



Rapport définitif :

1^{er} au 9 avril 2021 - 1^{ère} visite

Pôle de psychiatrie du centre
hospitalier universitaire de
Nîmes

(Gard)



SYNTHESE

Six contrôleurs accompagnés d'une stagiaire de l'Ecole nationale de la magistrature ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes (Gard), du 1^{er} au 9 avril 2021. Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été communiqué le 3 juin 2021 au directeur général du CHU, à la présidente du tribunal judiciaire de Nîmes et au procureur de la République près ce tribunal, à la délégation départementale du Gard de l'agence régionale de santé de l'Occitanie et à la préfète du Gard. Seul le directeur général du CHU a, par courrier du 25 juin, présenté des observations. Celles-ci ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

Le site principal de l'établissement, Carêmeau, situé au Sud-Ouest de la ville, regroupe sur ses 60 hectares la majeure partie des activités : le siège de la direction générale et de l'administration, les services des urgences, de court et moyen séjour, l'essentiel du plateau technique et les activités hospitalières et les consultations du pôle de psychiatrie.

Le département du Gard comprend sept secteurs de psychiatrie adulte et deux intersecteurs de pédopsychiatrie. Trois secteurs ainsi qu'un intersecteur de pédopsychiatrie relèvent du centre hospitalier spécialisé du Mas Careiron, à Uzès, le centre hospitalier d'Alès gère deux secteurs. Les deux autres secteurs sont rattachés au CHU de Nîmes ainsi que l'autre intersecteur de pédopsychiatrie mais tous les lits d'hospitalisation complète pour les mineurs sont localisés au pôle psychiatrique du CHU. Les secteurs du ressort du CHU regroupent près de la moitié des habitants du Gard (340 000 sur le total de 735 000) et couvrent le Sud du département, de Beaucaire au Vigan. La moitié de la quarantaine de psychiatres libéraux du Gard est installée dans ces deux derniers secteurs. L'offre globale d'hospitalisation départementale est complétée par trois cliniques et doit tenir compte également d'une offre privée importante dans le département voisin de l'Hérault.

Le CHU est pilote du projet départemental de santé mentale.

L'organisation du pôle de psychiatrie est hospitalo-centrée ce que traduit la répartition de ses 120 lits dans les unités qui s'affranchit totalement de la logique de secteur. Les six unités, dénommées « cliniques » ont chacune une spécificité qui tient à l'âge, au mode légal d'entrée ou à la pathologie de ses patients. Leur capacité varie de trente lits et deux chambres d'isolement (CI) pour l'unité d'entrée des patients admis en soins sans consentement (unité de soins intensifs psychiatriques – USIP), à dix lits et une chambre d'isolement pour l'unité pour adolescents. Les quatre autres unités (psychiatrie polyvalente, jeunes adultes – 16 à 25 ans – , sujets âgés et patients atteints de troubles thymiques) ont chacune vingt lits et une chambre d'isolement, hormis la dernière.

Les moyens alloués au pôle sont plutôt bien adaptés à la prise en charge de patients de psychiatrie et les soins sont à la hauteur de ce qu'on peut attendre en CHU.

Les locaux sont confortables, propres, correctement entretenus avec des chambres individuelles équipées de salle d'eau, des espaces d'activités, des patios-jardins agréables pour des unités en étage.

Les moyens humains affectés au pôle sont corrects au regard de ce que l'on voit souvent ailleurs. Selon les interlocuteurs rencontrés, le pôle de psychiatrie est plutôt bien doté en personnel médical, affirmation que les contrôleurs n'ont pas été mis en mesure d'apprécier par eux-mêmes

faute d'avoir obtenu les éléments chiffrés sur la dotation médicale et la répartition des postes qu'ils avaient demandés.

Ils ont néanmoins constaté que la présence médicale était correctement assurée dans chaque unité et que l'organisation de la ligne de garde ne posait pas trop de difficulté. Tous les psychiatres intervenants, y compris pendant la garde, sont habilités à signer des certificats médicaux de la procédure de soins sans consentement. La qualité des soins somatiques est garantie par la présence d'un spécialiste en médecine générale à plein temps et l'adossement au plateau technique du CHU. Le personnel (infirmiers, aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes, assistants de service social) est plutôt bien formé, formations facilitées par un absentéisme faible. Il apparaît satisfait de ses conditions de travail. Aucun poste n'est vacant, médical comme paramédical.

Deux infirmières, formées aux dispositions juridiques relatives aux soins sans consentement, sont spécifiquement chargées de la notification des droits et de l'information juridique du patient admis sous ce régime, ce qui garantit la bonne compréhension par le patient de son statut et son accès effectif à ses droits. Les procédures sont conduites dans une bonne vigilance de leur régularité.

Après l'admission en unité, les soins sont correctement assurés par des psychiatres très présents, avec un entretien dès l'arrivée (psychiatre de garde 24h/24) et au moins deux fois par semaine. En revanche, aucun projet de soins individualisés qui fasse référence tant pour les soignants que pour les patients n'est formalisé, aucun entretien infirmier n'est prévu, même si, en pratique, de tels entretiens sont conduits à la demande et si la tension monte. Hormis à l'USIP, de activités thérapeutiques sont organisées, même en période de crise sanitaire.

La situation est différente dans les autres unités où, malgré la pandémie de Covid-19, des activités sont organisées.

Mais les choix organisationnels ont des effets très négatifs sur le respect des droits des patients en soins sans consentement.

Le parcours des patients en soins sans consentement passe par des phases particulièrement attentatoires à leur dignité et au respect de leurs droits. La politique du pôle impose systématiquement à ces patients un séjour d'une durée variable dans l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) au début de leur hospitalisation. L'USIP est une unité fermée, fermeture instituée au motif que n'y séjournent que des patients admis en soins sans consentement ce qui constitue une méprise sur l'effet juridique de ce mode d'admission. Le motif est, au demeurant, d'autant moins pertinent que ces patients peuvent par la suite être transférés dans une unité ouverte, sans que leur statut d'admission soit toujours modifié. La liberté d'aller et venir y est totalement méconnue. Une aile comporte sept chambres aménagées comme des chambres d'isolement, à ceci près que chacune ne comporte qu'un seul accès, dépourvues de tout meuble. Cette aile servait lors de la visite pour « confiner » les patients entrants, privés de leurs vêtements et effets personnels, aussi longtemps qu'ils pouvaient être contagieux à la Covid-19 ; en pratique, ils sont alors enfermés dans leur chambre sans que cet enfermement réunisse les conditions prévues pour une mesure d'isolement par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

Par ailleurs, le régime de fonctionnement de cette unité est quasi carcéral. Les règles de vie restrictives, sans corrélation avec la clinique, contredisent toute individualisation des prises en charge : retrait des ceintures et lacets, obligeant certains patients à revêtir le pyjama institutionnel faute de pouvoir retenir leur pantalon, du tabac – avec consommation limitée et horodatée –, retrait des téléphones personnels, accès interdit aux espaces collectifs notamment

à la cour grillagée et surplombée d'un filet métallique pour empêcher les fugues. La justification thérapeutique des restrictions est difficilement crédible dès lors que ces contraintes sont imposées à tous les patients. Les visiteurs des patients doivent laisser leurs effets dans un casier puis passer sous un portique de détection des métaux avant de pouvoir entrer dans l'unité, pratique non seulement attentatoire à la dignité des visiteurs mais également illégale.

Le fonctionnement des autres unités, au regard des contraintes imposées aux patients est très disparate, variant d'un constant souci de les limiter et de respecter les droits des patients en gérontopsychiatrie, à des restrictions plus importantes (pas de téléphone portable chez les jeunes adultes, par exemple).

Les pratiques sécuritaires y sont bien moindres mais les chambres – qui ne disposent ni de verrous de confort ni de placard fermant à clef – sont tout de même fouillées chaque jour, éventuellement hors de la présence des patients, fouilles qui ne sont pas tracées. Si le patient, présent, s'y oppose, des agents de sécurité peuvent être appelés en appui.

L'argument d'une dangerosité exceptionnelle, prétendue unique sur le territoire, des patients et familles du Gard, outre qu'elle n'est pas vérifiée par des données sociologiques pertinentes n'est même pas constatée par l'ensemble des soignants.

Les mesures d'isolement sont réalisées dans des chambres *ad hoc* à l'aménagement correct, laissant libre l'accès à l'eau et aux toilettes mais un fenestron donne vue sur les toilettes, atteinte à la dignité et l'intimité qui n'est pourtant pas considérée comme telle par les responsables locaux. La loi de 2020 aurait conduit à une baisse du nombre de mesures mais faute de présentation du registre des années antérieures, il a été impossible de le vérifier. L'isolement et la contention sont pratiqués à grande échelle à l'USIP et à l'unité pour adolescent, et aucune démarche institutionnelle n'est engagée au niveau du pôle de psychiatrie pour limiter ces pratiques de dernier recours, alors que les initiatives de réduction dans les autres unités portent leurs fruits et pourraient être source d'inspiration pour le pôle tout entier.

La diversité des atteintes à la dignité et aux droits des patients constatées – liberté d'aller et venir, accès aux objets personnels, au téléphone, préservation de l'intimité – montre une réflexion sur les pratiques inégalement animée, voire proscrite, selon les unités.

Pourtant, les modalités de prise en charge appellent une réflexion sur leur aspect légal, éthique et thérapeutique par leur effet négatif sur l'appropriation de son parcours de soin par le patient, parcours trop faiblement relayé par un dispositif ambulatoire peu développé. Une réflexion institutionnelle est tout autant indispensable pour les soignants auxquels est imposé l'inconfort éthique de devoir concilier, voire faire prévaloir, une fonction sécuritaire sur leur mission soignante. Il est à espérer de l'ouverture de la communauté médicale notamment vers la recherche, avec l'entrée de praticiens universitaires, une inflexion portée par une acception différente de la relation de soin et des droits des patients.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 16

Le centre médico-psychologique de l'un des deux secteurs est ouvert toute la journée du samedi.

BONNE PRATIQUE 2 27

Deux IDE formées aux dispositions juridiques relatives aux soins sans consentement sont spécifiquement chargées de la notification des droits et de l'information juridique du patient ce qui garantit la bonne compréhension par le patient de son statut et son accès effectif à ses droits.

BONNE PRATIQUE 3 31

L'information relative à la confidentialité de l'hospitalisation lors de l'admission des patients et les modalités techniques mises en place pour que celle-ci soit garantie rend effectif le droit à l'anonymat des patients.

BONNE PRATIQUE 4 59

Les visites à domicile chez des patients en rupture de programme de soins sont un moyen de recréer l'alliance thérapeutique avec des soignants connus et contribuent à limiter les décompensations et par conséquent les ré hospitalisations.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 18

Le rapport financier de l'établissement doit comporter une partie sur le financement de l'activité psychiatrique explicitant notamment la dotation annuelle de fonctionnement attribuée, la part de cette dotation affectée aux services communs avec une justification en comptabilité analytique.

RECOMMANDATION 2 21

Les infirmiers prenant nouvellement des fonctions en psychiatrie doivent systématiquement recevoir des formations à l'entretien infirmier, au droit des soins sans consentement et aux techniques de désescalade face à l'agressivité.

RECOMMANDATION 3 24

La faible proportion de patients admis en soins sur demande d'un tiers selon la procédure de droit commun et l'importance de ceux admis en procédure d'urgence doit conduire l'établissement à une réflexion sur le processus d'admission, la procédure d'urgence étant moins protectrice des droits des patients.

RECOMMANDATION 4 27

Dès lors que les décisions d'admission en soins sans consentement se bornent à viser les certificats médicaux qui les fondent sans en reprendre les termes, une copie de ces certificats doit être remise au patient afin de respecter le droit de celui-ci à connaître les motifs de la décision dont il fait l'objet.

- RECOMMANDATION 5** 35
- Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire de Nîmes et le maire de la commune, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.
- RECOMMANDATION 6** 36
- L'établissement doit s'assurer que les patients en programme de soins hospitalisés à leur demande ou en vertu de ce programme sont pris en charge comme des patients en soins libres, que les droits dont ils jouissent à ce titre sont bien respectés et qu'aucune contrainte n'est mise en œuvre à leur égard.
- RECOMMANDATION 7** 38
- La présence systématique d'agents de sécurité devant la salle de visioconférence n'est pas justifiée.
- RECOMMANDATION 8** 42
- La liberté d'aller et venir doit être la règle y compris pour les patients en soins sans consentement ; les restrictions doivent être individualisées et dûment motivées par l'état clinique des patients. Les patients doivent pouvoir librement accéder à un espace extérieur, pour s'aérer, marcher, se détendre, profiter d'un environnement naturel ou pratiquer une activité physique.
- RECOMMANDATION 9** 44
- Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable à tout moment. Toute restriction à cette règle doit être personnalisée et justifiée par l'état clinique du patient, limitée dans sa durée et régulièrement réévaluée. Un accès au téléphone doit être garanti aux patients à tout moment, dans des conditions satisfaisantes de discrétion ou de confidentialité.
- RECOMMANDATION 10** 46
- Les dispositifs de sécurité à l'égard des visiteurs, qu'il s'agisse du portique de sécurité ou du détecteur manuel de masse métallique ou de l'obligation de se défaire des effets personnels doivent être prohibés dans un lieu de soin.
- RECOMMANDATION 11** 47
- Les visites des enfants à leurs proches ne doivent pas être systématiquement interdites mais adaptées à la situation familiale et à l'état du patient. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient qui occupe seul sa chambre doit pouvoir y recevoir ses visiteurs en respectant les gestes barrières.
- RECOMMANDATION 12** 56
- Les services d'urgence des centres hospitaliers publics doivent disposer d'infirmiers spécialisés en psychiatrie.
- RECOMMANDATION 13** 57
- Il est souhaitable que les patients admis en SSC soient examinés dans les 24 heures par le médecin spécialiste en médecine générale affecté aux services de psychiatrie afin de pouvoir bénéficier d'un autre espace d'échange et d'un autre regard que celui du praticien focalisé sur le trouble psychique.
- RECOMMANDATION 14** 63
- L'USIP doit instaurer des activités thérapeutiques en accès libre de manière régulière et proposer un calendrier hebdomadaire à chaque patient. Toute restriction ne peut qu'être individualisée et justifiée sur le plan médical.

- RECOMMANDATION 15** 66
Le médecin généraliste doit être intégré au projet de soins élaboré pour les patients hospitalisés en soins sans consentement et à son suivi.
- RECOMMANDATION 16** 67
Pour tout patient admis en hospitalisation complète, il doit être procédé à une évaluation de la douleur et à sa réévaluation en cours de séjour afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée.
- RECOMMANDATION 17** 71
La privation de repas en réponse à un retard à l'arrivée à table du patient adolescent s'apparente à de la maltraitance. Il doit être mis fin sans délai à cette pratique.
- RECOMMANDATION 18** 72
Les interdictions et retrait d'objets personnels non dangereux ne doivent pas être systématiques mais uniquement décidés par le psychiatre sur des considérations cliniques propres à chaque patient. Les restrictions à la vie quotidienne inscrites dans les règles de vie de l'UTPA présentent de nombreux interdictions au caractère systématique et non individualisé ; plusieurs d'entre elles sont attentatoires à l'exercice du droit à une vie privée pour les patients adolescents et leurs parents. Les règles de vie de l'UTPA doivent être réécrites, en associant les usagers et leurs représentants à leur formulation.
- RECOMMANDATION 19** 80
Les alternatives à l'isolement et à la contention doivent être explicitées dans le protocole de mise en isolement.
Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée dans le délai d'une heure par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.
Les patients placés en chambre d'isolement doivent être examinés par un spécialiste en médecine générale.
Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement et doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu et être motivé dans le dossier du patient.
- RECOMMANDATION 20** 81
Les pratiques d'enfermement effectuées hors du cadre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, à savoir « *pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient.* » sont illégales et doivent être proscrites. La quarantaine sanitaire des patients entrants en SSC ne saurait justifier un enfermement systématique.
- RECOMMANDATION 21** 84
Le recours à la pratique de l'isolement et de la contention d'un patient adolescent doit être évité par tout moyen.
La pratique du placement en isolement de patients en soins libres pour des durées supérieures à 12 heures est illégale et doit cesser.
Le recours à la contention des patients placés en chambre d'isolement ne doit être utilisé que pour faire face à un niveau de violence exceptionnel.
- RECOMMANDATION 22** 85
Afin de diminuer le recours à l'isolement et à la contention, une réflexion institutionnelle sur les pratiques en la matière doit être conduite à l'échelle du pôle de psychiatrie et doit constituer un étayage pour la formation des professionnels.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 32

L'existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l'objet d'un affichage permanent dans les unités de soin.

RECO PRISE EN COMPTE 2 35

La date de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice doivent figurer dans le registre de la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 3 39

Une salle doit être mise à disposition du juge des libertés et de la détention, la tenue des audiences par visioconférence ne protégeant pas les droits des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 4 68

Afin d'assurer la sécurité de l'administration des médicaments, les piluliers individuels doivent comporter l'identification du patient.

PROPOSITIONS

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

PROPOSITION 1 25

Les professionnels de psychiatrie doivent être sensibilisés aux enjeux éthiques de leurs prises en charge. La réflexion sur le respect de la dignité et des droits des patients en soins sans consentement doit être institutionnellement soutenue et alimentée.

PROPOSITION 2 26

Un livret d'accueil propre au pôle de psychiatrie doit être élaboré. Les patients doivent avoir accès, à tout moment, aux règles de vie de l'unité, au livret d'accueil et au règlement intérieur de l'établissement. Cet accès doit être assuré par un affichage au sein de l'unité et par une remise systématique de ces documents au patient, lequel peut choisir de les conserver ou de les placer dans son dossier.

PROPOSITION 3 29

La direction de l'établissement et les soignants doivent procéder à l'information des patients relative à l'exercice du droit de vote et à ses modalités. Des permissions de sortie doivent être accordées pour que les patients puissent voter. Lorsque cela est impossible, les moyens de voter par correspondance ou par procuration doivent être prévus et organisés par la direction.

PROPOSITION 4 30

Les documents d'information remis doivent utiliser un vocabulaire adapté aux spécificités des religions pour éviter toute méprise et assurer l'efficacité de l'information fournie.

PROPOSITION 5 43

Les patients doivent pouvoir conserver leur tabac et le fumer aux moments où ils en éprouvent le désir. Toute restriction à cette règle doit être individualisée, justifiée par l'état clinique du patient et révisée régulièrement.

Le retrait des éléments de vêtement jugés susceptibles de permettre des gestes dangereux pour le patient ou pour autrui doit également être individualisé et régulièrement revu. Les patients ainsi privés de leur ceinture ou de leurs lacets de chaussures doivent se voir remettre des effets de substitution qui ne portent pas atteinte à leur dignité.

PROPOSITION 6 48

La sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et des formations doivent être proposées aux soignants sur les enjeux en termes de consentement et les manières d'aborder la question avec les patients.

PROPOSITION 7 49

La signalétique au sein du CHU doit faciliter l'accès du pôle de psychiatrie aux patients et à leurs proches.

PROPOSITION 8 51

Les patients doivent pouvoir se protéger des intrusions par l'installation de verrous de confort aux portes des chambres et protéger leurs affaires personnelles des vols en disposant des clés des placards.

PROPOSITION 9 54

Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individuelle, nécessaire et proportionnée. Les patients doivent pouvoir accéder à ceux de leurs effets personnels qui leur ont été retirés autant de fois que nécessaire au cours de la journée.

PROPOSITION 10..... 55

Les menus hebdomadaires doivent être affichés dans les unités.

PROPOSITION 11..... 60

Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation à temps plein afin que les patients puissent s'exprimer sur leur vécu en hospitalisation, poser des questions et permettre aux soignants de mieux cerner leurs préoccupations et faire évoluer leurs propres pratiques.

PROPOSITION 12..... 64

Chaque lieu de privation de liberté doit offrir un choix varié et adapté de lectures aux personnes hébergées, dans des langues qu'elles maîtrisent. Une bibliothèque correctement approvisionnée doit être accessible à tous, sans autorisation préalable. Celle-ci doit notamment présenter des ouvrages nécessaires à la connaissance et à la compréhension des régimes juridiques auxquels elles sont soumises ainsi qu'à celles des droits qu'elles peuvent faire valoir.

PROPOSITION 13..... 78

Le hublot de la porte d'accès à la salle d'eau depuis le sas ne doit pas permettre la vue directe sur les toilettes, vue qui constitue une atteinte à la dignité et l'intimité du patient.

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un système d'appel et d'une horloge, accessibles y compris pendant la contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière, d'un accès à l'aération de la pièce et d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 La psychiatrie du CHU assure une prise en charge sans ancrage sur le secteur .	14
2.2 Le budget de la psychiatrie est estimé sous-évalué au regard de la démographie de ses secteurs.....	17
2.3 Le pôle de psychiatrie ne connaît pas de difficulté de recrutement.....	19
2.4 L'activité, normale pour les capacités, montre une proportion moyenne de patients en soins sans consentement	22
2.5 Le fonctionnement du comité d'éthique est transparent et dynamique mais éloigné des préoccupations des soignants de psychiatrie	24
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	26
3.1 L'information individuelle des patients est assurée avec soin contrairement à l'information relative aux conditions de leur hospitalisation qui est insuffisante	26
3.2 Les événements indésirables sont peu nombreux et leur traitement est efficace	28
3.3 La personne de confiance est globalement impliquée dans le parcours de soins et la préparation à la sortie	28
3.4. L'accès au vote n'est ni promu ni organisé	29
3.5. L'accès au culte est réduit du fait d'une information mal adaptée	29
3.4 Les assistantes sociales accompagnent les patients au cours de leur hospitalisation et organisent leur protection juridique avec attention.....	30
3.5 La confidentialité de son hospitalisation est systématiquement proposée au patient et respectée, le cas échéant	31
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	32
4.1 Les représentants des usagers sont associés à la prise en charge des personnes hospitalisées essentiellement par leur participation à différentes instances.....	32
4.2 La tenue des registres de la loi permet le contrôle de la régularité des procédures d'admission en soins sans consentement	34
4.3 Les sorties de courte durée sont facilement accordées avec pour objectif de préparer la levée de la mesure ou le passage en programme de soins.....	36
4.4 Les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) tenues en visio-conférence ne permettent pas de garantir l'exercice des droits des patients ...	37
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	41

5.1	Les atteintes à la liberté d'aller et venir sont systématiques pour les patients en soins sans consentement admis dans la clinique de soins intensifs	41
5.2	Des restrictions dans la vie quotidienne sont inégalement imposées selon les unités	42
5.3	Les communications avec l'extérieur, relativement libres pour les patients des unités ouvertes, sont extrêmement réduites pour les patients hospitalisés en unité fermée	44
5.4	La sexualité est abordée à l'aune des risques qu'elle peut présenter	48
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	49
6.1	Les patients jouissent de conditions matérielles globalement satisfaisantes, cependant trop fréquemment marquées par l'absence de respect de leur intimité.....	49
6.2	L'hygiène est assurée.....	51
6.3	Le retrait des effets personnels est essentiellement effectué sans prise en compte des principes d'individualisation, de nécessité et de proportionnalité .	52
6.4	Les menus ne sont pas affichés	54
7.	LES SOINS.....	55
7.1	La prise en charge des urgences psychiatriques privilégie la régulation préhospitalière.....	55
7.2	L'offre médicale garantit l'accès aux soins psychiatriques mais à l'USIP les mesures sécuritaires entravent le déroulement d'activités à vocation thérapeutique	58
7.3	Les soins somatiques ne bénéficient pas suffisamment de la compétence du médecin spécialiste en médecine générale affecté au pôle	65
7.4	L'administration des médicaments ne respecte pas toujours les règles de sécurité notamment à l'USIP	67
7.5	Les mineurs sont accueillis dans deux unités dont les pratiques en matière de restrictions de la vie quotidienne diffèrent fortement	69
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	77
8.1	Bien que décentes, les conditions matérielles de l'isolement ne permettent pas le respect des droits des patients qui y sont placés	77
8.2	Les pratiques d'isolement et de contention sont très fréquentes à l'USIP et à l'UTPA.....	79
8.3	Le registre de l'isolement et de la contention n'est pas utilisé pour permettre l'analyse collective des pratiques	84
9.	CONCLUSION.....	86

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Annie Cadenel ;
- Léa Dreyfus, stagiaire ;
- Capucine Jacquin-Ravot ;
- Stéphane Julinet ;
- Agnès Lafay ;
- Marie Pinot.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs accompagnés d'une stagiaire de l'Ecole nationale de la magistrature ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nîmes (Gard), du 1^{er} au 9 avril 2021.

La visite avait été annoncée le 30 mars à la direction, à la présidente du tribunal judiciaire de Nîmes ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal et au préfet du Gard.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général adjoint du CHU, le directeur-adjoint référent du pôle de psychiatrie, le médecin-chef de ce pôle et le médecin responsable de la clinique de soins intensifs en psychiatrie. Pour présenter la mission, la réunion a été étendue ultérieurement à la responsable des affaires juridiques du CHU, aux médecins chefs des autres unités d'hospitalisation, aux cadres de ces unités et à un membre de l'UNAFAM¹, représentant des usagers.

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 de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils n'ont pas pu rencontrer le cadre supérieur de santé du pôle, absent pendant leur visite.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD). Ils ont eu ultérieurement un entretien avec ce magistrat.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

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

Malgré des sollicitations répétées, les contrôleurs n'ont pas pu obtenir d'entretien avec les responsables de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé avant la finalisation du rapport provisoire. Cet entretien s'est tenu ultérieurement.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 9 avril avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été communiqué le 3 juin 2021 au directeur général du CHU, à la présidente du tribunal judiciaire de Nîmes et au procureur de la République près ce tribunal, à la délégation territoriale du Gard de l'agence régionale de santé de l'Occitanie et à la préfète du Gard. Seul la direction du CHU a, par courrier du 25 juin, présenté des observations. Celles-ci ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA PSYCHIATRIE DU CHU ASSURE UNE PRISE EN CHARGE SANS ANCRAGE SUR LE SECTEUR

2.1.1 Le CHU de Nîmes

En 1971, le centre hospitalier régional (CHR) de Nîmes a acquis un statut universitaire en signant une convention avec l'unité d'enseignement et de recherche de médecine de Montpellier (Hérault), ceci afin de répondre aux besoins de formation clinique des étudiants dont le nombre avait augmenté de façon importante. Cette convention bipartite est remplacée en 1975 par une convention tripartite associant le centre hospitalier régional de Montpellier. Ainsi, deux CHR d'une même région ont été liés à une seule faculté de médecine. A la même époque, des bâtiments universitaires sont implantés à Nîmes sur le site de Carémeau.

Parallèlement est apparue la nécessité de regrouper sur ce même site les activités de l'hôpital situé au centre-ville, notamment en raison de sa vulnérabilité avérée aux inondations, ce qui a été opéré à compter de 2003 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la psychiatrie hospitalière les ayant rejointes en 2014.

Les activités du CHU de Nîmes sont désormais réparties sur trois sites dans le Gard :

- le campus hospitalo-universitaire de Carémeau, au Sud-ouest de la ville ;
- le centre de gérontologie Serre-Cavalier, à Nîmes ;
- l'hôpital universitaire de réadaptation, rééducation et addictologie au Grau-du-Roi.

Le site de Carémeau, regroupe sur 60 ha la majeure partie des activités : le siège de la direction générale et de l'administration, les services des urgences, de court et moyen séjour, l'essentiel du plateau technique et les activités hospitalières du pôle de psychiatrie. Il est desservi par trois lignes de bus depuis le centre-ville. Une restructuration a débuté en 2020 pour la construction d'un nouvel ensemble regroupant les services de gériatrie, de soins de suite et de réadaptation et de maladies infectieuses et tropicales. Cette reconstruction doit être achevée en fin d'année 2022 pour un capacitaire de 150 lits d'hospitalisation complète et de 100 lits d'hospitalisation de jour supplémentaires. Une surélévation de la partie Sud du site de Carémeau, prévue pour 2022, accueillera 90 lits supplémentaires.

En 2019, le CHU de Nîmes offre 2 044 lits, places et postes (271 pour l'hospitalisation de jour et 1 773 pour l'hospitalisation complète) dont 800 lits et places dans les huit établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'hôpital du Vigan qu'il gère et 500 places en médico-social. Il compte 7 000 salariés, toutes professions confondues et gère un budget de 600 millions d'euros.

Le CHU est support du groupement hospitalier du territoire (GHT) Cévennes-Gard-Camargue, créé le 1^{er} juillet 2016, composé de huit établissements de santé (CHU de Nîmes, CH Alès-Cévennes, CH d'Uzès, CH de Pont-Saint-Esprit, CH de Bagnols-sur-Cèze, CH du Vigan, CH de Pontails et le CHS d'Uzès) et de six établissements médico-sociaux, essentiellement des EHPAD.

2.1.2 L'offre départementale de psychiatrie

Le département du Gard comprend sept secteurs de psychiatrie adulte et deux intersecteurs de pédopsychiatrie. Le CHS du Mas Careiron à Uzès gère trois secteurs (05, 06 et 07) ainsi qu'un intersecteur de pédopsychiatrie, le CH d'Alès gère les secteurs 04 et 05. Les deux autres secteurs (01 et 02) sont rattachés au CHU de Nîmes ainsi que l'autre intersecteur de pédopsychiatrie, mais

tous les lits d'hospitalisation complète pour les mineurs sont au pôle psychiatrique du CHU (Cf. § 7.5). Les deux secteurs du CHU regroupent près de la moitié des habitants du Gard (340 000 sur le total de 735 000) et couvrent le Sud du département, de Beaucaire au Vigan.

La moitié de la quarantaine de psychiatres libéraux du Gard est installée dans ces deux derniers secteurs. L'offre globale d'hospitalisation départementale est complétée par trois cliniques et doit tenir compte également d'une offre privée importante dans le département voisin de l'Hérault.

Le CHU est pilote du projet départemental de santé mentale.

2.1.3 L'organisation du pôle de psychiatrie

L'organisation du pôle de psychiatrie est hospitalo-centrée ce que traduit la répartition des 120 lits dans les unités qui s'affranchit totalement de la logique de secteur.

Les six unités, dénommées « cliniques » ont chacune une spécificité qui tient à l'âge, au mode légal d'entrée ou à la pathologie de ses patients :

- l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) de trente lits, dont sept « chambres sécurisées », et deux chambres d'isolement (CI), accueille spécifiquement et exclusivement les patients en soins sans consentement lors de leur admission ;
- l'unité de gérontopsychiatrie (UGP) de vingt lits est destinée aux patients âgés de plus de 60 ans ; elle héberge aussi parfois, faute de place dans ce service, des patients relevant de la gériatrie notamment ceux atteints de troubles cognitifs. Lors de la visite, les âges s'étaient de 61 à 91 ans ;
- l'unité des troubles thymiques (UTT) de vingt lits est destinée aux patients atteints de ces troubles et notamment ceux présentant un risque suicidaire ;
- l'unité de jeunes adultes (UJA) (vingt lits et une CI) accueille les patients âgés de 16 à 25 ans ;
- l'unité temps plein pour adolescents (UTPA) (dix lits et une CI) est destinée aux patients âgés de 13 à 16 ans ;
- l'unité de psychiatrie polyvalente (UPP) (vingt lits et une CI) accueille tous les autres patients, notamment ceux qui ont été admis à l'entrée à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).

Si tous les patients admis en soins sans consentement (SSC) sont orientés systématiquement vers l'USIP au moment de leur admission, ils peuvent être par la suite réorientés vers une autre des unités selon leur état clinique, c'est même le mode de sortie majoritaire de l'USIP, mais la mesure de SSC n'est pas toujours levée. Ainsi, outre l'USIP dont c'est la vocation, trois unités sont susceptibles d'accueillir des patients en soins sans consentement : l'UPP, l'UGP et l'UJA. En outre, des mineurs peuvent être hospitalisés à l'UTPA en soins libres ou sur ordonnance de placement provisoire par un juge. Le fonctionnement de ces deux unités fait l'objet d'un paragraphe propre (Cf. § 7.5).

La prise en charge des patients potentiellement atteints de la Covid-19 a conduit à modifier l'organisation décrite ci-dessus. D'une part, les sept « chambres sécurisées » de l'USIP ont été affectées au confinement des patients entrants, qui y sont enfermés le temps d'attendre le résultat du test PCR et, en cas de positivité, pour maintenir ce confinement durant la période de contagion. D'autre part, dix lits, regroupés dans une aile fermée de l'UJA, sont utilisés pour les

patients entrant en soins libres dans l'attente des résultats de leur test PCR. Ils y restent 24 heures ou moins et il leur est demandé de ne pas sortir de leur chambre.

Cette organisation est défendue par le chef du pôle, partisan d'une prise en charge faisant prévaloir la clinique du patient ou son âge, laquelle serait plus efficace et permettrait d'augmenter la compétence des équipes, contre une sectorisation « cadastrale » qui mélange les pathologies. De même, justifie-t-il le mode de fonctionnement très sécuritaire de l'USIP (Cf. § 5 et 6.1) par le caractère violent et le non-consentement aux soins des patients, dont certains sont amenés par la force et la pression des équipes.

Par ailleurs, le pôle assure le fonctionnement du service d'urgence et de liaison psychiatrique (SULP) du CHU (Cf. § 7.1.2b).

Une unité d'évaluation médico-psychologique (UEMP), affiliée au pôle anesthésie-réanimation, offre huit lits pour les patients ayant fait une tentative de suicide et nécessitant une surveillance clinique ou présentant des troubles psychiatriques et somatiques associés. Les patients admis dans cette unité sont tous en soins libres. Elle est fermée depuis six mois du fait de l'épidémie de Covid-19 et les lits sont gardés pour l'isolement septique des patients arrivant à l'hôpital.

L'offre de soins extra-hospitalière pour les adultes est relativement modeste et manifestement sous-dimensionnée pour la population du ressort des deux secteurs. Les structures destinées aux adultes sont toutes sises à Nîmes : trois hôpitaux de jour de huit places chacun dont un est à Carémeau, tous trois exploités par des associations, un centre médico-psychologique (CMP) pour chaque secteur, celui du secteur 01 est ouvert le samedi toute la journée. Des consultations à l'hôpital par un psychiatre sont possibles (Cf. § 4.3.2).

Pour les enfants et adolescents, l'offre est plus étoffée : une unité petite enfance et périnatalité offre des consultations et des soins pour les enfants de 0 à 4 ans, elle est située en centre-ville de Nîmes, un centre de consultations et de soins CATTP-hôpital de jour accueille les adolescents de 12 à 18 ans, au sein du pôle de psychiatrie sur le site de Carémeau, et un CATTP-hôpital de jour situé à Vauvert, à 20 km de Nîmes, reçoit des enfants âgés de 0 à 16 ans.

BONNE PRATIQUE 1

Le centre médico-psychologique de l'un des deux secteurs est ouvert toute la journée du samedi.

L'unité sanitaire du centre de rétention administrative (CRA) ainsi que celle de la maison d'arrêt de Nîmes sont rattachées au pôle de psychiatrie du CHU. Néanmoins, curieusement, les patients détenus souffrant de troubles mentaux et admis en soins sans consentement sur décision du préfet sont adressés au CHS d'Uzès, éloigné de 25 km.

2.1.4 Les projets

Le projet du pôle est exposé dans les documents remis aux nouveaux professionnels (Cf. § 2.3.2b). Ce projet, qui est supposé être identique pour toutes les unités puisqu'elles appartiennent à un même pôle, n'est pas rédigé dans les mêmes termes selon les documents des unités. Dans le document remis aux professionnels de l'UPP, il est ainsi rédigé :

- « Le projet de pôle s'articule autour :
- Ø du développement des prises en charge ambulatoires ;

- Ø de l'inscription des soins en faveur du rétablissement des usagers des services de santé mentale en favorisant leur inclusion sociale et l'empotement ;
- Ø du déploiement de nouveaux modes de soins : éducation thérapeutique patient, réhabilitation psychosociale, remédiation cognitive, case management... ;
- Ø de la coopération accrue avec les associations d'usagers (UNAFAM, GEM²...) ;
- Ø de la montée en puissance de la recherche médicale et paramédicale . »

Le document remis à l'UGP ajoute :

« Il promeut :

- Ø de l'éducation thérapeutique patient (ETP) pour réduire les ré hospitalisations et améliorer la gestion du trouble pour la personne malade ;
- Ø des alternatives non médicamenteuses à la gestion des symptômes et / ou des effets secondaires des médicaments. »

Selon les interlocuteurs rencontrés, cette énumération n'a pas conduit à une réflexion globale. Par suite, en l'absence de réflexion partagée à l'échelle du pôle entre médecins et soignants sur la philosophie du soin, chacun se renvoie la responsabilité lorsque des dysfonctionnements sont pointés.

Plus concrètement, le pôle montre son dynamisme dans ses réponses aux appels à projet de l'ARS dont trois ont été retenues et sont validées et financées :

- la mise en place de deux équipes mobiles pour le public d'adolescents en situation complexe, une rattachée au CHS d'Uzès, l'autre au CHU ; elles seront supervisées par un même médecin (0,5 ETP) et chacune comportera un infirmier (0,8 ETP) et un éducateur spécialisé (0,8 ETP) ; le projet est validé, autorisé et financé à hauteur de 250 000 euros par an ;
- la prévention des troubles de la dégénérescence liée à l'âge par des interventions dans les EHPAD (291 400 euros par an) ;
- l'amélioration de la prise en charge des enfants et adolescents adressés au service des urgences par l'intervention, dès leur arrivée, d'infirmier (0,5 ETP) et de psychologue (0,3 ETP) chargés d'évaluer leur état psychique (78 300 euros par an).

Deux projets ont été présentés dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire et médico-sociale avec deux associations, financés à hauteur de 450 000 euros par an :

- la détection des troubles autistiques : les patients sont pris en charge par une équipe spécifique, deux médecins à temps plein, un psychologue, un ergothérapeute et un orthophoniste à temps partiel ; le financement non pérenne est reconduit de 6 mois en 6 mois ;
- la détection des troubles du neurodéveloppement.

2.2 LE BUDGET DE LA PSYCHIATRIE EST ESTIME SOUS-EVALUE AU REGARD DE LA DEMOGRAPHIE DE SES SECTEURS

La structure financière du CHU est présentée comme saine avec un excédent de 9 millions d'euros dégagé sur l'exécution du budget en 2019 (+2,5 millions d'euros par rapport à la

² GEM : groupe d'entraide mutuelle.

précédente prévision) et une capacité d'autofinancement brute de 43 millions pour un budget de 600 millions d'euros.

La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) affectée au pôle psychiatrie s'élève pour 2021 à 21,268 millions d'euros. Selon l'ensemble des interlocuteurs, la psychiatrie est sous-financée par rapport aux établissements comparables de l'ancienne région Languedoc-Roussillon, ce qui n'est pas contesté par l'agence régionale de santé qui avait engagé un rééquilibrage avant la réforme sur l'organisation territoriale de 2016 conduisant à la fusion des deux régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Une partie des activités de trois unités (UPG, UTT et UJA) est financée par la tarification à l'activité (T2A) et par ailleurs, le pôle participe aux dépenses d'exploitation du CHU (logistique médicale, hôtelière, frais de structures, frais financiers, etc.) mais les responsables du pôle n'en connaissent pas l'explicitation comptable ni le montant. Par ailleurs, en l'absence de distinction des dépenses financées par la T2A de celles financées par la DAF, l'hypothèse que celle-ci ne soit pas totalement dépensée pour les activités de psychiatrie et que son solde soit, mécaniquement, utilisé pour les autres activités est envisagée par les professionnels de la psychiatrie. Ceux-ci ne se réfèrent à aucune comptabilité analytique précise qui permette de lever ou d'établir clairement cette hypothèse, absence qui alimente les suspicions malsaines alors que le pôle n'a pas la main sur la consommation du budget qui lui est attribué. Ainsi, alors que le projet d'équipe mobile est validé et financé, les véhicules permettant les déplacements des soignants ne sont toujours pas acquis. Lors de la visite des contrôleurs, cette activité n'avait donc pas pu démarrer réellement, bloquée dans sa mise en œuvre.

Pour autant, il n'a pas été précisé aux contrôleurs en quoi le sous-financement allégué pèse sur le fonctionnement du pôle ; personne n'a fait état d'activités ou de projets qui n'auraient pas pu être réalisés faute de financement. Si l'offre de soins extra hospitalière est sensiblement moins étoffée qu'elle ne devrait l'être pour assurer une prise en charge ambulatoire suffisante et mieux répartie sur le territoire des deux secteurs, cette pauvreté n'a pas été soulignée par les interlocuteurs et par ailleurs, les projets élaborés ont trouvé un financement par des crédits fléchés (Cf. § 2.1.4).

RECOMMANDATION 1

Le rapport financier de l'établissement doit comporter une partie sur le financement de l'activité psychiatrique explicitant notamment la dotation annuelle de fonctionnement attribuée, la part de cette dotation affectée aux services communs avec une justification en comptabilité analytique.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU fait valoir que « *le rapport financier d'un CHU ne comporte pas de répartition des crédits par pôle ou spécialité. Par contre, le pôle de psychiatrie, comme les autres pôles dispose de toutes les informations utiles dans le cadre du dialogue de gestion qu'il mène avec la direction de la stratégie financière tout au long de l'année.* »

Cette réponse, qui confirme les constats, n'invalidé pas la recommandation qui relève la nécessité d'une explicitation de l'utilisation de la dotation annuelle de fonctionnement attribuée au pôle de psychiatrie.

2.3 LE POLE DE PSYCHIATRIE NE CONNAIT PAS DE DIFFICULTE DE RECRUTEMENT

2.3.1 Le personnel médical

Selon les interlocuteurs rencontrés, le pôle de psychiatrie est plutôt bien doté en personnel médical, affirmation que les contrôleurs n'ont pas été mis en mesure d'apprécier par eux-mêmes faute d'avoir obtenu les éléments chiffrés sur la dotation médicale et la répartition des postes qu'ils avaient demandés.

Ils ont néanmoins constaté que la présence médicale était correctement assurée dans chaque unité et que l'organisation de la ligne de garde ne posait pas trop de difficulté (Cf. § 7.2). Tous les psychiatres intervenant, y compris pendant la garde, sont habilités à signer des certificats médicaux de la procédure de soins sans consentement. La présence d'un médecin généraliste à temps plein garantit la qualité du suivi somatique des patients.

Selon le chef du pôle, le *turnover* des médecins psychiatres est important depuis cinq ans, avec des départs vers l'activité libérale, mais ne conduit pas pour autant aux difficultés de recrutement constatées sur l'ensemble du territoire. La faible attractivité alléguée de l'hôpital public en raison de la faiblesse des rémunérations au regard de la charge de travail et de ses contraintes ne pénalise pas le pôle, puisque son chef peut continuer à ne recruter que des médecins dont il a pu évaluer lui-même la pratique comme internes ou attachés. Lors de la visite, 1,5 ETP de psychiatre était vacant, pour les urgences psychiatriques et la régulation, mais un des postes devait être pourvu incessamment.

Le pôle n'est jamais en situation d'avoir à recourir à des intérimaires.

Le poste de chef de service de la pédopsychiatrie est occupé par un professeur d'université. Avec ce dernier, depuis trois ans la psychiatrie du CHU est devenue universitaire, ce qui devrait favoriser l'attractivité du pôle pour les praticiens avec le développement d'une activité de recherche.

2.3.2 Le personnel non médical

a) Les effectifs et l'organisation

Les soignants de chaque unité sont gérés par un cadre de santé propre à l'unité, à temps plein pour l'USIP et l'UPP ou à temps partiel (0,7 ETP) à l'UGP qui partage le sien avec l'unité médicale du CRA.

L'effectif des équipes et la spécialité de leurs paramédicaux sont adaptés aux spécificités de chaque unité. Ainsi, chaque roulement, du matin ou du soir, comporte en théorie quatre soignants à l'UPP et à l'UGP (deux infirmiers et deux aides-soignants) avec un effectif minimum de trois mais jamais moins de quatre le matin à l'UGP en raison des soins d'hygiène nécessités par des patients plus dépendants ; dans cette dernière, s'ajoutent un infirmier et un aide-soignant (AS) « de journée » (de 8h à 16h) en semaine. Les équipes de l'USIP, qui ont plus de lits en charge que les autres unités, sont plus étoffées avec trois infirmiers et trois aides-soignants matin et après-midi sauf les mardis et jeudis où elles comptent quatre infirmiers et quatre aides-soignants pour assurer les déplacements aux audiences (tribunal et cour d'appel) de 13h15-20h45.

Les horaires des roulements sont classiques : le matin 6h15-13h45 et le soir de 13h15-20h45 ce qui offre un chevauchement d'une demi-heure pour les transmissions.

Les équipes de nuit (de 20h30 à 6h30), encadrées par la cadre de l'USIP, sont spécifiques et composées d'un infirmier et un AS. Cet effectif est porté à deux infirmiers et deux AS à l'USIP, mixte, deux hommes deux femmes, qui participent de temps à autre aux réunions de service en journée. Un cahier de transmissions permet aux soignants de jour et de nuit de rédiger leurs observations sur les patients.

Les équipes sont également pourvues de professionnels aux spécialités répondant aux besoins de leurs patients. Toutes se voient affecter un assistant de service social avec une disponibilité variant de 0,5 ETP à l'UGP à 1 ETP dans les autres unités. Deux ergothérapeutes, pour 1 ETP, et un psychologue pour 0,5 ETP interviennent à l'UGP.

Enfin, un agent des services hospitaliers (ASH) est affecté à chaque unité le matin et deux unités se partagent les services d'un ASH l'après-midi, ce 7j/7.

L'absentéisme est faible avec un taux pour 2019 de 4,35 % (4,29 % en 2018) de même que celui du *turnover* 5,90 % (7,08 % en 2018). Les absences programmées sont comblées par le pool de remplacement – constitué de trois infirmiers et quatre aides-soignants. Pour les autres absences, il est fait appel aux ressources internes, notamment le soignant de journée quand il existe prend la place de l'absent de l'équipe, ou, en dernier recours, aux heures supplémentaires. En outre, tous les soignants peuvent être amenés, en tant que de besoin, à effectuer des services de nuit. Le taux d'absentéisme est suffisamment bas pour que les remplacements soient aisés et que les effectifs ne soient jamais dégradés.

Enfin, il a été indiqué que si le pôle ne connaît pas réellement de difficulté de recrutement, il ne dispose pour autant d'aucun vivier.

Les effectifs des équipes sont relativement importants par rapport à ce qui est constaté sur le reste du territoire, même si certains interlocuteurs ont pu se plaindre d'un sous-encadrement. Ils sont adaptés aux caractéristiques des patients à prendre en charge dans chaque unité, ce tant dans les qualifications que dans les horaires de travail. Si l'insuffisance d'encadrement constatée généralement dans les autres établissements de santé mentale ne doit pas faire regarder, par contraste, la situation du pôle psychiatrique comme opulente, il s'agit tout de même d'une situation relativement confortable, eu égard à la faiblesse du taux d'absentéisme de son personnel soignant et au taux d'occupation des lits. Ce confort d'encadrement de l'intra-hospitalier mérite sans doute, néanmoins d'être examiné à l'aune de la faiblesse, dont il est peut-être corrélatif, de l'offre ambulatoire.

b) Les formations

L'adaptation à l'emploi tient, pour les arrivants dans le pôle, à un parcours d'intégration de 15 jours au cours duquel ils passent deux journées dans chaque unité ; à l'issue de ce parcours, les cadres se réunissent pour décider de la meilleure affectation. Un livret d'« *accueil des étudiants et des nouveaux professionnels* » propre à chaque unité, est remis à l'entrant. Ce livret présente succinctement l'activité du pôle et de l'unité, délivre des informations sur les caractéristiques de ses patients, ses modalités de fonctionnement (rythme de vie des patients, réunions, la liste des procédures, protocoles), les formations obligatoires et possibles et des informations pratiques tant relatives au pôle qu'à l'ensemble de l'établissement (adresses, plans, numéros de téléphone). Aucune formation spécifique à la psychiatrie, notamment aux pathologies n'est prévue alors que les infirmiers sortant d'école n'ont pas reçu d'enseignement particulier sur la pratique infirmière en psychiatrie.

Par la suite, les professionnels suivent des formations obligatoires ou facultatives.

Parmi les premières figurent :

- avec délivrance d'une attestation : gestes d'urgence (tous les 4 ans). L'organisme formateur tient à jour un registre des participants et relance chaque année ceux qui doivent y participer ;
- incendie, évacuation des patients une fois par an sur site ;
- gaz médicaux : tous les deux ans.

Le livret d'accueil de l'arrivant mentionne également comme obligatoires une formation aux droits des soins sous contrainte et une autre au droit des patients ainsi qu'une formation à l'entretien infirmier. Pourtant, la première formation n'est plus systématiquement dispensée depuis le départ de l'infirmière qui l'assurait ; la troisième ne l'est pas plus.

Des formations sont fortement conseillées :

- risques suicidaires, assurées par un médecin de l'unité et des infirmiers référents ;
- gestion de l'agressivité, programme élaboré par un médecin de l'unité et un membre de l'équipe de sécurité ;
- la contention comme ultime recours.

Pour le personnel hospitalier, il existe un plan de formation en intra-hospitalier (GESFORM) et d'autres formations non budgétées peuvent être financées sur présentation d'un projet (exemple : formation sur les droits des patients en SSC par un prestataire extérieur).

Une présentation sur un thème, par les médecins du service, ouverte à tous les soignants et cadres, « les jeudis de la psy », avait lieu une fois par semestre, mais a été interrompue par la pandémie de Covid-19.

Le faible taux d'absentéisme facilite la participation à des formations, le remplacement des soignants étant assuré sans difficulté.

RECOMMANDATION 2

Les infirmiers prenant nouvellement des fonctions en psychiatrie doivent systématiquement recevoir des formations à l'entretien infirmier, au droit des soins sans consentement et aux techniques de désescalade face à l'agressivité.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme que « *le parcours d'intégration de tout nouvel arrivant comprend déjà le socle d'information suivant :*

- *Entretiens motivationnels et infirmiers*
- *Gestion de l'agressivité*
- *Formation sur la Loi*
- *Socle de base de formation IFMS*

+ projet de formation DPC en cours au sein du pôle reprenant les formations ci-dessus + gestion des patients agités. »

Les constats sur place ont montré qu'en pratique, ce programme n'était pas mis en œuvre systématiquement et pour tous les soignants ; la recommandation a donc lieu d'être maintenue.

2.4 L'ACTIVITE, NORMALE POUR LES CAPACITES, MONTRE UNE PROPORTION MOYENNE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Si les registres de patients en soins sans consentement sont minutieusement tenus, aucune information globale sur les modes d'entrée par rapport à l'activité du pôle n'est élaborée. L'incidence des modalités de prise en charge à l'entrée sur le statut d'admission et réciproquement, du statut d'admission sur la prise en charge ultérieure ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle ce que traduit l'absence d'outil statistique qui baserait une telle réflexion.

2.4.1 L'activité et la suroccupation

Les données brutes fournies par l'établissement relatives à l'activité d'hospitalisation complète du pôle psychiatrique pour les deux années précédant le contrôle sont reprises dans le tableau qui suit. Selon les données mensuelles fournies, l'UTT n'a compté aucune entrée pendant les quatre premiers mois de 2019. Les données qui la concernent s'agissant des taux d'occupation ne correspondent manifestement pas à la réalité. Aucune donnée en termes de file active et de taux de réadmission n'a été fournie.

	Nombre d'entrées		Variation	Durée moyenne de séjour (en jours)		Taux d'occupation	
	2019	2020		2019	2020	2019	2020
USIP	532	429	- 19,3 %	14,17	18,73	68 %	71 %
UPP	246	237	- 3,6 %	27,78	27,32	88 %	83 %
UTT	361	564		5,65	7,09	64 %	216 %
UJA	347	432	+ 24,5 %	11,94	9,70	68 %	56 %
UGP	262	166	- 36,6 %	24,44	39,60	86 %	86 %
Total adultes	3767	3848	+ 4,6 %				
UTPA	199	195		16,10	17,06	84 %	87 %

L'année 2020 a connu une hausse globale du nombre d'entrées qui s'est essentiellement portée sur l'UJA, ce qui ne fait, vraisemblablement que traduire l'utilisation de la moitié des lits de cette unité comme zone d'évaluation à la contamination à la Covid-19.

S'agissant des durées moyenne de séjour (DMS), les données doivent manifestement également être prises avec précaution dans la mesure où elles ne corroborent pas celles qui figurent dans d'autres documents, notamment les livrets d'accueil du nouveau professionnel (Cf. § 2.3.2b) qui mentionnent 41,65 jours pour l'USIP, 21 jours pour l'UPP et l'UGP.

Les fortes baisses d'entrées constatée à l'USIP, à l'UGP sont en partie compensées, en termes d'activité, par une durée de séjour allongée, ce singulièrement pour l'unité de gérontopsychiatrie. Il a été expliqué que la nature des pathologies des patients accueillis à l'UGP

avait évolué, le nombre des patients atteints de démence ayant crû alors que leur sortie vers des EHPAD était devenue impossible pendant la pandémie.

Cette baisse d'activité, conjoncturelle pour 2020, ne masque pas que, dans le temps long, l'offre d'hospitalisation plein temps répond sans difficulté aux besoins des secteurs. Le pôle ne connaît aucun problème de suroccupation avec les difficultés connues ailleurs, de temps passé à rechercher des lits ou d'insuffisance d'encadrement des patients.

2.4.2 Les patients en soins sans consentement

Aucun document récapitulatif de la situation des patients en soins sans consentement n'était disponible pendant la visite des contrôleurs. Le tableau suivant, renseigné après leur départ, leur a été fourni ultérieurement ce qui n'a pas permis de l'expliquer ou le commenter sur place.

	Nombre de mesures		Nombre de patients		DMS	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
SDDE	387	305	333	276	19	27
Dont SDT ordinaire	12	13	12	13	13	17
Dont SPDTU	332	264	282	235	28	30
Dont SPI	43	28	39	27	16	32
SDRE	62	53	58	52	75	49
Dont décision judiciaire	0	1	0	1		*
Total des patients en SSC	449	358	391	328	33	32

* le patient est toujours hospitalisé lors de la visite

Tel que renseigné par l'établissement, le nombre de patients figurant sur ce tableau correspond, semble-t-il, à la file active des patients admis en soins sans consentement, il est donc difficile de rapporter ce nombre à celui du total des entrées figurant dans le tableau précédent.

À cette incertitude près, on calcule qu'en 2019, 26 % des admissions se sont faites en soins sans consentement, ce qui se situe dans la moyenne nationale.

Parmi ces admissions sous contrainte, 13,8 % sont réalisées sur décision du représentant de l'État (SDRE), ce qui est légèrement inférieur encore à la moyenne nationale (16 %³). Ce ratio ne valide

³ Selon l'enquête de l'association des directeurs d'établissements de santé mentale (ADESM) publiée dans *Hospimedia* le 20/05/19.

pas les affirmations répétées d'une dangerosité particulière de la population du ressort du pôle et de troubles publics associés.

Enfin, la répartition des soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) selon les modes d'entrée ne varie guère d'une année à l'autre avec respectivement en 2019 et 2020 :

- 3,1% et 4,3% de soins sur demande d'un tiers (SDT) procédure normale ;
- 85,8 % et 86,5 % de soins sur demande d'un tiers en urgence (SDTU) ;
- et 11,1 % et 9,2 % de soin pour péril imminent (SPI).

En revanche ces répartitions s'éloignent des moyennes nationales : 25 % SDT, 46 % SDTU, 29 % de SPI⁴.

Le faible nombre d'admissions en SPI s'explique par le fait que le passage par les urgences exclut ce mode d'admission puisque l'urgentiste du CHU, auteur du certificat d'admission, appartient lui-même à l'établissement.

En revanche, la faiblesse du nombre de SDT en procédure droit commun, soit avec deux avis médicaux et une demande de tiers, doit conduire à une interrogation sur la façon dont les mesures de soins sans consentement sont décidées et sur le parcours du patient entre le début de sa crise et son admission.

RECOMMANDATION 3

La faible proportion de patients admis en soins sur demande d'un tiers selon la procédure de droit commun et l'importance de ceux admis en procédure d'urgence doit conduire l'établissement à une réflexion sur le processus d'admission, la procédure d'urgence étant moins protectrice des droits des patients.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que « *les efforts concernant les modalités d'hospitalisation se poursuivent entre médecin responsable du service et le SMUR pour solliciter d'autres mesures de placement en soins sous contrainte dès que possible.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces efforts.

2.5 LE FONCTIONNEMENT DU COMITE D'ETHIQUE EST TRANSPARENT ET DYNAMIQUE MAIS ELOIGNE DES PREOCCUPATIONS DES SOIGNANTS DE PSYCHIATRIE

Le site intranet de l'hôpital comporte une rubrique « droit et éthique » dans laquelle les avis du comité d'éthique sont publiés ainsi que son agenda, ses statuts et son rapport annuel.

Ses statuts, révisés en septembre 2018, précisent ses missions en rappelant que ses avis sont consultatifs : « *Il a compétence pour aborder la dimension éthique des problèmes soulevés par la pratique des soins et la recherche biomédicale au sein du Centre Hospitalier Régional Universitaire sans pour autant ne se substituer ni directement ni indirectement aux processus de prise de décision éthique des pôles, services et/ou des unités qui le sollicitent.* »

⁴ Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan 4 ans après la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, rapport final », par Magali Coldefy (Irdes), Sara Fernandes (ORU-PACA), avec la collaboration de David Lapalus (ARS PACA) ORU-PACA – IRDES. Données actualisées en 2017.

Il est composé de soixante-dix membres dont six membres de droit (appartenant à la direction et le président de la CME⁵), six invités permanents (représentants de la faculté de médecine, du Conseil de l'Ordre des Médecins, de l'ARS et le président de la CDU⁶) et quatre collèges : médical, personnel hospitalier, experts non médicaux et société civile (associations de malades agréées et communautés religieuses). Hormis ceux du collège médical qui sont désignés par le président de la CME, les différents membres sont désignés par le directeur général sur proposition des collectivités qu'ils représentent. Les membres sont renouvelés tous les trois ans.

N'importe qui peut saisir le comité d'une question : personnel, direction, CDU, etc. Le comité d'éthique se réunissait quatre à cinq fois par an avant la pandémie de Covid-19 (trois en 2018, cinq en 2019, deux en 2020) pour examiner une à deux saisines à chaque séance, les réunions se sont raréfiées en 2020. Un bilan annuel de ses réflexions est présenté à la CME. Par ailleurs, lors d'un « buffet éthique » ouvert à tout le personnel et organisé deux fois par an, une personnalité qualifiée de l'établissement présente un thème de réflexion, présentation suivie d'un débat.

Aucune question concernant la prise en charge des patients de psychiatrie n'a été abordée par le comité d'éthique depuis 2018. Il a été indiqué qu'il avait été saisi de la question de l'imposition du pyjama en psychiatrie, et de l'isolement et de la contention sans que l'avis qu'il a pu rendre ait marqué les esprits. Dans les unités, si les professionnels connaissent l'existence du comité d'éthique, ils n'en connaissent pas les productions et n'envisagent pas de lui soumettre une question.

PROPOSITION 1

Les professionnels de psychiatrie doivent être sensibilisés aux enjeux éthiques de leurs prises en charge. La réflexion sur le respect de la dignité et des droits des patients en soins sans consentement doit être institutionnellement soutenue et alimentée.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme que « les professionnels du Pôle de Psychiatrie sont tous sensibilisés à l'éthique et à son respect. Par ailleurs, le Comité d'éthique a déjà été saisi 3 fois pour les questions concernant la dignité des patients et notamment celle du port du pyjama (cf. bilans annuels remis aux contrôleurs). De plus, une IDE (d'un des CMP psy) participe en tant que membre élue à un siège de droit au comité d'éthique ».

Ces allégations et circonstances n'invalident pas la proposition.

⁵ CME : commission médicale d'établissement.

⁶ CDU : commission des usagers.

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

3.1 L'INFORMATION INDIVIDUELLE DES PATIENTS EST ASSUREE AVEC SOIN CONTRAIREMENT A L'INFORMATION RELATIVE AUX CONDITIONS DE LEUR HOSPITALISATION QUI EST INSUFFISANTE

L'information générale des patients n'est pas assurée de la même façon selon les unités. En gérontopsychiatrie, le livret d'accueil du CHU est placé dans la table de nuit du patient, lorsqu'il intègre sa chambre. Ce livret d'accueil ne donne, comme information propre à la psychiatrie, que les coordonnées des dispositifs extra-hospitaliers et des précisions sur l'admission sans consentement en faisant référence à la loi n°90-527 du 27 juin 1990 modifiée par l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, dispositions caduques depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

À l'USIP, ni le règlement intérieur, ni les règles de vie de l'unité, ne sont remis aux patients. En psychiatrie polyvalente, le règlement intérieur du CHU (document de vingt-deux pages) et les règles de vie de l'unité sont soumis à la lecture du patient, à son arrivée, lors de l'entretien avec un infirmier du service. Le patient atteste dans un formulaire signé avoir eu communication de ces documents qui sont conservés dans son dossier et il peut, en principe, les consulter sur demande. Selon les soignants, il ne serait pas interdit de les garder mais il serait vivement conseillé aux patients de les laisser dans leur dossier.

Les règles de vie sont affichées à l'entrée de l'USIP, contrairement à ce qui est constaté dans l'UPG au sein de laquelle rien n'est affiché. À l'UPP, un règlement hybride, qui n'est ni le règlement intérieur, ni les règles de vie de l'unité, est affiché à l'entrée.

PROPOSITION 2

Un livret d'accueil propre au pôle de psychiatrie doit être élaboré. Les patients doivent avoir accès, à tout moment, aux règles de vie de l'unité, au livret d'accueil et au règlement intérieur de l'établissement. Cet accès doit être assuré par un affichage au sein de l'unité et par une remise systématique de ces documents au patient, lequel peut choisir de les conserver ou de les placer dans son dossier.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU relève qu'« *il n'existe pas d'obligation réglementaire imposant un Livret d'Accueil par Pôle. Il est plus pertinent de continuer à distribuer le Livret d'Accueil du CHU + un livret d'accueil par service de psychiatrie, documents qui seront révisés désormais à échéance régulière.* »

La circonstance qu'aucune disposition réglementaire n'impose la distribution d'un livret d'accueil fournissant à un patient les informations à jour relatives au service et à l'unité dans lequel il est pris en charge n'en rend moins cette remise nécessaire pour informer ce patient sur les conditions de son admission et les droits dont il dispose.

Les patients admis en SSC, une fois leur prise en charge commencée, voient dans les heures qui suivent ou le lendemain une infirmière « de loi » dont le travail consiste à les informer de leurs droits et recours, à leur remettre les documents qu'ils doivent conserver, à réexpliquer autant que de besoin le statut, à vérifier la conformité des procédures, (établissements des certificats médicaux des 24 et 72 heures par des psychiatres différents, convocation au JLD).

Deux infirmières en alternance (une semaine sur deux) sont chargées de ce travail, l'autre semaine étant consacrée aux soins. Elles ont été formées par des pairs et la cadre elle-même. Sachant que la grande majorité des patients admis en soins sans consentement au sein du pôle psychiatrie sont à l'USIP, avant d'être transférés dans d'autres unités, la notification des droits est presque toujours réalisée à l'USIP. Les infirmières spécifiques de l'USIP se consacrent à l'information juridique des patients de 8h30 à 16h. Après 16h et le week-end, ce sont les infirmiers de roulement de l'USIP qui effectuent ces formalités.

Chaque patient se voit remettre à son entrée un document mentionnant son régime d'admission, sa situation juridique, l'ensemble de ses droits fondamentaux et un accusé de réception qu'il signe et qui est placé dans son dossier.

Le certificat médical n'est donné au patient qu'à sa demande alors que la décision du directeur se borne à se référer au certificat médical et les motivations médicales des arrêtés sont lapidaires, voire inexistantes.

RECOMMANDATION 4

Dès lors que les décisions d'admission en soins sans consentement se bornent à viser les certificats médicaux qui les fondent sans en reprendre les termes, une copie de ces certificats doit être remise au patient afin de respecter le droit de celui-ci à connaître les motifs de la décision dont il fait l'objet.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU mentionne que « *le certificat médical initial peut être remis au patient qui en fait la demande mais sans obligation* » ; il affirme ensuite : « *on pourrait systématiser cette remise mais beaucoup de patients le vivent comme une agression et ne désirent pas lire les informations médicales qui ont conduit à la mesure de soins sans consentement.* »

Les contrôleurs relèvent, d'une part, que faute d'être informés qu'ils peuvent avoir copie du certificat médical qui fonde la décision de soins sans consentement, les patients ne sont pas mis en situation de la demander ; d'autre part, le travail sur la réaction d'un patient à la lecture des éléments médicaux qui le concernent fait partie de la prise en charge clinique.

Les infirmiers diplômés d'État (IDE) spécifiques se montrent disponibles pour répondre aux questions des patients, réinterviennent régulièrement pour leur rappeler leurs droits s'ils ont le sentiment qu'ils n'ont pas compris, et rappellent les échéances des audiences devant le JLD. Ils remettent les convocations à l'audience du JLD et font remplir la demande pour qu'intervienne un avocat commis d'office ou celui choisi par les patients. Lors de la visite, les contrôleurs ont assisté à une audience du JLD, où les patients étaient accompagnés par l'une des IDE.

BONNE PRATIQUE 2

Deux IDE formées aux dispositions juridiques relatives aux soins sans consentement sont spécifiquement chargées de la notification des droits et de l'information juridique du patient ce qui garantit la bonne compréhension par le patient de son statut et son accès effectif à ses droits.

Dans les autres unités, lorsque la mesure de soins sans consentement n'est pas levée à la sortie de l'USIP, les soignants ont généralement recours aux infirmières « de loi » quand des

questions relatives au statut du patient en soins sans consentement de leur unité se posent. Ces appels ne sont toutefois pas systématiques ; les contrôleurs ont par exemple assisté à la notification d'une convocation à une audience du JLD par un soignant qui n'a pas su expliquer au patient de quoi il s'agissait, lui demandant simplement de la signer.

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT PEU NOMBREUX ET LEUR TRAITEMENT EST EFFICACE

Les soignants utilisent le logiciel ENNOV pour remplir une fiche d'événement indésirable, sans qu'un seuil de gravité ne soit posé. S'ils peuvent en principe anonymiser les fiches d'événements indésirables, il leur serait toutefois demandé de ne pas le faire, pour faciliter l'enquête sur les faits et l'apport d'une réponse individualisée. Le pôle qualité de la direction traite au jour le jour les fiches d'événements indésirables, les plaintes et les réclamations, considérant le tout d'égale importance. Chaque semaine, un comité d'analyse des fiches d'événements indésirables (CAFEI) se réunit pour évoquer les événements indésirables les plus graves du CHU. En 2020, huit signalements ENNOV ont été effectués en psychiatrie : deux à l'USIP, deux à l'UTT, un à l'UPP, un à l'UJA, un à l'USMP et un dernier par le bureau des entrées. Sur les huit signalements, cinq étaient relatifs à des mécontentements de proches de patients sur des prises en charge.

Le pôle qualité assure la traçabilité des étapes de traitement des événements indésirables. Les dates de demandes de précisions au service concerné, de la réponse de ce service et de la réponse apportée au plaignant sont conservées. Il ressort des documents transmis aux contrôleurs que les événements indésirables sont traités dans un délai maximal de dix jours. Pour quatre des signalements, un accusé de réception a été apporté le jour même du signalement ou le lendemain. Pour les quatre autres, un accusé de réception a été transmis dans un délai de huit jours. L'un des signalements concernait la contestation de la prise en charge d'un patient majeur par l'un de ses parents. Une médiation proposée par le pôle qualité a débuté une semaine après la date du signalement.

Les phénomènes de violences au sein du pôle de psychiatrie sont extrêmement rares, que ce soit sur les soignants ou sur les patients. Sur l'année 2020, aucun incident de violence causant une interruption temporaire de travail n'a été signalée. En 2019, un seul fait de violence causant une ITT a eu lieu à l'USIP.

Les violences font systématiquement l'objet d'une transmission à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), lequel rédige un rapport annuel. En 2020, deux faits de violence au CHU ont été transmis à l'ONVS. Durant cette même année, aucun événement sur le pôle de psychiatrie n'a donné lieu à une transmission au parquet ou à une activation de l'article 40 du code procédure pénale. Par ailleurs, une formation *ad hoc* est proposée (Cf. § 2.3.2b). En psychiatrie polyvalente, l'un des soignants maîtrisant les arts martiaux sert de référent à ses collègues pour les situations violentes dans lesquelles il est nécessaire de faire usage de la force.

Les soignants des différentes unités ont déclaré ne pas se sentir en insécurité. En psychiatrie polyvalente et en gérontopsychiatrie, les bureaux des soins étaient ouverts, contrairement à l'USIP, où ce bureau demeurerait fermé. En cas de non-respect des règles de vie de psychiatrie polyvalente ou de l'USIP, le patient est reçu par la cadre de l'unité qui les lui réexplique.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST GLOBALEMENT IMPLIQUEE DANS LE PARCOURS DE SOINS ET LA PREPARATION A LA SORTIE

Lors de son entrée, chaque patient doit désigner une personne de confiance. Les informations qui y sont relatives sont renseignées dans un formulaire conservé au dossier du patient sans lui

être remis systématiquement. À l'exception de l'unité de gérontopsychiatrie, dans laquelle moins de 50 % des patients présents lors du contrôle avaient désigné une personne de confiance, les taux de désignation d'une personne de confiance par les patients des autres unités avoisinaient 100 % lors du contrôle. Pour les patients en soins sans consentement, la personne de confiance est désignée lors des formalités d'entrée à l'USIP. Pour les patients en soins libres, la désignation est sollicitée dans les unités, en temps ordinaire, et dans la zone tampon aménagée à l'unité de jeunes adultes où un passage est systématique lors de la période de pandémie.

Si la personne de confiance est contactée par les médecins en début d'hospitalisation, il ne lui est jamais demandé d'accepter ou non sa désignation comme telle. La personne de confiance est par la suite informée des moments importants de l'hospitalisation du patient et contactée en amont de sa sortie, afin qu'elle soit impliquée dans sa préparation. Selon les témoignages reçus, la personne de confiance n'est contactée qu'avec l'accord du patient.

La personne de confiance a été le thème d'une formation menée par le service qualité. Si sa philosophie et son cadre légal sont majoritairement connus des équipes soignantes, les médecins et soignants de certaines unités, par souci de rapidité et pour s'épargner des recherches dans le dossier du patient, demandent parfois à ce dernier qui est « la personne à prévenir », même si celle-là diffère de la personne de confiance désignée.

3.4. L'ACCES AU VOTE N'EST NI PROMU NI ORGANISE

Selon les témoignages reçus dans l'ensemble des unités, le vote ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle. Les élections municipales de 2020 n'ont réuni que de très rares votants, tous en soins libres. Plusieurs soignants ont indiqué ne pas avoir connaissance de procurations qui auraient pu être établies alors. La seule source d'information dont disposent les patients est télévisée.

Les élections régionales à venir, lors du contrôle, ne faisaient émerger aucun projet particulier relatif à l'accès au vote.

PROPOSITION 3

La direction de l'établissement et les soignants doivent procéder à l'information des patients relative à l'exercice du droit de vote et à ses modalités. Des permissions de sortie doivent être accordées pour que les patients puissent voter. Lorsque cela est impossible, les moyens de voter par correspondance ou par procuration doivent être prévus et organisés par la direction.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que « *le droit de vote est déjà organisé* » mais n'apporte pas les éléments auxquels il fait référence à l'appui de cette affirmation.

3.5. L'ACCES AU CULTE EST REDUIT DU FAIT D'UNE INFORMATION MAL ADAPTEE

Hors période de crise sanitaire liée à la Covid-19, les aumôniers, agréés comme bénévoles, intervenaient dans les unités librement. Depuis mars 2020, seuls les aumôniers salariés de l'hôpital ont l'autorisation d'entrer dans les unités. S'ils sont massivement appelés dans les unités de MCO, les aumôniers déplorent le caractère minime de leur intervention sur le pôle psychiatrie, où ils ne sont appelés à intervenir qu'extrêmement rarement. Lors du contrôle, plusieurs soignants de l'unité de psychiatrie polyvalente ignoraient cette possibilité et justifiaient l'absence d'intervention des aumôniers par des raisons sanitaires. Néanmoins, en gérontopsychiatrie, des

aumôniers intervenaient une à deux fois par semaine au sein de l'unité. L'un d'eux emmenait les patients se promener dans le parc.

De manière générale, l'information permettant l'effectivité de l'accès aux cultes est insuffisante. Si les patients ont connaissance de l'existence d'une aumônerie par le biais des règles de vie des unités qui la mentionnent, l'information sur les spécificités des cultes représentés et le fonctionnement de l'aumônerie dépend de la connaissance qu'en a le personnel hospitalier, lequel ne maîtrise en réalité pas toujours ce sujet. À titre d'exemple, l'aumônière musulmane n'a été appelée à intervenir qu'une seule fois en 2020 au pôle de psychiatrie : elle a découvert une fois sur place qu'elle l'était pour assurer l'interprétariat dans le cadre d'un entretien entre un patient arabophone et une assistante sociale.

En outre, plusieurs soignants ont dit craindre l'intervention trop régulière des aumôniers, en raison du discours de ces derniers qui alimentent parfois des délires de persécution propres à certains patients en psychiatrie.

Plusieurs témoignages ont rapporté par ailleurs que la représentante culturelle de l'islam était très peu appelée, en raison du terme d'« aumônier » employé dans le livret d'accueil, qui est méconnu de beaucoup de fidèles musulmans. Selon plusieurs soignants et les aumôniers, si les patients avaient connaissance de l'intervention d'une représentante du culte musulman au sein de l'établissement, nombre d'entre eux souhaiteraient la rencontrer.

Avant le début de la crise sanitaire, une messe catholique et un culte protestant étaient organisés chaque semaine à l'aumônerie, située à dix minutes à pied du pôle de psychiatrie. Les patients pouvaient s'y rendre librement. Depuis mars 2020, les cultes musulmans et protestant ont été interrompus et les messes ne demeurent ouvertes qu'aux familles de proches mourants ou décédés.

PROPOSITION 4

Les documents d'information remis doivent utiliser un vocabulaire adapté aux spécificités des religions pour éviter toute méprise et assurer l'efficacité de l'information fournie.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme que « le principe de laïcité nécessite que ne soit pas abordées les spécificités des religions. Cependant, le CHU dispose de nombreux traducteurs en interne, du recours à un service externe de professionnels. D'autre part, le CHU offre la possibilité de rencontrer les aumôniers salariés du CHU représentant les 3 principales religions présentes dans le territoire. »

Les contrôleurs relèvent qu'utiliser le vocabulaire propre à la désignation du représentant d'une religion ne méconnaît en rien le principe de laïcité.

3.4 LES ASSISTANTES SOCIALES ACCOMPAGNENT LES PATIENTS AU COURS DE LEUR HOSPITALISATION ET ORGANISENT LEUR PROTECTION JURIDIQUE AVEC ATTENTION

La présence d'assistantes sociales à temps plein au sein des unités permet une évaluation complète de la situation des patients et une appréciation adéquate de la nécessité de mesures de protection.

Elles se rendent dans les unités chaque matin pour les rencontrer et participent aux *staffs* hebdomadaires au cours desquels la sortie des patients est décidée et préparée. Les patients des

unités ouvertes peuvent se rendre dans leur bureau, situé au rez-de-chaussée du bâtiment, pour échanger avec elles, ce qu'ils apprécient, les soignants également.

Lorsqu'elles identifient un besoin de protection d'un patient, les assistantes sociales prennent contact avec la famille et tentent d'obtenir l'adhésion du patient. Selon les témoignages reçus, il n'y aurait pas de difficulté à obtenir des certificats médicaux dans le cadre de mesure de protection, grâce à la solidarité de médecins du CHU qui acceptent, le cas échéant, d'en rédiger un gracieusement ou à l'intervention de l'assistante sociale de secteur qui se charge de trouver un financement. Les délais pour obtenir une mesure de protection sont en moyenne de quatre mois.

Le pôle de psychiatrie ne bénéficie pas de l'intervention du mandataire judiciaire de l'hôpital, qui s'occupe seulement des patients de MCO. Des tuteurs indépendants et les associations UDAF⁷ et ATG⁸ remplissent cette mission. Aucun ne visite ses protégés mais certains assistent, parfois, aux audiences du juge des libertés et de la détention. Selon les témoignages reçus, il est parfois difficile d'obtenir une réponse et un investissement de la part de certains tuteurs, ce qui se répercute sur la prise en charge des patients.

3.5 LA CONFIDENTIALITE DE SON HOSPITALISATION EST SYSTEMATIQUEMENT PROPOSEE AU PATIENT ET RESPECTEE, LE CAS ECHEANT

Lors de l'admission, le bureau des entrées recueille la volonté du patient concernant la confidentialité de son hospitalisation. En cas de souhait de confidentialité, la personne en charge du bureau des entrées l'indique sur le dossier personnel informatisé. L'information est alors accessible à l'ensemble des soignants qui respectent la confidentialité en ne répondant pas aux demandes de renseignement téléphoniques.

Dans certaines unités, même si le patient n'est pas sous le régime de l'anonymat, des questions sont posées à la personne en demande d'information pour vérifier son identité. Les soignants d'autres unités ne procèdent pas à de telles vérifications.

Le patient peut faire modifier la confidentialité de son hospitalisation en effectuant une demande auprès du bureau des entrées.

BONNE PRATIQUE 3

L'information relative à la confidentialité de l'hospitalisation lors de l'admission des patients et les modalités techniques mises en place pour que celle-ci soit garantie rend effectif le droit à l'anonymat des patients.

⁷ Union Départementale des Associations Familiales.

⁸ Association Tutélaire de Gestion.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ASSOCIES A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HOSPITALISEES ESSENTIELLEMENT PAR LEUR PARTICIPATION A DIFFERENTES INSTANCES

4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatriques du Gard était composée en 2018 et 2019 de deux médecins psychiatres dont l'un exerce au CHS d'Uzès, le second psychiatre, libéral, la président, d'un magistrat du tribunal judiciaire (TJ) de Nîmes, de deux représentants des usagers et d'un médecin généraliste. Le magistrat n'a pas été remplacé à l'issue de son mandat en application de la loi du 23 mars 2019. Elle est compétente pour examiner les mesures de soins sans consentement des personnes hospitalisées au CHU de Nîmes, au CH Le Mas Careiron d'Uzès et au CH d'Alès et se réunit alternativement dans les trois structures.

La CDSP s'est réunie quatre fois en 2018 dont une fois à Uzès, une fois à Alès et deux fois à Nîmes. Elle a visité une fois l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) du CHU de Nîmes, une unité à Uzès et une unité à Alès et a entendu quinze patients sur les trois structures ; elle a examiné quatre-vingt-seize dossiers de soins à la demande d'un tiers (SDT) dont vingt-trois mesures de péril imminent, et deux dossiers de SDRE, et a pris connaissance de neuf courriers adressés à son président. Elle n'a fait aucune demande de levée de mesure de soins sans consentement.

Elle s'est réunie quatre fois en 2019 dont deux fois à Uzès, une fois à Alès et une fois à Nîmes. Elle a visité une unité à Uzès et l'USIP de Nîmes, a reçu quinze patients, a examiné quatre-vingt-quinze dossiers de SDT dont vingt-six mesures de péril imminent et trente-deux dossiers de SDRE et a pris connaissance de quatre courriers de réclamation adressés à son président.

Si les rapports de la commission ne permettent pas de différencier son activité selon les hôpitaux, il en résulte cependant qu'elle est venue au moins une fois par an à Nîmes et qu'elle a alors visité l'USIP.

Compte tenu de la crise sanitaire, la commission n'a pu se réunir qu'une fois en 2020 au CH d'Alès.

Au jour de la visite aucun affichage portant sur la CDSP n'existait dans les unités et les soignants de l'UPP ne connaissaient ni son existence ni son rôle.

Cependant une information est donnée à l'USIP avant la venue de la commission puisque selon les renseignements recueillis, celle-ci a eu un entretien avec quatre ou cinq patients à chaque visite ; les personnes sont écoutées avec attention et un médecin de l'unité est à la disposition de la commission pour donner toutes explications utiles.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l'objet d'un affichage permanent dans les unités de soin.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que cet affichage a été mis en œuvre.

4.1.2 La commission des usagers (CDU)

Le règlement intérieur de l'établissement mentionne l'existence et le rôle de la CDU.

La commission se compose de la directrice de la Qualité-Gestion des Risques (DQGR), de deux représentants des usagers titulaires et de leurs suppléants, de quatre médecins médiateurs médicaux, de deux cadres supérieurs de santé médiateurs non médicaux et leur suppléants, de la chargée des relations avec les usagers, d'une cadre supérieure de santé toutes deux médiatrices non médicales suppléantes, de la déléguée aux affaires juridiques, de l'assistante du service juridique, de la gestionnaire des réclamations et d'un cadre de santé de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et médico-technique (CSRIMT).

Elle se réunit en assemblée restreinte tous les mois pour examiner les réclamations des patients et en plénière tous les trois mois pour aborder des thèmes particuliers.

En 2018, quinze réunions ont été organisées, dont onze assemblées restreintes et quatre plénières, 249 réclamations ont été traitées dont 26 % portaient sur les droits individuels des usagers et sur ce pourcentage, 2 % concernaient les hospitalisations sous contrainte. Il a été procédé à 17-sept entretiens de médiation et l'établissement a reçu 170 courriers d'éloge. Dans 92,15 % des cas, les courriers d'accusé de réception des réclamations ont été adressés en moins de 8 jours et le délai de réponse a été dans 20,75 % des cas inférieur à 8 jours, dans 35,22 % entre 8 et 30 jours, et dans 31,45 % supérieur à 30 jours.

En 2019, la CDU s'est réunie quinze fois dont onze en assemblée restreinte et quatre en plénière, 248 réclamations ont été examinées ainsi que 110 réclamations téléphoniques ou entretiens réglés en direct dont 2 % concernaient le pôle psychiatrie, 11 entretiens de médiation ont été organisés et l'établissement a reçu 117 courriers de félicitations. Le délai moyen d'accusé de réception des réclamations pour tout l'établissement a été de 3,5 jours ouvrés et le délai de réponse pour le pôle psychiatrie de 8 jours.

Les réclamations sont adressées soit par mails sur le site du CHU, soit par courriers envoyés au directeur général ou au service de relations des usagers ou remis au cadre de l'unité, soit à l'ARS qui les retransmet à l'établissement. Cette procédure est expliquée dans le livret d'accueil de l'hôpital, lequel n'est toutefois pas systématiquement remis aux patients (Cf. § 3.1). Dans l'ensemble des unités, il a été constaté que les patients pouvaient se rendre à leur guise dans le bureau de la cadre de l'unité concernée pour discuter de situations problématiques.

Un affichage dans les unités explique la mission de la CDU, sa composition et la façon d'exprimer son mécontentement en saisissant la commission par téléphone ou par courrier adressé au directeur général. Le numéro de téléphone et l'adresse sont mentionnés et il est précisé que les coordonnées des représentants des usagers peuvent être communiquées par le secrétariat de la CDU ou par la direction de la clientèle.

Le recueil des plaintes est transmis aux représentants des usagers avant la tenue de la commission.

La réunion plénière du 25 mars 2020 a abordé le thème des droits des patients et notamment le problème de la communication avec les familles lors du premier confinement ; la cadre supérieure de santé à la direction de la coordination des soins a invité les représentants des usagers à participer à des groupes de travail avec des soignants pour construire les outils de traçabilité des soins du futur dossier de patient informatisé.

Au cours de la commission du 17 décembre 2020 le directeur référent du pôle psychiatrie a présenté le bilan des contentions et isolements de l'année 2019 et le médecin de la délégation qualité et gestion des risques a exposé le bilan des déclarations d'événements indésirables et des événements porteurs de risques. Dans le cadre de la nouvelle démarche de certification, la notion

de contribution des proches ou aidants à la prise en charge des patients a été évoquée notamment sous l'angle de la place et du rôle de la personne de confiance, ce sujet pouvant faire l'objet d'un thème à aborder lors de la journée des représentants des usagers.

4.1.3 Les représentants des usagers

Ils sont associés à la vie de l'établissement et les documents leur sont fournis par les membres de la direction. Lors de la Commission des soins infirmiers de rééducation et médicoteknique (CSRIMT) du 15 janvier 2019 il a été préconisé de renforcer la présence des usagers aux instances et démarches qualité, d'intégrer les représentants des usagers aux instances qui en sont dépourvues ainsi qu'aux audits institutionnels et aux démarches du patient traceur et de systématiser leur participation aux entretiens de médiation.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec deux représentants de l'UNAFAM.

Cette association est liée avec le CHU par une convention en date du 17 avril 2019 qui prévoit notamment la mise à disposition d'un local dans le hall du pavillon de la psychiatrie pour permettre d'assurer des permanences une fois par mois le jeudi de 14h à 16h.

Si des affichettes sont apposées dans l'unité de soins intensifs et dans celle de la psychiatrie polyvalente mentionnant cette permanence, les représentants des usagers ont indiqué qu'elle n'était plus tenue en l'absence de patient s'y rendant mais que des entretiens pouvaient avoir lieu sur rendez-vous.

En 2019, 2 % des réclamations concernaient le pôle de psychiatrie.

4.1.4 Les questionnaires de satisfaction

Le taux de réponse au questionnaire de satisfaction en 2018 a été de 0,94 % avec 97,5 % de satisfait et de très satisfait, ce qui a amené la CDU, consciente du peu de sens de l'exploitation de ces résultats, à préconiser la poursuite de la réflexion en cours avec les représentants des usagers pour élaborer d'autres outils de mesures de la satisfaction du patient adaptés, ergonomiques et faciles d'utilisation.

En 2019, le taux de retour a été de 1 % et la DQGR a mené un projet de recueil de la satisfaction avec la mise en place de tablettes, en cours de paramétrage, avec démarrage prévu en avril 2020 mais qui n'était pas opérationnel au jour du contrôle.

4.2 LA TENUE DES REGISTRES DE LA LOI PERMET LE CONTROLE DE LA REGULARITE DES PROCEDURES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Le bureau des entrées, composé de deux personnes sans formation particulière dont l'une est à 80 %, s'occupe pour l'ensemble du pôle psychiatrie de l'accueil, des admissions, de la régie, de la gestion administrative des soins sans consentement (SSC), de la facturation et des dossiers des consultations externes.

Les registres de la loi sont renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC. Ils sont conservés, avant leur archivage dans ce service avec les dossiers administratifs des patients.

D'un modèle standard, ces registres comportent 150 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils sont distincts selon le statut d'hospitalisation. Ils ne sont pas paraphés à leur ouverture.

Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences prévues par le code de la santé publique. Deux mentions sont absentes du registre : les dates de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La date de de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice doivent figurer dans le registre de la loi.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU informe qu'à compter de juin 2021, les informations concernant les mesures de protection des patients seront notées sur la 1^{ère} page de chaque folio dans le registre de la loi, ainsi que la date de notification des droits des patients.

Renseignés par date d'admission avec un numéro de folio pour chaque nouvelle entrée, ils permettent un suivi des procédures pour des patients dont la prise en charge en programme de soins ou en hospitalisation complète perdure, par le renvoi au numéro de folio, dans le même registre ou le suivant.

Les certificats médicaux, qui ne sont pas horodatés, et l'avis motivé au juge des libertés et de la détention, sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont pu observer que leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificat-type ou de « copié-collé ». En revanche, aucun report n'est effectué sur ces certificats des éventuels dires des patients recueillis avant leur édiction.

Les certificats concernant les programmes de soins sont joints aux registres ; pour les patients en hospitalisation complète et alors que la loi ne l'impose pas, les certificats médicaux et autorisations de sorties de courte durée sont reproduits.

Les ordonnances du juge des libertés et de la détention y sont transcrites.

Une permanence administrative est organisée les samedis, dimanches et jours fériés de sorte que les décisions du directeur pour les soins à la demande d'un tiers ou en péril imminent sont prises dès l'admission, le registre de la loi est rempli par la suite.

Le représentant du procureur de la République signe régulièrement le registre après sa visite annuelle à l'établissement, la dernière datant du 21 septembre 2020 au moment du contrôle, le visa n'étant accompagné d'aucune observation.

En revanche, il n'a pas été constaté de visa des autres autorités mentionnées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 5

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire de Nîmes et le maire de la commune, ou leurs

représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU annonce qu'une invitation annuelle à une visite sera adressée aux institutionnels, mais le CHU ne peut être tenu pour responsable de leur impossibilité ou absence de réponse.

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

4.3.1 Les sorties de courte durée

Depuis le 18 mars 2020 aucune sortie n'est autorisée. Avant cette date, les sorties accompagnées de moins de 12 h de même que celles d'une durée maximum de 48 h étaient fréquentes, les médecins s'y montrant favorables et la préfète ne s'y opposant pas.

Les sorties de moins de 12 h sont accompagnées par les infirmiers de l'unité ou par la famille ; il est exceptionnel qu'elles ne puissent pas avoir lieu faute d'accompagnateur.

Elles permettent de faire des démarches administratives et de préparer la sortie du patient ou la mise en place d'un programme de soins.

4.3.2 Les programmes de soins et la préparation à la sortie

Les sorties définitives des patients sont préparées à l'USIP et à l'UPP lors des *staffs* auxquels participent les psychiatres, les soignants et l'assistante sociale. Dans les cas difficiles des synthèses sont organisées mais le mandataire de justice n'est jamais convié. La majorité des patients est adressée aux unités d'admission en soins libres (85 % environ) après levée de la mesure de soins sans consentement (SSC). Pour 5 % d'entre eux, le retour à domicile avec suivi est organisé, après contact de l'assistante sociale et avec la famille lorsqu'elle coopère, le médecin prenant directement rendez-vous avec le CMP ; les délais d'obtention d'une consultation sont de l'ordre de six mois. L'existence de la consultation hospitalière dans le bâtiment du pôle permet, pour éviter cette attente et en cas de nécessité, d'offrir un suivi rapide en sortie d'hospitalisation ; cette offre ne remplace pas, pour autant, un suivi ambulatoire de secteur essentiel pour prévenir les réhospitalisations, notamment en soins sans consentement.

Au jour de la visite, soixante-quatre programmes de soins étaient mis en place, tous menés en ambulatoire sans séjour hospitalier, ce qui a pu être vérifié dans les registres de la loi prévoyant notamment des traitements par injection et des consultations mensuelles.

Si le patient a besoin d'être réhospitalisé, l'hospitalisation complète peut se faire en soins libres s'il adhère à la mesure. Cependant dans la clinique des troubles thymiques (CTT), la réintégration du seul patient admis en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) judiciaire et en programme de soins (PDS), qui demande régulièrement sa ré hospitalisation quand il sent que son état se dégrade, se fait en admission en soins sans consentement en hospitalisation complète.

RECOMMANDATION 6

L'établissement doit s'assurer que les patients en programme de soins hospitalisés à leur demande ou en vertu de ce programme sont pris en charge comme des patients en soins libres,

que les droits dont ils jouissent à ce titre sont bien respectés et qu'aucune contrainte n'est mise en œuvre à leur égard.

La préfète demande systématiquement un deuxième avis pour la levée de la mesure de SDRE.

4.3.3 Le collège des professionnels de santé

Le bureau des entrées veille au respect des dates butoir de réunion du collège des professionnels de santé et à la convocation de ses membres. Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre médecin psychiatre extérieur au suivi et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité hospitalière ou du CMP assurant le suivi ambulatoire, il reçoit le patient en hospitalisation complète ou en programme de soins aux échéances prévues par les textes.

4.3.4 Les prises en charge en sortie d'hospitalisation

Le CHU de Nîmes compte plusieurs structures extra hospitalières.

Les patients adultes peuvent être accueillis en hôpital de jour et suivis dans quatre CMP, dont le délai d'obtention d'un premier rendez-vous peut aller jusqu'à 6 mois ; elles ne constituent pas une prise en charge ambulatoire avec tout le dispositif de soins normalement attendu, qui permet de mobiliser une équipe pluridisciplinaire pour une prise en charge graduelle et individualisée : entretiens infirmiers au CMP, visites à domicile, activités au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), etc. Au surplus, cette offre à l'hôpital suppose un déplacement à Carémeau, loin du domicile d'une grande partie des patients du ressort.

Quatre familles sont rémunérées par le CHU pour accueillir des patients avec contrat d'hébergement permanent, quatre places étant réservées pour les patients de psychiatrie avec suivi en consultation à l'hôpital.

Selon les renseignements recueillis, le délai d'attente pour obtenir des places en maisons d'accueil spécialisées (MAS), en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) sont longs.

4.4 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION (JLD) TENUES EN VISIO-CONFERENCE NE PERMETTENT PAS DE GARANTIR L'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

4.4.1 L'organisation des audiences

À chaque admission, le bureau des entrées renseigne le tableau des audiences prévues dans le mois avec la date limite de saisine et la date d'audience.

Les échanges entre ce service en charge de la préparation de la procédure et le greffe judiciaire se font sous forme dématérialisée par mail.

Le dossier est transmis au juge des libertés et de la détention (JLD) en même temps que l'avis motivé du psychiatre quelques jours avant l'audience.

Le greffe du tribunal se charge de l'édition des convocations qui sont remises au patient de l'USIP par une soignante spécialement affectée à l'information des personnes en soins sans consentement. Il convoque les mandataires de justice qui sont très rarement présents et avise les tiers ayant demandé la mise en place de la mesure.

La convocation informe le patient de la date d'audience. Les contrôleurs ont assisté à la remise d'une convocation à l'USIP et ont pu constater que l'IDE donnait les explications claires, incitait

le patient à se rendre à l'audience et prenait le temps de répondre aux questions. La notification de l'audience, éventuelle et rare dans les autres unités, est faite par des soignants qui ne sont pas formés. Selon les renseignements recueillis, il y a très peu de certificats de non-présentation. Le patient signe un accusé de réception après remise de la convocation.

Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans l'unité.

Les avocats ont la possibilité de consulter le dossier transmis au tribunal deux à trois jours avant l'audience. Ceux désignés d'office sont choisis sur la liste de la permanence pénale et sont volontaires pour intervenir. Ils ont l'obligation de suivre une formation sur les soins sans consentement organisée au niveau du barreau par un référent avocat et qui est dispensée notamment par le JLD de Nîmes.

4.4.2 La tenue de l'audience

En méconnaissance des dispositions de l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique, aucune convention n'a été conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé pour prévoir la mise à la disposition d'une salle d'audience sur l'emprise de l'établissement d'accueil des personnes admises en soins sans consentement. Selon les renseignements recueillis, des discussions sont en cours pour qu'une salle du CHS de Nîmes soit attribuée au ministère de la justice.

Antérieurement à l'épidémie de Covid-19, les patients se rendaient au tribunal judiciaire de Nîmes avec deux soignants et un ambulancier. Ils empruntaient un chemin passant par le parking et l'audience se tenait dans une pièce adaptée.

Depuis la pandémie, les audiences se tiennent par visioconférence, les patients se trouvant, devant l'écran, dans une salle du rez-de-chaussée du bâtiment. Les magistrats motivent leurs décisions de siéger dans de telles conditions par l'existence de contraintes sanitaires en période d'épidémie de Covid-19 et par les risques sanitaires résultant de la nécessité de transporter les patients du CHU de Nîmes vers le tribunal. Les personnes convoquées sont conduites par les soignants et il y a toujours des agents de la sécurité présents devant la salle, dont le nombre varie selon le nombre de patients présents.

RECOMMANDATION 7

La présence systématique d'agents de sécurité devant la salle de visioconférence n'est pas justifiée.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU explique que « lors de la relève, il peut être constaté la présence de 3 agents qui procèdent aux échanges d'information. En journée, un seul agent de sécurité est astreint dans le bâtiment. Sa présence constitue un choix institutionnel permettant d'assurer la sécurité du bâtiment face à des intrusions extérieures, et/ou d'intervenir rapidement sur des problèmes de SAIP par exemple... »

Ces remarques ne légitiment en rien la présence de l'agent de sécurité devant la salle de visioconférence, présence qui ne ressortit pas de l'éventuelle activation du système d'alerte et d'information des populations (SAIP). La recommandation est maintenue.

Les contrôleurs ont pu assister à une audience où étaient convoqués quatre patients. Trois fonctionnaires de la sécurité et quatre IDE les accompagnaient.

Les patients se sont entretenus avec leur avocat, présent au tribunal, dans la salle de visioconférence.

Les soignants restent systématiquement dans la pièce pendant l'audience car « *cela rassure les patients* ».

Le JLD, que l'on entend mal et qui est filmé de loin, résume le contenu du dossier, lit une partie du certificat médical ayant motivé l'admission en soins sans consentement, interroge le patient sur ses conditions de séjour à l'hôpital et donne la parole à l'avocat.

La sonorisation n'est pas bonne et il est difficile d'entendre l'avocat que l'on ne voit que de dos. Le magistrat n'a pas une vision globale de la salle et alors qu'il demandait à un patient de répéter une phrase qu'il n'avait pas comprise, le soignant a conseillé à la personne de baisser son masque et le juge, qui n'avait pas entendu l'intervention du soignant, a rappelé au patient l'obligation de le maintenir.

Sauf cas particulier, le JLD rend ses décisions immédiatement, explique qu'elle sera transmise le lendemain et mentionne parfois les voies de recours mais non la possibilité de sa saisine à tous moments.



Salle de visioconférence

RECO PRISE EN COMPTE 3

Une salle doit être mise à disposition du juge des libertés et de la détention, la tenue des audiences par visioconférence ne protégeant pas les droits des patients.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU fait savoir que les audiences ont lieu au sein des locaux du pôle de psychiatrie depuis le 31 août 2021.

Il a indiqué qu'à compter de mars 2020, les magistrats n'avaient plus tenu d'audience, les décisions étaient prises sur dossiers mais que depuis quelques mois ils étaient retournés à l'hôpital d'Uzès et tenaient les audiences en visioconférence avec Nîmes, l'établissement estimant que cette procédure était plus conforme aux consignes sanitaires. Selon lui, les dossiers de Nîmes sont très complets, avec une saisie dans les délais, avis motivé actualisé, pas de « copié-collé », mais que l'existence d'une mesure de protection était parfois omise. Il va mettre en place une réunion annuelle avec les représentants du CHU et les médecins du pôle psychiatrie.

Il a contacté les hôpitaux d'Uzès et de Nîmes pour prévoir la procédure de mise en place des dispositions d'application de la loi du 14 décembre 2020 sur l'isolement et la contention modifiant l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

L'hôpital de Nîmes l'avise, ainsi que la famille, des mises en isolement et contention.

Selon les renseignements donnés par le tribunal judiciaire de Nîmes, le JLD a été saisi en 2020 de 275 dossiers, il a procédé à 25 mainlevées dont 3 constatées sans débat au regard de l'expiration du délai de saisine. Au premier trimestre 2021, 69 dossiers ont été traités et 11 mainlevées prononcées dont une sans débat.

Le JLD a communiqué trois décisions rendues en 2021 qui ordonnaient la mainlevée de la mesure de SSC, l'une pour insuffisance des certificats médicaux, une autre pour saisine hors délai et la dernière en raison de l'absence de mention au dossier d'une question posée au patient sur l'existence d'une mesure de protection.

Ces trois décisions ordonnent la mainlevée mais avec effet différé de 24 h pour permettre l'élaboration d'un programme de soins.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES ATTEINTES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SONT SYSTEMATIQUES POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ADMIS DANS LA CLINIQUE DE SOINS INTENSIFS

5.1.1 La liberté d'aller et venir dans les unités

L'unité de soins intensifs (USIP) qui se situe au premier étage du bâtiment de la psychiatrie et qui accueille dans le premier temps de leur hospitalisation tous les patients en soins sans consentement est fermée. Les patients ne peuvent sortir que dans le cadre d'une autorisation de 12 heures ou de 48 heures. Si le patient est calme et si les soignants sont en nombre suffisant, un patient peut exceptionnellement aller faire une promenade dans l'enceinte du CHU.

À l'intérieur de l'unité, la liberté d'aller et venir est également drastiquement limitée.

Des caméras sont disposées dans les couloirs, les cours de promenade et les salles d'activité, leurs images sont renvoyées sur des moniteurs dans le bureau infirmier.

Les deux cours de promenades sont accessibles à heures fixes, celles prévues pour fumer, à savoir : 8h30, 10h30, 12h30, aux alentours de 14h-14h30 et 15h45-16 h, 18h, 21h,22h, et pour la durée pour fumer une cigarette. Les patients peuvent profiter plus longtemps de l'agrément de ces espaces extérieurs lorsqu'un soignant est disponible au-delà de ces durées pour rester parmi eux car aucun patient ne peut être seul dans la cour.

La salle de sport, la salle de ping-pong, le salon esthétique et les salles à manger sont fermées à clé et les patients ne peuvent s'y rendre qu'accompagnés d'un soignant.

Ils ne peuvent aller seuls que dans le petit salon où se trouve un téléviseur, allumé de 7h30 à 22h ; la seconde salle de télévision, appelée salle audiovisuelle, est fermée en raison de la présence de jeux vidéo.

Les patients ne peuvent fermer à clé ni la porte de leur armoire ni celle de leur chambre, mais uniquement celle de la salle de bains ; ils ne peuvent ouvrir les fenêtres.

Les unités accueillant de façon exceptionnelle les patients en soins sans consentement, UPP et UGP, sont fermées mais la porte peut être ouverte à l'aide d'un code. À l'UGP, ce code est inscrit sur un papillon agrafé dans le livret d'accueil ; à l'UPP, il est affiché à côté de la porte et connu de tous les patients. Dans ces unités les patients en soins sans consentement comme ceux en soins libres peuvent sortir dans l'enceinte de l'hôpital quand ils le souhaitent mais ceux de l'UPG ne montrent guère le désir de le faire. À l'UJA, en temps ordinaire, les patients majeurs peuvent sortir librement ; l'unité a été fermée depuis le début de la pandémie pour limiter les entrées de personnes possiblement porteuses du virus et les patients majeurs ne sont plus autorisés à sortir qu'une heure par jour.

À l'UPP si les soignants estiment que les patients ne doivent pas sortir de l'hôpital ils les mettent en pyjama ; dans les faits, il est fréquent que les patients sortent sans y être autorisés, généralement pour faire des courses au magasin *Lidl*. Les soignants le constatent à la vue des courses. Dans ces cas-là, il leur est juste rappelé que la sortie de l'hôpital est en principe interdite.

Pourtant, les sorties de patients « à l'insu du personnel », qualifiées de « *fugue* », sont perçues par les soignants comme un risque personnel tout autant qu'une mise en danger pour le patient. La prévention du risque de fugue a conduit à l'installation du filet métallique qui surplombe la cour de l'USIP donnant ainsi corps à l'impératif d'enfermement. Les professionnels ont souvent

invoqué la crainte de poursuites disciplinaires, crainte qui étouffe toute velléité de réflexion sur la pertinence de l'enfermement.

Dans ces unités, les patients ont libre accès dans la journée aux cours intérieures et aux salles collectives hormis le réfectoire.

RECOMMANDATION 8

La liberté d'aller et venir doit être la règle y compris pour les patients en soins sans consentement ; les restrictions doivent être individualisées et dûment motivées par l'état clinique des patients.

Les patients doivent pouvoir librement accéder à un espace extérieur, pour s'aérer, marcher, se détendre, profiter d'un environnement naturel ou pratiquer une activité physique.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme que : « Cette règle est déjà appliquée à tous les services, seules la Clinique des Soins intensifs et l'Unité des adolescents sont des services fermés pour des raisons strictement de protection des patients. »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation : le motif de « protection des patients » ne saurait justifier des mesures générales et, en tant que telles, non adaptées à la protection individualisée d'un patient au regard de sa clinique ou de sa fragilité propre.

5.1.2 La sécurisation du site

L'accès au bâtiment de psychiatrie se fait soit par l'entrée principale du CHU fermée par une barrière et où se trouve un vigile, soit par le chemin de Mas de Lauze situé juste derrière cet édifice et dont la grille est fermée durant la nuit.

Le site du CHU est équipé de 114 caméras dont les images sont renvoyées dans une salle où se tiennent deux opérateurs ; les enregistrements des vidéos sont conservés sept jours.

Un agent de sécurité est présent du lundi au vendredi dans l'immeuble où est hébergé le pôle psychiatrique. Le personnel de sécurité y intervient à la demande des soignants notamment pour aider à la mise en place de la contention ou au maintien d'un patient.

Selon les renseignements recueillis les intervenants restent en retrait car leur présence est suffisante pour apaiser la situation. En 2019, les services de sécurité interne sont intervenus à 157 reprises dans le pôle de psychiatrie mais les contrôleurs n'ont pu obtenir des statistiques précises sur chaque type d'intervention.

Les personnes placées en chambre d'isolement sont systématiquement signalées au service incendie.

5.2 DES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT INEGALEMENT IMPOSEES SELON LES UNITES

Les contraintes imposées aux patients diffèrent selon les unités dans la mesure où elles résultent de l'application des règles de vie de chacune et non de la clinique de chaque individu.

Elles touchent en premier lieu les horaires. Ceux du lever sont imposés à l'USIP (7h). Il en est de même à l'UPP (7h45) pour prendre le petit-déjeuner mais les patients peuvent se recoucher après. En gérontopsychiatrie, aucun horaire n'est imposé, dans le souci du bien-être du patient, quitte dans la mesure du possible, à différer l'administration des traitements. L'argument de

devoir être présent au petit-déjeuner est de faible portée dès lors qu'un café est partout servi à 10h. Celui d'avoir à lutter contre la clinophilie de certains patients ne saurait valoir pour tous et à tout moment de l'hospitalisation. Il en est de même de l'heure du coucher qui intervient particulièrement tôt à l'USIP, 22h au plus tard, sans qu'aucune raison n'en soit plus pertinente que ce qui est admis par exemple à l'UPP où le coucher intervient vers 23h et où il est admis que des patients ayant besoin de fumer puissent sortir plus tard encore.

Les restrictions relatives à la détention et à la consommation du tabac suivent les mêmes différences : l'USIP interdit à ses patients de conserver tabac, briquet ou allumettes et leur impose la quantité maximale de cigarettes qu'ils peuvent fumer et les heures pour le faire, tandis que les soignants de l'UPP conseillent aux patients de laisser leur tabac au poste de soins, pour éviter les vols ; certains patients conservent néanmoins leur tabac dans leur chambre. Parfois, sur prescription médicale, le paquet est obligatoirement gardé au bureau des infirmiers avec un rationnement. À l'UPG, le tabac peut être conservé par les soignants pour les patients qui sont trop désorientés, risqueraient de se le faire voler ou de le distribuer au-delà de leurs moyens financiers ; les autres patients gardent leur tabac qu'ils peuvent fumer à tout moment dans le patio ou dehors. Le briquet peut également être laissé mais il est récupéré pour la nuit. Dans ces deux dernières unités, les restrictions sont imposées en fonction de l'état du patient.

Le port du pyjama institutionnel qui était imposé à l'USIP ne l'est plus depuis deux ans, à la suite des injonctions de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il était défendu par le chef de pôle au motif que « *les patients de MCO sont bien en pyjama* », la différence de situation clinique et de durée d'hospitalisation ne lui apparaissant pas comme pouvant justifier un régime vestimentaire différent, plus respectueux de la dignité du patient. L'abandon de cette contrainte s'est passé sans difficulté. Toutefois, quelques patients continuent de porter un pyjama faute de pouvoir tenir leur pantalon personnel faute de ceinture, retirée à l'entrée. De même, les lacets des chaussures étant retirés, certains patients se promènent en chaussettes ou en mules, ce qui peut les gêner pour sortir dans les cours. Toutefois, l'intervention de la HAS n'a suscité aucune réflexion sur la pertinence des autres contraintes.

PROPOSITION 5

Les patients doivent pouvoir conserver leur tabac et le fumer aux moments où ils en éprouvent le désir. Toute restriction à cette règle doit être individualisée, justifiée par l'état clinique du patient et révisée régulièrement.

Le retrait des éléments de vêtement jugés susceptibles de permettre des gestes dangereux pour le patient ou pour autrui doit également être individualisé et régulièrement revu. Les patients ainsi privés de leur ceinture ou de leurs lacets de chaussures doivent se voir remettre des effets de substitution qui ne portent pas atteinte à leur dignité.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU fait valoir que « *Les Lois Santé et hôpital et le décret dans tabac du 15 novembre 2006 encouragent les soignants à limiter la consommation de cigarettes des patients. Cependant, les fumeurs peuvent accéder aux espaces extérieurs couverts et non couverts pour fumer.* » Il ajoute que la mesure de remplacement de lacets et de ceinture par des effets de substitution est mise en place depuis le 1^{er} juin 2021.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation en ce qu'elle porte sur la liberté qui doit être laissée aux patients de disposer de leur tabac. Ils prennent acte avec satisfaction de la mesure de remplacement indiquée.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR, RELATIVEMENT LIBRES POUR LES PATIENTS DES UNITES OUVERTES, SONT EXTREMEMENT REDUITES POUR LES PATIENTS HOSPITALISES EN UNITE FERMEE

5.3.1 L'accès au téléphone

Les règles relatives aux communications avec l'extérieur varient selon l'unité dans laquelle se trouve le patient.

À l'USIP, les patients se voient systématiquement défaits de leur téléphone personnel à l'arrivée alors que les patients de l'unité de psychiatrie polyvalente peuvent conserver leur téléphone, sauf indication médicale contraire. Dans cette dernière unité, lors du contrôle, l'ensemble des patients était autorisé à disposer de leur téléphone. En unité de gériopsychiatrie, le téléphone est laissé aux personnes capables de s'en servir. Les chargeurs de téléphone sont conservés au poste de soins.

Dans l'ensemble des unités, une communication téléphonique peut être établie par un soignant dans le bureau des infirmiers puis transmise au patient sur un poste téléphonique situé dans un espace commun dénué de toute confidentialité. En gériopsychiatrie, le téléphone du service peut être prêté aux patients pour qu'ils téléphonent de leur chambre.

À l'USIP, les patients ont la possibilité de communiquer une fois par jour avec leurs proches, selon un ordre organisé par un infirmier. En revanche, les appels aux avocats et mandataires judiciaires ne subissent aucune restriction.

Au sein de l'unité de psychiatrie polyvalente, les patients peuvent demander à utiliser le poste téléphonique des soignants mais seulement après 17h. Cette restriction est justifiée par le fait qu'avant 17h, les proches des patients sont souvent injoignables, ce qui cause de la frustration aux patients.

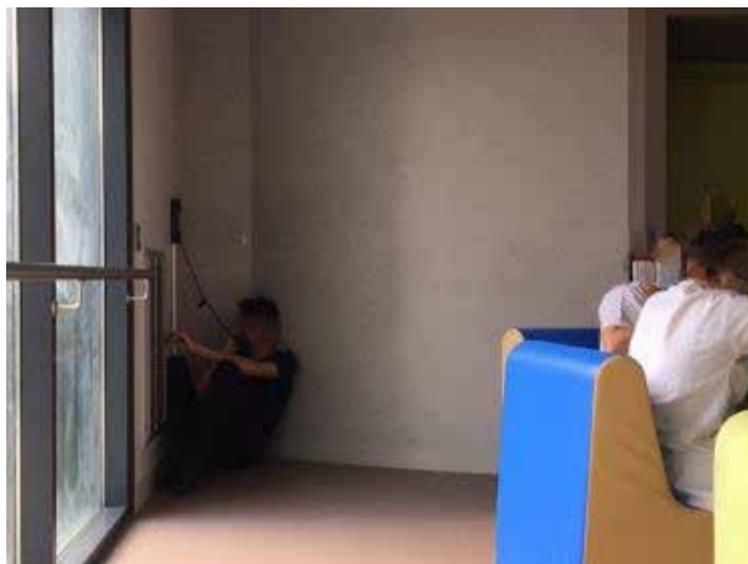
RECOMMANDATION 9

Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable à tout moment. Toute restriction à cette règle doit être personnalisée et justifiée par l'état clinique du patient, limitée dans sa durée et régulièrement réévaluée.

Un accès au téléphone doit être garanti aux patients à tout moment, dans des conditions satisfaisantes de discrétion ou de confidentialité.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU relève que « Seules les équipes de l'USIP et UTPA conservent les téléphones, dont ils assurent le chargement. Mais les patients disposent de plusieurs temps de communication avec les familles ou autres ». Il ajoute qu'« une installation de parois vitrées est envisagée ou l'installation d'un téléphone dans la salle de parler ».

Cette réponse confirme le bien-fondé de la recommandation pour les patients de l'USIP et de l'UTPA.



Poste téléphonique à l'USIP

5.3.2 Les visites

Les différences entre unités se retrouvent également dans les restrictions qui entourent les visites.

En temps ordinaire, les patients de l'USIP peuvent recevoir des visites de 14h30 à 18h30 pendant trente minutes. Deux visiteurs, âgés de plus de 16 ans, peuvent se présenter dans l'un des deux salons vitrés, meublés de quelques fauteuils et d'une petite table. Les visiteurs accèdent à l'unité après s'être présentés par interphone et se voient contraints de passer sous un portique détecteur de métaux, sous la surveillance d'un soignant, après s'être défaits de tous leurs objets, sacs à main et manteaux, qu'ils doivent laisser dans un casier à l'extérieur de l'unité. Lorsque le portique sonne, un soignant utilise un détecteur manuel de métaux pour lever tout soupçon sur la possession d'objets interdits. Les objets personnels destinés aux patients apportés par les familles ne peuvent leur être remis en mains propres, ils doivent être donnés aux soignants (cigarettes, vêtements propres, nécessaire de toilette, documents administratifs, etc.). Les visiteurs ne sont autorisés à garder que la nourriture non périssable destinée aux malades. L'utilisation de ce dispositif de sécurité illustre l'orientation sécuritaire de l'USIP. L'allégation de la dangerosité potentielle des visiteurs pour établir ces mesures à l'USIP, en raison d'un incident grave survenu plusieurs années auparavant, ne peut justifier des mesures aussi intrusives à l'égard de visiteurs. La mise en œuvre de l'ensemble de ces procédures par des soignants, peut susciter une confusion, dans l'esprit tant des visiteurs que des patients, sur la mission de soin, et non de sécurité, qui leur incombe.



Portique de détection à l'entrée de l'USIP

RECOMMANDATION 10

Les dispositifs de sécurité à l'égard des visiteurs, qu'il s'agisse du portique de sécurité ou du détecteur manuel de masse métallique ou de l'obligation de se défaire des effets personnels doivent être prohibés dans un lieu de soin.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU allègue « *le portique est un choix institutionnel qui s'est imposé depuis 2013 dans un contexte d'insécurité croissante à l'Ouest de la ville de Nîmes, compte tenu de la proximité immédiate avec les cités où est constatée une forte augmentation de la délinquance ainsi que des trafics de drogue, d'arme ou d'argent* ».

Les contrôleurs relèvent d'une part, que la ville de Nîmes n'est pas la seule à connaître ces difficultés mais que son CHU est le seul à avoir installé ces dispositifs, d'autre part, que cette justification de l'usage de ces détecteurs est d'autant moins pertinente que l'USIP est la seule unité à y avoir recours alors que ses patients finissent leur séjour hospitalier dans d'autres unités où ils sont transférés, lesquelles n'éprouvent pas le besoin de parer à la dangerosité délinquante supposée de ces mêmes patients ou de leurs visiteurs.

À l'unité de psychiatrie polyvalente, les visites sont habituellement autorisées au sein de l'unité, dans le petit salon ou dans le réfectoire, de 14h à 18h45. Les patients ne peuvent toutefois recevoir de visite de mineurs de 15 ans au sein de l'unité ; ils doivent les retrouver au rez-de-chaussée du bâtiment, dans le hall ou dans une vaste cour. En gérontopsychiatrie, les visiteurs peuvent être reçus par les patients dans leur chambre.

Depuis le début de la crise sanitaire, en mars 2020, l'organisation ci-dessus décrite des visites est profondément modifiée.

Depuis la pandémie de Covid-19, à l'USIP, les patients ne peuvent recevoir aucune visite, hormis dans des cas d'urgence vitale. Des psychiatres et des soignants de cette unité ont fait part de leurs craintes quant aux effets de telles restrictions sur l'évolution clinique de certains patients.

En psychiatrie polyvalente et en gérontopsychiatrie, l'ensemble des visiteurs, majeurs comme mineurs, ne peuvent plus accéder aux unités. Les rencontres avec les patients se font donc au rez-de-chaussée du bâtiment. Des soignants accompagnent éventuellement les patients de gérontopsychiatrie et s'assurent du respect des gestes de distanciation.

RECOMMANDATION 11

Les visites des enfants à leurs proches ne doivent pas être systématiquement interdites mais adaptées à la situation familiale et à l'état du patient. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient qui occupe seul sa chambre doit pouvoir y recevoir ses visiteurs en respectant les gestes barrières.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme « cette recommandation est inappropriée car la restriction évoquée n'est appliquée dans aucun service de façon systématique ».

Cette affirmation est contraire à ce qu'ont constaté les contrôleurs, notamment dans l'unité de psychiatrie polyvalente et à l'USIP.

Les patients de l'UPP, après avoir vu leurs visiteurs, doivent présenter aux soignants l'ensemble des effets personnels (cigarettes, vêtements propres, nécessaire de toilette, documents administratifs, etc.) qui leur a été apporté. Certains sont placés à la bagagerie, d'autres dans un casier du bureau infirmier. Les produits laissés au patient sont nécessairement étiquetés à son nom avant de lui être remis. Les patients de l'USIP doivent également présenter la nourriture qui leur a éventuellement été donnée par leur visiteurs.

5.3.3 L'accès à la correspondance écrite

L'accès à la correspondance écrite des patients diffère selon l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé. À l'USIP, il est possible d'écrire gratuitement au JLD, à la CDSP, au CGLPL et au Défenseur des droits. Le matériel de correspondance lui est fourni et l'affranchissement est pris en charge par l'hôpital.

Les témoignages reçus ont fait état de pratiques différentes en psychiatrie polyvalente. Selon certains soignants, les patients qui souhaitent écrire se voient remettre uniquement du papier et un stylo. Demeurent en revanche à leur charge l'enveloppe et le timbre, qu'ils doivent aller chercher au bureau de presse de l'entrée du CHU. Selon d'autres, le courrier d'un patient peut être envoyé dans une enveloppe de l'hôpital et part ainsi à l'affranchissement avec le courrier interne.

Aucune des unités n'est pourvue de boîte aux lettres, ce qui contraint les patients à remettre leur courrier aux soignants du service pour qu'il soit envoyé.

5.3.4 L'accès à la presse et à Internet

Les patients ne disposent que d'un accès extrêmement réduit à l'information et aux réseaux sociaux, et ce dans l'ensemble des unités. Hormis pour les patients de gérontopsychiatrie qui peuvent recevoir leur journal, aucun titre de presse ni aucune revue n'est à disposition.

Les patients de l'USIP et de l'unité de psychiatrie polyvalente ne peuvent conserver un ordinateur, une tablette ou un poste de radio personnels. En gérontopsychiatrie, il a été signalé aux contrôleurs que les patients pourraient conserver leur ordinateur s'ils en avaient et étaient capables de s'en servir.

Hormis pour les patients de l'UPP et de gérontopsychiatrie qui disposent de leur téléphone portable personnel, l'accès à l'information se réduit donc à celle diffusée par la télévision, de 7h30 à 22h à l'USIP et de 7h30 à 23h à l'unité de psychiatrie polyvalente. Les patients disposent de la télécommande dans l'ensemble des unités.

En cas de nécessité pour un patient d'effectuer des démarches administratives, l'assistante sociale effectue de son bureau les connexions Internet aux services qu'il a besoin de contacter.

5.4 LA SEXUALITE EST ABORDEE A L'AUNE DES RISQUES QU'ELLE PEUT PRESENTER

La question de la sexualité semble ne faire l'objet d'aucune réflexion institutionnelle. Les craintes d'infections sexuellement transmissibles, de grossesse non désirée et les risques d'abus sexuels fondent une interdiction de principe de toute relation sexuelle. Néanmoins, les soignants de l'ensemble des unités ont dit avoir conscience des rapprochements entre patients et leur fournissent des préservatifs en cas de besoin. En gérontopsychiatrie, il n'est pas rare que des patients soient retrouvés dans le même lit, souvent par confusion, auquel cas le patient qui s'y est introduit est reconduit dans sa chambre.

Ainsi, sans les autoriser, l'équipe soignante semble tolérer les relations sexuelles. Une telle approche affaiblit l'information et la prévention qui devraient entourer le sujet. La prévention se réduit à la proposition de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Le bilan sanguin effectué à l'entrée des patients inclut un marqueur de grossesse pour les patientes en âge de procréer. Celles-ci peuvent se rendre à des consultations gynécologiques au CHU.

PROPOSITION 6

La sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et des formations doivent être proposées aux soignants sur les enjeux en termes de consentement et les manières d'aborder la question avec les patients.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que *« cette thématique est abordée au cours de la formation socle. Des plus, des groupes de parole entre patients et soignants seront mis en place prochainement. Il y sera abordé l'éducation à la santé sur la sexualité »*.

Les contrôleurs prennent acte de ces projets tout en relevant que la question de la sexualité ne doit pas se limiter à la dimension de santé mais prendre en considération, à tout le moins, celle de la liberté.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES PATIENTS JOUISSENT DE CONDITIONS MATERIELLES GLOBALEMENT SATISFAISANTES, CEPENDANT TROP FREQUEMMENT MARQUEES PAR L'ABSENCE DE RESPECT DE LEUR INTIMITE

Le bâtiment qui abrite les unités d'hospitalisation complète, le service des consultations et l'hôpital de jour pour adolescents du pôle de psychiatrie est situé à l'extrémité Nord du CHU de Nîmes, à l'écart des autres services d'hospitalisation ; sa signalétique au sein de l'établissement est défectueuse. Ce bâtiment, inauguré en 2014, est construit à flanc de colline et constitué de trois blocs de deux niveaux sur rez-de-chaussée ; agréablement doté de façades habillées de briques et lames de bois, il arbore de nombreuses ouvertures vitrées à tous les niveaux donnant sur des balcons, terrasses, cours, pour certaines arborées et engazonnées.



Façade du bâtiment du pôle de psychiatrie



Jardin du rez-de-chaussée

Le rez-de-chaussée abrite un accueil et le bureau des admissions pour les hospitalisations, le poste des agents de sécurité, l'accueil et les salles de consultations, plusieurs dégagements vastes dotés de sièges dont un équipé de distributeurs de boissons, la salle de cuisine thérapeutique, divers bureaux et salles de réunion. L'accès à un grand jardin intérieur est possible tout au long de la journée. Deux montées d'escaliers et deux ascenseurs permettent d'accéder chacun à deux unités d'hospitalisation : un premier bloc accueille l'unité fermée et l'unité de psychiatrie polyvalente, le deuxième est destiné à l'unité de gérontopsychiatrie et à l'unité des troubles thymiques, le troisième dessert l'unité des adolescents et l'unité des jeunes adultes. L'hôpital de jour pour adolescents, qui dispose d'une entrée indépendante, occupe le rez-de-chaussée et le premier niveau à droite du bâtiment, qui le relie à l'unité d'hospitalisation pour adolescents.

PROPOSITION 7

La signalétique au sein du CHU doit faciliter l'accès du pôle de psychiatrie aux patients et à leurs proches.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU fait savoir que des panneaux indicatifs complémentaires seront installés par la Direction des Ressources Matérielles (DRM) dès que possible.

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

À chaque niveau, une circulation interne fermée aux patients permet au personnel de passer d'une unité à l'autre et d'accéder aux monte-charges.

Les locaux de toutes les unités sont spacieux, lumineux et propres. Leur disposition est semblable : les portes d'entrée des unités (ouvertes ou fermées selon les unités, Cf. § 5.1) font face aux bureaux infirmiers, entièrement vitrés. De deux à trois ailes selon les unités desservent les chambres, les salles d'activités (trois ou quatre selon les unités), le ou les salon(s) de télévision, la salle à manger, des espaces collectifs ouverts dotés de fauteuils ou de tables et de chaises et des terrasses et cours (librement accessibles ou pas selon les unités, Cf. § 5.1). Les salles d'activités sont ouvertes en journée en gérontopsychiatrie, et fermées à l'USIP et à l'UTPA (Cf. § 7.2.7 sur les activités). Les locaux sont peu ou pas décorés.

Certaines terrasses et cours disposent d'un préau couvert, elles sont arborées ou agrémentées de jardinières, utilisées pour des activités de jardinage à l'UPP, à l'UTPA et en gérontopsychiatrie. À l'USIP la terrasse est bordée de hauts murs et grillages et recouverte d'un grillage anti-fugues.



Cour de l'USIP

Les chambres, toutes individuelles, sont meublées d'un lit, d'une table de nuit, d'une table et une chaise et d'un placard sans penderie doté d'une serrure dont la clé n'est pas mise à disposition de l'occupant. Un éclairage est fixé au mur à la tête du lit. Le matelas est extrêmement ferme, d'une faible épaisseur de 14 cm et recouvert d'une housse en toile cirée sans alèse en tissu. Les couvertures sont en coton fin et plusieurs malades doivent se couvrir d'un vêtement pour dormir. Les contrôleurs ont observé des oreillers et des traversins manquant dans certaines chambres, ce qui a été attribué au travail supplémentaire incombant à la blanchisserie de l'hôpital en ces temps de pandémie. À l'USIP, le sommier du lit est fixé au sol, sur le modèle des chambres d'isolement (Cf. § 8).

La fenêtre, laissant largement entrer la lumière extérieure, peut être soit très partiellement ouverte par le patient (UPP, UJA) soit pas du tout (USIP), les volets roulants électriques sont actionnables par l'occupant. Il n'y a pas de bouton d'appel, pas de verrou de confort à la porte

de la chambre, sauf à l'UJA et dans quelques chambres de l'UTT⁹, pas non plus de possibilité de fermeture de la chambre par le patient lorsqu'il en est sorti.

PROPOSITION 8

Les patients doivent pouvoir se protéger des intrusions par l'installation de verrous de confort aux portes des chambres et protéger leurs affaires personnelles des vols en disposant des clés des placards.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que « *concernant les portes : un verrou ouvrable de l'extérieur par les soignants sera installé par la DRM dès que possible. Concernant les placards, les clés seront fournies par la DRM.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces projets.

À l'USIP et à l'UPP, l'affichage personnel est interdit sur les murs des chambres, contribuant au caractère anonyme de celles-ci.



Une chambre de l'USIP

6.2 L'HYGIENE EST ASSUREE

6.2.1 L'entretien des locaux

Un pool de onze agents des services hospitaliers (ASH), augmenté de deux agents l'été pour remplacer les congés, assure l'entretien de la totalité des locaux du pôle. Chaque unité dispose d'ASH référents au sein de ce pool. Cette organisation garantit une présence sept jours sur sept

⁹ Cette amélioration sur quelques portes de chambres a été obtenue en urgence au moment où l'UTT a accueilli des patients mineurs de l'UJA, délogés par la mise en place de l'unité Covid (Cf. § 7.5.2).

d'un ASH par unité le matin et trois ASH pour tout le bâtiment l'après-midi. Les locaux sont apparus partout propres et bien entretenus.

Dans toutes les unités sauf en gérontopsychiatrie, les patients sont mis à contribution pour débarrasser les tables à la fin des repas.

6.2.2 L'hygiène personnelle

Dans toutes les unités, une salle d'eau est attenante à chaque chambre. Elle est équipée d'un lavabo, d'une douche – sans flexible ni douchette – et de toilettes suspendues, sans patère ni porte-serviettes. Dans toutes les unités sauf à l'UJA les portes des salles d'eau ferment de l'intérieur. Cependant, dans plusieurs unités, les clés carrées permettant aux soignants d'ouvrir ces portes en cas d'urgence sont manquantes et difficiles à obtenir auprès des services techniques. À l'UJA, les portes de salle d'eau des chambres ont été supprimées peu après l'installation dans les locaux neufs, à la suite de plusieurs tentatives de suicide de patients.

Les serviettes de toilette fournies par le CHU sont en tissu dont la texture est plus proche du torchon que de la serviette de bain. Les draps, serviettes et couvre-lits sont changés une à deux fois par semaine selon les unités, et à la demande. Ce linge plat, dont le lavage est effectué par la blanchisserie intérieure du CHU, est disponible en quantité suffisante.

Aucune salle de bain commune avec baignoire n'est installée. Dans les parties communes des unités, des toilettes sont accessibles en permanence.

Les patients sont invités à apporter leurs propres produits d'hygiène mais ceux qui en sont dépourvus se voient remettre un kit comprenant savon, shampoing, dentifrice, brosse à dents. Les rasoirs personnels ou fournis par l'hôpital sont distribués avant la toilette et récupérés après. Aucun coiffeur n'intervient dans les unités, à l'exception de la gérontopsychiatrie.

Le lavage du linge des patients est effectué par les familles, quand celles-ci sont présentes. Deux machines à laver avec sèche-linge, une à l'USIP et une autre au rez-de-chaussée pour les autres unités, sont utilisées par les soignants pour laver gratuitement le linge des patients ne bénéficiant pas d'un soutien familial. Les patients n'y accèdent jamais seuls, au mieux ils sont accompagnés d'un soignant qui initie ainsi l'apprentissage de l'autonomie sans cependant parachever celui-ci. En période de pandémie où les familles n'entrent pas dans les unités, les soignants de l'USIP remettent aux familles le linge sale et reprennent le linge propre au rez-de-chaussée du bâtiment du pôle. À l'unité de gérontopsychiatrie, la suspension de la venue des familles a produit une désorganisation du lavage du linge des patients, certains patients lavant eux-mêmes leurs sous-vêtements et les soignants utilisant en dernier recours la machine à laver de l'USIP pour laver le linge personnel indispensable. Le service payant de lavage du linge personnel par un prestataire de l'hôpital, tel que présenté dans les règles de vie des unités, n'est jamais utilisé.

Une banque de vêtements et de chaussures d'occasion existe à l'échelle du CHU, alimentée par des dons. Elle peut être sollicitée pour un patient démuné par l'intermédiaire d'une assistante sociale.

6.3 LE RETRAIT DES EFFETS PERSONNELS EST ESSENTIELLEMENT EFFECTUE SANS PRISE EN COMPTE DES PRINCIPES D'INDIVIDUALISATION, DE NECESSITE ET DE PROPORTIONNALITE

Dans toutes les unités, un inventaire en double exemplaire est réalisé à l'arrivée du patient, il est signé par celui-ci et le soignant. L'exemplaire du patient est conservé dans son dossier mais ne lui est pas remis, au motif qu'il risque de le perdre ou de se le faire voler.

Il est fortement conseillé aux patients de déposer leurs objets précieux, argent en espèces, carnets de chèques et cartes bancaires au bureau des admissions du pôle, et un inventaire en est réalisé, tracé dans le dossier du patient. S'ils refusent, ils doivent signer un document attestant qu'ils ont été informés de la possibilité de confier leurs biens au CHU. Le bureau des admissions est ouvert pendant plusieurs heures chaque jour de la semaine, permettant aux patients de retirer des valeurs, avec enregistrement des modifications de l'inventaire dans le dossier patient à chaque retrait. Seules des petites sommes (environ 10 euros) sont conservées dans les bureaux infirmiers des unités. Quand les valeurs en espèces sont importantes, le bureau des admissions les transfère au Trésor public.

À l'USIP, tous les objets personnels sont systématiquement retirés à l'arrivée, y compris les vêtements de rechange.

À l'UPP, les rasoirs, briquets, chargeurs de téléphone¹⁰ et documents d'identité sont systématiquement retirés et conservés dans le bureau infirmier dans des casiers. Les vêtements de rechange sont déposés à la bagagerie. D'autres objets ne le sont que sur prescription médicale (téléphone, écouteurs, lacets).

À l'unité de gérontopsychiatrie, les objets sont laissés ou retirés en fonction de l'aptitude du patient à les conserver et les situations sont souvent réévaluées en cours du séjour.

À l'UTPA, les briquets et tabac des adolescents autorisés à fumer par leurs parents sont conservés dans le bureau infirmier. La nourriture non périssable apportée par les familles est placée dans les casiers de la bagagerie. Les téléphones portables et autres objets connectés sont remis aux familles.

Les effets personnels retirés sont gardés dans la bagagerie de chaque unité. Ils sont soit déposés tels quels dans cette bagagerie (sacs et valises), soit placés sur des étagères au nom du patient (vêtements), soit conservés dans des casiers individuels dont le patient n'a pas la clé si du moins celle-ci existe, ou bien dans le bureau infirmier (téléphone, clés, maquillage, parfums, tabac).

La bagagerie de l'USIP n'est ouverte que deux fois un quart d'heure par jour. Dans les autres unités, les patients peuvent y accéder tout au long de la journée, toujours en présence d'un soignant.

Alors même que les patients ne peuvent fermer les placards de leurs chambres du fait de l'absence de clés sur les serrures – qui semblent avoir été perdues et jamais remplacées – les règles de vie des unités informent les patients qu'« *il appartient aux personnes autorisées à garder certains de leurs effets personnels, de les protéger en les enfermant sous clés dans l'armoire de leur chambre, le service dégage toute responsabilité en cas de perte ou de vol* ». Une étrange faute de frappe s'est glissée dans les règles de vie de l'UJA et révèle ainsi cette injonction paradoxale : « *il appartient aux personnes autorisées à garder certains de leurs effets personnels, de les protéger en les enfermant sans clé dans l'armoire de leur chambre* ».

¹⁰ Les règles de vie des unités précisent que les câbles des chargeurs de téléphone peuvent être gardés s'ils n'excèdent pas 10 cm de longueur, ce qui ne constitue pas le modèle courant.

PROPOSITION 9

Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individuelle, nécessaire et proportionnée.

Les patients doivent pouvoir accéder à ceux de leurs effets personnels qui leur ont été retirés autant de fois que nécessaire au cours de la journée.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU fait savoir : « des modifications sont en cours pour n'interdire les effets personnels qu'en fonction de l'état clinique du patient. Le Bureau des Entrées, délivre les dépôts de valeur aux patients une fois par jour. Si nécessaire, des solutions complémentaires peuvent être proposées. Concernant le service de soin, l'accès à la bagagerie se fait sur des temps limités et accompagné d'un soignant. Ce temps sera prochainement augmenté ».

Les contrôleurs prennent acte de ces projets de modifications.

6.4 LES MENUS NE SONT PAS AFFICHES

Les repas sont préparés par l'unité de production culinaire (UPC) du CHU en lien avec les diététiciennes. Les régimes imposés par une pathologie particulière sont respectés. Chaque repas arrive en liaison froide dans l'unité concernée avec sa « carte plateau » portant la date, le nom du patient et l'indication de son régime. Les repas sont mis en température dans l'office attendant au réfectoire de chaque unité.

Les menus ne sont affichés dans aucune des unités, bien que l'UPC les mette en ligne dans le circuit interne chaque semaine et en mette à disposition une version papier avec la livraison des repas.

Pour les patients ne souhaitant pas manger du porc, celui-ci est remplacé par du poisson.

Trois repas-tampons par unité sont systématiquement livrés pour chaque repas, et l'UPC peut apporter des modifications ou dépanner jusqu'au repas du soir.

Le petit-déjeuner est servi à 7h45, le déjeuner à 11h45 et le repas du soir à 19h. Dans l'unité de gérontopsychiatrie, l'heure du lever n'est pas imposée et les soignants s'organisent pour qu'on puisse toujours servir un petit-déjeuner quelle que soit l'heure du réveil.

Hors période de pandémie de Covid-19, les repas sont servis dans les réfectoires des unités, avec libre choix de la place (sauf tension existant entre patients) et un service au plat. La vaisselle est en opale et en verre incassable et les couverts en inox. À l'USIP les couteaux sont comptés à la fin du repas.

Dans toutes les unités, sauf en gérontopsychiatrie (Cf. § 6.2.1), les patients sont mis à contribution pour desservir.

En période de pandémie, les repas sont servis en chambre en barquettes avec couverts jetables pour tous, sauf dans l'unité des adolescents (cf. § 7.5.1) et pour les patients dépendants de l'unité de gérontopsychiatrie. Selon les propos recueillis auprès des soignants, ces repas non partagés contribuent à aggraver le repli sur soi et l'absence de socialisation des patients psychotiques.

Selon les unités, les patients se sont déclarés plutôt satisfaits de la qualité des repas, mais moins concernant la quantité. L'UPC réalise une enquête de satisfaction portant sur les repas deux fois par an, mais l'établissement n'a pas été en mesure d'en communiquer les résultats du pôle psychiatrie pour 2020.

Un goûter est servi sur la terrasse de l'UPP, uniquement composé d'une boisson, sauf pour des occasions particulières comme l'anniversaire d'un patient ou d'un soignant. C'est également le cas dans l'unité des adolescents (Cf. § 9.2).

Une salle située au rez-de-chaussée du bâtiment du pôle, et équipée pour réaliser des repas thérapeutiques est destinée à toutes les unités du pôle, sauf l'UTPA qui dispose de sa propre salle (Cf. § 7.5.1). Les produits nécessaires en fonction des menus élaborés pour ces repas sont commandés à l'extérieur et livrés par l'UPC. Un professionnel de ce service forme les soignants aux règles d'hygiène des repas collectifs. Hors période de pandémie l'UPP, y organise des repas thérapeutiques, notamment l'été avec les légumes des récoltes de l'activité jardinage. L'UPC peut également fournir des repas pour l'organisation de pique-niques.

PROPOSITION 10

Les menus hebdomadaires doivent être affichés dans les unités.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU assure qu'« hors période Covid et repas en chambre, les menus hebdomadaires sont toujours affichés ».

Les contrôleurs relèvent que la pandémie de Covid-19 est sans incidence sur la possibilité et la nécessité d'afficher les menus de la semaine.

7. LES SOINS

7.1 LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES PRIVILEGIE LA REGULATION PREHOSPITALIERE

7.1.1 Le parcours du patient

La prise en charge des urgences psychiatriques privilégie la régulation pré-hospitalière pour éviter le passage au service d'accueil des urgences du CHU (SAU). Seuls passent au SAU les personnes amenées par les pompiers ou la police ou présentant un risque somatique associé.

Au SAU, le patient est vu par un infirmier d'accueil et d'orientation puis par l'urgentiste et si le diagnostic de trouble psychiatrique est évoqué, le patient est conduit au pôle psychiatrique pour une consultation avec le psychiatre de garde.

Lorsque qu'un médecin, un proche appelle le 15 pour une personne dont l'état évoque un trouble psychiatrique, le médecin régulateur du SAMU se met en lien téléphonique avec un psychiatre chargé des urgences. Le psychiatre peut s'entretenir avec la personne qui appelle, voire avec le patient, et propose une conduite à tenir. Si le patient s'est mis en danger et a besoin d'une surveillance somatique d'emblée, le SAMU va le chercher, une première évaluation somatique et psychiatrique est réalisée puis, le patient arrive aux urgences du CHU et fait l'objet d'une surveillance somatique en post urgence et d'une prise en charge psychiatrique par le psychiatre affecté aux urgences. Au SAU, il n'existe pas de bureau réservé au psychiatre.

Si le patient ne s'est pas mis en danger, le psychiatre des urgences le fait amener au pôle psychiatrie par sa famille ou une ambulance et le voit en consultation. Au terme de cette consultation, la suite de la prise en charge est proposée : hospitalisation, suivi en ambulatoire en consultations externes de psychiatrie au CHU, car les délais pour voir un psychiatre en CMP peuvent atteindre 6 mois même si des plages sont réservées aux urgences.

Il n'y a jamais de problème pour obtenir un lit d'hospitalisation en psychiatrie quand celle-ci est nécessaire.

La période d'observation et d'évaluation se déroule :

- soit dans l'unité d'évaluation médico-psychologique (UEMP) (Cf. 2.1.3).
- soit dans les unités de psychiatrie ;
- soit à la clinique de soins intensifs, USIP, pour les patients en SSC.

Il existe un service de post urgence au SAU composé de trois IDE à tour de rôle, d'un interne et de l'un des psychiatres basé au bureau des entrées du pôle psychiatrie, qui assure une prise en charge sous forme de consultations, pendant trois mois environ après un passage aux urgences hospitalières. Les IDE qui interviennent dans ce service sont celles de l'UEMP détachées un jour par semaine pour s'occuper de la post urgence.

7.1.2 L'organisation et les moyens des urgences

a) L'organisation

Il n'existe pas de lit de post urgence pour la psychiatrie au SAU. Avec la fermeture de l'UEMP, les patients nécessitant une surveillance somatique pour un trouble psychique auparavant admis en soins libres à l'UEMP sont gardés sur les lits de post urgence au SAU. Les autres sont orientés en hospitalisation complète sur les différentes unités.

Les patients en soins sans consentement sont tous admis en hospitalisation complète à l'USIP.

À leur arrivée dans cette unité, ils sont accueillis par un infirmier et vus par l'interne de garde ou le médecin présent dans l'unité. Depuis mars 2020, ils sont systématiquement placés en chambre « sécurisée » (Cf. § 8), enfermés pendant sept jours avec un test PCR du Covid à J0 et un test à J7. Si le test est négatif, le patient peut être réinstallé en chambre normale. Avant la survenue de la pandémie les patients arrivants n'étaient pas systématiquement placés en chambre « sécurisée ».

b) Les moyens

Le SAU ne dispose pas de poste d'infirmier psychiatrique.

RECOMMANDATION 12

Les services d'urgence des centres hospitaliers publics doivent disposer d'infirmiers spécialisés en psychiatrie.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que « *le personnel des urgences est formé à l'ensemble des prises en charge liées aux pathologies rencontrées. L'expertise du pôle de psychiatrie est mobilisée à chaque fois que nécessaire.* »

La seule possibilité de mobilisation de l'expertise du pôle de psychiatrie ne répond pas à la nécessité de la présence d'un infirmier avec expérience en psychiatrie au service des urgences, présence prévue par le schéma d'organisation des urgences psychiatriques rendu obligatoire par la loi du 26 janvier 2016.

Pour 5 ETP de psychiatre budgétés seuls 3,5 ETP étaient pourvus au moment de la visite. Ces psychiatres du service d'urgence et de liaison psychiatrique (SULP) travaillent à tour de rôle, de 8h30 à 18h30, du lundi au vendredi, aux urgences pour voir les patients, décider s'ils doivent y

rester pour une surveillance clinique ou bien être conduits en consultation au rez-de-chaussée du pôle psychiatrie du CHU.

De 18h30 à 8h30 et le samedi matin, le week-end et les jours fériés la relève est assurée par le psychiatre de garde sur place. Tous les psychiatres hospitaliers pour adultes font des gardes soit douze médecins.

Ces psychiatres de jour répondent cinq à six fois par jour aux demandes des services de MCO.

7.1.3 L'admission dans les unités

a) À la clinique USIP

Les patients admis en SSC, une fois leur prise en charge commencée, voient dans les heures qui suivent ou le lendemain une infirmière « de loi » dont le travail consiste à les informer de leurs droits et recours, à leur remettre les documents qu'ils doivent conserver, à réexpliquer autant que de besoin le statut, à vérifier la conformité des procédures, (établissements des certificats médicaux des 24 et 72 heures par des psychiatres différents, convocation à l'audience du JLD).

Deux infirmières en alternance (une semaine sur deux) sont chargées de ce travail, l'autre semaine étant consacrée aux soins. Elles ont été formées par des pairs et la cadre elle-même.

Les patients sont vus par les médecins psychiatres présents dans l'unité en journée et la nuit par le psychiatre du pôle de garde, en bureau ou dans l'unité avec l'interne et les infirmiers. L'examen somatique est réalisé dans les 24 heures mais pas toujours par le médecin somaticien affecté aux unités de psychiatrie, le plus souvent par les internes en psychiatrie ou les psychiatres qui se revendiquent légitimes pour le faire et recourent aux avis de leurs confrères en MCO si besoin.

RECOMMANDATION 13

Il est souhaitable que les patients admis en SSC soient examinés dans les 24 heures par le médecin spécialiste en médecine générale affecté aux services de psychiatrie afin de pouvoir bénéficier d'un autre espace d'échange et d'un autre regard que celui du praticien focalisé sur le trouble psychique.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU mentionne que « *le médecin spécialiste en médecine générale du Pôle de psychiatrie ou l'interne réalise déjà un examen somatique complet des patients admis en SSC dans les 24 heures* ».

Les contrôleurs soutiennent qu'un psychiatre exclusif se détache difficilement de son prisme et que le médecin généraliste pose un autre regard sur les patients qui le sentent et s'expriment différemment et sans doute plus librement devant lui.

b) En gérontopsychiatrie

Le patient est accueilli par un soignant qui lui explique le fonctionnement de l'unité, la lui fait visiter. Si le médecin est disponible, l'entretien avec lui a lieu immédiatement. La plupart des patients sont en soins libres. S'ils sont rentrés en soins sans consentement, les informations leur ont été données à l'unité fermée et la mesure est levée en arrivant en gérontopsychiatrie. La question de l'information et du suivi sur le statut ne se pose donc pas.

En cas de survenue de troubles imposant l'isolement, le médecin initie la décision de soins sans consentement.

c) À l'UPP

Le patient est accueilli par un soignant qui réalise un entretien d'accueil au cours duquel il lui fait visiter sa chambre et lui explique les règles de vie. Le patient en SSC est nécessairement passé par l'USIP lorsqu'il arrive dans l'unité. Celui admis en soins libres a été isolé sanitaire à l'UJA. Le patient est systématiquement informé du statut sous lequel il est hospitalisé. Pour ceux qui ont consenti aux soins à l'USIP, la mesure est généralement levée et ils arrivent en soins libres à l'UPP. Pour les autres, la mesure de placement en soins sans consentement a déjà été notifiée par l'infirmière formée de l'USIP. Il est rare que les patients en SDT ne passent pas en SL. Lors du contrôle, sur cinq patients en SSC, trois étaient en SDRE judiciaire, sans espoir de modification du statut selon les propos de la psychiatre, et deux étaient en SDT.

7.2 L'OFFRE MEDICALE GARANTIT L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES MAIS A L'USIP LES MESURES SECURITAIRES ENTRAVENT LE DEROULEMENT D'ACTIVITES A VOCATION THERAPEUTIQUE

Les développements qui suivent portent sur les trois unités susceptibles d'accueillir des patients adultes en soins sans consentement. L'unité de soins intensifs en psychiatrie, l'unité de psychiatrie polyvalente et l'unité de gérontopsychiatrie, étant précisé que l'unité pour adolescents et l'unité pour jeunes adultes, accueillant toutes deux des mineurs, sont abordées par ailleurs (Cf. § 7.5).

Il existe un contraste entre ces trois unités tant dans l'approche du patient atteint de troubles psychiques que dans les modalités de sa prise en charge, allant de la bienveillance comme guide de conduite à l'UPG aux mesures attentatoires à la dignité à l'USIP.

7.2.1 Le projet de soins individualisé

Dans chacune des trois unités, le projet de soins individualisé est élaboré mais non formalisé. À l'USIP, l'évolution de l'état du patient fait l'objet d'un suivi quotidien par les infirmiers et pluri hebdomadaire par les médecins. À l'UPP, le patient connaît sa pathologie, le projet de soins, la durée probable de son hospitalisation et à l'UGP, ce projet est discuté en réunion pluridisciplinaire, expliqué au patient et sert de référence pour les évaluations réitérées.

7.2.2 Les modalités de prise en charge individuelle

a) Les pratiques médicales

Du lundi au vendredi, l'USIP bénéficie du concours de deux psychiatres affectés également à l'UPP mais présents, au moins l'un d'entre eux, tous les matins dans l'unité. L'après-midi ces médecins demeurent au niveau du pôle psychiatrie et peuvent être joints par téléphone si besoin, voire se déplacer. De plus trois internes en psychiatrie complètent l'offre médicale. Les patients sont vus tous les jours par un interne et deux fois par semaine en moyenne par le psychiatre.

À l'UPP, l'interne conduit des entretiens particuliers, sans soignant, avec chaque patient, tous les jours et les consultations de psychiatre sont proposées tous les deux jours environ.

En gérontopsychiatrie, le psychiatre reçoit chaque jour en priorité les patients qui ne vont pas bien mais se montre disponible pour tous ceux qui souhaitent le voir.

Il n'est pas instauré de psychiatre référent. Si le choix du médecin est possible à l'USIP et à l'UPP, il n'en va pas de même en gérontopsychiatrie où il n'y a qu'un seul médecin et à temps partiel qui plus est.

b) Les soins infirmiers

Aucune de ces trois unités n'a mis en place d'infirmier référent.

À l'USIP les entretiens infirmiers se déroulent à la demande du patient et dans les autres unités ils ne sont pas formalisés mais contribuent à l'évaluation clinique régulière du patient.

Lorsqu'un patient en programme de soins, antérieurement hospitalisé à l'USIP, ne se présente pas à la consultation médicale du CMP, le psychiatre du CMP en informe le médecin de l'USIP qui transmet au cadre de santé. Ce dernier, avec un infirmier, se déplace alors à domicile, dans un rayon de 15 à 20 kilomètres, pour évaluer la situation, comprendre la rupture de soins et proposer au patient de l'amener au CMP ou bien en consultation de psychiatrie au CHU afin d'éviter les ré-hospitalisations.

BONNE PRATIQUE 4

Les visites à domicile chez des patients en rupture de programme de soins sont un moyen de recréer l'alliance thérapeutique avec des soignants connus et contribuent à limiter les décompensations et par conséquent les ré-hospitalisations.

7.2.3 Le travail d'équipe centré sur le patient

a) Transmissions, staff pluridisciplinaire

Dans les trois unités adultes, les transmissions infirmières se font lors des relèves à raison de 15 minutes le matin et le soir et 30 minutes le midi.

Tous les matins un *staff* pluridisciplinaire consacré à chaque patient se tient dans chaque unité. À l'USIP et à l'UPP, psychiatre, internes, infirmiers et aides-soignants y participent, et en gérontopsychiatrie s'y agrègent le cadre de santé, le médecin généraliste, le psychologue, l'assistante sociale parfois même l'ergothérapeute. Toutefois, la pandémie de Covid a restreint le nombre de participants surtout en gérontopsychiatrie.

b) Réunions cliniques ou de synthèse

À l'USIP des réunions cliniques pluridisciplinaires en présence du chef de pôle, des deux psychiatres, des soignants, de l'assistante sociale, des AS, des étudiants en soins infirmiers et internes sont organisées tous les lundis matin. Une fois par mois, voire plus si nécessité, un infirmier de l'hôpital de jour participe à cette réunion au cours de laquelle sont évoqués les suivis « case managers » auxquels se consacrent trois infirmiers de l'hôpital de jour pour les patients ayant présenté un premier épisode psychotique et suivis à domicile après leur hospitalisation à l'USIP.

Ces réunions sont aussi l'occasion d'évoquer la sortie de l'unité et le devenir des patients.

À l'UPP, une réunion clinique et/ou de synthèse est organisée le mardi matin, en présence de l'un des deux psychiatres, du médecin généraliste, des IDE, des AS, de l'assistante sociale et du cadre de santé.

En gérontopsychiatrie, le *staff* matinal tient lieu de réunion clinique et de synthèse.

c) *Supervision, analyse de pratiques*

Aucune de ces unités ne bénéficie de supervision ou d'analyse de pratique, elles n'en manifestent aucunement le besoin.

d) *Réunions soignants soignés*

Aucune de ces unités n'a instauré de réunion soignants-soignés.

À l'UPP, en dehors des périodes de restrictions sanitaires, il est toutefois fréquemment proposé des cafés et repas thérapeutiques en interne.

PROPOSITION 11

Des réunions soignants-soignés régulières doivent systématiquement être mises en place dans toutes les unités d'hospitalisation à temps plein afin que les patients puissent s'exprimer sur leur vécu en hospitalisation, poser des questions et permettre aux soignants de mieux cerner leurs préoccupations et faire évoluer leurs propres pratiques.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que : « *L'organisation mise en place valorise déjà des réunions soignants/soignés. Et la gestion institutionnelle des patients et leur prise en charge relèvent de la compétence des médecins et des équipes soignantes.* »

Les contrôleurs maintiennent les éléments de leurs constats et la proposition qui s'ensuit.

e) *Lien avec les familles*

L'inclusion des familles dans le dispositif de soins varie selon les unités.

À l'USIP : depuis le 18 mars 2020, en raison de l'épidémie de Covid-19, aucune visite n'est autorisée, aucune sortie non plus. Auparavant, les familles étaient reçues sur rendez-vous, au début de l'hospitalisation et avant la sortie de l'unité. Maintenant, ces échanges se font aux mêmes moments mais uniquement par téléphone.

À l'UPP, les familles sont véritablement associées aux soins, sauf si le patient ne le souhaite pas où si cela s'avère délétère pour lui. En règle générale, une personne de la famille est sollicitée, un temps médical lui est réservé et la prise en charge psychosociale s'appuie sur les ressources du territoire qu'il s'agisse de groupements d'entraide mutuelle ou d'associations proposant un accueil de jour « Gard espoir » ou une aide à la réinsertion sociale et professionnelle (SAMSAH).

En gérontopsychiatrie, le médecin associe les familles pour retracer l'histoire de vie du patient, expliquer le plan de soins et préparer la sortie.

7.2.4 L'organisation de la sortie

Dans les trois unités, la sortie de l'hôpital est préparée lors des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires voire journalières. Depuis mars 2020, aucune sortie à l'extérieur de l'établissement n'est autorisée. Auparavant, les médecins et la préfecture se montraient plutôt enclins à autoriser les sorties de 12 heures accompagnées et de 48 heures non accompagnées, véritables outils d'évaluation de l'autonomie des personnes qui maintenant font défaut.

À l'USIP, les patients séjournent en moyenne 19 jours (en 2020) et 85 % d'entre eux sortent avec une levée de la mesure, après un deuxième avis médical demandé par le préfet pour les statuts de SDRE. Ils sont orientés vers les autres unités de psychiatrie : UPP, gérontopsychiatrie, UJA, troubles thymiques. 5 % regagnent leur domicile avec un suivi en ambulatoire organisé : « case

manager », psychiatrie libérale, CMP. Les délais de rendez-vous médical en CMP frôlent les 6 mois bien que depuis un an, des plages horaires soient réservées aux urgences qui peuvent alors être traitées dans les quatre à six semaines. Malgré tout, les patients retournés à domicile après leur hospitalisation continuent d'être revus en consultation au pôle psychiatrie par les praticiens hospitaliers, notamment ceux nécessitant un suivi hebdomadaire ou une injection mensuelle, en attendant la prise en charge par le CMP.

La sortie peut être précédée d'une visite à domicile en compagnie du patient, de deux soignants et parfois de la cadre. Elle permet d'évaluer avec le patient ses conditions de vie et les aides éventuelles dont il pourrait avoir besoin et donne lieu à un rapport remis à l'assistante sociale qui se chargera de mettre en place les mesures d'aide nécessaires : travaux de remise en état du logement, aide-ménagère, etc.

Par la suite, le relais sera assuré par le CMP qui sera destinataire du même rapport de constat. En réalité, ce dispositif concerne peu de patients car seule une faible proportion retourne à domicile après l'USIP.

L'UPP comptait cinq patients en soins sans consentement lors de la visite des contrôleurs : quatre SDRE judiciaires et un SPDTU réintégré dans le cadre d'un PDS. Pour ces patients, le passage en programme de soins est proposé si l'étayage familial garantit le suivi en CMP ou en consultation externe à l'hôpital et le maintien du lien avec l'équipe soignante en cas de décompensation. Si le patient nécessite une ré-hospitalisation, il peut être admis en soins libres s'il est consentant.

Les patients en PDS suivis par les CMP sont vus par le collège des professionnels aux termes prévus par la réglementation.

En gérontopsychiatrie, les sorties en famille ou à domicile raréfiées avec la pandémie constituaient un élément d'évaluation pour aborder la sortie. Depuis la survenue de la Covid-19, le profil des patients s'est modifié, les troubles dépressifs auparavant majoritaires ont laissé la place aux pathologies dégénératives du fait de la fermeture des EHPAD. Ainsi, au moment du contrôle, sur les vingt patients présents, dix-huit présentaient une démence.

Pour ceux qui regagnent leur domicile, le lien avec le psychiatre du CMP s'établit par téléphone et un rendez-vous est généralement proposé dans le mois qui suit.

La patientèle compte peu de personnes sans domicile fixe et les services sociaux sont rarement confrontés à la nécessité de trouver un hébergement pour de tels patients.

7.2.5 Les patients au long cours

Lors du contrôle, l'UPP comptait deux patients présents dans l'unité depuis cinq ans, l'USIP aucun et la gérontopsychiatrie un seul, arrivé en janvier 2020 (15 mois).

7.2.6 L'accès au dossier médical

Le dossier médical unique est informatisé sur le logiciel *Clinicom*[®] pour l'ensemble du CHU y compris les structures extra hospitalières comme les CMP.

L'accès au dossier médical suppose une demande préalable écrite du patient, adressée à la direction de l'établissement. En retour, il est proposé un rendez-vous avec un médecin pour accompagner cette consultation et il est précisé au patient que les notes personnelles des médecins restent confidentielles à la différence des courriers. À l'USIP, c'est la cadre de santé qui transmet les éventuelles demandes et informe le patient de la procédure à suivre.

Selon les témoignages reçus à l'UPP, les patients ne demanderaient jamais à accéder à leur dossier. Au demeurant, le dialogue avec cinq infirmiers dont aucun n'était en mesure d'expliquer la procédure aux contrôleurs.

7.2.7 Les activités thérapeutiques

Depuis le début de la pandémie liée au Covid-19, elles ont fait l'objet d'une réduction drastique réduisant singulièrement les modalités thérapeutiques.

a) Les moyens

L'USIP ne semble disposer d'aucun budget spécifique pour développer ces activités.

Depuis mars 2020, elles sont toutes à l'arrêt et aucun projet pour la post pandémie n'est élaboré. Aucun rapport sur les activités proposées avant Covid et depuis n'a pu être remis aux contrôleurs. Aucun planning d'éventuelles activités n'est affiché dans l'unité.

À l'UPP, un double budget est alimenté par l'association du pôle psychiatrique pour les activités à l'extérieur et la Wii® et par l'hôpital pour l'achat de matériel de sport, de jardinage, les repas thérapeutiques, la piscine. Des véhicules hospitaliers peuvent être mis à disposition pour les transports. Les soignants et la cadre semblent satisfaits de ces moyens alloués.

La gérontopsychiatrie reçoit 500 euros en moyenne par semestre de l'association du pôle psychiatrique. Comme pour l'UPP, l'hôpital fournit les véhicules et les pique-niques pour les sorties d'une journée et le service ne semble pas en manque de moyens.

b) L'équipement et les activités en interne

Pour l'ensemble des unités, le pôle psychiatrie est doté au rez-de-chaussée d'une salle d'ergothérapie, d'une cuisine thérapeutique très bien équipée et d'une salle de psychomotricité. Trois ETP de psychomotriciens sont affectés au pôle psychiatrie pour les patients en hospitalisation complète ou sortis mais suivis en consultation externe, présentant une indication médicale.

L'USIP est équipée d'une salle de ping-pong, de deux salons de télévision, d'une salle de gymnastique, d'une bibliothèque chichement dotée, d'un cabinet de socio-esthétique et de deux cours, l'une avec un préau et l'autre, plus vaste, recouverte d'un grillage anti-fugue. Tous ces lieux sont sans accès libre, totalement fermés, hormis l'un des salons où siège un poste de télévision allumé de 7h30 à 22h.

Les activités proposées sont fonction de la disponibilité des soignants et selon les dires des patients interrogés et le constat des contrôleurs, elles se réduisent à néant depuis mars 2020. Pour la période précédente, la cadre de santé fait état de séances hebdomadaires de Qi Kong et de Djembé sous réserve de la présence de trois soignants dans le service, IDE ou AS.

Au cours de la semaine, en présence des contrôleurs, quelques jeux de société ont été sortis opportunément par les soignants (cartes, dominos, etc.) mais en règle générale les patients doublement enfermés errent dans les couloirs et s'ennuient ferme.

RECOMMANDATION 14

L'USIP doit instaurer des activités thérapeutiques en accès libre de manière régulière et proposer un calendrier hebdomadaire à chaque patient. Toute restriction ne peut qu'être individualisée et justifiée sur le plan médical.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme : « *Les activités pour les patients de l'USIP sont déjà nombreuses et les affichages des activités sont déjà présents. Ils vont être renforcés afin d'augmenter leur visibilité.* »

Les contrôleurs maintiennent les éléments constatés et la recommandation qui en résulte.



USIP : Salle d'activités physiques



USIP : Bibliothèque



USIP : Cabinet de socio-esthétique

PROPOSITION 12

Chaque lieu de privation de liberté doit offrir un choix varié et adapté de lectures aux personnes hébergées, dans des langues qu'elles maîtrisent. Une bibliothèque correctement approvisionnée doit être accessible à tous, sans autorisation préalable. Celle-ci doit notamment présenter des ouvrages nécessaires à la connaissance et à la compréhension des régimes juridiques auxquels elles sont soumises ainsi qu'à celles des droits qu'elles peuvent faire valoir.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU explique que : « *Pendant la période COVID, la suppression temporaire de tout document papier a été réalisée selon les directives sanitaires en vigueur. En dehors des périodes de crise sanitaire, des bibliothèques et des abonnements journaux existent dans tous les services.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces explications et faits qu'ils n'ont pas pu vérifier. Cependant, ils ont pu constater que, dans l'unité des adolescents, une bibliothèque était restée accessible.

À l'UPP les activités proposées sont variées : jeux de société et de mémorisation permettent d'appréhender les capacités cognitives des patients et de déceler d'éventuelles pathologies dégénératives.

Dans un salon au milieu de l'unité, une Wii® (et l'équipement sportif associé) en libre accès est reliée au poste de télévision. Un autre petit salon vitré est équipé d'une enceinte de musique, d'un vélo elliptique, de tapis de sol et de jeux de société, librement accessibles. Les patients peuvent s'y tenir seuls ou à plusieurs sous le regard des soignants à travers les vitres.

Un intervenant extérieur propose des séances de djembé à raison de 30 minutes par semaine. Le Qi Jong a été suspendu pour cause de pandémie. Une infirmière organise plusieurs fois par semaine des ateliers de maquillage. Plusieurs soignants se chargent de l'activité jardinage : tous les jours, ils se rendent dans le jardin avec les rares patients volontaires, les font arroser, planter, retourner la terre et cultiver des légumes. Ils organisent également fréquemment des cafés et repas thérapeutiques dans l'unité. Il n'est pas établi de réel planning des activités thérapeutiques. Selon les soignants, les patients schizophrènes sont difficiles à motiver et préfèrent rester seuls. Toutefois, aucun patient ne s'est plaint d'ennui lors des entretiens.

Avant la survenue de la Covid-19, bon nombre d'activités à l'extérieur étaient organisées pour tous les patients quel que soit leur statut : randonnées, piscine, football en commun avec l'UJA, etc.

En gérontopsychiatrie, l'accent est mis sur les activités bien-être en accès libre : Qi Gong deux fois par semaine, gymnastique douce, une fois par semaine, très appréciée, séances d'ergothérapie avec la professionnelle et la psychologue, atelier pâtisserie dans la cuisine du rez-de-chaussée, jardinage dans le patio. Les locaux assez vastes permettent le déroulement de ces activités même en temps de Covid-19. Aucun compte-rendu écrit n'est fait mais l'ergothérapeute participe aux réunions pluridisciplinaires.



Pôle psychiatrie : Salle de psychomotricité

c) Hors les murs

À l'UPP, hors période COVID, les patients, y compris en SSC, pouvaient sortir randonner ou aller à la piscine. Des activités proposées peuvent être communes à différentes unités. Par exemple, lors du contrôle, une activité football était organisée à l'UJA et les patients de l'UPP y étaient invités mais aucun n'avait souhaité y participer.

En gérontopsychiatrie, de nombreuses activités et sorties extérieures étaient organisées avec les soignants : pique-nique en pleine nature, marché, etc., autant d'occasions pour observer et évaluer l'autonomie des patients.

7.3 LES SOINS SOMATIQUES NE BENEFCIENT PAS SUFFISAMMENT DE LA COMPETENCE DU MEDECIN SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE AFFECTE AU POLE

7.3.1 L'accès au médecin généraliste

Depuis septembre 2020, un médecin généraliste est affecté à temps plein au pôle psychiatrie.

Elle intervient sur demande des patients ou des soignants à l'UPP et en gérontopsychiatrie. À l'UPP, elle n'examine pas les patients à l'admission ni lors de mise à en isolement ou sous contention. Elle n'est conviée ni aux *staffs* ni aux relèves.

En journée, les urgences somatiques sont adressées au SAU du CHU et la nuit, l'interne de garde du pôle est appelé pour gérer la situation.

En gérontopsychiatrie, elle se montre très disponible et intervient dès qu'on l'appelle. Elle participe fréquemment aux *staffs* des mardis et jeudis.

À l'USIP, les examens somatiques sont confiés aux internes en psychiatrie y compris celui des 24 premières heures d'hospitalisation sous contrainte et en cas de difficulté, ces derniers en réfèrent au psychiatre qui sollicite l'avis d'un confrère de MCO.

RECOMMANDATION 15

Le médecin généraliste doit être intégré au projet de soins élaboré pour les patients hospitalisés en soins sans consentement et à son suivi.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme que « *Le médecin généraliste est déjà intégré au projet de soins et au suivi des patients hospitalisés en SSC* ».

Cette affirmation ne correspond pas aux constats des contrôleurs. La recommandation est donc maintenue.

7.3.2 L'accès aux examens complémentaires

Les prélèvements pour les examens biologiques sont effectués par les IDE des unités et analysés par le laboratoire du CHU. Les résultats sont transmis dans les mêmes délais aux médecins prescripteurs que dans les autres services du CHU.

L'accès à l'imagerie ne pose pas de difficulté non plus y compris en cas d'urgence. Les patients peuvent se rendre seuls ou accompagnés de soignants comme à l'USIP dans les services spécialisés du CHU pour y subir des examens complémentaires.

7.3.3 Les consultations spécialisées

Toutes les consultations de spécialités médicales sont effectuées dans les services MCO du CHU dans les mêmes délais que pour les patients externes. Les patients s'y rendent sur le même mode que pour les examens complémentaires. En ce qui concerne la contraception, les préservatifs sont à demander aux soignants et la contraception orale, d'urgence ou habituelle, est prescrite par les psychiatres à l'USIP et à l'UPP. La pose de dispositifs médicaux contraceptifs est confiée au personnel médical du service de gynécologie.

Pour les soins programmés hors du CHU, dentaires par exemple, il faut compter deux semaines pour obtenir un rendez-vous hors urgence, dans un cabinet libéral, selon les témoignages reçus.

7.3.4 L'éducation à la santé prévention

Le médecin généraliste nouvellement en poste œuvre à l'instauration de partenariats avec d'autres services du CHU pour développer des actions de prévention notamment des cancers du sein et du colon. Il n'est pas pour l'heure instauré d'autres actions d'éducation à la santé.

7.3.5 La prise en charge des addictions

Le médecin généraliste comme les psychiatres travaillent en lien avec le service d'addictologie du CHU et y adressent les patients en consultation le cas échéant. Ce service organise ensuite le suivi des patients au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) à la sortie de l'hospitalisation. Les traitements substitutifs aux opiacés sont prescrits par les psychiatres.

7.3.6 L'évaluation de la douleur

Cette pratique constitue une obligation de soins. Effectuée par les infirmiers au moment de l'arrivée du patient, elle est tracée dans le dossier médical informatisé et fait l'objet d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP) réalisées sur des dossiers de patients titrés au sort.

Le dernier bilan d'EPP remis aux contrôleurs, en date du 3 octobre 2019, montre qu'à l'UPP et en gérontopsychiatrie 100 % des patients font l'objet d'une évaluation de la douleur physique et de la souffrance morale à leur arrivée et seulement 20 % à l'USIP.

La réévaluation de ces items au cours du séjour ne se produit qu'en gérontopsychiatrie.

RECOMMANDATION 16

Pour tout patient admis en hospitalisation complète, il doit être procédé à une évaluation de la douleur et à sa réévaluation en cours de séjour afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme que : « *L'évaluation de la douleur est systématique et sa réévaluation systématiquement effectuée. De plus, l'évaluation de la souffrance psychique est systématiquement réalisée à l'admission et réévaluée. Des audits tous les 3 mois sont réalisés. Les protocoles "Douleur" sont validés par le CLUD et actualisés tous les 3 ans.* »

Ces affirmations ne correspondent pas aux constats opérés par les contrôleurs, la recommandation est maintenue.

7.3.7 Les mesures sanitaires liées à la Covid-19

La survenue de la pandémie due à la Covid-19 a modifié le parcours des patients.

À l'USIP, tout arrivant se voit proposer un test PCR puis est enfermé dans une chambre « sécurisée » en attendant le résultat du test ; si le test est négatif, il est installé dans une chambre ordinaire ; s'il est positif, il doit rester en chambre « sécurisée » au moins 7 jours et jusqu'à ce qu'un nouveau test PCR soit négatif. Si le patient est passé par le SAU, il devra rester au moins cinq jours en chambre « sécurisée ». L'USIP n'avait recensé aucun cas de Covid au moment du contrôle.

À l'UPP et en gérontopsychiatrie, si le patient a transité par les urgences, il devra d'abord séjourner à l'unité Covid pendant cinq jours, en isolement sanitaire, avant d'être admis dans l'unité avec un test PCR négatif.

7.4 L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS NE RESPECTE PAS TOUJOURS LES REGLES DE SECURITE NOTAMMENT A L'USIP

7.4.1 Organisation de la pharmacie

Les médicaments destinés aux services de psychiatrie sont fournis par la pharmacie centrale du CHU. Il existe un pharmacien et des préparateurs référents pour ce pôle. Le pharmacien a accès aux dossiers médicaux informatisés des patients et procède quotidiennement à la veille médicamenteuse. En cas d'anomalie constatée, dépassements des doses, interactions médicamenteuses, etc., le pharmacien le note sur l'ordonnance et contacte le prescripteur par téléphone, le cas échéant.

Les médicaments sont commandés par les infirmiers à tout moment à la pharmacie centrale par voie informatique et livrés chaque semaine par deux préparateurs qui les rangent dans des armoires verrouillables. Si un médicament absent est demandé en urgence, la demande sera également faite par l'intranet pour une livraison quasi instantanée dans le service, le temps de transport exclu.

La gestion des stocks est basée sur le système « plein vide » qui consiste à ranger les produits dans des compartiments doubles, dont l'un d'eux porte une étiquette avec un code barre sur un support mobile. Les soignants doivent impérativement s'y servir et lorsque ce compartiment est vide, l'étiquette se retrouve positionnée sur la porte de l'armoire. Elle sera alors scannée par les préparateurs-livreurs afin de prévoir les réapprovisionnements.

Chaque unité a désigné un infirmier référent.

À l'USIP, les infirmiers de nuit préparent les piluliers du matin, les IDE du matin ceux pour l'après-midi et les IDE de l'après-midi ceux du soir. Aucun nom de patient ne figure sur les piluliers ni sur les flacons contenant des médicaments, seulement le numéro de chambre.



Piluliers USIP

En gérontopsychiatrie, les piluliers sont faits par les infirmiers de nuit.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Afin d'assurer la sécurité de l'administration des médicaments, les piluliers individuels doivent comporter l'identification du patient.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU informe : « Des chariots de médicaments, conformes aux recommandations de la HAS (Certification V2020), seront reçus en septembre 2021 pour le CHU et le GHT CEVENNES-GARD-CAMARGUE. L'identification du patient y figurera. »

7.4.2 L'administration des médicaments

Depuis le début de la pandémie, l'administration des médicaments à l'USIP et à l'UPP se déroule en chambre quatre fois par jour avec un enregistrement en temps réel de la prise ou non du médicament par le patient.

En gérontopsychiatrie les traitements sont distribués en chambre le matin mais sans horaire rigide afin de respecter le rythme du patient. Au moment des repas, le chariot est stationné à

proximité du réfectoire et un peu en retrait et les patients s'en approchent ou sont appelés pour recevoir leur traitement.

En cas de refus de prise d'un médicament, l'interne, voire le médecin senior sera appelé et un dialogue sera recherché avec le patient pour tenter de comprendre son opposition. À l'USIP, s'il s'agit d'un épisode de décompensation, le psychiatre décidera d'un isolement, d'un maintien et procédera à une injection. Si le patient redoute ou tolère mal les effets secondaires des traitements, une solution acceptable par le patient sera recherchée par le psychiatre. Les patients sont pesés à leur arrivée puis tous les dimanches et en cas de prise de poids l'avis de la diététicienne est requis.

À l'UPP, les patients témoignent d'une bonne connaissance de leur pathologie et du traitement qu'ils prennent.

Les médicaments administrables si besoin ne concernent que des formes orales à visée antalgique, digestive, ou cutanée (patches à la nicotine pour le sevrage tabagique).

7.4.3 Le travail institutionnel

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit tous les deux mois environ avec des ordres du jour ne concernant pas nécessairement la psychiatrie.

Il a été mentionné aux contrôleurs que le pharmacien ne se déplaçait jamais dans les unités. Le contrôle des armoires est confié aux préparateurs.

Les pharmaciens ne sont pas conviés aux réunions cliniques.

7.4.4 Le travail clinique

Il n'est pas instauré de conciliation médicamenteuse ni d'éducation thérapeutique sauf à l'UTT qui accueille des patients en soins libres.

7.4.5 Le matériel d'urgence

Chaque étage est doté d'un chariot comprenant tout le matériel pour les premiers secours et vérifié par les soignants aux dates exigées.

7.5 LES MINEURS SONT ACCUEILLIS DANS DEUX UNITES DONT LES PRATIQUES EN MATIERE DE RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE DIFFERENT FORTEMENT

Les mineurs sont pris en charge en hospitalisation complète dans deux unités : l'unité temps plein pour adolescents (UTPA) et l'unité pour jeunes adultes (UJA), selon des modalités sensiblement différentes.

7.5.1 L'unité temps plein pour adolescents (UTPA)

Cette unité, qui n'est pas sectorisée, est dotée de dix lits, destinés à des adolescents de 12 à 16 ans, filles et garçons originaires de tout le département du Gard. Les patients présentent les troubles psychiques de la première adolescence dans leur phase aiguë nécessitant une hospitalisation : troubles menaçant la survie (conduites suicidaires, troubles anorexiques, errance sociale sévère), troubles impactant les relations sociales, familiales, l'investissement scolaire/cognitif, troubles de l'humeur, troubles dépressifs sévères, dysrégulation émotionnelle/comportementale sévère, anxiété majeure, troubles du comportement alimentaire, troubles obsessionnels compulsifs, troubles du spectre autistique avec comorbidités thymique ou émotionnelle, troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité, entrée dans une

pathologie psychotique/schizophrénie, troubles bipolaires, conduites addictives, troubles de la personnalité limite.

L'unité accueille pour des séjours courts à visée d'apaisement et de réajustement thérapeutique des adolescents dont l'accompagnement socio-éducatif est assuré par les nombreuses structures sociales et médico-sociales du département.

a) L'effectif

L'effectif total (jour et nuit) paramédical et administratif est composé de 11 ETP d'infirmiers, 4 ETP d'éducateurs spécialisés, 2 ETP d'aides-soignants (uniquement la nuit), 0,5 ETP de cadre de santé, 1 ETP de psychologue, 1 ETP de psychomotricien, 0,5 ETP d'assistante sociale, 0,8 ETP de secrétaire médicale. Trois soignants sont présents le matin (le jour de la visite : deux infirmiers, un éducateur), trois l'après-midi, deux la nuit (un infirmier, un aide-soignant). L'équipe de nuit est attachée à l'unité, les soignants de jour remplacent si nécessaire.

Un enseignant détaché par l'administration de l'éducation nationale à l'hôpital de jour pour adolescents, contigu de l'UTPA, intervient dans cette dernière trois demi-journées par semaine.

De nombreux stagiaires étudiants de professions paramédicales se succèdent dans l'unité (trois le jour de la visite), contribuant à étoffer l'effectif présent.

L'effectif médical est composé d'un psychiatre praticien hospitalier (PH) temps plein responsable de l'unité et d'un interne (en arrêt de travail longue durée au moment de la visite).

L'équipe dispose de temps de régulation/supervision/reprises cliniques tous les deux mois, animés par un intervenant extérieur, suspendus depuis le début des mesures Covid pour des motifs sanitaires mais aussi parce que certains soignants n'y adhèrent pas. Une réunion d'organisation du service se tient une à deux fois par an.

Entre 2019 et 2020, la quasi-totalité de l'équipe a suivi des formations portant sur les droits des patients (un professionnel) et sur les droits des mineurs hospitalisés (vingt professionnels).

b) L'activité

L'unité est dotée de dix lits, bientôt onze lits par transformation d'une chambre « sécurisée » en chambre hôtelière (*cf. infra*).

Le taux d'occupation a été en 2020 de 87 % (84 % en 2019) avec une durée moyenne de séjour (DMS) de 17,06 jours (16,10 jours en 2019). L'équipe relève une pression permanente pour de nouvelles admissions, les dix lits constituant la seule capacité d'hospitalisation complète pour adolescents du département du Gard, hormis quelques lits en pédiatrie.

L'unité n'accueille aucun mineur en SSC à l'exception de quelques hospitalisations sur ordonnance de placement provisoire d'un juge pour enfants (OPP) : quatre en 2019, deux en 2020, dont il a été dit aux contrôleurs qu'elles occasionnaient des prises en charge « surnuméraires » d'une durée courte.

c) Les conditions de vie

L'unité dispose de dix chambres individuelles sur le même modèle que toutes les unités du pôle, avec salles d'eau individuelles. A ces dix chambres s'ajoute une chambre sécurisée qui a été transformée en chambre hôtelière depuis le début de l'année 2021. Son aménagement n'a pas encore été modifié au moment de la visite et elle revêt encore l'aspect d'une chambre d'isolement, avec son absence de mobilier autre que le lit fixé au sol et le hublot sur la porte.

Les portes des chambres ne sont pas équipées de verrous de confort. Les placards sont dotés de serrures dont les clés ont disparu et ne ferment donc pas à clé.

Quatre salles d'activités et deux salles de télévision dont une fait également office de bibliothèque sont fermées à clé. Répartis dans toutes les parties communes proches du bureau des soignants, de petits espaces sont équipés de fauteuils ou de tables et de chaises pour les temps informels.

Les objets retirés à l'admission après inventaire sont stockés dans la bagagerie de l'unité, dans des casiers dont les patients ne disposent pas de la clé quand elle existe.

Les repas continuent, en période de pandémie de Covid-19, à être pris au réfectoire, avec mise en place de deux services et utilisation si le temps le permet de la terrasse attenante. Il s'agit de repas thérapeutiques partagés avec un membre de l'équipe soignante. Les assiettes, couverts et verres jetables n'y sont pas utilisés.

Les règles de vie (Cf. *infra*) précisent qu'« aucune nourriture et/ou boisson extérieures ne sont tolérées dans le service », mais des soignants précisent que les produits apportés par les familles (biscuits) sont placés dans le casier de chaque patient à la bagagerie.

d) Les restrictions de la vie quotidienne

Les règles de vie de l'unité, que chaque patient doit signer, structurent un quotidien constitué d'un grand nombre d'interdits systématiques. Les patients ne peuvent sortir de l'unité (fermée) qu'accompagnés par les soignants ou leurs familles. Le téléphone portable, l'ordinateur et les consoles de jeux connectés sont interdits tout au long du séjour, et bien qu'il soit précisé dans les règles de vie qu'un téléphone portable peut être utilisé sur prescription médicale au moment du « temps en chambre », il est apparu aux contrôleurs que ce n'était pas le cas. La journée est rythmée par des « temps individuels en chambre » obligatoires de 13h à 14h30, de 18h à 19h et de 20h à 7h30, au cours duquel il ne saurait être question de se retrouver avec un ou deux autres patients, car « AUCUN adolescent ne doit y pénétrer, sous aucun prétexte ». L'arrivée tardive à table est sanctionnée par une privation du repas en question. Les soirées TV sont limitées à trois soirs par semaine. La vie affective et sexuelle est abordée dès la première page des règles de vie, en majuscule et encadré, sous l'angle du strict interdit : « Les rapprochements physiques (câlins, se tenir la main, bisous...) et relations sexuelles ne sont pas autorisés dans l'unité ». Pour justifier cette interdiction générale des rapprochements physiques, les soignants relatent que des patients ont accusé d'autres patients d'agression sexuelle et qu'il a fallu gérer les plaintes des parents. Il apparaît alors que certaines des règles de vie auraient une fonction de protection des professionnels et du service face au risque d'être judiciairement mis en cause.

RECOMMANDATION 17

La privation de repas en réponse à un retard à l'arrivée à table du patient adolescent s'apparente à de la maltraitance. Il doit être mis fin sans délai à cette pratique.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme : « Cette mesure figurant dans le Règlement Intérieur n'est absolument pas appliquée depuis 2014. Le RI a été modifié pour se conformer à cette bonne pratique. »

Les contrôleurs observent que le fait de ne pas priver de repas un patient est une pratique minimale de respect des droits de celui-ci, et non une bonne pratique. Ils prennent acte de la modification du règlement intérieur en ce sens.

Enfin, au motif de sécurité, « *une fouille exceptionnelle et imprévue* [des affaires personnelles des patients)] *peut être organisée sur décision de l'équipe soignante* ». Le terme de « fouille », plus associé au vocabulaire de la détention ou de la garde à vue, renvoie à des pratiques qui n'ont rien de soignant.

Ces nombreuses interdictions et règles strictes non individualisées sont annoncées et assumées par le projet médico-soignant de l'unité au titre du nécessaire « *cadre ferme et structuré autour du soin et des limites/énoncé des interdits* » face à « *la recherche de limites propres à l'adolescence* » et à « *l'attaque du cadre par les passages à l'acte, les attitudes oppositionnelles, les provocations, les conduites auto et hétéro-agressives* » ; elles sont aussi justifiées par des soignants qui considèrent qu'il vaut mieux tout interdire, « *parce que sinon ça dégénère* ». Il est à craindre que ce positionnement autoritaire contribue à favoriser les passages à l'acte et l'enchaînement d'actions/réactions, dont l'usage important de la chambre d'isolement semble être le symptôme (Cf. § 8).

L'accès au tabac fait curieusement exception dans cette liste d'interdits systématiques : son autorisation (cependant contrôlée et limitée à quatre cigarettes par jour, l'accès aux terrasses de l'unité se faisant sous le contrôle des soignants) est soumise à l'accord de chaque parent, ce qui individualise l'approche du quotidien des jeunes patients sans déstabiliser pour autant le fonctionnement de l'unité. Il pourrait dès lors être envisagé que d'autres aspects de la vie quotidienne puissent également être autorisés ou non en fonction d'une décision parentale prise après concertation avec l'équipe soignante.

RECOMMANDATION 18

Les interdits et retrait d'objets personnels non dangereux ne doivent pas être systématiques mais uniquement décidés par le psychiatre sur des considérations cliniques propres à chaque patient.

Les restrictions à la vie quotidienne inscrites dans les règles de vie de l'UTPA présentent de nombreux interdits au caractère systématique et non individualisé ; plusieurs d'entre elles sont attentatoires à l'exercice du droit à une vie privée pour les patients adolescents et leurs parents. Les règles de vie de l'UTPA doivent être réécrites, en associant les usagers et leurs représentants à leur formulation.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU relève : « *Aucun effet personnel n'est retiré de façon systématique au patient, sauf prescription médicale. Seuls les objets dangereux leurs sont retirés. Cela a déjà été expliqué aux contrôleurs* ». Il ajoute qu'« *aucune des restrictions écrites dans le règlement intérieur de l'UTPA n'est appliquée depuis 2014. Ce document sera réécrit prochainement car les articles mis en cause par le CGLPL [sic].* »

Les contrôleurs prennent acte du souhait exprimé par le directeur de réécrire le règlement intérieur, *a fortiori* si celui-ci ne correspond plus aux pratiques, ce que cependant ils n'ont pu observer. Cette perspective de réécriture du règlement intérieur semble toutefois contradictoire avec la précédente réponse du directeur affirmant que le règlement intérieur a déjà été modifié. Ils maintiennent donc leur recommandation.

Huit cameras surveillent les espaces communs avec moniteurs dans le bureau des soignants.

L'accès aux chambres est libre à toute heure.

e) *Les communications avec l'extérieur*

Les patients adolescents disposent une fois par jour et sur accord médical, d'un des téléphones fixes sans fil des soignants pour téléphoner à leurs familles ; les communications doivent se dérouler dans les espaces communs sous la surveillance, à petite distance, des soignants. Pour certains, ces communications téléphoniques sont « médiatisées » dans le bureau des soignants.

Aucun accès à Internet n'est possible pour les patients de l'unité.

Les visites des familles se font, par temps de Covid-19, à l'extérieur de l'unité, dans le hall d'accueil du bâtiment de psychiatrie. La première visite est « médiatisée », c'est-à-dire en présence d'un soignant.

f) *Les soins*

Le projet médical de l'unité est daté de janvier 2019, il a été réactualisé en mars 2021.

Les patients et leurs familles sont régulièrement et fréquemment vus par le psychiatre de l'unité de leur entrée à leur sortie d'hospitalisation. Des entretiens réguliers ont également lieu avec le psychologue.

Les temps de réunion comprennent les relèves entre postes, de 15 mn, et le *staff* clinique tous les matins. Le jour de la visite des contrôleurs, y sont présents : les infirmiers, l'éducateur, le psychologue, l'assistante sociale, le psychiatre. La situation clinique et le projet de chacun des patients sont systématiquement repris, sans prise de notes et sans référence à un projet de soins individualisé tracé.

i) *Les activités thérapeutiques*

Au sein de l'unité, plusieurs salles sont destinées aux activités thérapeutiques, ici nommées « médiations thérapeutiques » :

- activités psychomotrices, où la psychomotricienne réalise des bilans et des médiations thérapeutiques ;
- arts plastiques, où les soignants mettent en place des activités du même nom ;
- une activité de cuisine thérapeutique, réalisée dans la salle affectée à cette activité dans l'unité et équipée en conséquence, une fois par semaine avec de trois à cinq patients adolescents chaque fois. Les produits nécessaires en fonction des menus élaborés par les seuls soignants sont commandés à l'extérieur et livrés par l'unité de production culinaire du CHU ;
- baby-foot et sac de frappe, utilisables par les patients uniquement en présence d'un soignant ; le sac de frappe permet de proposer à un adolescent d'évacuer son agressivité.

Une activité jardinage se déroule sur la terrasse de l'unité et des médiations thérapeutiques ont lieu une fois par semaine en petits groupes (quatre à cinq patients) à l'extérieur de l'unité : équitérapie, randonnée, cirque, sur indication médicale.

Le budget pour les activités versé par l'établissement est de 500 à 1 000 euros par an. Il peut être abondé par des financements versés par une association para-hospitalière, sur présentation d'un projet spécifique.

Le planning des activités n'est pas affiché dans l'unité.



Sac de frappe

L'enseignant détaché de l'éducation nationale affecté à l'hôpital de jour pour adolescents prend en charge individuellement et sur indication médicale certains patients en hospitalisation temps plein, sept sur dix au moment de la visite, pour une durée limitée à quelques heures par semaine.

ii) Le travail partenarial et la préparation à la sortie

Le projet de soin de l'unité pose le principe de l'hospitalisation comme un moment limité du parcours de soins, et de sa nécessaire inscription « *au sein d'un réseau de soin en y favorisant les articulations transdisciplinaires et interinstitutionnelles* » ; les relations partenariales sont développées, tant s'agissant du somatique au sein du CHU que de l'accompagnement social et médico-social à l'extérieur. Ainsi, la prise en charge des adolescents présentant des troubles des conduites alimentaires est articulée avec les services de pédiatrie et d'endocrinologie, mais le somaticien du pôle y est peu associé. Par ailleurs, un parcours modulaire a pu être construit avec deux partenaires médico-sociaux pour un adolescent en situation complexe, qui après une hospitalisation de 18 mois dans l'unité sans solution d'orientation, peut bénéficier d'un accompagnement séquentiel de jour et de nuit partagé entre l'unité d'hospitalisation, un institut médico-éducatif et un lieu de vie afin de préparer son orientation vers une sortie d'hospitalisation.

La prise en charge ambulatoire des soins en pédopsychiatrie semble, quant à elle, être le point faible et peu lisible dans l'organisation du parcours de soins des enfants et adolescents : l'intersecteur de pédopsychiatrie correspondant au territoire du pôle est géré par un groupement de coopération sanitaire composé de trois opérateurs (le CHU et deux associations médico-sociales), avec deux hôpitaux de jour pour enfants et un hôpital de jour pour adolescents ainsi que deux CMP (dotés d'unités territoriales) et un service d'accueil familial thérapeutique (AFT) pour un bassin de 350 000 habitants. Pour les patients de ce territoire comme pour ceux issus du reste du département, des consultations sont assurées sur le site du pôle au sein du CHU,

dans un contexte de pénurie de pédopsychiatres dans le département. Quand la distance ne paraît pas compatible, le relais est fait avec le CMP de l'intersecteur du patient.

7.5.2 L'unité pour jeunes adultes (UJA)

L'UJA fait partie, comme l'indique son projet médical, d'une filière sectorisée de prise en charge et de soins des troubles psychiatriques des grands adolescents et jeunes adultes de 16 ans à 25 ans présentant des troubles psychotiques, anxieux, de l'humeur, des conduites alimentaires, du comportement, addictifs. Il s'agit, toujours selon le projet médical, de proposer un espace de transition adapté entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte et d'assurer la liaison avec d'autres champs d'intervention auprès des jeunes. La filière comprend des consultations spécialisées au CHU et dans les CMP adultes, l'accueil de la crise à l'UEMP, des temps spécifiques dans un hôpital de jour, l'hospitalisation complète à l'UJA. Les mineurs y sont accueillis dès lors qu'ils ne sont pas déjà suivis par un service de pédopsychiatrie.

L'unité est dotée de vingt lits, mais sa capacité est réduite à dix lits au moment de la visite des contrôleurs, et ce depuis l'automne 2020¹¹.

Le taux d'occupation a été en 2020 de 56 % (68 % en 2019) avec une DMS de 9,7 jours (11,94 jours en 2019).

Au jour de la visite des contrôleurs, six patients mineurs sont présents, dont le plus jeune est âgé de 15 ans et demi. Aucun n'est en SSC ni en OPP lors de la visite. Les patients mineurs admis en SDRE, situation exceptionnelle, restent à l'USIP.

a) Les ressources humaines

L'effectif total (jour et nuit) est composé de 10 ETP infirmiers, 10 ETP d'aides-soignants, 1 ETP de psychologue, 1 ETP de psychomotricien, 0,5 ETP d'assistant social, 0,5 ETP de cadre de santé, d'un psychiatre PH temps plein responsable de l'unité, 0,30 ETP de psychiatre praticien attaché et un interne en psychiatrie.

Entre 2018 et 2019, treize soignants ont suivi des formations portant sur les droits des patients (six soignants) et sur les droits des mineurs hospitalisés (onze professionnels), certains ayant suivi les deux formations.

b) Les conditions de vie et les restrictions à la vie quotidienne

L'unité dispose de vingt chambres individuelles sur le même modèle que toutes les unités du pôle, à l'exception des verrous de confort qui équipent toutes les chambres. Située au-dessus de l'UTPA, elle présente exactement la même disposition des espaces, une aile supplémentaire desservant les dix chambres et une cour actuellement réservées aux patients entrants en soins libres du pôle.

Dans cette unité qui mêle majeurs et mineurs, ces derniers sont l'objet d'une surveillance attentive qui conduit les soignants à vérifier toutes les heures où ils se trouvent, les regroupements dans les chambres étant interdits.

Les règles de vie de l'unité, qui doivent être signées par chaque patient, présentent un caractère bien moins marqué par les interdictions systématiques que celui de l'UTPA, plus axé sur le « vivre

¹¹ Dix lits, regroupés dans une aile fermée de l'unité, sont utilisés pour les patients entrants en soins libres dans l'attente des résultats de leur test PCR. Ils y restent 24 heures ou moins et il leur est demandé de ne pas sortir de leur chambre.

ensemble », tout en accueillant des patients proches tant en âge qu'en types de troubles. Les téléphones portables y sont autorisés.

Depuis la mise en place des mesures sanitaires liées à la Covid-19, la porte de l'unité est fermée, ce qui est justifié par le souci de ne pas laisser entrer librement des personnes qui ne seraient pas liées à l'unité, patients ou visiteurs. Toujours pendant cette période particulière, les sorties de l'unité sont limitées à une heure pour les patients majeurs, les patients mineurs ne pouvant sortir seuls, Covid ou pas. Leur accès à l'air libre s'effectue sur la terrasse de l'unité, en présence d'un soignant. En temps ordinaire, l'unité est ouverte en journée jusqu'à 22h.

L'unité ferme ses portes lors de périodes de vacances scolaires : une semaine à Noël et à Pâques et quinze jours l'été.

c) Les soins

Les patients sont fréquemment vus en entretien par le psychiatre (de tous les jours à tous les deux jours en semaine) et par l'interne (tous les jours). Les familles sont également vues très régulièrement.

Une attention particulière est apportée aux soins somatiques en lien avec le somaticien du pôle et les autres services du CHU, ainsi qu'à la mobilisation des ressources du CHU en matière de nutrition pour les patients présentant des troubles du comportement alimentaire mais aussi les autres patients, avec une intervention renforcée de la diététicienne.

Des groupes de parole animés par le psychologue et le psychomotricien portent notamment sur la gestion du stress, les phobies sociales, les relations interpersonnelles. Ces groupes sont ouverts aux patients hospitalisés mais également aux patients suivis en ambulatoire.

La mise en route d'un projet socio-professionnel adapté est également travaillée avec le patient.

L'équipe se réunit en *staff* clinique approfondi une fois par semaine. Lors de la visite des contrôleurs, étaient présents : deux infirmiers, un aide-soignant, le psychologue, le psychomotricien, l'interne, le psychiatre.

Un projet visant à réduire les pratiques d'isolement et à supprimer la chambre d'isolement est conduit par cette unité, il est présenté au § 8.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 BIEN QUE DECENTES, LES CONDITIONS MATERIELLES DE L'ISOLEMENT NE PERMETTENT PAS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS QUI Y SONT PLACES

Au moment de la visite du CGLPL, le pôle de psychiatrie compte douze chambres d'isolement installées dans quatre unités : neuf CI à l'USIP (dont sept chambres désignées comme « sécurisées », cf. ci-dessous), une à l'UPP, une à l'UJA, une à l'UTPA (qui en comptait deux jusqu'en janvier 2021). Elles sont installées à distance des chambres hôtelières et du bureau infirmier, les sept chambres d'isolement dites « sécurisées » de l'USIP constituent une aile en tant que telle de l'unité.

Toutes les chambres d'isolement (à l'exception des sept chambres d'isolement dites « sécurisées » de l'USIP) sont précédées d'un sas desservant la chambre et la salle d'eau. Dans ce sas, une horloge analogique est visible par le patient à travers le hublot inséré dans la porte, si du moins il n'est pas contentonné, et un chariot contient des sangles de contention en tissu. Un adaptable pour les repas et du linge de rechange y sont également stockés. Un hublot carré haut est inséré dans les portes du sas vers la chambre et vers la salle d'eau ainsi qu'un hublot carré bas dans la porte de la chambre. Le hublot vers la salle de bains donne une vue directe sur les toilettes.

Les portes des sept chambres « sécurisées » donnent directement dans le couloir et sont également percées d'un hublot occultable par un volet métallique coulissant doté d'une serrure, ce qui permet de protéger le patient des regards extérieurs hors intervention des soignants. Une horloge numérique avec date est fixée sur ce hublot, mais certaines ne sont pas à l'heure.

Les chambres d'isolement et les sept « chambres sécurisées » de l'USIP sont aménagées sur le même modèle. Le lit est installé au milieu de la chambre, le sommier fixé au sol, avec tige de métal d'accueil des contentions, le matelas est recouvert de draps et de couvertures. Aucun autre mobilier n'équipe la chambre. La lumière naturelle provient d'une fenêtre barreaudée, que le patient ne peut ouvrir lui-même (larges fenêtres sans barreaux pour les sept « chambres sécurisées »). Quand un vis-à-vis existe, un film opacifie la fenêtre pour protéger le patient des regards et le volet roulant s'ouvre par une commande électrique à clé et ne peut donc être manipulée par l'occupant. L'éclairage électrique est commandé de l'extérieur de la chambre (sauf pour les « chambres sécurisées » de l'USIP où l'interrupteur électrique est à l'intérieur). Le bouton d'appel mural n'est pas accessible par un patient contentonné. En l'absence de porte entre la chambre et la salle d'eau, celle-ci est accessible librement ; elle est équipée d'une douche, d'un lavabo et d'un WC en inox. Les chambres d'isolement et les salles d'eau sont propres et sans dégradation.



Sas de CI



Porte de CI



CI



WC de CI



Hublot occultant de chambre « sécurisée »

Dans toutes les unités sauf à l'UJA, les repas sont pris dans la chambre d'isolement même, le repas est posé sur un adaptable apporté puis retiré pour chaque repas, le patient n'a que son lit pour s'asseoir afin de manger, et aucun soignant ne reste présent ordinairement. Les couverts sont en plastique. À l'UPP, il peut être proposé à un patient de prendre son repas dans la cour réservée aux patients isolés. À l'UJA, le repas est ordinairement servi à table dans le sas, permettant de plus un échange avec le soignant qui reste présent et un accès à la vue sur l'extérieur par la large baie vitrée.

PROPOSITION 13

Le hublot de la porte d'accès à la salle d'eau depuis le sas ne doit pas permettre la vue directe sur les toilettes, vue qui constitue une atteinte à la dignité et l'intimité du patient.

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un système d'appel et d'une horloge, accessibles y compris pendant la contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière, d'un accès à l'aération de la pièce et d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU justifie : « Les patients n'ont pas accès au sas des chambres d'isolement. Les soignants pour leur part sont habilités à côtoyer la nudité d'un

patient. ». Il ajoute : « Les horloges sont déjà installées. Pendant la contention, les sonnettes pourraient être installées au pied du lit. L'aération est assurée dans tout le bâtiment par la climatisation. La question d'un siège est à l'étude. Ces sujets seront abordés sur le plan technique dans les prochains mois. »

Les contrôleurs doivent donc préciser que la prétendue « habilitation à côtoyer la nudité » ne saurait permettre un regard invasif sur les postures d'intimité que constitue l'utilisation des toilettes et l'atteinte au respect de l'intimité qu'il porte ainsi. La recommandation doit être maintenue afin que cette confusion soit levée. Il est, par ailleurs, pris acte des projets susmentionnés.

8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT TRES FREQUENTES A L'USIP ET A L'UTPA

Lors de la visite des contrôleurs, les chambres d'isolement n'étaient pas occupées par des patients, à l'exception des placements en quarantaine des entrants en SSC en temps de pandémie (cf. ci-dessous).

Le protocole concernant l'isolement et la contention en psychiatrie est daté du 2 avril 2021, soit le lendemain de l'arrivée des contrôleurs dans l'établissement. Il n'aborde pas les alternatives à l'isolement et à la contention à mettre en place. Il fait référence à l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 et prévoit que si les durées d'isolement ou de contention prévues par la loi sont dépassées, le médecin doit prévenir le juge des libertés et de la détention ainsi que les proches du patient, et informer le patient de sa possibilité de former un recours devant le juge des libertés.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un psychiatre de plein exercice n'est pas toujours présent pour prendre la décision d'isolement, il est consulté par téléphone par l'interne qui est auprès du patient. Les contrôleurs n'ont relevé aucune pratique de décision d'isolement en « si besoin ». L'examen somatique est réalisé par l'interne, le médecin somaticien du pôle n'est jamais appelé pour un examen lié à une mesure d'isolement. Selon les informations recueillies auprès des soignants, le patient est revu deux à trois fois par vingt-quatre heures par le psychiatre ou l'interne, ce dont le registre d'isolement et de contention porte la trace, mais de façon imprécise (cf. § 8.3). La prescription d'un sédatif est fréquemment mais pas systématiquement associée à la décision d'isolement. La surveillance de l'état de conscience du patient est assurée toute les heures et les constantes sont prises toutes les quatre heures. Dans des situations d'agressivité extrême d'un patient, il est fait appel aux agents de sécurité qui restent à l'arrière des soignants, puisque selon ceux-ci leur présence suffit à initier une forme de désescalade. Le service incendie est informé de l'entrée et de la sortie des patients en chambre d'isolement. À l'UJA, le patient est systématiquement vu en entretien par le médecin à la sortie de la chambre d'isolement.

Aucun placement en isolement n'est pratiqué hors de l'espace dédié de la chambre d'isolement et la chambre hôtelière du patient lui est conservée, à l'exception des placements en quarantaine des entrants en SSC en temps de pandémie (cf. ci-dessous). Les patients sont systématiquement mis en pyjama une fois la décision de mise en isolement prise par le médecin.

À l'USIP et à l'UPP, les patients fumeurs placés en chambre d'isolement peuvent accéder à une cour avec préau qui leur est réservée. Ils s'y rendent accompagnés d'un ou deux soignants, le tabac est limité à une cigarette toutes les deux heures jusqu'à 22h. À l'UPP, cette cour peut également permettre au patient placé en isolement de prendre un café ou son repas. À l'USIP, les visites des proches sont suspendues et aucune distraction n'est proposée.

RECOMMANDATION 19

Les alternatives à l'isolement et à la contention doivent être explicitées dans le protocole de mise en isolement.

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée dans le délai d'une heure par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.

Les patients placés en chambre d'isolement doivent être examinés par un spécialiste en médecine générale.

Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement et doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu et être motivé dans le dossier du patient.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique que : « *Le protocole sera complété dans les plus brefs délais afin de s'aligner sur les bonnes pratiques, notamment au regard de la loi du 30 avril 2021. Art. L.3222-5-1 du CSP – art. 84 de la loi du 14 décembre 2020 : le médecin interne travaille en étroite collaboration avec le senior qui est le seul responsable de la prescription. Circulaire du 11 août 2011 relative au droit et à la protection des personnes... : "L'examen peut être réalisé par tout médecin, y compris un interne, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève" (art. R61-53-3 du CSP). Les psychiatres et les internes sont habilités à prononcer un diagnostic médical. Pour le confort du patient, la proposition de mise en pyjama est systématiquement faite pour la chambre d'isolement mais ne sera pas obligatoirement réalisée.* »

Les contrôleurs maintiennent que la mise en chambre d'isolement avec ou sans pose de contention nécessite une surveillance médicale avec un examen somatique complet. Cet examen relève de la compétence du médecin généraliste et le résultat doit figurer dans le dossier du patient.

8.2.1 L'utilisation des « chambres sécurisées » de l'USIP en zone Covid

L'aile qui abrite sept des neuf chambres d'isolement de l'USIP a été aménagée depuis le début 2021 en zone à « *haute densité virale* », pour y placer tous les patients en SSC entrants avant le résultat de leur test PCR pour une durée de 24 à 48 h, mais pouvant aller jusqu'à six jours si le patient est passé par les urgences car il doit alors subir un deuxième test. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, aucun patient placé dans cette zone ne s'est révélé positif à la Covid-19. Ces placements en chambre d'isolement sont désignés comme un confinement ou une quarantaine sanitaire mais ils constituent de fait un placement en isolement psychiatrique : une porte fermée à clé à l'entrée de l'aile a été mise en place créant ainsi un sas, les portes des chambres sont fermées à clé et le placement fait l'objet d'une mesure d'isolement dont la décision et la surveillance sont inscrites dans le registre de l'isolement et de la contention.

Le CGLPL a eu l'occasion de préciser¹² que les pratiques d'enfermement sont illégales en l'absence de décision prise par un psychiatre et sur des considérations cliniques relatives seulement à l'état de santé mentale du patient. La mauvaise compréhension prétendue des gestes barrière par les patients ne peut justifier un enfermement systématique.

¹² Recommandations en urgence relatives à l'établissement public de santé Roger Prévot à Moisselles (Val-d'Oise) publiées au Journal officiel du 19 juin 2020.

RECOMMANDATION 20

Les pratiques d'enfermement effectuées hors du cadre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, à savoir « *pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient.* » sont illégales et doivent être proscrites. La quarantaine sanitaire des patients entrants en SSC ne saurait justifier un enfermement systématique.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU allègue : « *La situation sanitaire et les risques de contamination COVID sont exceptionnels et ont donné lieu à la mise en place d'un état d'urgence national et des lois d'exception.* »

Les contrôleurs rappellent que dans la fiche « Respect de la liberté d'aller et venir des patients dans les services de psychiatrie en période de déconfinement » publiée en septembre 2020, le ministère de la Santé et des Solidarités a précisé que « les pratiques de restriction de la liberté d'aller et venir mises en place durant la période de confinement doivent donc être régulièrement interrogées afin de ne pas conduire à une forme de confinement psychique préjudiciable à la prise en charge psychiatrique, au respect des droits du patient et de son projet thérapeutique. L'utilisation de la chambre d'isolement pour un patient entrant au seul motif de son statut d'entrant à risque viral potentiel doit être proscrite. » Les contrôleurs maintiennent que les pratiques d'enfermement dont il s'agit sont illégales, même au regard des lois d'exception invoquées. La recommandation doit être maintenue.

8.2.2 Les pratiques d'isolement dans les différentes unités

En 2020, 280 patients du pôle de psychiatrie ont subi une ou plusieurs mesures d'isolement, accompagnées ou non de mesures de contention, sur une file active de 328 patients pour toutes les unités du pôle. Ces données signifient que 85 % des patients entrants ont été à un moment ou à un autre, placés en isolement. Deux unités se distinguent par leur pratique soutenue du recours à l'isolement : l'USIP et l'UTPA.

a) Des unités ayant un recours fréquent à l'isolement et à la contention

i) L'USIP

À l'USIP, qui n'accueille que des patients en SSC, l'isolement et la contention sont intensément pratiqués. En 2020, ont été prises 342 mesures d'isolement, parmi lesquelles 337 dont la durée est connue et auxquelles ont été associées 60 mesures de contention (17,5 % des mesures d'isolement), concernant 238 patients¹³. Les contrôleurs n'ayant pu obtenir de l'établissement des données de file active par unité, ce nombre de patients soumis à des mesures d'isolement et de contention ne peut être rapporté à celle-ci. Au premier trimestre 2021, on note une tendance à la baisse des mesures d'isolement : 37 mesures assorties d'un nombre plus élevé de contention, avec 17 mesures de contention soit 46 % des mesures d'isolement. Cette baisse (toute relative) est référée par les médecins à la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'isolement et la contention. Outre que les mesures sont nombreuses, leur durée peut être importante :

¹³ Les chiffres sont comparables en 2019 : 328 mesures pour 532 entrées (pas de données sur la file active).

Durée	Nombre mesures	%
-------	----------------	---

On note enfin une durée élevée des isolements ainsi que leur caractère répété pour plusieurs patients :

Durée	Nombre mesures
< 2h	13
2h à 5h	11
5h à 12h	6
12h à 24h	16
24h à 48h	9
48h à 168h	11
>168 h	1

Durée des mesures d'isolement, UTPA
2020

Nombre de mesures	Patients
1	17
2	4
3	4
7	1
10	1
15	1

Nombre de mesures par patient, UTPA 2020

Au cours des échanges avec les soignants, il est apparu que plusieurs d'entre eux ne percevaient pas la fréquence et la durée de leurs pratiques d'isolement et de contention, celles-ci étant présentées comme un outil thérapeutique dont il ne serait pas possible de se passer. Quant aux patients, certains perçoivent ces isolements répétés comme une forme de punition. Le recours à l'isolement ne fait pas l'objet d'une analyse des pratiques, alors même qu'il concerne des patients mineurs.

À l'USIP comme à l'UTPA, la contention est associée à l'isolement selon une fréquence dont la perception par les soignants diffère de ce que traduit le registre. Selon les informations recueillies auprès des soignants, la contention est une décision rare, toujours en début de mesure d'isolement, pour une durée limitée jusqu'à ce que la sédation médicamenteuse ait agi. Le registre de l'isolement et de la contention 2020 porte cependant la trace de mesures de contention dans 17,5 % des mesures d'isolement à l'USIP et 38 % à l'UTPA. L'extraction anonymisée du registre de l'isolement et de la contention ayant été remis aux contrôleurs onze jours après le début de la visite, et alors que celle-ci était terminée, ces données n'ont pu être confrontées à l'analyse des équipes soignantes sur leurs pratiques.

b) Des unités pratiquant très occasionnellement ou pas du tout l'isolement

À l'UPP, où une seule mesure d'isolement a été prise en 2020 et aucune depuis neuf mois, il est envisagé de supprimer la chambre d'isolement, mais ce projet n'est pas appuyé sur une réflexion collective.

À l'UTT, qui n'accueille que des patients en soins libres, il n'est presque jamais recouru à l'isolement et à la contention : quatre mesures d'isolement d'une durée maximum de 15 heures ont été prises en 2020, les quatre patients concernés ont été placés dans la chambre d'isolement de l'UPP. Il s'agissait de patients à risque suicidaire très élevé ou dans un état d'extrême agitation qui ne leur permettait pas le repos.

À l'UJA, qui n'accueille que des patients en soins libres dont certains sont mineurs, onze mesures d'isolement, accompagnées de six mesures de contention, concernant neuf patients, ont été prises en 2020. Sept de ces patients ont été soumis à une durée d'isolement supérieure à 12 heures, dont un pour une durée de 187 heures, soit presque huit jours pleins, sans que leur statut

d'hospitalisation ne soit transformé. L'équipe soignante est consciente que ces pratiques ne sont ni conformes à la loi ni satisfaisantes en termes de prise en charge de jeunes patients auto ou hétéro-agressifs. À partir d'une analyse des pratiques, elle s'est remobilisée pour formuler une démarche visant à organiser une prise en charge rapprochée de ces patients et à réduire voire supprimer à terme le recours à l'isolement ; le dispositif était en test au moment de la visite des contrôleurs et devait faire l'objet d'une évaluation au bout de trois mois avant d'être systématisé s'il se révélait positif. Il s'agit de mettre en place une échelle de surveillance des patients auto ou hétéro-agressifs, dont l'intensité la plus élevée déclenche la prescription par le médecin du détachement complet en journée d'un soignant auprès d'un patient, lequel soignant dispose d'une boîte à outils élaborée en équipe (activité sportive, sac de frappe, etc.) facilitant la désescalade.

L'unité de gérontopsychiatrie ne pratique pas l'isolement ni la contention.

RECOMMANDATION 21

Le recours à la pratique de l'isolement et de la contention d'un patient adolescent doit être évité par tout moyen.

La pratique du placement en isolement de patients en soins libres pour des durées supérieures à 12 heures est illégale et doit cesser.

Le recours à la contention des patients placés en chambre d'isolement ne doit être utilisé que pour faire face à un niveau de violence exceptionnel.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU affirme en ce qui concerne l'UTPA : « Cette pratique est déjà extrêmement limitée et n'est que rarement mise en œuvre. Seulement 7 passages en chambre d'isolement en 2021 pour 3 patients. Elle participe cependant à la protection des patients. La technique de désescalade de la violence a été présentée aux contrôleurs. » Il ajoute que la pratique mentionnée au deuxième alinéa de la recommandation n'existe pas au CHU de Nîmes et affirme que celle indiquée au troisième alinéa « reste absolument exceptionnelle et justifiée par des raisons médicales. »

Cette contestation des observations opérées par les contrôleurs n'est assortie d'aucun élément probant.

8.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION N'EST PAS UTILISE POUR PERMETTRE L'ANALYSE COLLECTIVE DES PRATIQUES

Le registre de l'isolement et de la contention est élaboré à partir de trois sources différentes : les décisions d'isolement et de contention sont tracées dans le logiciel de prescription des traitements (Pharma) ainsi que dans le logiciel des dossiers patient (Clinicom) où est également tracée la surveillance ; par ailleurs un document de traçabilité (EPSY111) en version papier est également rempli et remis au bureau des admissions à la fin de la mesure. Les soignants ne connaissent pas le devenir de ce dernier document qui contribue au registre numérique de l'isolement et de la contention, dont ils ne connaissent pas l'existence. En effet, aucune extraction périodique n'est adressée aux unités afin que les soignants puissent analyser leurs pratiques.

Une analyse annuelle quantitative du registre est réalisée par la direction du pôle de psychiatrie mais ni la CME ni le comité éthique ni la CDU ne se sont saisies de cette question.

Le registre ne comporte pas toutes les informations réglementaires : il manque en effet l'indication des mesures qui auraient été réalisées hors de l'espace dédié de la chambre d'isolement. Sa structure ne facilite ni sa lecture ni son interprétation : la distinction entre chambres d'isolement et chambres sécurisées – non pertinente, l'absence de comptage des mesures, seulement identifiées par leurs date de début et de fin, et l'usage d'une ligne pour chaque demi-journée d'isolement obligent à un retraitement pour obtenir des données significatives ; la durée des mesures de contention apparaît exactement calquée sur la durée de l'isolement, ce qui dénote un enregistrement systématiquement erroné de ces mesures et ne permet pas d'identifier les pratiques en la matière.

En l'absence de présentation aux contrôleurs d'un projet médical du pôle de psychiatrie, les projets médicaux des unités qui ont pu être consultés ne mentionnent pas la réduction de l'isolement et de la contention dans leurs objectifs.

RECOMMANDATION 22

Afin de diminuer le recours à l'isolement et à la contention, une réflexion institutionnelle sur les pratiques en la matière doit être conduite à l'échelle du pôle de psychiatrie et doit constituer un étayage pour la formation des professionnels.

Dans sa réponse, le directeur général du CHU indique qu'« *une réflexion est engagée sur le Pôle à ce sujet* ».

Les contrôleurs se réjouissent de cette initiative.

9. CONCLUSION

Le pôle de psychiatrie du CHU de Nîmes a très heureusement bénéficié de la restructuration bâtementaire engagée depuis vingt ans par l'établissement. Il a intégré en 2014 des locaux neufs et conçus pour ses missions, fonctionnels, agréables tant pour les professionnels que pour les patients. Ils offrent des conditions hôtelières de séjour confortables avec des chambres individuelles équipées des sanitaires personnels, des espaces collectifs nombreux et pourvus de matériels thérapeutiques et occupationnels adaptés aux séjours, parfois longs, des patients ingambes comme de ceux qui le sont moins, souvent les plus âgés.

La politique du CHU n'affiche pas une préoccupation particulière à l'égard de la psychiatrie, sans que cela ait de conséquence négative notable ; l'ancrage universitaire de cette spécialité ne date que de trois ans avec la venue d'un professeur, et devrait ajouter à son attractivité pour les professionnels. Les ressources en personnel médical et paramédical soignant sont adaptées : si elles sont considérées par les responsables comme insuffisantes, elle restent, pour l'hospitalisation complète, au-dessus des moyennes d'encadrement constatées de façon générale sur le territoire national. Les ressources financières sont également perçues comme inférieures à celles des structures comparables et les responsables du pôle, qui s'en plaignent, n'ont en outre, en rien la main sur leur gestion. Il demeure qu'elles couvrent les dépenses et leur niveau n'a pas empêché la réalisation d'un projet ou perturbé des activités.

Dans ce contexte, la prise en charge devrait être à la fois respectueuse des patients et performante : les soins psychiatriques sont assurés par une présence médicale suffisante, les soins somatiques le sont tout autant par celle d'un spécialiste et l'adossement au plateau technique du CHU. S'agissant du respect des droits des patients, le tableau est plus sombre pour ceux d'entre eux admis en soins sans consentement, notamment en conséquence du choix des responsables du pôle de s'écarter de la logique du secteur pour privilégier une spécialisation des unités d'hospitalisation fonction pour partie du mode légal d'admission et pour partie de l'âge ou des pathologies. Il en résulte pour les patients en soins sans consentement un parcours de soins qui passe par des phases particulièrement attentatoires à leur dignité et au respect de leurs droits. En effet, ces patients voient leur hospitalisation débuter obligatoirement dans l'unité des soins intensifs en psychiatrie dans laquelle ils sont enfermés et dont les règles de vie restrictives, sans corrélation avec la clinique, contredisent toute individualisation des prises en charge : retrait des ceintures et lacets, obligeant certains patients à revêtir le pyjama institutionnel faute de pouvoir retenir leur pantalon, du tabac – avec consommation limitée et horodatée, des téléphones personnels, accès interdit aux espaces collectifs notamment à la cour grillagée et surplombée d'un filet métallique. La justification thérapeutique des restrictions est difficilement crédible dès lors que ces contraintes sont imposées à tous les patients. Le régime des autres unités accueillant ensuite les patients en soins sans consentement est moins restrictif, adapté à la clinique de chacun sous certains aspects (détention du tabac, du téléphone, possibilités de sorties), voire normalement respectueux des libertés et des droits comme il l'est constaté en gérontopsychiatrie.

L'isolement et la contention sont pratiqués à grande échelle à l'USIP et à l'UTPA, et aucune réflexion institutionnelle n'est engagée au niveau du pôle de psychiatrie pour limiter ces pratiques au dernier recours, alors que les initiatives de réduction dans les autres unités, notamment à l'UJA, portent leurs fruits et pourraient être source d'inspiration pour le pôle tout entier.

Le pilotage du pôle, polarisé sur la culture portée par les médecins de son unité fermée, assorti de la conviction que la patientèle du CHU serait d'une exceptionnelle dangerosité et agressivité, conviction jamais réinterrogée, expliquent en partie la prééminence d'une conception sécuritaire de la prise en charge qui finit par être intégrée comme une nécessité par certaines équipes. La disparité des règles selon les unités apporte des atténuations bienvenues à ces conceptions. Ces disparités expliquent autant l'absence de réflexion institutionnelle sur les atteintes aux droits des patients par crainte de voir se généraliser les plus contestables, que l'absence manifeste d'opposition à ces pratiques. Pourtant, les modalités de prise en charge appellent une réflexion sur leur aspect légal, éthique et thérapeutique par leur effet négatif sur l'appropriation de son parcours de soin par le patient, parcours, trop faiblement relayé par un dispositif ambulatoire peu développé. Une réflexion institutionnelle est tout autant indispensable pour les soignants auxquels est imposé l'inconfort éthique de devoir concilier, voire faire prévaloir, une fonction sécuritaire sur leur mission soignante.

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