambre hôtelière sont à proscrire.

Les mesures d'isolement et de contention doivent être encadrées et faire l'objet d'une politique déclinée en interne et validée par les instances consultatives et délibératives du CHLVO.

Une formation du personnel soignant et médical aux recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale de la HAS contribuerait à une vraie réflexion sur les pratiques professionnelles et les moyens de les améliorer.

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre d'en tirer des enseignements chiffrés au niveau de l'établissement et d'établir des suivis annuels. Ces éléments seront de nature à conforter ou non les actions en cours mais surtout à les compléter. L'implication du département d'information médicale est essentielle.

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.

Avant chaque scrutin la direction de l'établissement doit, par une information écrite, inviter les unités à faciliter l'exercice du vote aux patients en anticipant notamment les demandes de vote par procuration et l'inscription sur les listes électorales. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients et leurs réponses retranscrites. Des modalités techniques doivent être mises en place pour garantir l'anonymisation effective et immédiate des patients qui en font la demande.

La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée afin d'exercer sa mission de contrôle. Elle doit se réunir régulièrement et visiter les unités d'hospitalisation au moins deux fois par an.

Les sorties ponctuelles doivent être à nouveau autorisées jusqu'à 18h30, et non plus seulement jusqu'à 17h, selon les consignes médicales individualisées.

Les patients des deux unités doivent avoir accès au grand jardin tout au long de la journée.

La fréquence et la durée des visites doivent être élargies et leurs conditions matérielles améliorées. Les modalités de visite des mineurs âgés de moins de 15 ans doivent être revues.

Les modalités de prise en charge de patients relevant de soins psychiatriques, incluant ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement, doivent faire l'objet d'une procédure précisant le rôle du service des urgences et de l'équipe psychiatrique d'urgence et de liaison

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS.....	4
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE.....	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT.....	11
2.1 Le pôle de santé mentale, qui couvre un seul secteur de psychiatrie, a opéré récemment un virage ambulatoire	11
2.2 Le pôle de santé mentale fait face à une pénurie d'effectif	12
2.3 La politique de formation ne donne pas les moyens au personnel soignant de consolider ses savoirs	14
2.4 Les patients sont majoritairement admis en soins sans consentement	15
2.5 Le comité d'éthique de l'établissement n'est plus actif depuis plusieurs années.....	16
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	17
3.1 L'information orale et écrite des patients admis en soins sans consentement est très largement insuffisante	17
3.2 Le traitement des événements indésirables graves ne donne pas systématiquement lieu à une réflexion autour de certaines pratiques.....	20
3.3 Le processus de désignation d'une personne de confiance est peu effectif	21
3.4 L'accès au vote est un droit ignoré	22
3.5 L'accès au culte n'est pas facilité	22
3.6 La protection juridique des patients est assurée.....	23
3.7 La confidentialité sur la présence n'est pas assurée.....	23
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	25
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques n'existe plus.....	25
4.2 La place des usagers dans la vie des unités psychiatriques est ignorée	25
4.3 Le registre de la loi, bien tenu, permet de constater que les procédures ne sont pas respectées	26
4.4 Les sorties et les programmes de soins sont habituellement fréquents mais les sorties sont limitées en raison du contexte sanitaire	27
4.5 La préparation à la sortie pose des difficultés faute de structures d'accueil en nombre suffisant	28
4.6 Le recours au JLD à la requête du patient est parfois encouragé par les professionnels de santé.....	29
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	31
5.1 La liberté d'aller et venir est beaucoup plus restreinte en période d'urgence sanitaire	31
5.2 Le droit de recevoir des visites est actuellement très restreint.....	32

5.3	La sexualité n'est pas prise en compte au sein des unités d'hospitalisation.....	33
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	34
6.1	Les unités d'hospitalisation offrent des conditions d'hébergement dignes et confortables malgré l'absence de sonnette d'appel et de verrou de confort	34
6.2	Les patients ne peuvent conserver leurs biens personnels dans leur chambres	36
6.3	Les repas sont composés d'un menu unique et les portions sont parfois congrues...	36
7.	LES SOINS.....	38
7.1	Les modalités de prise en charge des urgences psychiatriques ne sont pas évaluées	38
7.2	L'utilisation de la chambre sécurisée du service des urgences ne fait l'objet d'aucun protocole	39
7.3	Les soins psychiatriques pâtissent d'une politique d'ensemble insuffisamment définie et suivie au niveau du pôle de santé mentale	40
7.4	L'accès aux soins somatiques est assuré.....	42
7.5	Le circuit du médicament et les modalités de prescription ne répondent pas à la réglementation en vigueur	43
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	45
8.1	Les conditions de mise en isolement portent atteinte à la dignité des patients.....	45
8.2	Les décisions d'isolement et de contention sont insuffisamment encadrées, aucune politique n'étant définie pour limiter ces recours	46
9.	CONCLUSION	50

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Bonnie Tickridge, cheffe de mission ;
- François Koch ;
- Philippe Lescène ;
- Dominique Peton-Klein.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan (CHLVO) département de Vendée du 1^{er} au 4 mars 2021. Il s'agissait d'une première visite.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 1^{er} mars à 14h30. Ils l'ont quitté le 4 mars à midi. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, à la directrice de cabinet du préfet de Vendée, à l'agence régionale de santé (ARS) de Vendée. La présidente du tribunal judiciaire des Sables-d'Olonne ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice déléguée du centre hospitalier de Challans, le directeur référent du pôle de santé mentale, le médecin chef de pôle de santé mentale, les praticiens hospitaliers, le directeur des soins, le cadre supérieur de pôle, les cadres de santé et la déléguée départementale UNAFAM¹ Vendée.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec les patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants extérieurs exerçant sur le site. Ils ont également rencontré des intervenants extérieurs.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD). Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu le 4 mars 2021 en présence de personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

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

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE SANTE MENTALE, QUI COUVRE UN SEUL SECTEUR DE PSYCHIATRIE, A OPERE RECEMMENT UN VIRAGE AMBULATOIRE

Le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan (CHLVO) est composé de trois sites localisés à Challans (département de la Vendée) à Machecoul (département de la Loire-Atlantique) et à Saint-Gilles-Croix-de-Vie (département de la Vendée). Il couvre ainsi le territoire du Sud Loire-Atlantique, le Nord-Ouest Vendée, sa bande littorale ainsi que la presqu'île de Noirmoutier (Vendée) et l'île d'Yeu (Vendée). Il est par ailleurs intégré au sein d'une direction commune avec d'autres établissements situés en Vendée notamment le CHD Vendée.

Le site principal du CHLVO, situé à Challans, dispose de 376 lits et places. Il couvre le Nord-Ouest du département de la Vendée et le sud Loire-Atlantique dont la population compte 670 000 habitants. Il est organisé en cinq pôles dont le pôle de santé mentale.

Le département de la Vendée est découpé en trois secteurs de psychiatrie adulte, trois secteurs de pédopsychiatrie et un intersecteur pour adolescents qui dessert l'intégralité du territoire. Le centre hospitalier Georges Mazurelle (CHGM), situé à la Roche-sur-Yon, assure la totalité de la réponse publique en pédopsychiatrie. Deux des trois secteurs de psychiatrie adulte sont également rattachés au CHGM.

Le pôle de santé mentale du CHLVO couvre donc un seul secteur de psychiatrie adulte (85G05) pour une population de 127 000 habitants. Il est situé à seulement 38 km du CHGM mais la région de Challans doit gérer l'afflux de vacanciers durant la période estivale. Le CH, par sa position géographique, facilite l'accès aux soins des habitants des îles de Noirmoutier et d'Yeu.

Le pôle comprend deux unités d'hospitalisation complète de vingt lits chacune (Courlis et Pluviers) toutes deux équipées de deux chambres d'isolement (cf. § 8.1). Il compte également l'hôpital de réhabilitation de semaine (La Passerelle) de quinze lits, dont l'activité est suspendue depuis septembre 2020 notamment en raison de la crise sanitaire et d'un manque d'effectifs, et les structures ambulatoires suivantes : trois centres médico-psychologiques (CMP)/ centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour (HDJ) de douze places.

Le pôle de santé mentale a opéré récemment un virage ambulatoire en vue de limiter les hospitalisations et le recours aux soins sans consentement en mettant en place notamment un dispositif de soins intensifs à domicile qui devait démarrer le 8 mars 2021. D'autres projets, comme l'équipe mobile de réhabilitation sociale et l'équipe mobile pour adolescents, devraient voir le jour vers la fin de l'année 2021. Concernant les adolescents, il convient de préciser que les unités d'hospitalisation accueillent de façon ponctuelle des mineurs âgés de 16 ans et plus. En 2020, onze mineurs ont été hospitalisés. Un mineur a été admis depuis le début de cette année. Aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire ou d'une admission en soins sous contrainte. Les durées de séjour n'ont pas été communiquées mais selon les propos recueillis, il s'agit de séjours de très courte durée. Ces patients ne font pas l'objet d'une prise en charge spécifique en ce sens qu'il n'est pas fait appel à un pédopsychiatre. Le personnel infirmier est vigilant quant à leur sécurité ; les mineurs sont hébergés à proximité de la salle de soins afin d'éviter toute interaction avec des adultes pouvant adopter des comportements inappropriés.

2.2 LE POLE DE SANTE MENTALE FAIT FACE A UNE PENURIE D'EFFECTIF

L'évolution de l'effectif du pôle de santé mentale est le suivant :

	2019		2020		Année en cours	
	Budgété	Dont non pourvu	Budgété	Dont non pourvu	Budgété	Dont non pourvu
ETP (PM ²) Hors étudiants et internes	Intra 2,5 Extra 5,5	1,65	Intra 2,5 Extra 5,5	2,64	Intra 2,5 Extra 5,5	3 Perspectives 2021 : recrutement + 1 en juillet
TOTAL PM	8	1,65	8	2,64	8	3 + 1
ETP (PNM)	Intra 61.28 Extra 37.43	Intra 60.88 Extra 37.23	Intra 62.28 Extra 37.83	Intra 61.88 Extra 38.63	Intra 62.28 Extra 40.43	Intra 53.78 Extra 38.13
TOTAL PNM	98,71	98,11	100,11	100,51	102,71	91,91

2.2.1 Le personnel médical

Depuis plusieurs années, le pôle est confronté à une pénurie de médecins psychiatres. Le jour de la visite, un médecin généraliste et trois psychiatres étaient en poste. Trois postes de médecins psychiatres étaient vacants. Un quatrième médecin psychiatre effectuait un remplacement en tant qu'intérimaire. Il doit en principe prendre un poste de praticien hospitalier (PH) dès le mois de septembre 2021. Un second PH doit également rejoindre l'équipe, dans le cadre d'une mutation, dès le mois de juillet de cette année.

Récemment, l'établissement a développé un partenariat avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes (Loire-Atlantique). Ainsi, les deux établissements se partagent un poste d'assistant et un poste d'interne en fin de cursus sur le pôle de santé mentale.

Cette pénurie de postes a plus particulièrement touché l'unité les Courlis (cf. § 7.3.1). En principe, il est prévu deux médecins, pour 1,2 ETP, sur chaque unité afin d'assurer une présence médicale quotidienne. Jusqu'à récemment et pendant environ un an, un seul PH était en poste dans l'unité Courlis. Le pôle de santé mentale a dû faire appel à des médecins intérimaires dont certains se sont succédé sur de très courtes périodes (deux à trois semaines). Cela n'a pas été sans conséquence pour les patients qui s'en sont ouverts aux contrôleurs. Ces changements successifs de professionnels de santé ont contraint en effet les patients à s'adapter à de nouveaux interlocuteurs et à devoir faire le récit de leur parcours à de nombreuses reprises. Le fonctionnement de l'unité a

² PM : personnel médical ; PNM : personnel non médical ; ETP : équivalent temps plein.

également été perturbé, les équipes soignantes devant s'adapter en permanence à de nouveaux modes de fonctionnement.

RECOMMANDATION 1

Les médecins psychiatres intérimaires, extérieurs à l'établissement, ne doivent pas être engagés pour des périodes inférieures à trois mois³.

En dépit de la pénurie de PH, les astreintes des week-ends et jours fériés ont toujours été assurées. Dans sa réponse, la direction de l'établissement fait observer que, dans la mesure du possible, les contrats des praticiens remplaçants sont de longue durée mais que l'établissement propose les contrats en réponse aux souhaits des médecins remplaçants pour assurer la continuité médicale. La direction explique qu'il n'existe aucune politique institutionnelle visant à réduire la durée des contrats des médecins remplaçants.

2.2.2 L'effectif non médical

Le CH, dans son ensemble, est confronté à une pénurie de personnel infirmier qui est particulièrement significatif en Vendée. Selon les propos recueillis, de nombreux infirmiers s'orienteraient vers une activité libérale. Le CHLVO ne dispose pas d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Seul le centre hospitalier départemental (CHD) de la Roche-sur-Yon (Vendée) en compte un.

Le jour de la visite, six postes d'infirmiers étaient vacants au sein du pôle de santé mentale. L'unité La Passerelle ayant été plus particulièrement touchée par cette pénurie, cette situation a contribué en partie à sa fermeture temporaire depuis le mois d'août 2020 (cf. § 2.1). Lors de la visite, la totalité des postes d'infirmiers au sein des unités d'hospitalisation était pourvue, les postes d'infirmiers de la Passerelle ont été redéployés notamment sur les unités d'hospitalisation. Un poste de psychologue était également en cours de recrutement.

Les équipes de soins des unités d'hospitalisation sont uniquement composées d'infirmiers qui exercent sous la responsabilité d'un cadre de santé. En journée, l'organisation prévoit, *a minima*, trois infirmiers le matin et trois l'après-midi. Ils alternent entre les matinées et les après-midis. Un infirmier de journée vient compléter ces équipes du lundi au vendredi. Il intervient en horaire décalé. Celui-ci est chargé notamment d'effectuer les accompagnements à l'extérieur et d'animer les activités thérapeutiques. Durant la nuit, il s'agit d'équipes fixes constituées de deux infirmiers.

L'entretien des locaux est assuré par des agents des services hospitaliers (ASH) intervenant dans l'ensemble du pôle.

Le pôle de santé mentale ne dispose pas d'un *pool* d'infirmiers remplaçants compte tenu de la spécificité de la psychiatrie qui exige d'avoir une expérience confirmée en santé mentale. Le nombre d'ETP déterminé dans les maquettes d'effectifs du pôle de santé mentale permet, en principe, d'assurer les remplacements en cas d'absence. C'est pourquoi aucun *pool* n'a été constitué jusqu'à présent. Une réflexion est néanmoins en cours à ce sujet. L'infirmier de journée peut être amené à combler les absences de courte durée ou bien il est fait appel aux soignants intervenant dans les structures ambulatoires. Les congés maladie de longue durée et les congés maternité sont

³ CGLPL, Rapport thématique « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020.

remplacés par du personnel vacataire. En 2019, le taux d'absentéisme du personnel non médical au sein du pôle de santé mentale est légèrement inférieur (7,67 %) à celui de l'établissement (9 %).

L'établissement favorise la mobilité en interne. Les postes à pourvoir sont accessibles aux agents exerçant en MCO⁴ dès lors que ces derniers montrent une appétence particulière pour la psychiatrie. En outre, les candidats doivent « *être assis dans leur vie personnelle et être au clair avec eux-mêmes* ». Concernant le recrutement des agents extérieurs au CHLVO, il leur est proposé en premier lieu un contrat à durée déterminée (CDD) pouvant être renouvelable, pour certains, durant une période de six ans. Le jour de la visite onze agents sur trente-sept, affectés aux unités d'hospitalisation, bénéficiaient d'un CDD.

RECOMMANDATION 2

Le renouvellement de contrats à durée déterminée sur une période de six ans, en période de pénurie d'effectif, ne favorise pas la fidélisation des agents.

2.3 LA POLITIQUE DE FORMATION NE DONNE PAS LES MOYENS AU PERSONNEL SOIGNANT DE CONSOLIDER SES SAVOIRS

Le pôle de santé mentale dispose d'une enveloppe budgétaire de 13 500 euros consacrée au plan de formation de 2021. Un éventail de formations est proposé aux équipes soignantes dont voici quelques exemples : prise en charge du suicidant, la formation à la gestion et à la prévention des situations de violence (OMEGA), les thérapies brèves, le rôle des ASH en psychiatrie.

L'établissement a mis également en place des modules de formation accessibles sur une plateforme de *e-learning*. Deux modules relatifs à la contention et aux droits des patients ont retenu l'attention des contrôleurs. Cependant, il s'agit de formations transversales qui sont de portée très générale et qui ne sont donc pas spécifiques à la psychiatrie.

A ce jour, aucune formation relative aux pratiques d'isolement et de contention ainsi que sur les droits des patients admis en soins sans consentement n'est inscrite dans le plan de formation. De même aucun module visant à consolider les savoirs n'est à l'ordre de jour.

Concernant les nouveaux agents, il n'a pas été établi de véritable parcours d'intégration si ce n'est que toute nouvelle recrue est affectée en premier lieu dans une unité d'hospitalisation. Les structures ambulatoires sont réservées aux professionnels expérimentés, faisant preuve d'autonomie et de capacité décisionnelle. Les nouveaux agents bénéficient d'un accompagnement avec un agent senior et ils sont régulièrement reçus en entretien par le cadre de santé. Avec l'arrivée de nouveaux PH au sein du pôle, il est prévu d'initier un tutorat portant sur la clinique.

⁴ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique.

RECOMMANDATION 3

Le pôle de santé mentale doit inscrire dans son programme de formation des modules portant sur la consolidation des savoirs en psychiatrie et sur les droits du patient admis en soins sans consentement.

Dans sa réponse, la direction précise que des axes d'amélioration ont été identifiés depuis la visite du CGLPL. La formation portant sur les droits des patients en santé mentale est inscrite au plan de formation 2022. Le recours à la contention fera l'objet d'un axe du futur plan de formation. Enfin, l'intégration des nouveaux professionnels est inscrite à l'ordre du jour d'un groupe de travail qui est en place depuis le mois de juillet dernier.

2.4 LES PATIENTS SONT MAJORITAIREMENT ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Les deux unités accueillent des patients en soins libres (SL) et en soins sans consentement (SSC). Le jour de la visite, parmi les trente patients hospitalisés au sein des deux unités, douze d'entre eux étaient admis en soins sans consentement.

Le pourcentage de SSC sur trois ans, calculé à partir des journées⁵, se situe entre 40 et 46 % dont plus de 85 % sont des SSC à la demande d'un tiers. Ce pourcentage est très élevé, la moyenne nationale étant de 23,3 %⁶. La très grande majorité des patients est adressée par le service des urgences. Ces données n'apparaissent dans aucun des documents communiqués et ont été calculées à la demande des contrôleurs. Le département d'information médicale (DIM) ne recueille pas spontanément ces données.

RECOMMANDATION 4

Le département d'information médicale doit s'organiser pour exploiter les données des dossiers patients informatisés notamment pour les soins sans consentement et produire au moins annuellement les statistiques utiles à l'analyse du profil des patients reflétant les pratiques des unités de soins psychiatriques et du service des urgences.

La direction fait savoir qu'il est prévu d'identifier avec le DIM des indicateurs pertinents concernant les soins sans consentement.

Le faible pourcentage de soins psychiatriques en péril imminent met en évidence la volonté des équipes soignantes de rechercher un tiers :

⁵ Source DIM du CHLVO.

⁶ IRDES Questions d'économie de la Santé n°22 février 2017.

Taux des journées en hospitalisation complète	2018	2019	2020
SL	59,90 %	55,80 %	56 %
SPDT/SPTU ⁷	29,90 %	29,10 %	34 %
SPPI ⁸	3,20 %	5,90 %	2,40 %
SPDRE ⁹	7 %	9,20 %	7,60 %
Total	100 %	100 %	100 %

Concernant le taux d'occupation des lits d'hospitalisation, il a légèrement diminué en 2020 (88,4 %) par rapport à 2019 (90,79 %). Il a été indiqué que les unités d'hospitalisation pouvaient être « à flux tendu » mais cela ne donnait pas lieu à l'installation de lits supplémentaires.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE DE L'ETABLISSEMENT N'EST PLUS ACTIF DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

Depuis le désengagement d'un praticien qui était le garant de l'animation du comité en lien avec un directeur adjoint qui a quitté l'établissement, le comité d'éthique ne se réunit plus depuis plusieurs années. Il existe une instance au niveau territorial dans le cadre de la direction commune du CHLVO et en commun avec le CHD.

La question de la dignité et du respect des droits fondamentaux est très rarement abordée au sein de l'établissement. Ces sujets ne sont pas débattus en commission médicale d'établissement (CME) ni même au sein du pôle de santé mentale. En outre, l'absence de dispositif ne permet pas au personnel soignant de se saisir des questions relatives à l'enfermement et aux restrictions de liberté et, par conséquent, d'engager une réflexion sur leurs pratiques.

RECOMMANDATION 5

Le comité d'éthique de l'établissement doit être réactivé afin de permettre aux professionnels de santé de le saisir sur des questions relatives au respect des droits fondamentaux et de la dignité des patients.

Dans sa réponse, la direction indique que le CHLVO souhaite intégrer le comité d'éthique inter établissement du CHD de La Roche-sur-Yon.

⁷ Soins psychiatriques à la demande d'un tiers/ soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence.

⁸ Soins psychiatriques en péril imminent.

⁹ Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

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

3.1 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST TRES LARGEMENT INSUFFISANTE

3.1.1 Les documents

Il s'agit du guide du patient, d'un livret sur l'isolement et la contention et des informations transmises par affichage.

a) *Le guide du patient*

Ce document est censé être remis dès l'hospitalisation. La plupart des patients sont pris en charge dans un premier temps par le service des urgences avant d'être affectés à l'une des deux unités d'hospitalisation. Le patient se voit remettre ce livret dès lors que son état clinique est stabilisé. Il est alors déposé sur sa table de chevet.

Ce document est destiné à l'ensemble des personnes hospitalisées au CH. Il n'a pas été conçu spécialement pour les personnes hospitalisées en service de psychiatrie, de sorte qu'il n'aborde pas l'hospitalisation en service de psychiatrie d'une façon générale et encore moins la question des soins sous contrainte. A l'exception d'une feuille annexée au guide (imprimée en noir et blanc et dépourvue de schémas ou de pictogrammes) intitulée « *les modalités d'accès aux soins psychiatriques* », aucun autre document n'est remis au patient. Ce document est également affiché dans les deux unités.

Sont développés en quelques lignes les soins psychiatriques sans consentement, de même qu'une rubrique sur « *vos droits* », comportant la liste des autorités susceptibles d'être saisies, avec les adresses pour certaines mais les coordonnées téléphoniques n'apparaissent pas. En outre, cette liste est incomplète puisque n'y figurent pas notamment les coordonnées du juge des libertés et de la détention (JLD), ni la possibilité d'exercer des recours.

Certains des professionnels de santé rencontrés considèrent que « *l'information des patients est faite au moyen du guide du patient* ».

RECOMMANDATION 6

Un support écrit spécifique à l'admission en service de psychiatrie, relatif aux informations sur l'hospitalisation, à la nature juridique des soins sans consentement, aux droits généraux des patients doit être mis à leur disposition. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

Dans sa réponse, la direction indique qu'il est prévu d'améliorer le support écrit spécifique à l'admission en service de psychiatrie et de l'intégrer au livret d'accueil en cours de réactualisation.

b) *L'affichage*

Un règlement intérieur du service de psychiatrie a été élaboré. Il s'agit d'un document se rapprochant plutôt d'une présentation des règles de vie que d'un règlement intérieur. Ce document est clair, lisible et agrémenté de pictogrammes illustrant notamment les interdictions. Il est affiché dans les unités.

Les modalités d'affichage ne sont pas identiques dans les deux unités. Selon le service, on peut trouver un document sur les représentants des usagers, un planning sur les activités sportives, un document informatif sur l'activité physique au sein du service de psychiatrie. Dans une unité, est affiché à côté du guide du patient, le document « *les modalités d'accès aux soins psychiatriques* » mais la partie « *vos droits* » ne figure pas alors que ce document est affiché intégralement en caractère gras dans l'autre unité afin d'attirer l'attention des patients.

Comme l'admettront plusieurs soignants : « *on n'est pas super bon pour les droits des patients* ».

3.1.2 La notification des décisions et des droits

Depuis le service des urgences, les patients sont orientés vers l'une des deux unités psychiatriques. La décision d'admission du directeur de l'établissement, quel que soit le statut juridique des soins sans consentement (SPDT, SPPI, SPDTU) est préparée par l'une des deux secrétaires administratives des deux unités d'hospitalisation aux vues des documents qui lui sont remis. La décision une fois rédigée est portée à la direction pour signature.

Les décisions d'admission ne sont signées que les jours ouvrés ; de sorte que la décision d'admission pour un patient admis le vendredi en fin de journée, le week-end ou les jours fériés ne sera signée que le premier jour ouvré suivant c'est-à-dire en règle générale le lundi.

Ainsi donc, des patients peuvent être fréquemment hospitalisés sous contrainte en dehors de toute décision administrative, pendant une, deux, voire trois journées. Il s'agit d'une situation de non-droit. Cependant les apparences sont préservées puisque ces décisions tardives sont toutes antidatées portant la date et l'heure identiques à la date et heure du certificat médical initial et/ou de la demande du tiers.

Sous une apparence de légalité, des personnes se trouvent ainsi privées de liberté sans cadre juridique, sans information sur leurs droits, dans l'impossibilité d'exercer un quelconque recours contre une décision qui n'existe pas.

Cette situation est la conséquence d'un processus administratif d'autant plus étonnant, que chaque type d'hospitalisation sous contrainte a donné lieu à la rédaction de circulaires, révisées le 18 juin 2020, dans lesquelles il est expressément écrit que le directeur « *complète et signe les décisions d'admission des premières 24h préparées par le secrétariat de psychiatrie* » et que « *si hors jours ouvrés : la décision est remplie et signée par l'administrateur de garde* ».

Au regard de ces circulaires, il est donc invraisemblable que des décisions d'admission puissent être rédigées tardivement et être antidatées. Par ailleurs en cas d'admission en SPDRE, l'administrateur de garde doit être informé et doit procéder aux actes relevant de la responsabilité de la direction de l'hôpital en temps réel.

RECOMMANDATION 7

Les décisions d'admission en soins sans consentement sous le régime de l'hospitalisation doivent être prises en temps réel. Elles ne peuvent être prises tardivement et être antidatées.

Dans sa réponse, la direction indique que les observations du CGLPL ont été prises en compte par l'administration. La référente de l'ARS doit intervenir pour s'assurer de la conformité de la mise en œuvre des procédures auprès des administrateurs de garde et de la désignation d'un correspondant cadre.

Toutes les décisions administratives relevant de l'autorité du directeur sont préparées et rédigées par une secrétaire des deux unités d'hospitalisation au vu des documents qui lui sont remis. Ces décisions sont portées par la secrétaire à la signature du directeur, auxquelles sont joints non pas les dossiers complets des patients concernés mais uniquement les derniers certificats médicaux. La préparation et à la rédaction des décisions soumises au directeur ne font donc l'objet d'aucun contrôle hiérarchique ; c'est là faire peser une très lourde responsabilité sur une fonctionnaire de catégorie C.

RECOMMANDATION 8

La responsabilité de la préparation et de la rédaction des décisions concernant les patients en soins sans consentement ne saurait reposer uniquement sur un agent de catégorie C. Un contrôle hiérarchique doit être instauré.

La direction indique dans sa réponse qu'un cadre référent, en charge d'un contrôle hiérarchique intermédiaire, est en cours d'identification.

3.1.3 La notification au patient de ses droits et des décisions les concernant

Concernant la notification au patient de ses droits, les contrôleurs ont relevé les éléments suivants :

lors de l'admission d'un patient en soins sans consentement, aucun document comportant intégralement l'ensemble de ses droits ainsi que la façon de les exercer ne lui est remis et notifié ;

le double des actes de notification n'est pas remis au patient ;

ces notifications ne comportent pas la liste des droits ;

un double des certificats médicaux n'est pas remis au patient alors même que les décisions ne sont pas toujours suffisamment motivées ;

les patients ne sont pas reçus par les psychiatres lors de l'établissement des certificats mensuels et ils ne peuvent ainsi formuler des observations susceptibles d'être recueillies ;

les décisions administratives de prolongation d'hospitalisation ne sont pas notifiées aux intéressés pas plus que leurs droits ;

si les collègues des professionnels de santé se réunissent, le patient n'est pas informé de cette réunion, de son objet et par conséquent il ne peut faire des observations susceptibles d'être recueillies.

Il existe dans ces deux unités un déficit manifeste d'information des patients sur leur situation juridique et sur leurs droits.

Les notifications sont faites par les soignants qui reconnaissent que ces questions ne sont pas des priorités. Ils font état d'une formation soit insuffisante soit inexistante (cf. § 2.3).

Les soignants entendus, conscients de la difficulté pour les patients de comprendre leur situation juridique et leurs droits lors de leur admission, souvent en situation de crise, disent, quand leur planning le leur permet, et lorsque le patient est apaisé, prendre le temps de faire œuvre de pédagogie pour leur commenter leur situation.

Souvent, ce temps d'explication est pris au moment de la notification au patient de sa convocation devant le JLD. Cependant ce travail d'explication n'est pas retranscrit dans le dossier du patient.

RECOMMANDATION 9

Les droits des patients admis en soins sans consentement et le droit d'exercer des recours doivent être systématiquement rappelés à l'occasion de toute notification d'une décision les concernant. Le double de l'acte de notification comportant tous ces droits doit leur être remis. L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son placement.

RECOMMANDATION 10

Lors de la décision d'admission ou du maintien en soins sans consentement, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient au cours de l'entretien médical qui doit impérativement avoir lieu.

Dans sa réponse, la direction indique qu'un groupe de travail a été mis en place au sein du secrétariat afin d'améliorer la concordance entre les rendez-vous des patients et les certificats mensuels.

La direction générale de l'ARS prend acte de l'ensemble des recommandations relatives aux soins sans consentement et aux droits des patients et demande expressément à l'établissement de se mettre en règle sans délais.

3.2 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES NE DONNE PAS SYSTEMATIQUEMENT LIEU A UNE REFLEXION AUTOUR DE CERTAINES PRATIQUES

Tous les incidents donnent lieu à une fiche de déclaration d'événements indésirables (FEI) qui, le cas échéant, peut être anonymisée ; dans ce cas, à la place du nom de l'agent apparaît « équipe ». Les événements indésirables (EI) sont examinés une fois par semaine par le bureau des risques du service qualité. Dès lors qu'il s'agit d'un incident grave (erreur médicamenteuse, agression), le service qualité se met en relation avec le service concerné et une procédure de revue morbidité et mortalité (RMM) est mise en place.

En 2020, soixante-quatorze EI ont été déclarés dans l'ensemble du pôle de santé mentale, dont cinquante-trois étaient attribués aux unités d'hospitalisation. En 2019, soixante-deux EI ont été comptabilisés dont trente-deux ont été attribués aux deux unités d'hospitalisation. Il s'agissait essentiellement de problèmes matériels ou organisationnels. Les fugues sont rares (une en 2019 et deux en 2020).

Parmi les soixante-quatorze EI déclarés en 2020, deux ont été recensés comme événements indésirables graves (EIG). Pour le premier, il s'agissait d'une infection à la suite d'une pose d'un cathéter veineux central. Le second concernait une patiente adressée par le service des urgences à la suite d'un passage à l'acte suicidaire et qui, une fois admise dans l'unité d'hospitalisation, a commis une tentative de suicide dans sa chambre. Il convient de préciser que la porte de la chambre était fermée à clef faute de place disponible en chambre d'isolement. Cet EIG a fait l'objet d'un RMM qui a mis en lumière plusieurs dysfonctionnements tels que : l'absence de recherche d'une structure adaptée ; le fait que ni l'administrateur de garde ni le cadre d'astreinte de psychiatrie n'ont été informés de l'isolement en chambre ; la prescription de l'isolement s'est faite oralement

et aucune information n'apparaissait dans son dossier concernant le suivi psychologique de cette patiente réalisé au CMP entre mai 2019 et juin 2020. Le RMM a donné lieu à la mise en place d'un plan d'action détaillé. Il n'exclut malheureusement pas la pratique de l'isolement en chambre d'hébergement même si cette tendance est à la baisse (cf. § 8.2.1).

Les faits de violence font également l'objet d'une FEI et sont traités par la direction des ressources humaines. Trois actes de violence ont été déclarés en 2019 et huit en 2020. Ces événements sont systématiquement communiqués à l'observatoire national des violences. Il s'agit d'agressions verbales et/ou physiques à l'encontre du personnel soignant. Aucun fait de violence entre patients n'a été signalé. De même, aucun dépôt de plainte n'a été enregistré au cours de ces deux dernières années.

L'augmentation des faits de violence en 2020 est attribuée aux mesures de confinement liées au contexte sanitaire. Les incidents se sont produits principalement à l'unité Courlis, qui a été confrontée à une pénurie de médecins, ainsi qu'à l'unité d'hospitalisation de semaine. Lorsqu'une situation devient incontrôlable, le personnel soignant sollicite le renfort des collègues de l'autre unité. L'établissement n'a pas engagé d'agents de sécurité. Un protocole d'accord avec la gendarmerie de Challans a été établie en 2006 et fait référence notamment à une procédure d'alerte définie en cas de situation de danger ou de troubles avérés. La direction échange régulièrement avec la gendarmerie. Les infirmiers ont déploré le manque de réactivité des gendarmes concernant un patient violent et difficilement maîtrisable. La direction, quant à elle, estime que le recours à la gendarmerie doit être limité aux situations non maîtrisables.

A l'issue d'un incident violent, un accompagnement est mis en place et l'administrateur de garde se déplace également pour recueillir « à chaud » le ressenti des équipes. De même, la médecine du travail assure un suivi individuel et évalue la nécessité d'un accompagnement par une psychologue extérieure à l'établissement.

3.3 LE PROCESSUS DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PEU EFFECTIF

L'information et les modalités relatives à la désignation de la personne de confiance figurent dans le guide du patient à la rubrique « *mes droits et obligations* » ainsi que sur le site Internet de l'établissement. Le formulaire à remplir et à signer est téléchargeable depuis le site. Le processus de désignation et le rôle de la personne de confiance sont clairement explicités. Il est en outre précisé que la personne de confiance peut accompagner le patient et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. De même, si le patient est amené à consulter son dossier médical, il peut demander à la personne de confiance de l'accompagner dans ses démarches.

Si les infirmiers des deux unités d'hospitalisation maîtrisent la notion de personne de confiance et font la distinction avec la personne à prévenir, le processus de désignation est peu effectif comme en témoignent les données chiffrées transmises aux contrôleurs. Seuls six patients, admis dans les deux unités, ont désigné une personne de confiance. En outre, il apparaît que l'accord des personnes désignées n'est pas explicitement recherché alors que leurs coordonnées sont renseignées. De même, seules les personnes de confiance également membres de la famille sont réellement associées aux soins. Elles le sont alors davantage au titre de leur lien de filiation que du dispositif de la personne de confiance.

RECOMMANDATION 11

Le processus de désignation de la personne de confiance doit s'opérer lors de l'admission. La personne de confiance doit être informée de sa désignation par le patient et son accord doit être recueilli. Elle doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.

Dans sa réponse, la direction exprime son désaccord s'agissant de la nécessité d'informer la personne désignée en faisant référence à l'article L1111-6 du code de santé publique. La loi ne précisant pas que cela relève de la responsabilité de l'établissement hospitalier.

Le CGLPL maintient sa recommandation dans la mesure où tous les patients, compte tenu de leur état clinique ou des restrictions imposées, ne sont pas dans la capacité d'informer la personne désignée. Par ailleurs, il est prévu dans le formulaire de désignation de la personne de confiance, élaboré par l'établissement, que la personne concernée émarge le document. Si le patient n'est pas en mesure de lui faire parvenir le document, il appartient au personnel de santé de s'en charger.

3.4 L'ACCES AU VOTE EST UN DROIT IGNORE

Le droit de vote ne fait pas l'objet d'une procédure spécifique, aucune directive n'est donnée par la direction avant les scrutins. Ce droit n'est pas abordé dans le guide du patient.

Une infirmière dira : « *on fait le tour des chambres, pour voir* ». La majorité des soignants interrogés admettra que rien n'est fait pour informer les patients ou les inciter à voter.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Avant chaque scrutin la direction de l'établissement doit, par une information écrite, inviter les unités à faciliter l'exercice du vote aux patients en anticipant notamment les demandes de vote par procuration et l'inscription sur les listes électorales. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

Dans sa réponse, la direction indique qu'une note d'information a été affichée dans les unités pour les élections régionales de 2021 et que les volontés des patients ont été recueillies par le personnel. Il est prévu à l'avenir de remettre lors des scrutins une note d'information à chaque patient.

3.5 L'ACCES AU CULTE N'EST PAS FACILITE

Le guide du patient aborde l'accès au culte en page 8 en informant de l'existence d'une équipe d'aumônerie catholique. Pour les autres confessions, il est précisé que l'aumônerie pourra mettre le patient demandeur en relation avec le ministre de son culte. Les coordonnées téléphoniques de l'aumônerie figurent dans le livret. Ces informations ne font pas l'objet d'un affichage dans les unités.

En fait, une seule et unique aumônière exerce son ministère à mi-temps dans l'ensemble de l'hôpital. Celle-ci ne vient pas spontanément dans les unités de psychiatrie contrairement aux autres services. Elle ne vient que sur demande, c'est-à-dire pratiquement jamais ; sa dernière visite remontait à trois semaines avant le contrôle à la suite de la demande d'un patient. Elle a le sentiment de ne pas devoir passer spontanément sans pour autant argumenter sur cette limitation. Aucune célébration de culte ne se déroule dans l'enceinte de l'hôpital.

RECOMMANDATION 12

Les patients doivent pouvoir exercer le culte de leur choix. Pour ce faire, une information doit leur être communiquée par voie d'affichage. Les ministres des cultes doivent pouvoir venir spontanément dans les unités et leur passage doit être annoncé.

Dans sa réponse, la direction indique qu'il est prévu d'établir une affichette d'information sur la possibilité de solliciter les différents ministres du culte. Les coordonnées des aumôniers seront intégrées.

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS EST ASSUREE

Cette question n'est pas abordée dans le guide du patient, il est simplement indiqué que l'assistante sociale se rend disponible pour fournir des informations relatives aux mesures de protection juridique.

Deux assistantes sociales, pour 1,8 ETP, interviennent au sein du pôle santé mentale aussi bien en intra qu'en extra hospitalier. Concernant les mesures de protection juridique des patients, elles ne rencontrent ces derniers que sur leur demande ou bien en cas de signalement par un médecin. Elles sont amenées à saisir le procureur de la République aux fins d'ouvertures de mesures de protection. Elles peuvent être amenées à contacter les tuteurs ou les associations tutélaires, ces contacts étant plus ou moins faciles selon les associations.

Au jour du contrôle, sept patients étaient sous curatelle, deux sous tutelle. L'essentiel des tuteurs pour ces neuf patients sont des tuteurs extérieurs au CH, c'est-à-dire des associations tutélaires.

Pour les infirmiers diplômés d'Etat (IDE), les relations sont fluides, les tuteurs étant réactifs aux demandes qui concernent essentiellement la remise d'argent pour l'achat de cigarettes.

Il existe au sein de l'institution un service de Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM) qui intervient sur dix sites. Ce service est composé d'une secrétaire et d'un mandataire judiciaire. Celui-ci est parfois désigné pour des patients du secteur psychiatrique. Lors de l'arrivée de nouveaux patients, il se déplace dans les unités pour informer les patients des mesures existantes et des procédures. Ce service, au jour du contrôle, était chargé de la tutelle ou bien de la curatelle de soixante-dix patients dont treize hospitalisés et un seul admis en psychiatrie.

Le mandataire judiciaire assiste aux réunions de synthèse de préparation à la sortie concernant les patients dont il a la charge. Il reçoit les convocations du JLD parfois le lendemain de l'audience ; il est destinataire des décisions.

La protection juridique des patients semble être assurée dans des conditions satisfaisantes.

3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST PAS ASSUREE

Le guide du patient n'aborde pas ce droit à l'exception de quelques lignes portant sur les « principes généraux » qui posent le droit au respect de sa vie privée garanti par la confidentialité des informations personnelles, sans pour autant que la confidentialité sur la présence ne soit évoquée.

Il n'existe aucune directive sur l'information devant être faite aux patients sur leur droit à la confidentialité de leur présence. « On nous a dit d'être prudent pour la psychiatrie » semble la seule recommandation donnée au standard. Les appels des familles sont transmis aux unités ; pour les autres, l'appelant serait mis en attente et l'unité interrogée sur la suite à donner à l'appel.

Les soignants confirment ne recevoir aucune directive sur ce point et ne jamais l'aborder avec les patients lors de leur accueil.

Il s'est déjà produit qu'un patient fasse la demande suivante à un soignant : « *si mes parents appellent, je ne suis pas là* ».

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients et leurs réponses retranscrites. Des modalités techniques doivent être mises en place pour garantir l'anonymisation effective et immédiate des patients qui en font la demande.

Dans sa réponse, la direction fait observer qu'une procédure intitulée « non-divulgence de la présence d'un patient » a été établie. Il est prévu de compléter la procédure de gestion d'une demande d'anonymisation des patients en étudiant la possibilité de création « d'identités alias » en respectant les règles d'identitovigilance.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EXISTE PLUS

Depuis trois ans, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'existe plus. Une infirmière présente depuis beaucoup plus longtemps ignorait ce qu'était la CDSP. Un rapport annuel de 2019 constate que faute de candidature de médecin, la CDSP ne peut se réunir.

RECO PRISE EN COMPTE 3

La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée afin d'exercer sa mission de contrôle. Elle doit se réunir régulièrement et visiter les unités d'hospitalisation au moins deux fois par an.

Dans sa réponse, la direction générale de l'ARS indique que la constitution de la CDSP a été arrêtée le 19 mai 2021, sa première réunion s'est tenue le 22 juin.

4.2 LA PLACE DES USAGERS DANS LA VIE DES UNITES PSYCHIATRIQUES EST IGNOREE

Une annexe du guide du patient présente la commission des usagers (CDU). Un document intitulé « *la place des usagers* » est affiché dans les unités.

4.2.1 La commission des usagers

La CDU s'est réunie quatre fois en 2019 et en 2020. Les représentants des usagers y sont très présents, l'UDAF (Union Des Associations Familiales), L'UFC Que Choisir (Union Fédérale des Consommateurs), l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales), l'association française des diabétiques.

La CDU concerne l'ensemble du CHLVO. Il n'existe pas de commission spécifique à la psychiatrie, de sorte que les questions relevant de ce secteur sont très marginales. Une CDU s'est cependant tenue le 4 décembre 2018 dans les locaux du secteur psychiatrique, commission consacrée presque exclusivement à la psychiatrie.

Le rapport d'activités pour l'année 2019 montre que sur 105 réclamations examinées cette année, seules quatre concernaient la psychiatrie.

4.2.2 Les représentants des usagers

L'information relative aux représentants des usagers est relayée par voie d'affichage. Un document clair et pédagogique comprend la photo de chacun d'entre eux ainsi que trois rubriques : qui sont-ils ?, leurs missions, leurs activités. Cependant ils ne sont qu'exceptionnellement saisis par des personnes admises en soins psychiatriques.

Ils n'assurent pas de permanence au sein de l'établissement et ils ne passent pas dans les unités psychiatriques.

La psychiatrie est un domaine qui leur est étranger, distant, selon l'un des représentants des usagers.

RECOMMANDATION 13

Les représentants des usagers doivent assurer un passage régulier au sein des unités psychiatriques afin d'y rencontrer les patients. Ces derniers doivent être informés en amont de leur passage et de la tenue des réunions de la commission des usagers.

La direction prend note de la recommandation formulée par le CGLPL et prévoit de solliciter régulièrement les représentants des usagers afin qu'ils organisent des passages réguliers dans les unités. Il est également prévu d'identifier un lieu accessible aux représentants des usagers afin qu'ils puissent mettre en place des permanences.

4.3 LE REGISTRE DE LA LOI, BIEN TENU, PERMET DE CONSTATER QUE LES PROCEDURES NE SONT PAS RESPECTEES

Le registre de la loi est conservé au secrétariat des deux unités d'hospitalisation et il est tenu par les deux secrétaires. Il est bien tenu et son contenu permet de suivre le parcours des personnes admises en SSC en hospitalisation ou en programmes de soins. Il comprend toutes les décisions prises par le directeur, les demandes des tiers accompagnées des pièces d'identité, tous les certificats médicaux, l'avis motivé joint à la saisine du JLD, les décisions du JLD, les décisions de changement de régime de SSC avec les programmes de soins, celles de réintégration et les décisions mettant fin aux SSC.

Il n'a pas été constaté de retard d'inscription.

Les constats relevés à l'examen du registre corroborent les éléments mis en évidence par les données statistiques communiquées aux contrôleurs (cf. § 2.4) :

la majorité des SSC sous forme d'hospitalisation complète le sont dans le cadre de procédures de SPDTU, les SPDT et les SPPI étant marginales, voire en diminution au profit des SPDTU ;

les demandes de tiers sont majoritaires.

L'étude du registre confirme certains constats relevés précédemment :

les décisions d'admission sont datées du même jour à la même heure que les demandes des tiers mais surtout que le certificat médical initial, traduisant ainsi le fait que ces décisions ne sont pas prises en temps réel, mais sont prises parfois un, deux, voire trois jours après l'admission et sont en fait antidatées (cf. § 3.1.2.a);

aucun document, ni aucune annotation ne permet de savoir si les droits du patients lui ont été notifiés et dans quelles conditions ;

RECOMMANDATION 14

Le registre de la loi doit comporter toutes les mentions prévues à l'article L.3222-1 du code de la santé publique et notamment la date à laquelle les droits du patient lui ont été notifiés selon un acte de notification portant lui-même la liste de tous ses droits, dont le double lui est laissé.

La direction indique dans sa réponse qu'il est prévu d'informatiser le registre de la loi afin qu'il comporte toutes les mentions nécessaires.

le certificat médical des 72h et l'avis motivé constituent parfois un seul et même document, interdisant ainsi de prendre en compte l'évolution du patient entre la 72^{ème} heure et la saisine du JLD ;

RECOMMANDATION 15

L'avis motivé joint à la saisine du juge des libertés et de la détention doit être rédigé le jour de la saisine. Il ne peut se confondre avec le certificat des 72h.

Dans sa réponse, la direction fait observer que cette organisation a été imposée par le JLD. Il est prévu de revoir ce point avec les magistrats concernés.

les certificats médicaux mensuels ne donnent souvent pas lieu à un entretien avec le patient, lequel est tenu dans l'ignorance de cette étape, le médecin ne recueillant pas ses observations. Certains de ces certificats concluent au maintien de la mesure au motif notamment que le patient n'a pas été vu et doit l'être prochainement faute d'effectif suffisant de PH ;

le collège des professionnels de santé ne rencontre pas le patient qui ignore également cette étape et ne peut faire part de ses observations.

RECOMMANDATION 16

Le collège des professionnels de santé doit recueillir les observations du patient à l'occasion de la rédaction d'un certificat médical le concernant.

La direction prend bonne note de la recommandation du CGLPL et prévoit d'informer le patient de la possibilité d'émettre des observations à l'occasion de la rédaction d'un certificat le concernant lors du collège des professionnels de santé.

Le registre a été contrôlé par un magistrat du parquet du tribunal judiciaire (TJ) des Sables-d'Olonne le 5 février 2021.

L'étude du registre n'a pas permis de constater que la légalité de décisions d'admission dans le cadre de SPPI pouvait être contestée d'autant que le nombre d'admissions dans le cadre de SPPI est en forte diminution.

4.4 LES SORTIES ET LES PROGRAMMES DE SOINS SONT HABITUELLEMENT FREQUENTS MAIS LES SORTIES SONT LIMITEES EN RAISON DU CONTEXTE SANITAIRE

4.4.1 Les sorties

Des sorties accompagnées d'une durée de 12 heures ou bien des sorties non accompagnées d'une durée de 48 heures sont accordées aux patients admis en SSC. Selon le personnel soignant il n'y a pas de position de principe d'accorder ou non les permissions de sortie ; elles sont examinées au cas par cas en réunion de synthèse ou d'équipe. Elles seraient accordées assez facilement.

Concernant les patients en SPDRE il n'y aurait également pas de difficulté avec l'autorité préfectorale pour les sorties accompagnées. A l'unité Courlis, deux patients en SDT et un patient en SDRE bénéficiaient d'autorisations de sortie.

Cependant, la période de confinement liée à la pandémie de la COVID-19 est moins favorable à ce genre d'initiatives. A titre d'exemple, les patients étant susceptibles « *d'oublier les gestes barrières* » ne sont pas autorisés à sortir seuls de l'établissement. Tel était le cas pour deux patients de l'unité Courlis dont une, admise en soins libres, ne pouvait sortir seule.

RECOMMANDATION 17

L'interdiction de sorties non accompagnées imposées à certains patients susceptibles d'oublier les gestes barrières n'est pas justifiée et ne favorise pas leur autonomie.

Dans sa réponse, la direction fait observer que ces décisions ont été discutées et validées par la cellule de crise à laquelle participent des professionnels de tous les pôles. Les décisions ont tenu compte d'une réflexion bénéfices/risques systématique. Dès que la situation sanitaire l'a permis les mesures de restrictions ont été allégées puis levées.

Le CGLPL maintient sa recommandation car il s'agit d'une privation de liberté qui n'est pas justifiée par un état clinique mais par des suppositions. En outre, dans d'autres établissements visités ces derniers mois, la liberté d'aller et venir des patients était respectée.

4.4.2 Les programmes de soins

Il est impossible de connaître le nombre de programmes de soins en cours au jour du contrôle. Les dossiers des patients en programme de soins sont conservés dans une armoire ouverte à la demande des contrôleurs : « *il suffit de les compter* ».

A l'examen du registre de la loi, il apparaît que les programmes de soins sont nombreux. Les décisions sont en copie dans le registre de la loi, de même que les certificats mensuels. Les décisions du collège des professionnels après un an de programme de soins sont également annexées, sous réserve que les patients ne sont jamais convoqués et entendus par le collège.

Les programmes de soins examinés sont de vrais programmes de soins dans la mesure où ils ne prévoient pas d'hospitalisation complète ou de nuit.

4.5 LA PREPARATION A LA SORTIE POSE DES DIFFICULTES FAUTE DE STRUCTURES D'ACCUEIL EN NOMBRE SUFFISANT

Le pôle de psychiatrie ne dispose pour le moment d'aucun dispositif dûment organisé pour la réhabilitation sociale des patients. C'est un des objectifs du projet médical présenté dans ses grandes lignes mais sans précision sur les modalités de sa mise en place.

Tous les professionnels interrogés, soignants, cadres, assistante sociale font part des difficultés à identifier pour certains une structure d'accueil telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un centre de postcure ou un logement social.

Le manque de structures est tel qu'il est fait appel à des institutions basées en Belgique. L'une d'entre elles, dont les membres sont venus présenter la structure, a récemment accueilli un patient.

Aucune donnée d'activité ne permet de connaître le nombre de patients inadéquats par unité, ceux en attente d'un placement ou en ayant bénéficié au cours de l'année. Selon les soignants il y aurait actuellement dans les deux unités confondues, dix patients ne relevant plus d'une hospitalisation en psychiatrie et pour lesquels aucune structure n'a été identifiée.

Cette difficulté à libérer des places d'hospitalisation a pour conséquence d'organiser pendant la période touristique, durant laquelle la population augmente considérablement, des « sorties sèches » et anticipées de patients qui sont à nouveau rapidement réhospitalisés. Selon des soignants, l'unité d'hospitalisation de semaine, La Passerelle, présentait l'avantage de limiter ces sorties sèches.

4.6 LE RECOURS AU JLD A LA REQUETE DU PATIENT EST PARFOIS ENCOURAGE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

L'audience du JLD se tient le jeudi matin à partir de 10h dans la salle de réunion du pôle transformée pour l'occasion en salle d'audience. C'est habituellement un seul et même juge qui tient ces audiences.

Les patients selon leur état clinique viennent soit seuls, soit accompagnés. Les accompagnants n'assistent pas à l'audience.

C'est souvent à l'occasion de la réception de la convocation que les soignants prennent un temps pour expliquer ou bien réexpliquer au patient sa situation, ses droits et la nature de l'audience JLD.

4.6.1 L'intervention des avocats

Le barreau des Sables-d'Olonne a organisé une permanence avocat pour assurer la défense des patients. Il s'agit d'avocats volontaires au nombre d'une dizaine. Ce sont donc souvent les mêmes qui interviennent. Ces avocats ne reçoivent pas de formation particulière leur permettant de se spécialiser sur la matière. Ils reçoivent la veille ou l'avant-veille de l'audience les dossiers par messagerie et ils rencontrent les patients avant l'audience.

RECOMMANDATION 18

Les avocats du barreau des Sables d'Olonne, volontaires pour assurer la permanence juge des libertés-psychiatrie, doivent recevoir une formation spécifique.

4.6.2 L'audience

Le magistrat est assisté d'une seule et même greffière. Le JLD présente la procédure au patient et il lui fait part des pièces du dossier, commente l'avis motivé et interroge le patient sur sa situation, sur ce qu'il souhaite. La parole est ensuite donnée à l'avocat, la décision mise en délibéré est rendue dans l'après-midi.

Lors de l'audience du 4 mars 2021 à laquelle ont assisté les contrôleurs, trois dossiers étaient examinés, dont deux sur requêtes des patients et non pas sur saisine du directeur de l'établissement. Pour l'un de ces deux dossiers se posait la question de l'utilité de cette audience dans la mesure où, sur la demande du patient, le médecin psychiatre avait émis un avis favorable à l'interruption des SSC. L'avocat et le magistrat ont considéré que le psychiatre aurait pu, sur son initiative, mettre fin aux SSC.

4.6.3 Les décisions rendues par le JLD

En 2019, sur 150 décisions rendues, deux ont fait l'objet d'une mainlevée du SSC ; en 2020 sur 139 décisions, cinq mainlevées ont été prononcées. Depuis le 1^{er} janvier 2021, une mainlevée a été ordonnée sur quatorze décisions rendues.

Six de ces décisions de mainlevée l'ont été pour des motifs liés au non-respect de la procédure. De sorte qu'il est permis de penser que si le contrôle hiérarchique interne était plus rigoureux (cf. § 3.1.2.) et non pas laissé sous la seule responsabilité des secrétaires, les procédures seraient respectées et les patients concernés, alors privés de leur liberté en toute illégalité, verraient la mesure prise à leur encontre levée plus rapidement, au profit éventuellement d'une hospitalisation en soins libres.

4.6.4 Le JLD et le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Concernant le rôle du JLD sur les mesures d'isolement et de contention, une réunion au niveau de la cour d'appel de Poitiers (Vienne) doit être organisée avec tous les présidents des TJ ainsi que les JLD concernés.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST BEAUCOUP PLUS RESTREINTE EN PERIODE D'URGENCE SANITAIRE

Les deux unités d'hospitalisation (Courlis et Pluviers) sont ouvertes. Pour autant, la liberté d'aller et venir est loin d'être totale.

Les sorties ponctuelles de chaque unité et du bâtiment du pôle de psychiatrie sont autorisées, notamment afin de se rendre à la cafétéria du CH sauf consignes médicales l'interdisant. Le patient a juste l'obligation d'informer un soignant de son départ et de son retour. Ces sorties sont possibles tant que la porte principale est ouverte de 9h à 18h30. Depuis l'émergence de la période d'urgence sanitaire, la fermeture a été anticipée à 17h afin de limiter les risques d'intrusions qui seraient plus élevés en raison du couvre-feu.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les sorties ponctuelles doivent être à nouveau autorisées jusqu'à 18h30, et non plus seulement jusqu'à 17h, selon les consignes médicales individualisées.

Dans sa réponse, la direction précise qu'à ce jour, les sorties sont de nouveau autorisées jusqu'à 18h30 en fonction de l'évolution de l'épidémie et des consignes nationales.

A titre exceptionnel, une unité peut être fermée quelques heures si l'un des patients se trouve en crise. Les fugues sont rarissimes.

Au sein des unités, la circulation n'est pas totalement libre. Si l'accès à sa chambre est toujours possible, il est interdit de se rendre dans la chambre d'un autre patient, même avec son accord. De surcroît, certains patients, sur consignes médicales, peuvent être très fortement incités à ne pas sortir de leur chambre au cours de plusieurs périodes de la journée, à titre d'apaisement et ce dans l'objectif d'éviter un recours à l'isolement strict.

Afin de limiter les risques de contamination, les patients de chacune des unités n'ont plus le droit de se rendre dans l'autre unité. C'est aussi le motif invoqué pour limiter l'accès au « grand jardin » qui est en principe commun à tous. Les horaires d'accès pour les unités sont dorénavant les suivants : 6h30 à 12h puis de 16h30 à 21h ou 22h à l'unité Pluviers et de 14h à 16h pour l'unité Courlis. Il y a donc une inégalité d'accès à ce jardin en raison de l'existence d'un patio extérieur végétalisé dont l'unité Courlis dispose alors que le fumoir extérieur de l'unité Pluviers est de petite taille et bétonné. Pour autant, l'interdiction d'accès du grand jardin aux patients de Courlis la majeure partie de la journée n'apparaît pas justifié tout comme l'instauration d'horaire spécifique à chaque unité.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les patients des deux unités doivent avoir accès au grand jardin tout au long de la journée.

La direction indique dans sa réponse qu'à ce jour, le grand jardin est accessible aux deux unités.

5.2 LE DROIT DE RECEVOIR DES VISITES EST ACTUELLEMENT TRES RESTREINT

5.2.1 Le téléphone et les visites

Le libre accès à son téléphone est la règle pour les patients du pôle de santé mentale. Les interdictions sont décidées au cas par cas pour des raisons médicales. Au jour du contrôle, aucune restriction n'était appliquée dans l'unité Pluviers. En revanche, dans l'unité Courlis, une patiente ne pouvait téléphoner que deux heures le matin et deux heures l'après-midi et une autre patiente n'avait accès à son smartphone que quinze minutes par jour. Ces restrictions faisaient l'objet d'une prescription médicale.

Pour les patients dépourvus de téléphone portable, un « *point-phone* » est positionné dans une zone relativement confidentielle à l'entrée de chaque unité.

Habituellement, les visites sont autorisées, sauf consignes médicales, de 14h à 18h30 toute la semaine, et également de 10h à 11h30 le week-end et les jours fériés. Avec la crise sanitaire, cette liberté d'accès a été suspendue et les visites ne sont possibles que sur rendez-vous, deux fois par semaine pour une durée maximum de 30 minutes. Les visites ne sont acceptées que dans une seule salle commune à tout le pôle de santé mentale. Même si les soignants indiquent qu'ils appliquent cette règle des 30 minutes avec souplesse, la durée et la fréquence de ces visites apparaissent beaucoup trop courte pour assurer le maintien des liens familiaux. Les visites sont interdites aux mineurs de moins de 15 ans et aucune autre possibilité n'est offerte pour que les mineurs rencontrent leurs parents.



Salle de visites

RECO PRISE EN COMPTE 6

La fréquence et la durée des visites doivent être élargies et leurs conditions matérielles améliorées. Les modalités de visite des mineurs âgés de moins de 15 ans doivent être revues.

La direction souligne que les visites ne font plus l'objet de restrictions et les mineurs peuvent rendre visite à leurs parents.

5.2.2 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux

Le quotidien régional *Ouest-France* est présent dans chacune des unités. Depuis 2020, chaque chambre est équipée d'un téléviseur ainsi que les salles communes d'activités. En revanche, l'accès à un réseau wifi n'est pas offert, ce qui est regrettable pour les démarches administratives que doivent effectuer les patients, notamment pour préparer leur sortie de l'hôpital.

RECOMMANDATION 19

L'établissement doit donner aux patients l'accès à un réseau wifi.

Dans sa réponse, la direction souligne qu'un plan d'investissement, dont une copie a été jointe au courrier de la direction, a été élaboré en vue d'installer le réseau wifi.

5.3 LA SEXUALITE N'EST PAS PRISE EN COMPTE AU SEIN DES UNITES D'HOSPITALISATION

Si les relations sexuelles ne sont pas interdites de façon formelle, la question de la sexualité n'est jamais abordée dans les unités et ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle. Les soignants interrogés sur ce point ont indiqué que le contexte ne s'y prêtait pas étant entendu que l'hôpital était avant tout un lieu de soins. Les équipes soignantes sont particulièrement attentives lors de la présence de patients plus vulnérables et pour lesquels la notion du consentement peut être floue. Aucun incident particulier n'a été rapporté aux contrôleurs à cet égard, aucun événement indésirable relatif à ce sujet n'a été recensé au cours des deux dernières années.

Les questions relatives à la contraception et à la prévention des maladies sexuellement transmissibles sont abordées lors des consultations médicales. Cependant, les unités d'hospitalisation ne disposent pas d'une réserve de préservatifs.

RECOMMANDATION 20

La question de la sexualité et de la prévention des maladies sexuellement transmissibles doit être prise en compte par l'équipe soignante et doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

Dans sa réponse, la direction indique qu'il est prévu de mettre en place un groupe de travail sur la question de la sexualité et des MST.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES UNITES D'HOSPITALISATION OFFRENT DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT DIGNES ET CONFORTABLES MALGRE L'ABSENCE DE SONNETTE D'APPEL ET DE VERROU DE CONFORT

6.1.1 L'hébergement, les locaux communs

Les conditions d'hébergement des patients sont confortables. Les locaux, qui ont fait l'objet d'une rénovation en 2006, sont spacieux, lumineux et bien entretenus.

Chaque unité dispose de vingt lits, dont seize sont installés en chambre individuelle et quatre en chambre double. Les sanitaires sont fonctionnels ; ils sont équipés d'une douche, d'un WC et d'un lavabo. La porte des sanitaires est munie d'un verrou intérieur pour les chambres doubles. La chambre individuelle a une surface de 18,3 m² et la chambre double est de 25 m².

Les portes des chambres sont pleines mais elles ne sont pas dotées de verrou de confort. Bien que les incidents entre patients soient rares, ces derniers ne peuvent donc pas se reposer en toute sécurité.

RECOMMANDATION 21

Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort pour que les patients puissent se reposer en toute sécurité.

La direction précise dans sa réponse qu'un devis a été établi pour faire installer un système de fermeture des portes et des armoires des chambres ainsi qu'une sonnette d'appel. Il est également prévu d'équiper chacune des deux unités d'un coffre de taille plus importante.

Les chambres ne disposent pas de sonnettes d'appel. Comme indiqué précédemment, toutes les chambres sont équipées d'un téléviseur.

L'ouverture des grandes fenêtres coulissantes est bloquée à 12 cm par un sabot à clef. De surcroît, ces fenêtres sont fermées à clef du soir vers 21h au matin vers 7h45 ou 10h. Les raisons données aux contrôleurs pour justifier cette fermeture totale de la fenêtre du soir au matin sont variables selon les interlocuteurs : certains évoquent l'entrée possible d'un chat ou la nécessité de limiter l'usage du tabac la nuit, d'autres le risque d'intrusion de stupéfiants ou d'objets dangereux. Explication peu crédible, car ce risque est bien plus fort de jour dans des unités ouvertes, les patients ayant aussi la possibilité de récupérer toutes sortes de choses à travers le grillage du grand jardin. Ainsi, il doit être laissé la possibilité aux patients d'aérer leur chambre quand bon leur semble, de jour comme de nuit.

RECOMMANDATION 22

Les patients doivent pouvoir entrouvrir librement la fenêtre de leur chambre tout au long du jour et de la nuit et toutes les chambres doivent être équipées d'une sonnette d'appel.

Les deux chambres doubles de chaque unité sont plutôt réservées aux patients dépressifs à tendance suicidaire. Ils n'y demeurent pas plus de quelques semaines. En revanche, les patients en long séjour sont logés en chambre individuelle.



Chambres individuelles



Chambres doubles

Les deux unités disposent chacune de trois salles d'activités correctement équipées. Une salle de sports commune au pôle, d'une surface de 60 m², est équipée de sept vélos, d'un rameur, d'une table de ping-pong, d'un billard et d'un baby-foot.



La salle de sports du pôle de santé mentale

6.1.2 Les conditions d'hygiène

Lorsqu'un patient ne dispose pas de produits d'hygiène, il peut être dépanné d'un savon, d'une brosse à dents et d'un dentifrice. De même, les unités disposent d'un stock conséquent de

vêtements pour ceux qui en manqueraient. Les unités Courlis et Pluviers sont chacune équipées d'un lave-linge et d'un sèche-linge. Les draps et taies d'oreiller sont changés une fois par semaine. L'espace sanitaire de chaque chambre manque d'aération, d'autant plus que les patients n'ont pas toujours la possibilité d'entrouvrir la fenêtre de leur chambre en début de matinée au moment où ils prennent leur douche. La bouche d'aération du local sanitaire devrait être nettoyée plus régulièrement.



Bouche d'aération dans le local sanitaire d'une chambre

6.2 LES PATIENTS NE PEUVENT CONSERVER LEURS BIENS PERSONNELS DANS LEUR CHAMBRES

Les patients n'ont pas le droit de détenir des boissons, alcoolisées ou pas, des armes, des objets tranchants et des denrées alimentaires. Les chargeurs de téléphone sont souvent retirés. Les placards des chambres ne peuvent plus être fermés à clef, car les clefs ont toutes été perdues. Dès lors, les patients se plaignent d'être victimes de vols.

Les rasoirs à main, les eaux de toilette, le dissolvant, le vernis à ongles ou les déodorants sont conservés au bureau infirmier dans des petites boîtes au nom de chaque patient. Ils sont remis aux patients pour de très courtes périodes. De même, l'argent liquide, les cartes bancaires, les chéquiers et les petits objets de valeur peuvent être conservés dans le coffre de l'unité situé dans le bureau du cadre de santé. Lorsque le patient est admis avec une somme d'argent importante, les soignants l'incitent à la confier à sa famille, son curateur ou son tuteur. Un inventaire de ce qui est placé au coffre est réalisé, mais aucune copie n'est laissée au patient.

RECOMMANDATION 23

Chaque patient des unités de psychiatrie doit pouvoir disposer de la clef du placard de sa chambre et d'une copie de l'inventaire des objets placés au coffre de l'unité.

6.3 LES REPAS SONT COMPOSES D'UN MENU UNIQUE ET LES PORTIONS SONT PARFOIS CONGRUES

Les quatre repas quotidiens sont servis dans une grande salle à manger, dans chacune des deux unités, bien éclairée par une baie vitrée : le petit déjeuner de 7h45 à 8h45, le déjeuner de 11h45 à 12h45, le goûter de 16h à 16h30 et le dîner de 18h45 à 19h30.

Un seul menu dit « normal » est proposé. Il est possible d'opter pour le menu végétarien. Les autres menus sont associés à une prescription médicale en lien avec une pathologie. Les repas sont préparés à la cuisine du CH. Une diététicienne intervient sur la composition des menus.

Si les entrées et les desserts sont souvent distribués dans des barquettes en plastique, le plat principal est servi à l'assiette, ce qui donne aux aliments un aspect plus appétissant. Les portions

sont parfois un peu chiches, ce dont se plaignent certains patients qui ont le sentiment de ne pas manger à leur faim en raison de leur traitement médicamenteux qui atténue l'effet de satiété.

Avec la crise sanitaire, chacune des six tables de la salle-à-manger ne peut être occupée que par deux patients à la fois. Le temps du repas a donc dû être allongé afin d'assurer une rotation. De surcroît, les soignants ne prennent plus leur repas avec les patients.

Les patients placés en chambre d'isolement n'ont le droit qu'à une grosse cuillère en plastique.



Salle-à-manger et chariot chauffant de l'unité Pluviers

7. LES SOINS

7.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES NE SONT PAS EVALUEES

7.1.1 L'organisation des urgences psychiatriques

L'accueil des urgences psychiatriques est organisé au sein du service des urgences répondant à la législation et aux textes d'application de celle-ci.¹⁰

Le service des urgences du CH de Challans intègre une équipe de soins psychiatriques dénommée l'équipe psychiatrique d'urgence et de liaison (EPUL). Celle-ci inclut trois infirmiers (une présence IDE étant effective de 7h à 21h), un psychiatre référent et un médecin « junior » interne en psychiatrie, tous deux étant mis à disposition du CHU de Nantes. Cette équipe est appelée en tant de besoin pour toute entrée aux urgences requérant un avis psychiatrique. Les psychiatres du pôle de santé mentale du CH de Challans assurent une astreinte opérationnelle 24h/24 incluant la nuit, les week-ends et jours fériés. L'EPUL dispose d'un bureau polyvalent. Le service des urgences est équipé d'une chambre sécurisée. Cette chambre dans son état actuel est isolée et ne répond à aucune norme (sanitaire éloigné, pas de bouton d'appel, etc.). Celle-ci doit être prochainement repositionnée dans une nouvelle aile des urgences en cours de construction qui devrait ouvrir au mois d'avril 2021.

7.1.2 Gestion des urgences psychiatriques

Les urgences du CH de Challans comptabilisent environ 30 000 passages par an. L'ensemble des entrées du pôle de psychiatrie étant vues préalablement aux urgences, les patients relevant de psychiatrie représentent environ 5,2 %¹¹. Aucune donnée précise n'a été communiquée, celles-ci n'étant pour le moment pas colligées.

Les patients de psychiatrie relevant d'une mesure de SSC sont adressés très rapidement vers les unités de soins psychiatriques. La majorité des mesures sont des SSC à la demande d'un tiers.

Il n'y a pas de procédure écrite portant sur l'accueil des patients relevant de soins psychiatriques, les circuits à suivre, le rôle des différents intervenants et les conduites à tenir pour les différents types de soins sans consentement. Ce document est en cours d'élaboration.

Certes les urgentistes peuvent faire appel en tant de besoin à l'EPUL mais des situations, probablement exceptionnelles, comme celle que les contrôleurs ont rencontrée – aucun membre de l'EPUL n'était présent lors de la venue des contrôleurs dans le service des urgences – lors de leur visite montrent que ce type de procédure aurait tout son intérêt lorsqu'aucune personne de l'EPUL ne peut être sollicitée. Dans sa réponse, la direction tient à souligner qu'une note de service n°2021-17 datant du 16 février 2021, dont une copie a été jointe au courrier, fixe systématiquement l'organisation prévue en cas d'absence de l'infirmière de l'EPUL : le psychiatre d'astreinte est le référent.

Plusieurs pistes ont été présentées dans le projet médical pour améliorer la prise en charge de la crise et de l'urgence notamment :

¹⁰ Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

¹¹ Rapport annuel d'activité 2019 du CHLVO.

- fluidifier l'articulation entre le pôle de santé mentale et le service des urgences ;
- développer les consultations post urgences ;
- élargir l'amplitude d'intervention de l'équipe de liaison 7h/21h et week-end ;
- localiser l'EPUL au sein du service des urgences
- ouvrir trois lits en unité d'hospitalisation courte durée (UHCD) réservés à la psychiatrie ;
- faciliter et favoriser les admissions directes dans les unités d'hospitalisation ;
- développer la prise en charge des psycho traumatismes ;
- capter les primo-consultants, insister sur l'importance du temps consacré à la primo-évaluation et à l'orientation.

A ce jour aucun calendrier n'est arrêté, voire les projets en sont au stade d'idées.

Aucun rapport d'activité spécifique aux urgences psychiatriques n'a été remis.

Les équipes des urgences et de la psychiatrie ne se réunissent pas.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les modalités de prise en charge de patients relevant de soins psychiatriques, incluant ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement, doivent faire l'objet d'une procédure précisant le rôle du service des urgences et de l'équipe psychiatrique d'urgence et de liaison

Dans son courrier de réponse, la direction a joint un document non finalisé qui décline les modalités de prise en charge et d'orientation des patients relevant de soins psychiatriques. Ce travail a été initié en février 2021 par le médecin de l'EPUL et le chef de service des urgences.

7.2 L'UTILISATION DE LA CHAMBRE SECURISEE DU SERVICE DES URGENCES NE FAIT L'OBJET D'AUCUN PROTOCOLE

Cette chambre est utilisée pour les patients agités voire en attente d'hospitalisation pour les SSC selon ce qui a été dit aux contrôleurs.

Une procédure relative à « *l'accueil et au parcours du patient agité et à l'utilisation de la chambre de soins sécurisée aux urgences* » a été validée le 21 septembre 2018. Elle a été rédigée et validée par la fédération médicale inter-hospitalière des urgences (FMIH) de Vendée.

L'utilisation de cette chambre, à la lecture de ce texte, relève uniquement des urgentistes, le logigramme joint indiquant de demander « *si besoin* » un avis psychiatrique. Le paragraphe sur les modalités d'accueil par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) recommande néanmoins « *que l'évaluation de la suite de la prise en charge soit faite dans la mesure du possible de façon conjointe avec le double regard (urgentiste-psychiatre)* ».

Ce texte est basé sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) visant l'utilisation des chambres d'isolement en secteur de psychiatrie. Il précise que ces mesures doivent faire l'objet d'une prescription médicale celles-ci devant se faire dans le logiciel des urgences « Résurgences » par le biais du protocole « *Agitation et mise en soin sécurisé* ». La fiche remise lors du contrôle faisant office de fiche de décision médicale intitulée « *Fiche d'isolement thérapeutique* » est datée du 19 avril 2007 et n'est pas en adéquation avec la procédure. C'est de fait la réplique de la fiche utilisée dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie (cf. § 8.1.2 a). L'absence d'interlocuteur (le

chef de service des urgences et le psychiatre référent étant en congés) n'a pas permis d'obtenir davantage d'informations.

Quinze patients ont été admis en chambre sécurisée entre le 1^{er} janvier et le 28 février 2021, onze ayant fait concomitamment l'objet d'une mesure de contention. Deux d'entre eux auraient été placés en chambre sécurisée sans prescription médicale. Parmi ces quinze patients, huit sont retournés à leur domicile, six ont été hospitalisés en unité de psychiatrie et un a été hospitalisé en médecine gériatrique. Les durées de ces séjours n'ont pas été communiquées. Quinze patients sur deux mois, cela représente potentiellement un peu moins d'une centaine de patients par an, chiffre non négligeable.

L'interrogation porte sur la privation de liberté des patients en soins libres, ces mesures de placement étant pour la plupart assorties de contention physique (cinq points systématiquement) accompagnée d'une contention chimique.

RECOMMANDATION 24

La procédure relative à l'accueil et au parcours du patient ainsi qu'à l'utilisation de la chambre sécurisée au service des urgences doit être revue et concertée avec les psychiatres. Les mesures d'isolement et de contention doivent être tracées, analysées et colligées dans un registre. Ce type de mesure conduisant à une privation des droits ne devrait être effective qu'assortie d'une mesure de soins sans consentement.

La direction de l'établissement indique dans sa réponse qu'un travail va être mené afin de définir les modalités d'utilisation de cette chambre et de mettre en place un registre d'utilisation. Une étude sur la pertinence d'utilisation de cette chambre sera également conduite.

7.3 LES SOINS PSYCHIATRIQUES PATISSENT D'UNE POLITIQUE D'ENSEMBLE INSUFFISAMMENT DEFINIE ET SUIVIE AU NIVEAU DU POLE DE SANTE MENTALE

7.3.1 Structuration et organisation du pôle de psychiatrie

Comme précisé dans le chapitre présentant l'établissement (*cf.* § 2.1), le pôle de psychiatrie est l'un des cinq pôles du CH de Challans. Il couvre un seul secteur de psychiatrie d'une population de 127 000 habitants.

Il n'y a pas de contrat de pôle signé. De même, aucun projet de pôle fixant les objectifs à court et moyen terme n'a été remis aux contrôleurs. Pourtant plusieurs projets de création de structures ambulatoires sont en cours de réflexion (*cf.* § 2.1). Un rapport annuel joint au rapport d'établissement donne très succinctement quelques repères sur l'activité de ce pôle, laissant néanmoins le lecteur quelque peu frustré sur des données essentielles comme les soins sans consentement, l'activité de l'équipe des urgences psychiatriques, le nombre de mesures d'isolement et de contention, un bilan des activités thérapeutiques et la gestion des patients hospitalisés au long cours.

Un conseil de pôle se réunit deux à trois fois par an.

Le chef de pôle en poste a été nommé en 2019. Il est également vice-président de la CME et membre du directoire. Un projet de réorganisation axé sur le développement de l'ambulatoire est en cours, l'objectif étant parallèlement de faire évoluer les conditions d'hospitalisation à temps plein. L'intervention d'un grand nombre de médecins psychiatres remplaçants au cours de ces dernières

années a quelque peu déstabilisé les équipes soignantes en place et notamment celles intervenant à l'unité Courlis (cf. § 2.2.1). Cette situation a affecté la qualité de la prise en charge des patients. Les réunions de synthèse et de fonctionnement de cette unité ont été momentanément suspendues. En outre, il a été fait état d'une absence de coordination et d'aide mutuelle entre les deux unités de soins. L'unité Pluviers n'a pas eu à connaître ces vacances de postes de psychiatres, les deux PH étant en poste depuis plusieurs années. Le personnel soignant de l'unité Courlis, très marqué par cette période, demeure vigilant malgré la prise de fonction récente d'un médecin psychiatre à temps plein.

Les médecins psychiatres se réunissent toutes les semaines, cette réunion étant élargie aux cadres une fois tous les quinze jours. Ces réunions portent surtout sur des thèmes relatifs à l'organisation (actualité, astreintes, etc.). Il n'y a pas de *staff* clinique et donc pas d'échange médical portant sur les dossiers des patients. Les décisions sur les cas cliniques complexes relèvent pour le moment du seul médecin en charge de ces patients. Cette absence de confrontation clinique représente un risque pour la qualité des prises en charge. Enfin, les soignants des unités ne bénéficient pas de séance de supervision alors que les équipes de l'HDJ y ont accès.

RECOMMANDATION 25

Les professionnels de santé doivent pouvoir bénéficier de séances de supervision animée par un intervenant extérieur à l'établissement.

Dans sa réponse, la direction annonce que le plan de supervision sera prochainement finalisé.

Le dossier patient est informatisé depuis plusieurs années, celui-ci étant identique pour les services de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) et de psychiatrie. Il est cependant regrettable que si les médecins de psychiatrie ont accès aux dossier MCO de ces mêmes patients, la réciproque n'est pas de mise, les psychiatres ayant refusé cet accès y compris au service d'urgences.

RECOMMANDATION 26

Le pôle de santé mentale doit se doter d'un projet médical structuré précisant les objectifs à court et moyen terme. La stabilisation de l'équipe médicale est essentielle, les patients ne devant pas être les otages d'un nomadisme affectant la qualité des prises en charge.

La direction tient à souligner que le projet d'offre de soins est en cours de réactualisation pour l'ensemble du CHLVO. Il sera finalisé à l'automne 2021.

7.3.2 La prise en charge des patients

Les soins psychiatriques, même si les modalités peuvent quelque peu différer d'une unité à une autre, sont très professionnels, incluant souvent une composante pluridisciplinaire. Les réunions de synthèse ont été de nouveau instaurées depuis quelques semaines à l'unité Courlis ainsi que des réunions soignants-soignés.

Des activités thérapeutiques sont en place incluant celles organisées par une psychomotricienne et les secondes par une éducatrice sportive. Ces activités hebdomadaires ont été diminuées de moitié depuis la crise sanitaire, celles-ci ne pouvant concerner que les patients d'une même unité. Si un planning est affiché dans les deux unités aucun bilan n'a pu être communiqué sur celles-ci, le rapport annuel n'évoquant aucunement ce sujet.

Chaque unité dispose de salles d'activité en accès plus ou moins libre. Ces salles paraissent sous-utilisées. Le personnel soignant n'encadre pas les ateliers.

De nombreux patients déambulent dans les couloirs ou sont assis sur des chaises traduisant un certain ennui.

RECOMMANDATION 27

La période de crise sanitaire actuelle, évoquée pour justifier de la moindre implication des soignants et du peu d'activités thérapeutiques proposées n'est pas acceptable. Des organisations adaptées doivent permettre de pallier ces difficultés. Au demeurant, une réflexion plus générale doit être conduite sur ce type de prise en charge dans le cadre des projets de soins, leur organisation, les moyens qui y sont affectés et une évaluation de leur impact. Les activités thérapeutiques font partie intégrante du soin.

La direction indique que les activités ont repris, un animateur a été recruté. Une réflexion va être engagée s'agissant de la stratégie à définir concernant les ateliers thérapeutiques.

7.4 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST ASSURE

Un médecin généraliste, engagé à temps plein et rattaché au pôle de santé mentale, consacre la moitié de son temps aux consultations de médecine générale et l'autre moitié aux consultations d'addictologie. Il est prévu d'engager un second praticien afin de mettre en place des consultations de médecine générale ambulatoires pour les patients suivis en CMP et en HDJ et pour lesquels la prise en charge somatique fait défaut. Ce second praticien interviendrait également dans les unités d'hospitalisation.

Actuellement le médecin généraliste n'est pas en mesure de voir tous les entrants. La semaine qui a précédé le contrôle, les unités ont accueilli onze entrants. Les patients dans leur grande majorité, et notamment ceux admis en soins sans consentement, transitent par le service d'accueil des urgences où ils bénéficient d'un examen somatique. Le praticien reçoit donc en priorité les patients adressés par les psychiatres des unités. En outre, il prend systématiquement connaissance des dossiers des patients admis en soins sans consentement afin de s'assurer que ces derniers aient bénéficié d'un bilan complet (bilan sanguin et électrocardiogramme) avant l'introduction d'un traitement à base de neuroleptiques.

Tous les patients entrants se voient proposer un test PCR dans le cadre de la Covid-19, ils sont isolés du reste des patients dans l'attente des résultats. Des masques sont distribués et renouvelés tous les jours.

Le médecin généraliste répond également aux demandes de consultations spontanées des patients. Ces derniers font une demande auprès du personnel infirmier ou bien ils frappent directement à la porte du cabinet de consultation. Ils peuvent être reçus dans la journée ou dans les 48 heures qui suivent la demande. Les consultations se déroulent dans la chambre des patients car le cabinet de consultation n'est pas équipé d'une table d'examen alors qu'il est suffisamment vaste.

RECOMMANDATION 28

Le cabinet de consultation de médecine générale doit être équipé d'une table d'examen afin que les consultations puissent se dérouler de façon optimale.

La direction précise dans sa réponse que chaque unité est équipée d'une table d'examen. Le CGLPL rappelle que le médecin généraliste doit pouvoir être en mesure d'examiner un patient dans son cabinet médical.

En dehors des temps de présence du médecin généraliste, la continuité et la permanence des soins est assurée par les praticiens de médecine polyvalente. Les médecins urgentistes interviennent la nuit.

Le praticien examine systématiquement, et à plusieurs reprises si cela s'avère nécessaire, les patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement. Les équipes soignantes ont à leur disposition une série de protocoles dans le cadre de la prévention des troubles thromboemboliques et d'un syndrome occlusif (cf. § 8.2.1).

Les relations sont fluides avec les psychiatres ; le médecin ne dispose pas du temps nécessaire pour assister aux réunions de synthèse, il participe néanmoins aux réunions médicales hebdomadaires.

Il n'existe pas de difficulté particulière pour faire admettre un patient en service de MCO et les délais sont relativement courts pour obtenir un examen radiologique. A l'exception des consultations de neurologie et de cardiologie (hormis si le cas du patient relève de l'urgence), les délais de consultation pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste sont globalement raisonnables. Les femmes, qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier, se voient proposer une consultation gynécologique.

Lorsqu'un patient bénéficie d'un suivi extérieur, le médecin utilise le réseau existant. De même, si le patient a déjà un médecin traitant, le praticien prend attache avec ce dernier.

Bien que l'établissement ne dispose plus d'un stomatologue, l'accès aux soins dentaires ne pose pas de difficultés particulières grâce aux infirmiers qui entretiennent d'excellentes relations avec un cabinet dentaire qui accepte de prendre en charge ces patients dans des délais très courts.

7.5 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT ET LES MODALITES DE PRESCRIPTION NE REPONDENT PAS A LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR

Le circuit du médicament et les prescriptions sont informatisés depuis 2006 (logiciel *Crossway*). L'analyse pharmaceutique a été déployée pour la majorité des services de court séjour depuis 7 à 8 ans sauf pour la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie, cette analyse est réalisée à la demande des médecins et du personnel. Si les médecins ont des doutes, il leur revient d'appeler les pharmaciens.

Les commandes sont réalisées par les IDE des unités ; ils prennent en compte les prescriptions et l'état de leur stock. Les livraisons ont lieu une fois par semaine. Les soignants ont en charge la préparation des traitements de chaque patient. La consommation des unités n'est pas surveillée.

Cette organisation, laissant une part de responsabilité très grande aux soignants devrait être revue. Il appartient en effet à la pharmacie de définir les règles de gestion et d'approvisionnement des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux et de gestion des stocks. En outre, ils doivent s'assurer de la bonne distribution de ceux-ci. Les unités devraient être visitées régulièrement.

Il n'y a pas de pharmacien référent pour le pôle de psychiatrie. Aucun échange formalisé avec les psychiatres ne s'est tenu depuis fort longtemps selon les témoignages recueillis.

Les deux unités sont équipées d'une salle de soins incluant un espace permettant une distribution des traitements individualisée et des échanges avec les patients.

Aucune référence à l'activité de la pharmacie ne figure dans le rapport annuel d'activité du CHLVO.

Un certain nombre de patients ont des prescriptions « *si besoin* ». Celles-ci concernent pour l'essentiel des anxiolytiques (*per os*) mais également des neuroleptiques en injectable type Loxapac®. Toutes ces prescriptions sont encadrées par un protocole prévoyant les doses à ne pas dépasser et la durée. Elles sont validées par un prescripteur mais non supervisées par la pharmacie.

La question de ce type de prescriptions surtout pour des neuroleptiques se pose, comme ont pu le constater les contrôleurs lors de leurs échanges avec les soignants. Les pratiques diffèrent en effet selon les IDE, celles-ci reposant sur des facteurs subjectifs, nonobstant les protocoles rédigés engageant leur responsabilité.

RECOMMANDATION 29

Le pôle de santé mentale doit bénéficier de toutes les prestations pharmaceutiques initiées depuis plusieurs années dans les autres services. Les prescriptions « *si besoin* » doivent faire l'objet d'une réflexion avec les professionnels de santé et la pharmacie.

Il n'y a pas de programme de conciliation thérapeutique pour le moment envisagé en psychiatrie.

Dans sa réponse, la direction indique qu'il est prévu de mettre en place une analyse pharmaceutique en psychiatrie.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CONDITIONS DE MISE EN ISOLEMENT PORTENT ATTEINTE A LA DIGNITE DES PATIENTS

Comme précisé dans le chapitre 2.1 du rapport, chaque unité est équipée de deux chambres d'isolement (CI). De construction récente datant de 2006, elles sont contiguës et positionnées à proximité de l'infirmierie, séparée par un couloir. Il n'y a donc pas de visibilité directe depuis l'infirmierie ni donc de surveillance possible à distance.

Chaque chambre inclut un espace sanitaire intégrant un lavabo, des toilettes et une douche ainsi qu'un espace hébergement équipé d'un lit en mousse dure (sommier et matelas) et d'un pouf conçu de la même matière. Les deux espaces peuvent être isolés par une porte de communication. Chaque chambre donne sur un patio extérieur servant de cours de promenade où les patients peuvent notamment fumer.

Ces chambres ne sont pas équipées de bouton d'appel, observation déjà formulée par la HAS en 2017 dans son rapport de certification. Ils doivent « *tambouriner* » à la porte et crier pour se faire entendre.

Un écran indiquant les heures et les dates est installé en face des chambres dans le couloir donnant accès à l'infirmierie. La lisibilité de cet écran est malheureusement très difficile voire impossible, les patients devant regarder à travers les hublots successifs des deux portes. Les patients alités n'ont donc aucune visibilité.

RECOMMANDATION 30

Les chambres d'isolement doivent être équipées sans délais de bouton d'appel. Les repères temporo-spatiaux doivent être positionnés pour être lus sans difficulté.

Dans sa réponse, la direction précise qu'il est prévu d'équiper ces chambres d'un dispositif d'appel. Le seul linge de lit remis aux patients est des couvertures. Il n'y a pas de drap. Selon la procédure « *prise en charge d'un patient en CSI* », les draps et les oreillers seraient autorisés sur prescription médicale.

L'accès aux sanitaires est également subordonné à une prescription médicale mentionnée dans la fiche de décision initiale et de renouvellement. Le refus de cet accès conduit à mettre à disposition du patient un seau hygiénique. Les causes de ces refus d'accès seraient liées à la configuration de l'espace sanitaire considéré comme dangereux pour certains patients.

RECOMMANDATION 31

Le recours aux seaux hygiéniques dans les chambres porte atteinte à la dignité des patients, il est à proscrire.

Dans sa réponse, la direction fait observer que le recours aux seaux hygiéniques est exceptionnel et limité à 24 h maximum. La priorité est donnée à la sécurité des patients. La mise en œuvre des sonnettes permettra aux patients de demander l'accès aux toilettes.

Le CGLPL tient à rappeler que tout patient doit pouvoir accéder aux toilettes et à un point d'eau¹². Rien ne justifie l'utilisation de seaux qui est une mesure dégradante, portant atteinte à la dignité du patient.

Dans son courrier de réponse, l'ARS invite l'établissement à mettre en conformité les chambres d'isolement sans délais et à s'inscrire dans le respect des recommandations de bonne pratique HAS de mars 2017.

8.2 LES DECISIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INSUFFISAMMENT ENCADREES, AUCUNE POLITIQUE N'ETANT DEFINIE POUR LIMITER CES RECOURS

8.2.1 Les modalités de placement en isolement et de mise sous contention

a) Politique suivie

La politique suivie pour les mesures d'isolement et de contention n'est jamais abordée en commission médicale d'établissement (CME) ni au demeurant au conseil de pôle. Un rapport annuel est établi depuis trois ans mais il ne fait l'objet d'aucun échange au sein de l'institution.

Les grandes lignes du projet médical présenté aux contrôleurs n'incluent aucun développement sur ce thème sinon la recherche d'indicateurs qualité sans autre précision.

Deux procédures ont été remises :

l'une datée du 29 septembre 2017 relative à la prise en charge d'un patient en CI. Le logigramme joint à cette procédure interroge sur le fait de cibler les patients en SPDRE en cas de demande d'intervention de renfort. L'accès à des draps et des oreillers sur prescription est bien mentionné de même que celui de la salle de bains ou des toilettes. Cette fiche ne mentionne aucune référence aux recommandations de la HAS ni aux textes législatifs et réglementaires correspondants ;

une seconde datée du 29 mars 2018 porte sur la prévention du risque thromboembolique se basant en grande partie sur les recommandations de la HAS de février 2017.

Un exemplaire d'une « *fiche d'isolement thérapeutique en CI* » datée du 5 mars 2012 a également été remise. Cette fiche correspond de fait à la fiche de décision médicale initiale et de renouvellement qui est dans le dossier patient informatisé (DPI). La date de création de cette fiche est bien antérieure aux recommandations de la HAS de février 2017, il aurait été judicieux de l'actualiser. Ainsi l'intitulé devrait indiquer qu'il s'agit d'une fiche de décision médicale (initiale ou de renouvellement). De même, il convient de noter qu'une mesure de contention ne peut faire l'objet d'une prescription si besoin. Bien que cette pratique soit proscrite par la HAS, elle figure dans cette fiche.

¹² CGLPL, Rapport thématique, « Soins sans consentement et droits fondamentaux », Dalloz, 2020 (disponible sur le site du CGLPL).

RECOMMANDATION 32

La notion d'isolement thérapeutique peut prêter à confusion en ce sens que cette mesure ne relève pas d'un traitement thérapeutique mais d'une décision médicale visant à prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, pour une durée limitée.

Une seconde fiche datée du 10 mars 2008 porte sur un « *isolement thérapeutique* » en chambre d'hébergement. Hormis le fait que cette fiche n'ait toujours pas été actualisée – le contenu fait toujours référence aux HDT et HO – la conception même d'un isolement en chambre d'hébergement va à l'encontre des recommandations de la HAS. Six isollements de ce type ont été relevés en 2020 et quatre en 2019.

RECOMMANDATION 33

Les isollements doivent être réalisés dans des espaces spécifiques afin de garantir la dignité et la sécurité des patients. Les isollements en chambre hôtelière sont à proscrire.

La direction précise dans sa réponse que l'isolement en chambre ne fait plus partie des pratiques, les documents ont été retirés.

Les autres fiches remises, datant de plus de 12 ans ne sont plus d'actualité, pour certaines probablement des versions antérieures à celles déjà citées traduisant un manque de suivi de ce dossier.

RECOMMANDATION 34

Les mesures d'isolement et de contention doivent être encadrées et faire l'objet d'une politique déclinée en interne et validée par les instances consultatives et délibératives du CHLVO.

La direction indique dans sa réponse, qu'il est prévu de présenter un bilan annuel de ces mesures en CME et en CSIRMT.

Le personnel infirmier et les médecins n'ont reçu aucune formation spécifique sur ces pratiques. Peu connaissent le contenu des textes et recommandations de référence encadrant ces mesures¹³. Les formations privilégiées portent sur la gestion et la prévention des situations de violence (OMEGA) (cf. § 2.3).

La plupart des documents médicaux (décision médicale initiale et de renouvellement) et de surveillance sont informatisés dans le dossier patient et le dossier de soins. La consultation de plusieurs dossiers médicaux a mis en évidence les éléments suivants :

les documents sont complétés tout ou partie pour certains mais sans vérification. Il serait nécessaire de mettre en place des contrôles de cohérence ;

un oubli fréquent de lever ces décisions.

Les fiches de surveillance infirmière sont informatisées dans le dossier de soins.

¹³ Article L 3222.1.5 CSP ; HAS, Isolement en contention en psychiatrie générale, Recommandation de bonne pratique, février 2017 ; Instruction DGOS/DGS du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention.

b) La prise en charge des patients

A priori quelles que soient les unités, les décisions d'isolement sont le plus souvent prises à chaud pour répondre à une manifestation de violence ou d'agressivité. Il y a certes des mesures de désescalade initiées, et la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques en réponse à ces comportements violents mais ces mesures n'ont pour le moment pas été évaluées.

Les patients placés en isolement sont systématiquement soumis au port du pyjama. Comme précisé dans le chapitre 7.4, un examen somatique est réalisé à l'entrée du patient et renouvelé en tant que de besoin. Les patients sont rarement mis sous contention. Au demeurant, la pratique d'isolement en chambre ordinaire, a tendance à disparaître et interroge médecins et soignants sur les modalités de prise en charge de certains patients nécessitant d'être isolés mais sans avoir recours à cette mesure extrême. L'installation de chambres d'apaisement pourrait répondre à ces problématiques. Il n'y a pas de débriefings systématiques à la levée de ces mesures.

Aucune étude n'a pour le moment été conduite sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à l'isolement et la contention.

RECOMMANDATION 35

Une formation du personnel soignant et médical aux recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale de la HAS contribuerait à une vraie réflexion sur les pratiques professionnelles et les moyens de les améliorer.

Dans sa réponse, la direction annonce qu'elle prévoit d'inscrire la formation « isolement et contention en santé mentale » au plan de formation 2022.

8.2.2 La tenue d'un registre

Le registre a été mis en place en mars 2017 intégrant les items figurant dans l'instruction ministérielle sus citée. C'est un tableau *Excel* renseigné par les cadres des deux unités à partir des données colligées dans un tableau *Word* élaboré à leur niveau. Le DIM n'intervient pas dans cette procédure et ne connaît pas ces données alors qu'elles pourraient être extraites et exploitées à son niveau à partir des DPI. L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a mis à disposition des établissements de santé disposant de services de psychiatrie un module optionnel pour le recueil de ces données. Il n'est pas installé au CH de Challans.

Les données ainsi colligées sont exploitées annuellement par les cadres, les résultats donnant lieu, conformément à la loi, à la rédaction d'un rapport annuel communiqué notamment à la CME. *A priori* ce sujet n'a jamais fait l'objet d'échanges au sein de cette commission, le président de la CME n'ayant par ailleurs aucun souvenir de ces rapports.

Ce rapport, très succinct, mentionne les données de l'année en cours, fait part de quelques éléments d'analyse se basant sur une comparaison avec l'année passée mais ne propose aucun plan visant à prévenir ces mesures.

Ce rapport rapporte pour l'année 2020, 135 mesures d'isolement et 3 de contention. Il n'a pas été possible d'établir le ratio du nombre de personnes en SSC ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement, le DIM ne référençant aucune de ces données.

Le rapport de l'année 2019 est très imprécis, les données du tableau ne correspondant pas aux commentaires de celui-ci.

Aucun élément n'est développé sur la politique institutionnelle visant à la réduction de ces pratiques et les moyens d'y parvenir. Aucune analyse des données n'est faite qui permettrait, de les comparer entre les unités, d'analyser ces pratiques au regard du statut des patients et leur évolution dans le temps.

RECOMMANDATION 36

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre d'en tirer des enseignements chiffrés au niveau de l'établissement et d'établir des suivis annuels. Ces éléments seront de nature à conforter ou non les actions en cours mais surtout à les compléter. L'implication du département d'information médicale est essentielle.

La direction indique dans son courrier qu'il est prévu de réajuster le registre en veillant à notifier les actions d'amélioration éventuellement décidées.

9. CONCLUSION

Le pôle de santé mentale a opéré récemment un virage ambulatoire en vue de limiter les hospitalisations et le recours aux soins sans consentement, notamment grâce au dispositif de soins intensifs à domicile. D'autres projets d'équipe mobile sont également en cours d'élaboration comme le projet d'équipe mobile de réhabilitation ainsi que le projet d'équipe mobile ciblant plus particulièrement les adolescents. Cependant, l'absence de projet médical structuré affecte la qualité de la prise en charge des patients et le fonctionnement des unités, ce d'autant que la refonte du projet de pôle ne s'est pas faite sans heurts compte tenu de la pénurie d'effectifs auquel le pôle – et plus largement l'établissement – est confronté dans un contexte de crise sanitaire. Les équipes de soins s'en trouvent fragilisées. La direction de l'établissement semble avoir pris conscience de cette situation et vouloir y remédier.

L'arrivée récente de médecins doit permettre de retrouver une certaine stabilité dans le fonctionnement des unités de soins et assurer aux patients des prises en charge de qualité. Ces prises en charge doivent intégrer le développement des activités thérapeutiques aujourd'hui insuffisamment proposées.

L'information des patients, admis en soins sans consentement, est empirique et les quelques procédures existantes ne sont pas respectées. Par ailleurs, les patients ne sont pas systématiquement reçus par le médecin lors du renouvellement des certificats médicaux de soins sans consentement. De même, les droits des patients hospitalisés (accès au vote, possibilité d'exercer le culte de son choix, désignation d'une personne de confiance) ne sont pas appliqués.

Quant aux restrictions affectant la liberté d'aller et venir et les visites des familles, depuis l'émergence de la pandémie, elles sont mal comprises par les patients. Elles sont vécues comme des mesures restrictives et surtout infantilisantes.

Enfin, le CGLPL s'interroge sur la nécessité de disposer de quatre chambres d'isolement compte tenu de la capacité d'hébergement limitée à quarante lits. Ce sujet ne semble pas faire débat au sein des instances consultatives et délibératives du CH. L'absence de politique d'ensemble sur ce sujet, notamment sur les moyens de limiter le recours à ces pratiques en est un exemple. Certaines des conditions d'isolement constituent en effet une atteinte à la dignité des patients. Les instances de l'établissement et la communauté médicale doivent se saisir de cette problématique.