



Rapport de visite :

6 au 10 septembre 2021 – 1^e visite

Centre Hospitalier Henri

Mondor à Aurillac

(Cantal)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) Henri Mondor à Aurillac (Cantal) du 6 au 10 septembre 2021. Cette mission constituait une première visite.

Un rapport provisoire a été adressé le 7 février 2022 au directeur de l'établissement, au préfet du département du Cantal, au président du tribunal judiciaire d'Aurillac, au procureur de la République près ce tribunal et au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes. Le directeur de l'établissement a fait valoir ses observations dans un courrier du 7 mars 2022, le directeur général de l'ARS dans un courrier du 8 mars 2022. Le préfet du Cantal a précisé dans un courrier du 18 février 2022 n'avoir aucune remarque à formuler. Les observations reçues sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

Le service de psychiatrie du CH d'Aurillac dispose de nombreux atouts.

Le service est bien intégré à l'hôpital général ce qui concourt à la non-stigmatisation des patients hospitalisés. Par ailleurs, il est aujourd'hui engagé dans une dynamique lui permettant de définir des pistes d'amélioration de l'offre de soins dans le cadre de l'actualisation en cours du projet d'établissement et de celui à venir du groupement hospitalier de territoire. Les patients sont hospitalisés dans des locaux agréables et disposent de chambres individuelles. Malgré le manque d'effectif, les équipes médicales et soignantes sont impliquées et soucieuses des besoins des patients. Ainsi, le passage aux urgences permet une hospitalisation rapide dans les services et les soins somatiques sont assurés malgré le manque d'effectif médical. S'agissant de l'isolement, les contrôleurs ont constaté une pratique modérée et des durées d'isolement particulièrement courtes. Depuis la visite, les patients en soins sans consentement ne sont pas systématiquement hospitalisés dans des unités fermées et les restrictions à la vie quotidienne ne sont plus systématiques.

Néanmoins, une évolution est attendue sur plusieurs points du contrôle. Le CH est confronté à un manque de personnel dans toutes les fonctions, médicales, paramédicales et de direction, ce qui affecte fortement la prise en charge. Dans ce contexte, la politique d'attractivité et de stabilisation des effectifs peut être davantage développée, comme le CH s'est engagé à le faire, notamment en ce qui concerne la formation et la supervision. L'information des patients en soins sans consentement peut être améliorée et les chambres utilisées pour l'isolement doivent être équipées pour permettre librement l'accès à l'eau et aux toilettes, à un interrupteur pour allumer et éteindre la lumière et à un bouton d'appel pour solliciter l'intervention des soignants. L'équipement de la chambre doit également permettre au patient de s'orienter dans le temps grâce à horloge. Le registre de la loi gagnerait à être tenu plus rigoureusement pour permettre un contrôle effectif de la procédure. Enfin, les mineurs doivent être hospitalisés dans des unités spécifiques pour permettre un accès aux soins et une prise en charge adaptée à leurs besoins et à leurs droits.

L'établissement devra accompagner une communauté médicale et soignante investie et porteuse de projets, pour répondre dans des conditions sereines aux recommandations émises dans le présent rapport.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- BONNE PRATIQUE 1** **41**
Un menu spécifique est élaboré pour les mineurs hospitalisés en pédopsychiatrie permettant de proposer un repas adapté à leur âge. Les patients disposent d'un choix important de plats permettant de satisfaire à tous leurs besoins.
- BONNE PRATIQUE 2** **54**
La recherche d'alternative à l'isolement est réelle et son effectivité tracée.
- BONNE PRATIQUE 3** **55**
Chaque mesure d'isolement ou de contention fait l'objet d'une analyse partagée pluridisciplinaire avec le patient à l'issue de la mesure, tracée dans le dossier médical.
- BONNE PRATIQUE 4** **71**
La pharmacie à usage intérieur met à disposition des soignants des protocoles pour faciliter l'administration des traitements au regard des différentes formes galéniques possibles.

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** **19**
Le temps de présence médical doit permettre aux patients d'accéder aux médecins en fonction de leurs besoins. Ce temps doit permettre aux médecins de participer aux réunions institutionnelles.
- RECOMMANDATION 2** **20**
L'établissement doit professionnaliser l'installation des soignants débutant en psychiatrie en leur proposant des conditions de tutorat et de formation en cours d'emploi adaptées. Au-delà de cette phase d'adaptation, tous les professionnels doivent se voir offrir des formations sur les droits des patients et l'isolement et la contention ainsi qu'une supervision afin de pouvoir analyser leurs pratiques professionnelles.
- RECOMMANDATION 3** **22**
L'établissement doit définir une organisation efficiente garantissant au patient victime de violence qui souhaite réparation d'être facilement accompagné dans son dépôt de plainte.
Si nécessaire, les professionnels témoins d'actes de violence doivent signaler la situation aux autorités compétentes conformément au code de la santé publique et au code de procédure pénale.
- RECOMMANDATION 4** **24**
L'organisation du travail devrait mieux prendre en compte le temps nécessaire à l'évaluation collective des risques de passage à la commission d'actes violents dans les unités afin de mieux les anticiper.
- RECOMMANDATION 5** **25**
L'existence des dispositifs en soutien des droits des patients doit être davantage connue des équipes.
Le livret d'accueil doit expressément faire état de leur existence.

RECOMMANDATION 6 28

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

RECOMMANDATION 7 30

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

RECOMMANDATION 8 31

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation, aux règles de vie de l'unité et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

RECOMMANDATION 9 32

L'identité du tiers doit être portée à la connaissance du patient dans le cadre d'un examen équitable de sa situation.

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission et de maintien en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

RECOMMANDATION 10 32

Le patient hospitalisé sans son consentement doit être en mesure de se voir communiquer le week-end et les jours fériés les décisions qui le concernent ainsi que ses droits et voies de recours, en l'application de l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 11 36

Les patients doivent pouvoir aérer leurs chambres.

RECOMMANDATION 12 36

Les patients doivent disposer des moyens d'entretenir leur linge.

RECOMMANDATION 13 37

Les patients doivent pouvoir fermer librement leur placard ou disposer de coffres pour mettre leurs biens en sécurité et les portes des chambres doivent être équipées de verrous de confort. L'inventaire contradictoire doit comporter la signature du patient et une copie doit lui être remise.

RECOMMANDATION 14 39

Les mandataires hospitaliers doivent disposer des moyens nécessaires pour suivre l'ensemble des personnes protégées.

RECOMMANDATION 15 45

Dès lors que les visites des familles ne peuvent s'exercer en chambre, il doit être trouvée une solution pour que tous les patients puissent bénéficier d'un espace de rencontre adapté et individualisé.

RECOMMANDATION 16 47

Les patients doivent être informés systématiquement, dès leur arrivée, de leur droit de demander la confidentialité de leur hospitalisation. Par ailleurs, pour garantir la confidentialité de la présence du patient vis-à-vis des tiers cherchant à joindre au téléphone un patient ou simplement s'assurer de sa présence à l'hôpital, le standard doit être en mesure de vérifier si le patient a demandé à bénéficier du statut d'« identité protégée ».

RECOMMANDATION 17 49

La question de l'accès des patients à une vie sexuelle ainsi que la prévention et la gestion des situations à risque doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel. Des formations pourraient être utilement proposées au personnel soignant sur ce sujet.

RECOMMANDATION 18 51

Les chambres utilisées pour l'isolement doivent permettre l'accès à l'eau et aux toilettes librement 24h/24, d'allumer et éteindre la lumière, d'appeler les soignants par bouton d'appel, de se repérer dans le temps.

RECOMMANDATION 19 52

La pièce capitonnée de l'unité de pédopsychiatrie est indigne, ne correspond pas aux normes des espaces d'isolement ; son utilisation en chambre d'isolement est prohibée.

RECOMMANDATION 20 55

Le directeur de l'agence régionale de santé ne peut pas décider le placement d'une personne en chambre d'isolement, cette prérogative étant réservée au médecin psychiatre en charge des soins donnés au patient.

RECOMMANDATION 21 57

Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen. Par ailleurs, les mesures d'isolement réalisées en pédopsychiatrie doivent être tracées et faire l'objet d'un registre analysé par les soignants et présenté aux instances de l'établissement.

RECOMMANDATION 22 58

La prescription de traitement en « *si besoin* » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.

RECOMMANDATION 23 59

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la désignation de personnes de confiance et la mise en place de directives anticipées.

RECOMMANDATION 24 63

L'établissement doit adapter le contenu de son questionnaire de satisfaction à la spécificité des conditions de séjour en psychiatrie.
Ce nouveau format doit être plus fortement accompagné auprès des patients par les équipes soignantes.

RECOMMANDATION 25 65

Le délai de vingt-quatre heures entre l'admission en SSC et son inscription au registre prévu par l'article L.3212-11 du code de la santé publique doit être respecté.
Les décisions du directeur en cas de SDDE, les décisions du JLD et l'accusé de réception des droits doivent être présents au registre, la date de notification des droits et le nom du tiers demandeur doivent y être inscrits.
La tenue actuelle du registre de la loi ne permet pas un contrôle effectif de l'ensemble des procédures et doit être ré-organisée, en y affectant les moyens nécessaires. Une dématérialisation du registre de la loi, préconisée par l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013, serait de nature à faciliter la tenue du registre, et par voie de conséquence, le suivi des procédures.
Enfin, conformément à l'art 3212-11 du code de la santé publique, le préfet du Cantal, le président du tribunal judiciaire d'Aurillac, le procureur de la République près cette juridiction et le maire d'Aurillac, ou leurs représentants, doivent visiter chaque année l'établissement et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

RECOMMANDATION 26	72
Un travail partenarial avec les structures médico-sociales – par exemple dans le cadre du projet territorial de santé mentale – serait nécessaire pour prévenir et accompagner les situations de crise, éviter les hospitalisations et engager les foyers de vie à reprendre leurs résidents à l’issue d’une hospitalisation.	
RECOMMANDATION 27	78
La prise en charge médicale en gérontopsychiatrie doit comporter un temps institutionnel réservé à l’équipe et identifié au tableau de service. Les familles doivent disposer d’un cadre d’expression formalisé et régulièrement utilisé, d’autant plus nécessaire que les patients pris en charge dans l’unité souffrent de troubles cognitifs sévères.	
RECOMMANDATION 28	83
Les mineurs doivent être hospitalisés dans des unités spécifiques.	
RECOMMANDATION 29	87
Les chambres de l’unité « les Glycines » doivent être équipées de verrous de confort.	
RECOMMANDATION 30	90
Les patients nécessitant des soins d’hospitalisation en psychiatrie y compris en urgence doivent être transférés au sein d’une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).	

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	25
Le comité d’éthique doit disposer des moyens pour fonctionner et davantage aborder les sujets relatifs aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie, à l’isolement, la contention et la sexualité. Il gagnerait par ailleurs à s’ouvrir à des participations extérieures pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.	
RECO PRISE EN COMPTE 2	33
L’établissement doit engager sans délai une réflexion pour définir les modalités de notification des droits de recours des patients isolés ou contenus en application de l’article L.3222-5-1 du code de la santé publique.	
RECO PRISE EN COMPTE 3	41
Si la restauration est de qualité et le recours aux diététiciennes possible et individualisé, il serait néanmoins souhaitable qu’une commission « restauration » incluant une participation des patients soit mise en place.	
RECO PRISE EN COMPTE 4	42
L’hébergement des patients admis en soins sans consentement en unité fermée ne peut être justifié par ce seul statut d’admission. Il ne peut être fondé que sur leur état clinique. Une réflexion institutionnelle, portant sur l’ouverture des unités, doit être engagée.	
RECO PRISE EN COMPTE 5	42
Les restrictions à la liberté d’aller et venir des personnes admises sous le régime des soins libres n’ont aucune base légale et doivent cesser.	

RECO PRISE EN COMPTE 6..... 45

Il n'est pas admissible que les familles doivent présenter tous les objets en leur possession à leur arrivée dans les services. Cette pratique qui constitue une fouille portant atteinte à leur intimité et leur dignité doit être proscrite. Par ailleurs, si les articles R1112-47 et 48 du code de la santé publique permettent une interdiction de visite, elle relève du pouvoir interne du directeur, reste exceptionnelle et définie dans des situations comportant un risque grave et imminent pour le patient ou des tiers.

RECO PRISE EN COMPTE 7..... 46

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

RECO PRISE EN COMPTE 8..... 49

Les patients doivent être informés de leur droit à l'accès au culte et disposer des coordonnées de chacun des représentants habilités par l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 9..... 54

Les mesures de placement en isolement ou contention prises par des médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice doivent être validées dans l'heure par un médecin titulaire.

RECO PRISE EN COMPTE 10..... 56

Conformément à l'art. L 3222-5-1 du code de la santé publique, les mesures d'isolement ou de contention ne peuvent être prises que dans le cadre d'une hospitalisation en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 11..... 58

La distribution des médicaments doit respecter la confidentialité et permettre au patient de s'exprimer, de poser des questions et aux soignants d'y répondre.

RECO PRISE EN COMPTE 12..... 61

L'établissement doit sans délai afficher le rôle, la composition et les conditions de saisine de la commission départementale des soins psychiatriques dans toutes les unités de soins psychiatriques en hospitalisation comme en ambulatoire.

Les visites annuelles de la commission départementale des soins psychiatriques doivent impérativement reprendre et être annoncées par écrit aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 13..... 62

Les membres de la CDU devraient visiter régulièrement les unités d'hospitalisation en psychiatrie.

RECO PRISE EN COMPTE 14..... 64

Les certificats médicaux doivent être horodatés et rédigés en conformité avec l'article L.3211-2-2 du code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 15..... 66

Le tableau des avocats inscrits au barreau d'Aurillac doit être porté à la connaissance des patients en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 16..... 69

Tous les patients doivent bénéficier d'un accès à des activités thérapeutiques qui comprennent une indication médicale, des objectifs définis et une évaluation, tracés et permettant un échange avec l'équipe soignante de référence, en cohérence avec leurs projets de soins.

RECO PRISE EN COMPTE 17..... 70

L'unité intersectorielle de sport adapté, bénéfique dans son principe, pourrait bénéficier à un plus grand nombre de patients en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 18..... 73

Le collège des professionnels de santé doit s'entretenir avec le patient concerné et recueillir ses observations avant de rendre un avis sur sa prise en charge.

RECO PRISE EN COMPTE 19..... 81

Les mesures de contention type sécuridrap doivent être tracées dans un registre afin de faire l'objet d'une analyse des pratiques dans l'unité et au sein des instances compétentes de l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 20..... 83

Une réunion institutionnelle en présence de tous les acteurs concernés, autorités judiciaires (juges des enfants et procureur de la République), services de l'Etat, service de l'aide sociale à l'enfance, hôpital, ARS doit se tenir afin que des solutions soient dégagées dans les meilleurs délais et que tout mineur puisse bénéficier d'une prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile.

RECO PRISE EN COMPTE 21..... 89

Les téléphones portables et la communication avec les parents ne peuvent être interdits a priori, de façon générale et absolue. Les restrictions à ces droits doivent être individualisés.

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..... 52

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme médico-soignant l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour cela.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'offre de psychiatrie du département repose sur le centre hospitalier d'Aurillac	13
2.2 Le budget consacré à la psychiatrie est en équilibre fragile	16
2.3 Les pôles de psychiatrie souffrent d'un manque chronique de temps médical	17
2.4 La déclaration des événements indésirables est soutenue par l'institution mais l'accompagnement des patients victimes de violence est insuffisamment pris en considération	21
2.5 Le comité d'éthique est insuffisamment porté par l'établissement	25
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	27
3.1 Le passage aux urgences permet un examen somatique et une hospitalisation rapide dans les services	27
3.2 La part de patients hospitalisés à la demande d'un tiers en urgence et en péril imminent est prédominante	29
3.3 L'information générale est affaiblie par des supports hétérogènes et insuffisamment actualisés et les droits spécifiques sont partiellement garantis	31
4. LES CONDITIONS DE VIE	34
4.1 S'ils appellent quelques améliorations, les locaux sont agréables et bien entretenus	34
4.2 Les patients ont les moyens d'assurer leur hygiène corporelle	36
4.3 Les patients n'ont pas la possibilité de mettre leurs biens en sécurité	37
4.4 La protection juridique assurée par les mandataires hospitaliers est de qualité	38
4.5 Les repas sont diversifiés, suffisants en quantité et appréciés par les patients	39
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	42
5.1 Les restrictions aux libertés individuelles, systématiques en unités fermées, ne sont pas justifiées par l'état clinique des patients	42
5.2 Les communications avec l'extérieur et la confidentialité restent à améliorer	44
5.3 La confidentialité de l'admission et de la présence du patient n'est pas garantie	47
5.4 L'accès au vote est effectif mais peu exercé	47
5.5 Seuls des aumôniers catholiques interviennent dans les unités psychiatriques	48

5.6	Aucune réflexion n'est menée sur la sexualité	49
6.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	50
6.1	Les chambres d'isolement ne sont pas propices à l'apaisement et celle de pédopsychiatrie est indigne	50
6.2	Les mesures d'isolement font l'objet de nombreux protocoles connus des soignants sauf en pédopsychiatrie	52
6.3	Le registre d'isolement et de contention permet une analyse des pratiques par les soignants sauf en pédopsychiatrie	56
6.4	Le consentement aux soins n'est pas suffisamment recherché	57
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	60
7.1	La CDSP assure ses missions de façon incomplète et la place des usagers se résume à participer au fonctionnement de la commission des usagers.....	60
7.2	Le registre de la loi ne permet pas de suivre le déroulement juridique de la procédure de soins sans consentement.....	63
7.3	Le contrôle du juge des libertés et de la détention est effectif	66
8.	LES SOINS.....	68
8.1	Les deux unités d'hospitalisation complète destinées aux patients en SSC ont des pratiques de prise en charge contrastées	68
8.2	Les soins somatiques sont assurés malgré un temps médical attribué insuffisant	70
8.3	Les programmes de soins, utilisés pour préparer la sortie, associent les services ambulatoires mais le partenariat avec le secteur médico-social est insuffisamment protocolisé	71
8.4	Le collège des professionnels de santé statue sur dossier	73
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	74
9.1	La prise en charge des personnes âgées en gérontopsychiatrie, portée par une équipe impliquée, manque d'animation sur le plan médical	74
9.2	La prise en charge des mineurs dans les unités adultes est indigne.....	81
9.3	Les personnes détenues sont prises en charge par défaut de places en UHSA .	89
10.	CONCLUSION.....	91

Rapport

Contrôleurs :

- Marion TESTUD, cheffe de mission ;
- Chantal BAYSSE ;
- Annie CADENEL ;
- Luc CHOUCHEKAEFF ;
- Michel THIRIET.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Henri Mondor à Aurillac (Cantal) du 6 au 10 septembre 2021.

Cette mission constituait une première visite.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 septembre 2021 à 14h. Ils l'ont quitté le 10 septembre à 11h.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de l'établissement. Le préfet du Cantal, le président du tribunal judiciaire (TJ) d'Aurillac ainsi que le procureur de la République près ce tribunal, la directrice de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) du Cantal et le bâtonnier de l'ordre des avocats du Cantal ont été avisés de la visite.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue en présence du directeur de l'établissement, de la secrétaire générale, également directrice des affaires financières, de la clientèle, de la coordination du groupement hospitalier de territoire (GHT) et de l'information médicale accompagnée d'un médecin du département d'information médicale, de la directrice des affaires médicales également directrice des ressources humaines par intérim, du directeur des achats/logistiques et travaux, de la directrice de la qualité également coordonnatrice des soins par intérim, du président de la commission médicale d'établissement, du chef de pôle du service de psychiatrie, du chef de pôle de la médecine d'urgence, du cadre de santé supérieur du pôle de psychiatrie et de pédopsychiatrie, de la cadre de santé de l'unité Broussais, du faisant fonction de cadre de santé de l'unité Claude Bernard, du cadre de santé de l'unité Deniker, du responsable et de l'ajointe au responsable du bureau des entrées.

Une salle de travail, équipée d'un ordinateur permettant d'avoir un accès au site intranet, a été mise à la disposition des contrôleurs. Les documents demandés par l'équipe ont été transmis rapidement et regroupés dans un dossier électronique alimenté tout au long de la visite. Des affichettes signalant la visite des contrôleurs avaient été diffusées dans les unités.

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

ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et, à cette occasion, ont eu un entretien avec ce dernier.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et des membres de la confédération générale du travail (CGT) ont été entendue par les contrôleurs à leur demande.

Une réunion de restitution s'est tenue en fin de visite, le 10 septembre 2021, avec les mêmes membres que lors de la réunion de présentation, auxquels se sont associés le chef de pôle du service de pédopsychiatrie et la cheffe du service des tutelles hospitalières.

La qualité de l'accueil et la grande disponibilité des professionnels méritent d'être soulignées.

Un rapport provisoire a été adressé le 7 février 2022 au directeur de l'établissement, au préfet du département du Cantal, au président du tribunal judiciaire d'Aurillac, au procureur de la République près ce tribunal et au directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Le directeur de l'établissement a fait valoir ses observations dans un courrier du 7 mars 2022, le directeur général de l'ARS dans un courrier du 8 mars 2022. Le préfet du Cantal a précisé dans un courrier du 18 février 2022 n'avoir aucune remarque à faire. Les observations reçues sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'OFFRE DE PSYCHIATRIE DU DEPARTEMENT REPOSE SUR LE CENTRE HOSPITALIER D'AURILLAC

2.1.1 Présentation du CH d'Aurillac

a) Caractéristiques du territoire

Créé en 1892, le centre hospitalier (CH) d'Aurillac est un hôpital public général situé dans le département du Cantal au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes. La ville d'Aurillac est la préfecture du département et le siège du TJ et d'une maison d'arrêt de 60 places.

En 2018, le département comptait 144 765 habitants, dont 25 530 pour la ville d'Aurillac. La population, qui est en baisse constante depuis plusieurs années, est vieillissante : le solde naturel est négatif et plus d'un tiers de la population est âgé d'au moins 60 ans. De plus, le nombre de médecins dans le département diminue chaque année et, en 10 ans, le Cantal a perdu 13 % de ses médecins généralistes. Par ailleurs, le territoire est relativement enclavé. Il est rural (l'économie est principalement basée sur l'élevage bovin et la production de fromage) et montagneux et cette géographie pose des difficultés d'accessibilité ; il faut compter 2 heures 30 en voiture pour relier Aurillac à Clermont-Ferrand, siège du centre hospitalier universitaire (CHU). Au-delà des transports, la ruralité du territoire rend l'accès au réseau internet plus difficile qu'ailleurs. Si le taux de chômage est le plus faible de l'hexagone (5,5 % en 2020), celui relatif à la pauvreté s'élève à 14,4 %.

Compte tenu de ces caractéristiques, les problématiques de santé et d'accès aux soins, en particulier spécialisés, sont centrales et recouvrent des enjeux majeurs.

b) Caractéristiques du CH

Premier employeur du Cantal avec 1 800 employés dont 150 médecins, le CH propose une offre de soins multidisciplinaire et polyvalente, MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), et dispose de 900 lits¹. Du fait des caractéristiques du territoire, il rencontre des difficultés importantes de recrutement de médecins (cf. § 2.3).

Depuis juin 2016, le CH d'Aurillac est l'établissement support du GHT, qui comprend une filière de santé mentale, auquel participent également cinq autres établissements : Saint-Flour, Mauriac, Murat, Condat, Chaudes-Aigues.

Il dispose, depuis 2016, de la certification de niveau B délivrée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le rapport de la HAS soulignait que l'établissement avait mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients s'appuyant notamment sur un groupe de travail « droits des patients ». Dans ce cadre, une procédure de contention physique avait été élaborée et la prise en charge des patients en chambres d'isolement avait fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles ayant conduit à une harmonisation des pratiques entre services et à un projet d'actualisation de la procédure. Enfin, le rapport ajoutait que les formations prévues et réalisées comprenaient des modules relatifs aux droits des patients comme ceux relatifs à la bientraitance ou à la contention et à la gestion de la violence.

¹ Gynécologie-obstétrique, cardiologie, pneumologie, médecine Interne, neurologie, dermatologie, gastro-entérologie, ORL, ophtalmologie, orthopédie, chirurgie viscérale, vasculaire, psychiatrie.

2.1.2 L'offre de psychiatrie

a) Sur le département

L'offre en santé mentale dans le département du Cantal est centrée autour du CH d'Aurillac qui est l'établissement psychiatrique de référence du département. Il pratique les admissions en psychiatrie à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire.

Hormis le CH d'Aurillac, seuls deux établissements de santé proposent une offre en psychiatrie adulte sur le département : le CH de Saint-Flour qui est l'établissement de référence du secteur psychiatrique de Saint-Flour et qui pratique les admissions en psychiatrie à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire et le centre de réadaptation de Maurs qui dispose également d'une autorisation en psychiatrie.

En raison du faible nombre de professionnels de santé libéraux et notamment de psychiatres et de psychologues, l'offre de soins psychiatriques repose principalement sur le CH d'Aurillac.

La mobilité sur le territoire, couplée à un réseau d'acteurs faible, est un frein majeur dans le parcours en santé mentale.

b) Sur le CH

Le Cantal n'a jamais disposé d'établissement spécialisé en psychiatrie. La psychiatrie, historiquement rattachée à l'hôpital est très bien intégrée à l'établissement.

Le service de psychiatrie comprend un pôle de psychiatrie adulte et un pôle de pédopsychiatrie. Le CH d'Aurillac assure l'intersectorialité de la pédopsychiatrie sur l'ensemble du département.

i) L'offre ambulatoire

L'offre de soins extrahospitalière, en psychiatrie générale, comprend deux hôpitaux de jour, un lieu de consultation à Aurillac, trois centres médico-psychologiques (Saint-Flour, Mauriac, Maurs), une maison d'accueil spécialisé, deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (Intermède et l'Antenne).

Le CH a le projet de développer son offre ambulatoire afin de réduire le recours à l'hospitalisation complète, en particulier d'urgence dans un contexte où le nombre de psychiatres sur le département est très faible. Un projet de réorganisation de cette offre a été élaboré et propose notamment le regroupement des hôpitaux de jour, la création d'un centre médico-psychologique à Aurillac, d'une structure de réhabilitation psycho-sociale, un projet de cafétéria ouvert à tous, la création d'une équipe mobile psychiatrie précarité, le développement de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie actuelle, la création d'un correspondant en santé mentale et un centre d'orientation médicalisé pour adaptation sociale.

Le pôle de pédopsychiatrie comporte également plusieurs lieux de soins extrahospitaliers (cf. § 9.2).

ii) L'offre d'hospitalisation

Le pôle de psychiatrie générale comprend 113 lits d'hospitalisation (dont 28 lits de gérontopsychiatrie) qui sont répartis parmi cinq unités d'hospitalisation complètes dont une de gérontopsychiatrie, recouvrant deux secteurs. Le secteur 1 comprend la zone géographique du Nord Cantal allant de Mauriac à Riom-ès-Montagnes, s'étirant vers Allanche et comprenant une partie de la ville d'Aurillac. Le secteur 2 correspond au secteur géographique s'étendant d'Aurillac à Maurs. Chaque secteur comprend une unité d'hospitalisation ouverte, une unité fermée

destinée à accueillir exclusivement les patients en soins sans consentement ; l'unité de gérontopsychiatrie est intersectorielle.

Les lits d'hospitalisation sont répartis comme suit :

- deux unités de psychiatrie générale ouvertes :
 - l'unité dénommée « Laborit », service entrant, rattachée au secteur 1, comprenant vingt-huit lits dont huit étaient fermés au jour du contrôle faute de personnel pour les faire fonctionner ;
 - l'unité dénommée « Broussais », rattachée au secteur 2, comprenant vingt-huit lits ;
- deux unités de psychiatrie générale fermées :
 - l'unité dénommée « Claude Bernard », rattachée au secteur 1, comprenant quinze lits ;
 - l'unité dénommée « Simon », rattachée au secteur 2, comprenant quatorze lits ;
- une unité de gérontopsychiatrie dénommée « Deniker », comprenant vingt-huit lits, quatorze lits étant affectés au secteur 1 et quatorze au secteur 2.

A l'exception de l'unité Deniker, aucun des lits d'hospitalisation n'est intersectoriel.

Le pôle de pédo-psychiatrie comprend une unité dénommée « Les Glycines » comprenant dix lits d'hospitalisation de semaine pour accueillir des adolescents de 12 à 17 ans (cf. § 9.2).

Le contrôle a porté sur ces six unités d'hospitalisation ainsi que sur le service des urgences, étant précisé qu'une attention particulière a été apportée sur les unités fermées.

2.1.3 Le projet d'établissement

Le CH dispose d'un projet d'établissement 2016-2020. Son actualisation, en cours au moment du contrôle, avait pris du retard en raison de la crise sanitaire. Le nouveau projet devrait ainsi couvrir la période 2022-2026. A sa suite, le projet du GHT 2017-2022 sera à son tour réactualisé.

Le projet d'établissement 2016-2020, dans sa partie relative à la psychiatrie, avait listé des priorités d'action comme consolider la filière de soins de prise en charge des personnes âgées, consolider la maison des adolescents pour la pédopsychiatrie, définir et formaliser la prise en charge somatique en psychiatrie, mieux coordonner la psychiatrie avec le secteur médico-social et développer les alternatives à l'hospitalisation.

Dans le cadre du nouveau projet, le CH souhaite refonctionner en service et non plus en pôle afin de disposer de filières de soins plus spécialisées centrées sur le parcours du patient et autonomes dans leur organisation. S'agissant de la psychiatrie, la perspective du médecin chef de pôle est de disposer d'unités intersectorielles, plus spécialisées dans leurs missions : une unité d'entrants de court séjour (d'environ 1 mois) et une unité pour l'accueil des patients plus difficiles. Cette réorganisation conduirait à la fermeture de l'une des deux unités fermées. Le médecin chef de pôle souhaite associer largement les équipes à l'élaboration de cette nouvelle réorganisation, qui n'a pas encore été formalisée et qui n'interviendrait pas avant 2022.

Un projet territorial de santé mentale (PTSM) a été réalisé en décembre 2020. Cependant, la pandémie a affecté son élaboration et plusieurs fiches-actions (correspondant aux priorités dégagées) n'ont pas été définies de façon participative avec les acteurs concourant au projet. Parmi les priorités définies, le PTSM engage les acteurs locaux à élaborer un contrat territorial en santé mentale pour définir les priorités locales en santé mentale, construire des projets en

réponse aux problématiques locales et coordonner les actions des partenaires qui y contribuent. Il engage également à la mise en place d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie et d'une collaboration avancée de la psychiatrie avec le pôle des urgences du CH d'Aurillac.

Pour finir, le CH dispose d'un dossier patient informatisé (DPI) partiel² ce qui est préjudiciable en ce que cette absence affecte de nombreux sujets.

2.2 LE BUDGET CONSACRE A LA PSYCHIATRIE EST EN EQUILIBRE FRAGILE

Le CH d'Aurillac dispose d'un budget de près de 140 millions d'euros (tous budgets confondus avec huit budgets annexes) dans lequel la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) de psychiatrie pèse pour 17 millions d'euros environ.

La situation financière de l'établissement s'est dégradée en 2013, redressée en 2014 puis s'est dégradée durablement³. Ce déséquilibre perdure malgré les aides exceptionnelles attribuées à l'établissement pour soutenir ses investissements de modernisation notamment de son plateau technique et des équipements biomédicaux. L'établissement n'a pas signé de contrat de retour à l'équilibre mais défini un plan de mesures de gestion et d'organisation. Il n'existe pas de contrat de soutien financier d'exploitation. Le Ségur de la santé a permis au CH de bénéficier à compter de 2021 d'un contrat de restauration des capacités financières permettant d'apporter 0,8 M€ d'aide à l'investissement sur 10 ans.

Son report, à nouveau, est déficitaire de 17 millions avec une conséquence défavorable sur sa capacité d'investissement (insuffisance d'autofinancement) poussant l'établissement à emprunter y compris pour soutenir sa trésorerie. L'année 2020, affectée par la pandémie de Covid-19, est atypique puisque le gel des recettes d'activité, le financement des surcoûts des prises en charge des patients Covid auxquels s'ajoute le financement partiel des accords dits du plan Ségur associé à l'effet de la baisse des dépenses de consommables se sont traduits par un excédent de clôture de 1,3 million là où l'établissement est plus proche de 5 millions de déficit.

La DAF de psychiatrie est restée stable depuis une demi-douzaine d'années sauf en 2021 du fait de desserrement du taux d'évolution et des financements accordés liés à la crise sanitaire et aux accords Ségur.

N° Compte	Libellé du compte	CA 2016	CA 2017	CA 2018	CA 2019	CA 2020	CA 2021 au 08-09-2021
7311710	DAF psychiatrie	17 097 898 €	17 149 376 €	17 139 588 €	17 049 879 €	17 297 113 €	18 691 382 €
	Taux d'évolution total		0,30%	-0,06%	-0,52%	1,45%	8,06%
	dont revalorisation accords Ségur						1 319 932 €
							7,6%

Au regard de l'évolution des résultats, si le CH d'Aurillac est structurellement déficitaire, le budget de la psychiatrie est resté longtemps à l'équilibre jusqu'à l'année 2019 faisant apparaître un premier déficit de 600 000 euros du fait de charges de structures plus élevées (amortissements, frais financiers et assurances), des économies nationales demandées à la psychiatrie, et de la baisse des recettes de facturation des séjours de patients étrangers.

Les moyens globaux budgétés de la psychiatrie n'ont pas été réduits même si la vacance de postes médicaux et paramédicaux peut donner le sentiment contraire. Cela est uniquement dû au

² La prescription médicamenteuse est informatisée.

³ 2012 : 60,4 M€ ; 2013 : -2,45€ ; 2014 : - 0,5 M€ ; 2015 : - 2 M€ ; 2016 : - 1,28 M€ ; 2017 : 5,36 M€ ; 2018 : - 2,29 M€ ; 2019 : - 3,51 M€ ; 2020 : + 0,8 M€.

manque d'attractivité de la discipline et aux conditions d'exercice dans un département de petite taille et rural. Des remontées des unités, il n'apparaît pas de restrictions sur les moyens de fonctionnement hôtelier.

L'entrée dans la réforme de financement de la psychiatrie semble bien préparée du fait de son effet futur sur le niveau des ressources à la fois en agissant sur la qualité du recueil de l'activité et sur l'organisation de l'offre de soins ambulatoire (réorganisation des CATTP) mais l'établissement devra rester vigilant quant à la complétude du financement des accords Ségur en particulier des surcoûts liés au complément de traitement indiciaire.

Les projets présentés par l'établissement se heurtent davantage à la crédibilité dans leur mise en œuvre (absence de temps médical disponible) qu'à leur pertinence. Ceci conduit l'ARS malgré la pertinence des réponses produites aux appels à projet à les refuser à l'établissement comme le projet d'organisation innovante en réhabilitation psychosociale.

Dans ses observations reçues le 7 février 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « A ce jour, l'ARS est malheureusement toujours en attente de la part de cet établissement d'un projet de structure de réhabilitation psycho-sociale de proximité (niveau 1) conforme au cahier des charges régional. Le centre référent de réhabilitation de Clermont-Ferrand a été missionné par l'ARS pour venir en aide au CH d'Aurillac pour cette création, qui est l'un des objectifs fixé dans le CPOM de cet établissement ».

Il n'y a pas d'enveloppes déléguées au pôle. Quelques achats sont financés par les Croix Marine⁴ pour accompagner des projets d'activités thérapeutiques.

2.3 LES POLES DE PSYCHIATRIE SOUFFRENT D'UN MANQUE CHRONIQUE DE TEMPS MEDICAL

Les trois pôles de psychiatrie (secteurs 1 et 2 de psychiatrie générale, secteur de psychiatrie infanto-juvénile), hors moyens affectés au service des urgences, comptent, au jour du contrôle, 12 postes médicaux budgétés et 261,9 postes non médicaux budgétés.

La répartition des moyens entre l'intrahospitalier (temps complet) et l'extrahospitalier est la suivante :

- temps médical : 9,05 équivalent temps plein (ETP) sur l'intra et 2,95 ETP sur l'extra ;
- temps non médical : 156,85 ETP sur l'intra et 105,05 sur l'extra.

En termes d'effectifs budgétés, la psychiatrie générale apparaît sous dotée en personnel médical.

La réalité est, en effet, préoccupante concernant le personnel médical effectivement disponible :

- en psychiatrie générale, sur neuf postes on dénombre : 1,6 ETP de praticiens hospitaliers (PH), 1,3 ETP de praticien attaché contractuel (PAC), 2 ETP de médecins associés et 0,8 ETP secondés par deux internes et par un interne de médecine en cas de besoin l'après-midi ;
- en psychiatrie infanto-juvénile, les trois postes sont occupés par un PAC et deux attachés associés.

⁴ La Croix Marine est une association qui a pour but d'assurer la protection, ainsi que l'entraide psychologique et sociale en faveur des personnes handicapées par déficience intellectuelle, par maladie mentale ou souffrant de troubles psychologiques avérés, ainsi que l'accompagnement des personnes défailtantes face aux actes de la vie courante et plus généralement de toute personne en difficulté sociale.

Cette tension sur les effectifs médicaux, avec des médecins n'ayant pas tous la plénitude d'exercice, a inéluctablement des répercussions sur l'organisation de la prise en charge des patients.

Les cinq unités d'hospitalisation sont dotées différemment en personnel non médical à la prise en charge. Les ratios agent/lit sont les suivants :

- unité Laborit (unité d'hospitalisation en soins libres) : 1,02 ;
- unité Broussais (unité d'hospitalisation en soins libres) : 0,98 ;
- unité Bernard (unité d'hospitalisation sous contrainte) : 1,46 ;
- unité Simon (unité d'hospitalisation sous contrainte) : 1,60 ;
- unité Deniker (unité psycho-gériatrique – soins libres) : 1,16.

Hormis à l'unité Deniker, où la division du travail a permis d'installer des aides-soignants (AS), les autres unités fonctionnent toutes avec le même référentiel de compétences essentiellement infirmiers diplômés d'Etat (IDE). Les deux unités en soins libres ont fermé huit lits chacune pour faire face à la vacance de sept postes IDE lesquels restaient fermés lors du contrôle (un poste était également vacant à l'unité Simon et à l'unité Bernard).

Les horaires de travail ne diffèrent qu'à l'unité Deniker pour le binôme IDE-AS d'après-midi de 13h45-21h30, les IDE des unités de psychiatrie générale travaillant de 13h45 à 21h15.

La trame des horaires-type est la suivante :

- matin : 6h30-14h15 ;
- après-midi : 13h45 à 21h15 ;
- nuit : 21h00-7h00.

Les agents de service hospitalier (ASH) travaillent de 7h00 à 14h00, en journée, et l'après-midi de 13h00 à 20h00.

Les postes de nuit sont fixes avec deux IDE par nuit sauf à l'unité Deniker (un IDE et un AS). Les professionnels de nuit sont invités aux réunions mais peu y participent. Ils s'acquittent de l'information en signant le compte rendu de réunion. La nuit, l'effectif est renforcé d'un temps d'aide-soignant qui prend son poste à l'unité Simon et tourne ensuite dans les unités de psychiatrie générale.

L'examen des présences médicales montre qu'en moyenne on compte un médecin psychiatre chaque matin en semaine dans les unités sauf à l'unité Deniker. Faute d'effectif médical suffisant, le temps institutionnel disparaît pour répondre en priorité aux besoins des patients. La nuit, le week-end et jours fériés, il est fait appel à l'astreinte opérationnelle commune pour la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile. Le suivi somatique est assuré par deux médecins à temps partiel (équivalant à 0,90 ETP) mais qui ne peuvent consacrer un temps suffisant aux patients (parfois moins de deux heures par jour pour plusieurs unités). Le temps médical consacré à la prise en charge somatique est trop faible lorsqu'on connaît les comorbidités des patients souffrant de troubles psychiques en général et des patients vieillissants en particulier (cf. § soins psy et soins somatiques).

RECOMMANDATION 1

Le temps de présence médical doit permettre aux patients d'accéder aux médecins en fonction de leurs besoins. Ce temps doit permettre aux médecins de participer aux réunions institutionnelles.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « *comme pour certaines autres disciplines, le CH rencontre de grandes difficultés de recrutement de psychiatre malgré des recherches actives. En effet, le CH :*

- *a lancé des recherches de recrutement de psychiatres et pédo psychiatres via une agence d'intérim ;*
- *a participé en janvier au Congrès de l'Encéphale sur 3 jours à Paris (congrès psychiatres). Des contacts ont été établis et des mails ont été envoyés à des candidats potentiels ;*
- *suite aux résultats aux épreuves des EVC, 2 postes en psychiatrie ont ouvert. Le CH est en attente des résultats du CNG (le 03 mars) afin de savoir si les 2 postes ont été pourvus ;*
- *a prévu très prochainement une conférence téléphonique avec le Pr TIAM, CH au Sénégal. 2 stagiaires associés, qui souhaitent potentiellement présenter les EVC, sont intéressés.*

Par contre, le secteur de pédopsychiatrie bénéficie d'une bonne couverture de temps médical somatique. Un médecin généraliste est affecté sur chacun des deux secteurs de psychiatrie adulte. En sus de ces temps spécifiques affectés à la psychiatrie, le pôle de médecine apporte une couverture complémentaire à la demande permettant de couvrir l'ensemble des besoins du secteur de psychiatrie ».

Les contrôleurs prennent acte des efforts fournis par le CH et **maintiennent leur recommandation** dans l'attente des recrutements effectifs.

L'examen des tableaux de service des infirmiers ne révèle pas de déséquilibres majeurs mais dans 2/3 des cas c'est l'effectif de sécurité qui s'applique.

Si les postes de cadres de santé sont pourvus ce n'est pas le cas s'agissant des postes de direction occupés par des faisant-fonctions ou par intérim.

L'absentéisme de l'établissement reste dans la moyenne nationale mais connaît depuis cette année au sortir de la crise sanitaire quelques signes de reprise. En 2019, le taux moyen était de 8,39 % pour passer en 2020 à 8,62 % à périmètre identique (sans les autorisations spéciales d'absence liées au Covid 19). En revanche, à l'échelle des pôles de psychiatrie, l'absentéisme des pôles de psychiatrie générale est inférieur à celui de l'établissement (PIJ : 8,95 %, secteur 1 : 8,09 %, secteur 2 : 5,77 %).

Le turn-over était plutôt faible avant 2021 en psychiatrie, exception faite de la psychiatrie infanto-juvénile (5,76 % en PIJ vs 2,8 % en psychiatrie générale). Mais là, également, on observe un changement avec des départs plus nombreux au sortir de l'année 2020. L'établissement, malgré de relatives bonnes conditions de travail, rencontre depuis l'épreuve que constitue pour les équipes la gestion de la pandémie Covid 19 des difficultés de recrutement majorées concernant les médecins et les soignants (IDE et même AS) ce qui se traduit par une hausse des heures supplémentaires notamment chez les soignants (de 15 % entre 2018 et 2020 au niveau de l'ensemble hospitalier). Pour remédier à un effet de stock des heures supplémentaires et retenir les agents, la direction s'est employée à en rémunérer une partie. Le turn-over chez le

personnel non médical s'est néanmoins accéléré en 2021 par l'attrait momentané de l'exercice libéral (cinq IDE de psychiatrie ont ainsi récemment obtenu des mises en disponibilité).

Les mesures d'attractivité qui relèvent des accords dits de Ségur sont bien mises en œuvre mais leur effet semble relatif. Elles pourraient être complétées par des actions d'initiatives locales d'accueil et d'installation des professionnels par exemple au plan familial ou en matière de délai de stagiairisation qui reste élevé (1 an et 1 mois pour les IDE et 1 an et neuf mois par les aides-soignants). De même, si le choix des pôles est de conserver un haut niveau de qualification infirmière, le contexte de l'emploi soignant sur le territoire devrait pousser l'établissement à soutenir plus activement la promotion de la pratique avancée en psychiatrie et santé mentale autorisée depuis 2019.

Les orientations stratégiques en matière de gestion des compétences, sans même parler de lignes directrices de gestion, datent de quelques années au travers un projet social couvrant la période 2016-2020. On y décèle assez peu d'actions qui viendraient renforcer la connaissance et le respect des droits fondamentaux des patients comme l'adaptation des soignants à l'exercice des soins en psychiatrie, ni dans le projet médical ni de façon plus transversale dans le projet social. Seul le projet de soins est porteur d'une orientation dont l'objectif est de favoriser le respect des droits et de la dignité des patients et d'une action sur l'évaluation du dispositif de contention mais la question des droits fondamentaux n'a pas trouvé rang dans les enjeux stratégiques.

Les agents peuvent accéder à une formation une fois tous les deux ans. L'analyse du dernier plan de formation (mises à part les formations cliniques ponctuelles demandées par les médecins) montre qu'en psychiatrie générale l'effort est fait en direction des formations à la gestion de la violence et de la formation soclecare à visée expérientielle.

Les nouveaux soignants arrivant en psychiatrie ne bénéficient pas d'un tutorat organisé avec un contenu pédagogique fait d'acquisitions progressives que la journée d'intégration ne peut pas compenser à elle seule. De même les formations sur les droits des patients hospitalisés en psychiatrie et les instances en charge de leur contrôle ne sont pas délivrées, les équipes s'appuyant beaucoup sur le bureau des entrées (BDE). Aucune formation n'est dispensée sur l'isolement et la contention.

Les supervisions n'existent plus en psychiatrie générale depuis deux ans, suite au départ du dernier superviseur.

RECOMMANDATION 2

L'établissement doit professionnaliser l'installation des soignants débutant en psychiatrie en leur proposant des conditions de tutorat et de formation en cours d'emploi adaptées. Au-delà de cette phase d'adaptation, tous les professionnels doivent se voir offrir des formations sur les droits des patients et l'isolement et la contention ainsi qu'une supervision afin de pouvoir analyser leurs pratiques professionnelles.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « Le CH a une politique de stagierisation active depuis de nombreuses années. Le personnel est stagierisé plus vite que dans la moyenne des hôpitaux.

A la séance de CTE du 14/12/2021, dernière instance à avoir débattu de ce sujet, le tableau récapitulatif des stagiérisations faisait état d'une ancienneté moyenne à la mise en stage des IDE de 1 an et 1 mois, et des aides-soignants de 1 an et 9 mois.

Le plan de formation du CH comprend un plan dédié à la psychiatrie. Des formations y sont inscrites telles que :

- entraînement à l'entretien en psychiatrie de l'adulte (maîtriser les outils d'entretien) ;*
- méthodologie et conduite d'atelier de médiation thérapeutique ;*
- violence en psychiatrie ;*
- diagnostique psychosocial des compétences des enfants et adolescents ;*
- supervision pour les équipes soignantes.*

Des formations prévues à ce plan ont dû être annulées pour cause de COVID en 2020 et 2021.

L'établissement est par ailleurs en cours de travail concernant la mise en place d'une supervision sur tous les services de psychiatrie et psychiatrie infanto juvénile.

Des pratiques sont déjà partiellement installées en pédopsychiatrie où des psychologues interviennent de façon croisée sur les services où ils n'ont pas de prises en charges.

Le tutorat est pratiqué dans les services de psychiatrie d'une façon informelle. Il doit être formalisé afin de l'institutionnaliser.

Une formation existe au plan institutionnel sur le sujet des droits des patients. Le personnel de psychiatrie bénéficie donc de cette possibilité.

L'axe de formation fort développé depuis l'année 2020 concerne une formation socle care dont le financement par l'ARS dans le cadre de la réforme isolement et contention permettra de la renforcer.

Enfin toujours dans le cadre de la mise en place de la réforme concernant l'isolement et la contention, les formations financées viendront renforcer le dispositif de formation du CH avec une formation SNOZELEN et gestion de la violence ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. En effet, aucune précision n'est apportée sur la date à laquelle le tutorat sera institutionnalisé et sur la mise en place d'une supervision pour tous les services de psychiatrie. Le plan de formation 2022 communiqué par l'établissement ne comprend aucune formation sur les droits des patients et l'isolement et la contention.

Les relations sociales étant bonnes augurent de possibilités de recourir à un dialogue social constructif sur des projets motivants.

2.4 LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST SOUTENUE PAR L'INSTITUTION MAIS L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS VICTIMES DE VIOLENCE EST INSUFFISAMMENT PRIS EN CONSIDERATION

2.4.1 Les faits de violence, les incidents

L'obligation de protection pour faits de violence lorsque les professionnels en sont victimes figure au règlement intérieur de l'établissement. Dans ce document, l'obligation de signalement rapportée ne concerne que des incidents liés à l'utilisation des produits et biens de santé et n'est pas à jour concernant l'obligation de déclaration des événements indésirables (EI) graves associés aux soins en vertu de l'article L.1414-14 du code de la santé publique.

Il existe une politique active de déclaration traduite par l'adoption en 2014 d'une charte d'incitation au signalement des EI permettant l'analyse systémique sans recherche de responsabilité individuelle et une politique de prévention des violences commises à l'encontre du personnel. Cette volonté politique se traduit dans des procédures distinctes de déclaration, de prise en charge et de traitement selon qu'il s'agit d'un acte de violence ou d'un EI.

Ces procédures sont particulièrement complètes (celle relative aux EI ne compte pas moins de dix-neuf pages) car elles rassemblent le temps de l'action (l'alerte et la conduite à tenir durant l'incident), le signalement et la gestion post-événementiel. La déclaration n'est pas informatisée ce qui alourdit le process de gestion malgré le rôle de centralisation joué par la direction qualité qui s'assure du partage de l'information avec les unités concernées et du recueil des informations complémentaires nécessaires à son traitement. Malgré ce travail de relais auprès des unités, la restitution auprès des agents déclarants est jugée défailante. Toutes ces informations transitent par échange de mails non sécurisés.

Concernant la prévention des situations de violence à l'égard des patients, une procédure a été mise en place en 2019 pour repérer les situations à risque en psychiatrie. Cette procédure est intéressante car elle vise à évaluer a priori les risques de passage à l'acte (fiche de prévention des situations à risques en psychiatrie) tout au long du séjour.

Il n'existe pas en tant que telle de procédure de prise en charge et d'accompagnement concernant les patients victimes de violences qui pourraient être commises par les autres patients voire par le personnel. La commission de l'acte est reprise a posteriori avec le patient qui peut aller jusqu'à l'accompagner pour porter plainte en cas de violence envers un autre patient mais ces accompagnements sont très rares ; on en dénombre deux au cours des cinq dernières années.

RECOMMANDATION 3

L'établissement doit définir une organisation efficiente garantissant au patient victime de violence qui souhaite réparation d'être facilement accompagné dans son dépôt de plainte.

Si nécessaire, les professionnels témoins d'actes de violence doivent signaler la situation aux autorités compétentes conformément au code de la santé publique et au code de procédure pénale.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « une procédure générale de prévention et de gestion de violence est en vigueur dans les services de psychiatrie. Elle concerne la violence envers le personnel et les patients. Cette procédure fait référence aux fiches FHF concernant les violences envers tes patients. Si un évènement de violence est constaté, antérieur ou pendant le séjour, le patient est dirigé vers les services de l'APAJ et du commissariat. Ce fonctionnement reste à formaliser. Concernant les mineurs victimes de violences sexuelles, le service de pédopsychiatrie les dirige vers le Service d'Accompagnement SAS ou le SATH gérés par Accent Jeune (fiche de saisine faite pour le SATH). En fonction des services, les mineurs peuvent être accompagnés et/ou orientés vers l'association APAJ ou les travailleurs sociaux du commissariat ou de gendarmerie. La procédure va faire l'objet d'une mise à jour afin d'intégrer ces éléments complémentaires exposés ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation puisque, comme l'indique le directeur du CH, le fonctionnement reste à formaliser.

Au cours des trois dernières années, le poids des signalements en psychiatrie a évolué à la baisse (2018 : 205 déclarations, 2019 : 110, et 2020 : 73). Leur nombre a particulièrement baissé en 2020 dans une proportion plus importante que dans les autres pôles de l'établissement du fait de la pandémie qui a eu pour effet de stabiliser l'activité et les phénomènes de violence en psychiatrie. En 2020, les signalements⁵ se partagent à égalité entre les EI liés aux soins et les actes de violence, étant précisé que deux d'entre eux ont porté sur des décès de patients⁶ pour lesquels des revues de mortalité-morbidité ont été réalisées.

En 2021, à la date du contrôle, on relevait depuis le début de l'année six déclarations concernant pour une d'entre elle un comportement déplacé d'un patient adulte vis-à-vis d'un mineur hospitalisé à l'unité Bernard (cf. § 9.2) et pour les autres des problèmes d'effectifs, la psychiatrie étant directement concernée dans trois situations.

S'agissant des actes de violence, on note une baisse des phénomènes de violence depuis 2019 qui s'est accélérée durant la pandémie. La psychiatrie reste la discipline qui concentre à elle seule la majorité des déclarations de l'établissement à l'observatoire national des violences en santé (64 % en 2016, 61 % en 2017, 76 % en 2018, 63 %, 48 % en 2020).

Evolution du nombre de signalements d'actes de violence entre 2016 et 2020 en psychiatrie générale et en PIJ

PSY	47	50	60	40	20
C.BERNARD	12	10	19	18	10
LABORIT	3	1	4	5	2
MAS	1	2	3		
BROUSSAIS	5	7	3		2
SIMON	17	13	15	7	
DENIKER	9	15	15	9	4
COMPAS		1			
ASS SOCIALE		1			
SIMON					2
ARTAUD			1		
CMP intersectoriel				1	
PPY	5	15	7	4	1
GLYCINES	3	13	7	4	
ENVOL					1
PEDOPSYCHIATRIE	2	2			

La prévention de la violence s'appuie pour tous les pôles sur une offre de formation de deux jours visant à désamorcer les situations de tension comprenant des techniques d'intervention et une formation d'un jour plus spécifique à la psychiatrie sur la gestion de l'agressivité et la maîtrise de techniques de self-défense. Cette seconde formation n'avait pu être mise en place avant la visite du CGLPL mais devait débuter avant fin 2022. Il existe aussi des outils de médiation proposés au patient pour faire baisser les tensions (ergo, psychomotricité, relaxothérapie, sport adapté, médiation animale).

Le bilan quantitatif des formations réalisées sur ce thème depuis de nombreuses années révèle que d'une année à l'autre l'accès est assez erratique. Le nombre moyen d'agents formés chaque année, avant l'interruption en 2018 de l'apport complémentaire du CESU et du centre de simulation en santé, est voisin d'une trentaine de personnes.

Quand bien même le rythme des formations devrait reprendre, l'initiative portant sur la production d'une grille d'évaluation des risques de passage à l'acte (plan de prévention partagé

⁵ En écartant les très nombreux signalements de chutes de patients notamment en provenance de l'unité de psychogériatrie Deniker.

⁶ L'établissement a signalé au cours de l'été 2020 le suicide d'un patient à l'unité Bernard et un décès en réanimation à la suite d'une tentative de suicide.

en test à l'unité Simon) mériterait d'être reconduite plus régulièrement en équipe dans les unités. Elle devrait non seulement être utilisée à l'entretien d'accueil ou en amont de l'admission mais aussi au cours du séjour car elle porte en elle une méthodologie d'évaluation collective des risques plus à même d'anticiper leur survenue.

RECOMMANDATION 4

L'organisation du travail devrait mieux prendre en compte le temps nécessaire à l'évaluation collective des risques de passage à la commission d'actes violents dans les unités afin de mieux les anticiper.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « les services de psychiatrie organisent des temps de transmissions entre soignants durant lesquels l'observation et l'analyse du comportement du patient sont réalisées avec une mise en avant des risques de violences et des actions à mettre en place sont évaluées. Les services organisent également des staffs hebdomadaires durant lesquels les risques de passage à l'acte sont évalués. Du temps de psychologues a été porté sur l'unité fermée de psychiatrie afin de renforcer la pluridisciplinarité de la prise en charge. Ce professionnel crée des espaces de réflexion permettant d'améliorer les pratiques. Une réflexion est en cours afin de mettre en place une fiche d'évaluation du risque de passage à l'acte de violence basée sur les recommandations HAS (du même type que celle en place pour le suicide). Le plan de prévention partagé est en cours de mise en place. Il a été testé au service Simon avant sa fermeture et est en cours de déploiement sur les autres services (Claude Bernard en priorité). Des outils d'évaluation des risques violence, suicide, fugue sont utilisés et renseignés à chaque entrée ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la réflexion étant toujours en cours sur la mise en place de la fiche d'évaluation du risque de passage à l'acte violent.

2.4.2 Les réclamations et les plaintes

Le livret d'accueil informe le patient de son droit d'adresser une réclamation à la direction de l'hôpital. Le patient est d'abord invité à se rapprocher d'un professionnel de l'unité. Il a également la possibilité de se référer à la procédure en ligne sur le site internet de l'établissement. Dans l'unité, l'affichage rappelle le rôle de la commission des usagers et les modalités de présentation écrite d'une réclamation.

L'établissement compte parmi l'équipe de la direction de la qualité une technicienne en charge de la gestion des réclamations et des médiations.

Le nombre de réclamations en psychiatrie générale est variable d'une année sur l'autre et ne dépasse pas cinq à huit par an portant majoritairement (cinq sur huit réclamations en 2020) sur l'hospitalisation contrainte (elles sont quasi inexistantes en psychiatrie infanto-juvénile). On ne relève aucune réclamation émanant des unités Laborit (soins libres) et Deniker (psycho-gériatrie) et ce sont aussi les seules pour lesquelles des patients adressent à la direction quelques courriers de remerciements.

Il existe des permanences au sein du pôle de santé publique du conseil départemental de l'accès au droit et de l'association polyvalente d'actions judiciaires mais qui ne sont pas connues et peu mobilisées par le service social hospitalier.

RECOMMANDATION 5

L'existence des dispositifs en soutien des droits des patients doit être davantage connue des équipes. Le livret d'accueil doit expressément en faire état.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « le CH va mettre en place une fiche spécifique à la psychiatrie intégrée au livret d'accueil institutionnel. Cette fiche intégrera une information concernant les dispositifs de soutien existants ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de cette mise en place.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST INSUFFISAMMENT PORTE PAR L'ETABLISSEMENT

Le comité d'éthique (CE) existe et se réunit régulièrement. Sa présidente depuis 2016, volontaire et sensible aux questions éthiques, admet que les sujets relatifs aux droits des patients n'ont jamais été abordés à l'exception de la dernière réunion de juin 2021 qui a initié la réflexion dans le cadre de la certification HAS 2022. Les questions tenant à la sexualité n'ont jamais été évoquées non plus mais, interrogée par les contrôleurs, la présidente devrait mettre ce sujet à l'ordre du jour de la prochaine réunion de septembre.

Le comité est composé d'une dizaine de membres et aucune personne extérieure à l'hôpital n'intervient. Le projet est d'élargir la réflexion éthique au niveau du GHT (ce qui a été fait lors de la dernière réunion de juin) afin de le rendre plus dynamique.

Pour faciliter sa saisine, une adresse mail avait été diffusée via la lettre d'information de l'hôpital mais personne ne l'ayant saisi, ce procédé a été abandonné. Dans les faits, le comité s'il peut être saisi par tout le monde, ne l'est qu'exceptionnellement comme ça a été le cas en mai 2021 pour aborder la situation d'un patient hospitalisé dans un service de réanimation. Le travail du CE est en tous cas méconnu de tous les soignants des unités de psychiatrie qui n'ont pas le réflexe de le solliciter.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le comité d'éthique doit disposer des moyens pour fonctionner et davantage aborder les sujets relatifs aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie, à l'isolement, la contention et la sexualité.

Il gagnerait par ailleurs à s'ouvrir à des participations extérieures pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « la nouvelle CME du CH, en place depuis décembre 2019, est en cours de structuration concernant la sous-commission éthique (GRE). Le travail de structuration a été retardé par la crise COVID. Sont prévus et en cours de déploiement :

- structuration en CMG du GHT : La composition et l'appel à candidature sont inscrits à l'ODJ de la CMG du 10 mars prochain dans le cadre d'une mutualisation de sous-commissions de la CME des différents établissements ;
- adhésion et mobilisation de plus de participants ;
- composition : ouverture sur le CH de la sous-commission GRE avec réflexion de l'ouverture à des membres de la CDU ou membres extérieur au CH => sera proposé en CMG ;

- *structuration des moyens pour faire fonctionner des sous-commissions de la CME :*
 - *structuration d'un temps secrétariat cf. projet d'un 0,5 ETP secrétariat CME/CMG placé à la DAM ;*
 - *suivi des sous-commissions ;*
 - *nomination d'un nouveau président de cette sous-commission ;*
 - *sujets à traiter par le GRE d'origine ascendante via la sollicitation des services (organiser cette voie de recueil via le service qualité) mais aussi descendante par la gouvernance - intégration des sujets soulevés dans le rapport : isolement, contentions, sexualité => validation de l'ODJ par PCME/PCMG ;*
 - *définition d'un planning d'organisation des sous-commissions de la CME/CMG ;*
 - *développement des outils collaboratifs et de visioconférence afin de faciliter l'accès et l'organisation de cette sous-commission inter établissement ;*
 - *bilan annuel de la sous-commission en CME/CMG ;*
 - *utilisation des valences non cliniques introduites dans le nouveau statut de PH pour dégager du temps dédié à l'investissement institutionnel des praticiens ».*

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte même si les nombreux projets du CH relatif au comité d'éthique n'ont pas tous été encore mis en œuvre.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LE PASSAGE AUX URGENCES PERMET UN EXAMEN SOMATIQUE ET UNE HOSPITALISATION RAPIDE DANS LES SERVICES

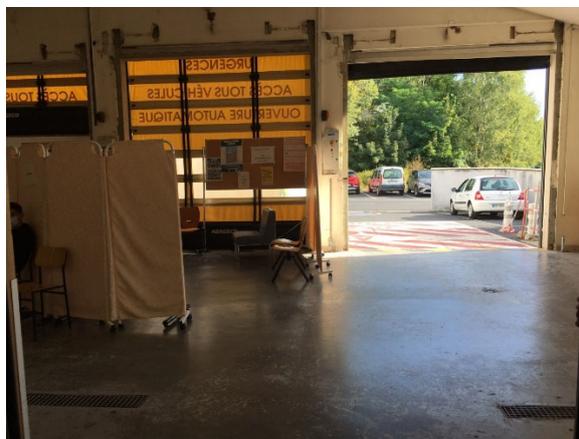
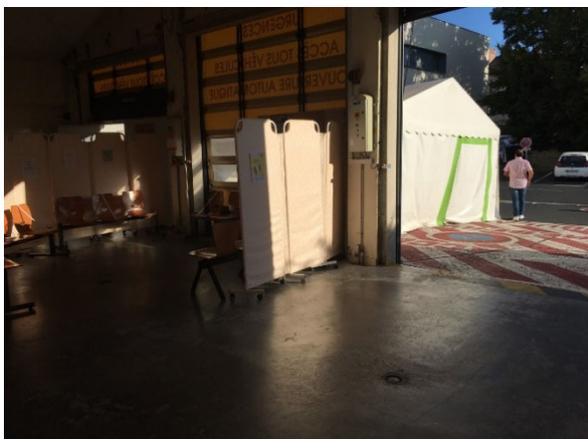
L'établissement dispose de structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) mais pas de structure de prise en charge adaptée pour les crises précoces au domicile, permettant d'éviter le recours systématique à l'hospitalisation. D'autre part, les délais d'obtention de primo rendez-vous en CMP sont souvent supérieurs à six mois ; toutefois les contrôleurs notent l'existence d'un CMP à Aurillac ouvert en journée et acceptant les patients sans rendez-vous.

Des patients non agités mais nécessitant une hospitalisation peuvent être adressés directement en hospitalisation depuis les CMP ou établissements médico sociaux. Les patients en soins sans consentement ou subissant une phase de crise ou d'agitation sont amenés aux urgences générales.

Il n'y a pas de schéma des urgences psychiatriques à l'échelle du territoire de santé.

3.1.1 La prise en charge aux urgences générales

Le service d'accueil des urgences assure la prise en charge, toutes pathologies confondues, d'environ soixante-dix personnes par jour. L'entrée des patients agités s'effectue, comme pour le public et les autres patients, par le garage des ambulances et ceux-ci sont directement amenés à l'intérieur des urgences, dans un premier sas d'entrée où se trouve l'infirmier d'accueil et d'orientation.



Entrée des véhicules transformée en accueil des urgences pendant la pandémie

Le patient, s'il est agité ou à risque de déstabilisation, est ensuite placé dans un box individuel fermé dans lequel il est examiné par un urgentiste. Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, le médecin des urgences contacte le psychiatre d'astreinte ou de garde. Il n'y a pas d'IDE de psychiatrie ou formée à la psychiatrie au sein des urgences ni d'équipe de psychiatrie de liaison au sein du CH.

Le service ne comprend pas de box spécifique pour les patients relevant de la psychiatrie ou agités, ni de chambre d'isolement. Le box utilisé est souvent un des quatre situés en face de

l'espace infirmier permettant une surveillance plus aisée ; les toilettes pour les patients se situent à toute proximité et les personnes y sont amenées sur demande.

Le service compte douze boxes et il est rare que des patients doivent séjourner dans le couloir ; dans ce cas, ce ne sont jamais les patients agités ou contentionnés. Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) se situe dans le prolongement du service et dispose de six chambres avec salle d'eau et WC.

Un chariot prééquipé de moyens de contention (système à aimant) est positionné à l'arrière des urgences et est amené, le cas échéant, dans le box. Le service dispose de deux kits complets de contention (quatre points et une ventrale) ; le matériel est lavé après chaque utilisation.

Les soins sans consentement sont pris en charge par le psychiatre qui effectue les démarches au regard des certificats médicaux et demandes de tiers. Pour les besoins de deuxième certificat médical, il est fait appel à un médecin de la maison médicale de garde de 19h à 8h et aux heures d'ouverture, aux médecins traitants des personnes lorsqu'ils existent.

L'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement est décidée par le médecin des urgences. Les mesures de contention sont inscrites dans le dossier médical du logiciel Sillage utilisé au service des urgences. La surveillance est faite toutes les heures et tracée dans ce même dossier. Aucun patient n'était contenu au moment du contrôle.

Un protocole relatif à la contention a été mis en place aux urgences.

Il n'y a pas de registre de ces mesures et pas d'analyse régulière de la pratique.



Brancard prééquipé avec drap occultant

RECOMMANDATION 6

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « un registre papier d'isolement contention sera mise en place au SAU + analyse des recueils lors des réunions de service mensuelles ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, le registre n'étant pas encore mis en place. L'addictologue passe tous les jours voir les patients signalés aux urgences.

3.1.2 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services *via* les médecins traitants ou les psychiatres dans les CMP et hôpitaux de jour mais dans la grande majorité des cas, les patients sont admis depuis les urgences. Le transport est effectué depuis les urgences par une ambulance de l'hôpital.

Le patient est accueilli dans le service de psychiatrie par un IDE, qui conduit un entretien d'accueil, lui fait visiter les locaux et lui désigne sa chambre en fonction des disponibilités (les chambres étant individuelles).

Les patients sont systématiquement examinés dans le service par le psychiatre de l'unité et le médecin généraliste à leur arrivée.

Un dispositif d'infirmier référent permet au patient d'avoir un suivi plus individualisé.

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel et explication au patient, par des médecins ayant la plénitude d'exercice.

3.2 LA PART DE PATIENTS HOSPITALISES A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENCE ET EN PERIL IMMINENT EST PREDOMINANTE

3.2.1 L'activité générale

En 2020, la file active totale est de 513 patients, en baisse importante par rapport à 2019 (910 patients). Les patients sont très majoritairement hospitalisés : 456 patients en file active hospitalisés à temps plein et 100 patients en file active exclusivement ambulatoire.

Les données communiquées font état d'une durée moyenne de séjour dans les unités adultes, en 2019, de 39 jours et, en 2020, de 47,6 jours. Cette moyenne est majorée par la durée de séjour dans l'unité Deniker qui est très importante (83,1 jours en 2019 et 107,7 en 2020). Dans les unités fermées, la durée moyenne de séjour était, en 2019, de 32,4 jours et, en 2020, de 39,4 jours.

3.2.2 L'activité relative aux soins sans consentement

En 2020, sur les 623 patients adultes hospitalisés à temps complet, 175 l'ont été en soins sans consentement (SSC), soit une part de 28 %.

Parmi ces 175 patients :

- 165 l'ont été en soins psychiatriques sur décision du directeur dont 32 en soins à la demande d'un tiers (SDT), 92 en soins à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) et 52 en soins en cas de péril imminent (SPI) ;
- 10 l'ont été en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) dont 7 à la demande du maire et 3 en tant que détenus.

L'analyse des données fait apparaître non seulement que le nombre de patients en SSC croit depuis 2018 (passant de 155 patients en 2018 à 175 en 2020) mais que la part des patients en SSC dans le total des hospitalisations augmente également (20,7 % de patients en SSC en 2018 et 28 % en 2020).

Dans ce total, la part des SDRE et des SDT stagne, celle des SPI augmente légèrement et celle des SDTU augmente. Les SDTU représentaient 76 patients en 2018 (soit 49 % de la totalité des SSC) et 92 en 2020 (soit 52 % de la totalité des SSC).

En totalité, les décisions du directeur ne reposant que sur un seul certificat médical (SDTU et SDPI) sont largement prédominantes : elles représentent 78 % des patients en 2018 et 82 % en 2020.

Ces données se retrouvent dans les constats effectués par les contrôleurs. En effet, au jour de la visite, sur 29 patients hospitalisés à temps plein en SSC, 16 l'étaient en SPI, 4 en SDTU, 4 en SDT et 1 en SDRE⁷.

RECOMMANDATION 7

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

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'extraction du DIM des API de 2021 est de 23 patients recensés qui ont une API le jour de leur passage aux urgences (donc 2 par mois en moyenne). L'utilisation du dispositif d'admission en soins sans consentement pour péril imminent est mise en œuvre lorsqu'un tiers ne peut pas être trouvé. Une réflexion sera mise en œuvre entre le service psychiatrie et le service des urgences afin d'analyser les pratiques. Un courrier sera transmis par le service de psychiatrie au conseil de l'ordre pour diffusion à tous les médecins libéraux pour les sensibiliser à la nécessité de limiter les périls imminents et recourir le plus souvent possible au recours d'un tiers. Une sensibilisation des médecins de psychiatrie vers les médecins urgentistes sera effectuée lors de la prochaine commission des admissions non programmées. Il est envisagé de rajouter sur le certificat médical N°2 d'API, la traçabilité de vaine recherche de tiers pour inciter à la transformation des mesures. L'ensemble du personnel des urgences sera sensibilisé à l'obligation de recherche de tiers avant l'hospitalisation pour péril imminent (staff médicaux et réunions de services)

Dans ses observations reçues le 7 février 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « l'ARS avait noté que cet établissement se distinguait par un taux de périls imminents trop élevé. Un objectif de diminution de ces mesures qui doivent rester exceptionnelles a donc été fixé à l'établissement dans son CPOM ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et **maintiennent leur recommandation**.

3.2.3 La gestion de la suroccupation

Les données communiquées font état en 2019 d'un taux d'occupation des unités adultes en 2019 de 84 % et en 2020 de 82,3 %. Les unités fermées ont un taux d'occupation en 2019 de 78,5 % et en 2020 de 79,7 %.

Les unités ne sont pas confrontées à des problèmes de suroccupation. Cependant, par manque de places dans les unités ouvertes du secteur, les unités fermées Claude Bernard et Simon accueillent chacune, au jour de la visite, deux patients en soins libres.

Les chambres d'isolement ne sont pas utilisées comme des chambres d'hospitalisation et aucun doublage de chambre n'est pratiqué.

⁷ Cinq autres patients en SPRE sont suivis en programmes de soins.

3.3 L'INFORMATION GENERALE EST AFFAIBLIE PAR DES SUPPORTS HETEROGENES ET INSUFFISAMMENT ACTUALISES ET LES DROITS SPECIFIQUES SONT PARTIELLEMENT GARANTIS

3.3.1 L'information générale sur les droits

Le règlement intérieur de l'établissement n'est pas accessible au patient et il n'est pas non plus consultable sur le site internet. Lorsqu'il y est fait référence à de très rares occasions dans un règlement intérieur d'unité, il est détourné de son sens (exemple dans l'unité Simon s'agissant de l'usage du téléphone portable dont l'interdiction est légitimée par un risque de perturbation des dispositifs médicaux). Il existe dans le règlement intérieur quelques références aux droits des patients (l'information du patient, de sa famille ou de sa personne de confiance, le secret de l'hospitalisation, la possibilité de déposer réclamation, l'accès au culte ou les visites...) mais leur transposition à la prise en charge des patients en soins sans consentement relève de l'appréciation des unités au travers de leur règlement intérieur.

Deux unités accueillent des patients en soins sans consentement : Claude Bernard et Simon. Chacune dispose d'un règlement intérieur d'unité différent dans sa forme et son contenu (avec et parfois sans mention des activités proposées). Ils sont affichés sur des lieux de passage fréquentés par les patients mais leur lecture est peu commode (affichage des feuillets à l'envers à Claude Bernard, surchargé à Simon). Les textes sont parfois peu accessibles aux non-initiés : exemple des modalités d'accès au téléphone définies sur « PM » comme « prescription médicale ». Ils comportent parfois des dispositions illégales comme celle de confier au personnel infirmier un droit d'inventaire des effets des visiteurs (cf. § 5.2). Les interdictions y sont nombreuses et systématiques : café et thé sont proscrits, le tabac et les briquets sont gérés sans mention d'une prescription médicale, la visite d'un patient dans la chambre d'un autre patient est interdite.

L'information générale sur les droits figure dans le livret d'accueil du patient. Une version datant de 2018 reste en circulation et si nombre d'informations sont obsolètes, elle avait le mérite de mentionner succinctement les conditions d'hospitalisation en psychiatrie, ce que la version de mars 2021 a fait disparaître. Pour compléter le livret d'accueil d'autres informations manquantes, plusieurs documents agrafés l'accompagnent : les imprimés sur le dépôt de valeurs, la désignation de la personne de confiance, l'entretien avec le médecin, le questionnaire de sortie, les indicateurs de résultats IPAQSS, les directives anticipées. Le livret n'est pas systématiquement remis au moment de l'installation en chambre par l'infirmier.

A l'affichage, on trouve les coordonnées du point d'accès au droit, celles de la commission des usagers et celles des associations d'usagers mais il manque celles des institutions de contrôle des droits et des avocats.

RECOMMANDATION 8

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation, aux règles de vie de l'unité et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « des supports d'information sont disponibles dans les unités d'hospitalisation ouvertes. Ils sont affichés dans les chambres. Cette pratique va être étendue à l'ensemble des services de psychiatrie ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date à laquelle les supports d'information seront effectivement proposés aux patients.

3.3.2 L'information générale sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Un agent spécialisé du BDE prépare chaque jour les décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement prononcées par le directeur de l'établissement et signées par lui ou le plus souvent, par délégation, par un adjoint des cadres de direction ou un adjoint administratif. Pour une admission prononcée le week-end et jours fériés, la décision est prise par le cadre de direction ou administratif de garde et la nuit par le cadre de direction de garde.

Depuis 2011, la notification des décisions et des droits est organisée les jours ouvrés sauf le samedi par l'agent spécialisé du BDE qui se déplace rencontrer le patient. Une copie de la décision d'admission est remise au patient contre signature d'un récépissé. Dans son contenu, l'identité du tiers n'est pas mentionnée, les certificats médicaux ne sont pas remis au patient car les médecins n'y sont pas favorables et les certificats ne font pas toujours état d'une information et d'un recueil formel des observations du patient.

RECOMMANDATION 9

L'identité du tiers doit être portée à la connaissance du patient dans le cadre d'un examen équitable de sa situation.

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission et de maintien en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'information sera donnée au patient ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date à laquelle ces informations seront effectivement portées à la connaissance des patients.

L'agent remet au patient contre récépissé une lettre-type explicative de sa situation administrative et des voies de recours ; la liste des saisines possibles est complète. Il recueille également par le biais d'une fiche technique administrative sa volonté de se présenter ou pas à l'audience du JLD.

L'agent prend le temps nécessaire pour lui donner toutes les explications et répondre à ses questions. Il le fait avec beaucoup de rigueur.

En cas d'admission un vendredi en fin d'après-midi, le patient hospitalisé sous contrainte ne se verra notifier ses droits que le lundi.

RECOMMANDATION 10

Le patient hospitalisé sans son consentement doit être en mesure de se voir communiquer le week-end et les jours fériés les décisions qui le concernent ainsi que ses droits et voies de recours, en application de l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « la décision sera remise aux patients le week-end par les soignants après signature de la décision par le cadre supérieur ou le cadre de santé d'astreinte par délégation de la signature du directeur. Le modèle

de fiche d'information patient a été revu en ce sens et utilisera les étiquettes patient pour permettre une utilisation sans recours au service des admissions fermé le week-end ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur sa date de réalisation effective.

Si l'organisation centralisée sur le BDE apporte des garanties quant à une bonne appropriation par le patient de sa situation, elle tend aussi à éloigner les soignants du sujet des droits spécifiques associés aux mesures d'hospitalisation prononcées sans le consentement du patient. Il n'existe pas de modalités écrites de notification des droits des patients faisant l'objet de mesures d'isolement et de contention (modalités de requête du JLD par le patient en cas de prolongation exceptionnelle des mesures).

RECO PRISE EN COMPTE 2

L'établissement doit engager sans délai une réflexion pour définir les modalités de notification des droits de recours des patients isolés ou contenus en application de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « *la procédure de fonctionnement de l'isolement et de la contention est en cours de révision suite à la nouvelle loi de 2021 complétée par la mise à jour de janvier 2022. Le CH est en attente des décrets d'application afin de la finaliser. Les textes sont appliqués à ce jour. Les droits sont notifiés au patient par le médecin psychiatre. En cas de dépassement des délais légaux, l'information au juge sera transmise par le cadre ou le cadre supérieur d'astreinte les week-ends et jours fériés dans le cadre de la délégation de signature du directeur. Ce travail est réalisé en collaboration étroite avec le JLD* ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

La possibilité d'accès au dossier médical est portée à connaissance du patient dans le livret d'accueil. Cette faculté est rarement utilisée par les patients hospitalisés en soins sans consentement (Claude Bernard : aucune fois en trois ans, Simon : trois fois en 2018, une fois en 2019 et aucune fois en 2020). Les modalités très formelles imposées et la subordination de l'accès au dossier à la présence d'un médecin sont à l'origine d'un usage peu répandu parce qu'insuffisamment accompagné.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 S'ILS APPELLENT QUELQUES AMELIORATIONS, LES LOCAUX SONT AGREABLES ET BIEN ENTRETENUS

4.1.1 Présentation générale des locaux des unités de psychiatrie adulte

Le service de psychiatrie adulte se trouve au sein de l'enceinte du CH et il est bien intégré à l'hôpital général ce qui concourt à la non-stigmatisation des patients hospitalisés dans ces services. Si l'hôpital pâtit de difficultés d'accessibilité au plan territorial, il a comme atout d'être situé en centre-ville ce qui facilite la venue des proches des patients. Par ailleurs, des affiches situées dans les unités informent de l'existence d'une navette gratuite qui, du centre-ville, dessert les différents services de l'hôpital dont celui de psychiatrie.

Le service de psychiatrie adulte est constitué de quatre bâtiments en rez-de-chaussée et sans étage.

Le premier, situé à l'extrémité droite du service, accueille notamment les locaux administratifs, le secrétariat, le bureau du médecin chef de pôle, celui du cadre supérieur de supérieur de pôle, la salle réservée aux audiences du JLD.

Les deux autres bâtiments sont desservis par une rampe d'accès adaptée aux personnes à mobilité réduite. A la gauche de cette entrée commune, se trouve le bâtiment abritant le secteur 1 constitué de deux unités, l'unité Claude Bernard fermée et l'unité Laborie ouverte. Sur la droite se trouve le bâtiment du secteur 2, constitué de deux unités, l'unité Simon, fermée, et l'unité ouverte Broussais. Les deux secteurs ont été conçus de la même manière, chaque bâtiment de chaque unité est un ovale au centre duquel se trouve un patio extérieur. Les unités ouvertes disposent en sus d'un bâtiment en rectangle.



Vue aérienne en rouge du service de psychiatrie



Rampe d'accès desservant les deux secteurs

Le bâtiment du secteur 1 comprend un niveau inférieur où se situent le BDE et le service des mandataires hospitaliers.

Enfin, derrière cet ensemble, se trouve le bâtiment abritant le service de gérontopsychiatrie l'unité Deniker qui dispose d'une entrée propre.

Les services de psychiatrie utilisent les installations à usage collectif de l'hôpital notamment le gymnase et la cafétéria (fermée au moment du contrôle).

Le service de psychiatrie a été entièrement refait de 2009 à 2012. Les locaux ont été bien conçus et sont lumineux. Toutes les unités disposent par ailleurs de patios extérieurs, où les patients

peuvent se rendre pour fumer ou faire des activités de jardinage, offrant une importante perspective visuelle n'induisant aucunement un sentiment d'enfermement. Les locaux sont dans un excellent état d'entretien tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.



Unité Claude Bernard

Construites sur des plans quasiment identiques, les unités sont constituées, outre des chambres, de différentes salles répondant aux besoins et aux attentes des patients et des soignants. On y trouve ainsi un réfectoire, des salles de télévision comprenant des fauteuils confortables, des bureaux pour les consultations médicales, une salle d'activités avec ping-pong et babyfoot, un salon servant aux visites des familles, un poste de soins, des sanitaires, des salles de réunion. Certaines unités disposent d'une salle de bain et d'une bibliothèque. Des œuvres réalisées par des patients décorent quelques murs.

Toutes les chambres des unités de psychiatrie adultes (à l'exception d'une à Claude Bernard) sont individuelles et disposent d'une salle d'eau comprenant une douche, un WC et un lavabo avec miroir. Leur équipement paraît adapté et suffisant : elles disposent d'un bouton d'appel, d'un lit, d'une table et d'une chaise, d'un placard fermable à clé, d'un chauffage et d'une fenêtre (voire d'une porte-fenêtre pour les chambres donnant sur le patio) donnant sur l'extérieur, laissant entrer la lumière naturelle.



Locaux communs

4.1.2 Les améliorations à apporter

Deux réserves doivent néanmoins être formulées concernant les locaux. Tout d'abord, aucune des chambres n'est équipée de verrou de confort ni de coffres (cf. § 4.3). De plus, les patients ne peuvent ouvrir librement, même en partie, leurs fenêtres et sont dépendants de la disponibilité des soignants pour ce faire.

RECOMMANDATION 11

Les patients doivent pouvoir aérer librement leur chambre.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « les chambres des services de psychiatrie ouverts ont des fenêtres qui permettent l'ouverture. Dans les services fermés, les fenêtres des chambres disposent d'un vasistas en haut débrouillable uniquement avec la clef que possèdent les soignants. La difficulté des chambres des services fermés est que ces chambres sont en rez de chaussée et certaines donnent accès à une cour intérieure communicant avec le service Laborit ouvert permettant d'introduire des produits dangereux pour le patient ou les autres (3 chambres). Sur les autres chambres, le CH va remplacer le cylindre de la serrure par une poignée simple que pourront manœuvrer les patients afin de gérer l'aération de leur chambre ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, des systèmes doivent être mis en place pour permettre à tous les patients d'aérer librement leur chambre.

4.2 LES PATIENTS ONT LES MOYENS D'ASSURER LEUR HYGIENE CORPORELLE

A l'exception d'une , les chambres des unités de psychiatrie adulte sont individuelles et équipées d'une douche et de toilettes.

Les locaux sont quotidiennement nettoyés par une équipe d'ASH qui disposent du matériel nécessaire à cet effet. Malgré les postes vacants, ils sont très propres et bien entretenus comme les extérieurs des patios dont s'occupent les jardiniers du CH.

Le linge de toilette et de lit, en quantité suffisante, est changé au moins une fois par semaine et lavé à la lingerie de l'hôpital.

S'agissant du lavage du linge personnel, en l'absence de proches des patients pour le faire, les règles diffèrent selon les unités qui disposent de machines à laver. Certaines interdisent leur utilisation sauf de façon exceptionnelle, d'autres la permettent car le système existant prévoit d'envoyer le linge à un pressing qui pratique des prix prohibitifs, ce qui est particulièrement préjudiciable pour les patients bénéficiant de mesures de protection juridique.

RECOMMANDATION 12

Les patients doivent disposer des moyens d'entretenir leur linge.

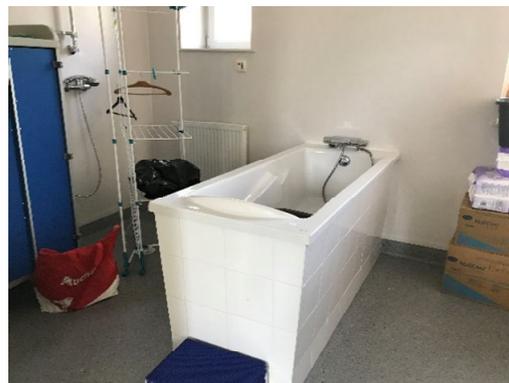
Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « chaque service dispose d'un lave-linge permettant d'entretenir le linge des patients. Cette possibilité sera évoquée dans la fiche additive du livret d'accueil ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de cette mise en place.

Les deux unités fermées disposent d'une salle de bain collective qui permet aux patients de prendre un bain et de bénéficier de soins esthétiques.



Sanitaire d'une chambre individuelle



Salle de bain collective

Les patients sans ressources peuvent recevoir gratuitement des produits d'hygiène – savons, déodorants, etc. – ainsi que des vêtements, alimentés par des dons, conservés dans des vestiaires au sein des unités.

Des masques et du gel hydroalcoolique sont disponibles et aucune difficulté n'a été relevée sur les stocks fournis.

L'établissement n'est pas confronté à la présence de nuisibles et met en place tous les protocoles nécessaires pour prévenir leur présence.

4.3 LES PATIENTS N'ONT PAS LA POSSIBILITE DE METTRE LEURS BIENS EN SECURITE

Les objets dangereux ou susceptibles de l'être (rasoirs, chargeurs de téléphone etc.), les portables et le tabac pour certains patients (cf. § 5.1.3) voire dans certaines unités les produits de toilette, sont retirés et généralement conservés dans des casiers nominatifs dans le bureau des infirmiers. Pour les objets de valeur, les règles diffèrent selon les unités : dans certaines, les patients sont autorisés à conserver leur argent, carte bancaire et documents d'identité alors que dans d'autres ces biens sont systématiquement retirés et remis au BDE à l'exception des petites sommes d'argent gardées dans le bureau infirmier.

A l'exception de sept chambres à l'unité Deniker, les chambres disposent toutes de placards pouvant être fermés à clé mais les patients ne disposent pas des clés de leurs placards les rendant dépendants de la disponibilité des soignants pour y accéder et mettre leurs biens en sécurité. Aucun coffre non plus n'est installé. Cette situation est aggravée par le fait qu'aucune porte de chambre n'est équipée de verrou de confort.

Un inventaire est réalisé lors de l'admission mais il n'est pas signé par le patient et aucune copie ne lui est remise.

RECOMMANDATION 13

Les patients doivent pouvoir fermer librement leur placard ou disposer de coffres pour mettre leurs biens en sécurité et les portes des chambres doivent être équipées de verrous de confort.

L'inventaire contradictoire doit comporter la signature du patient et une copie doit lui être remise.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'inventaire des effets du patient est établi en début de séjour. Les services vont mettre en place une signature contradictoire de cet inventaire. Des cadenas vont être mis en place sur chaque porte de placard des chambres des unités de psychiatrie. La mise en place de verrous de confort va être mise à l'étude pour tous les services ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune date de réalisation effective de ces projets n'étant apportée.

4.4 LA PROTECTION JURIDIQUE ASSUREE PAR LES MANDATAIRES HOSPITALIERS EST DE QUALITE

La présence d'assistantes sociales (AS) au sein des unités permet l'identification des patients nécessitant une protection juridique, même si la majorité des personnes le nécessitant est déjà sous protection avant l'hospitalisation.

Les assistants sociaux (deux au secteur 1 et trois au secteur 2), qui initient les demandes de protection, se répartissent les patients et chacun reste référent de ses patients tout au long de la prise en charge aussi bien à l'intra qu'à l'extrahospitalier. Ils ne rencontrent les personnes que sur sollicitation de l'équipe soignante et sont présents aux réunions cliniques.

Les mesures sont réparties entre les mandataires hospitaliers, le CH disposant de deux gérants de tutelle, et des mandataires extérieurs, l'UDAF⁸ 15, et l'AT⁹ 15. Au jour du contrôle, dix-neuf patients hospitalisés sous contrainte sur les vingt-neuf présents étaient placés sous protection juridique, quinze suivis par des mandataires associatifs (sept à l'UDAF et huit à l'AT15) et quatre par le service de mandataires hospitaliers. Les deux juges des tutelles du TJ d'Aurillac souhaiteraient confier aux mandataires hospitaliers l'ensemble des mesures mais cela nécessiterait que le service soit redimensionné pour ce faire.

Les relations de l'équipe soignante et des AS avec les mandataires hospitaliers sont fluides et de qualité, plus difficiles avec les mandataires extérieurs, notamment les quelques mandataires privés.

Les mandataires de justice extérieurs ne rendent pas visite à leurs protégés et s'ils sont associés à la prise en charge, notamment en préparation à la sortie, ils ne sont jamais présents lors des audiences du JLD. Pour l'achat de cigarettes, ils délivrent des bons d'achat que les IDE utilisent dans un bureau de tabac à proximité de l'établissement hospitalier.

Le CH d'Aurillac a toujours disposé d'un service de tutelle spécifique. Composé de six agents dans les années 80, il a failli être supprimé en 2019 et était constitué au jour de contrôle de deux agents, tous deux mandataires judiciaires, permettant d'assurer une continuité de service. Il est habilité à suivre cent dossiers maximum. Au jour du contrôle, les deux gérants suivaient 86 personnes dont 35 hospitalisées (30 en unités libres, 3 en unités fermées et 2 en programme de soins (PDS) suivi en hôpital de jour) étant précisé que le nombre de mesures a augmenté de près de 20 % à la suite de la crise sanitaire.

⁸ Union départementale des associations familiales.

⁹ Association tutélaire.

Ces deux agents sont situés à proximité des unités¹⁰ ce qui leur permet d'être réactifs, de travailler en collégialité avec les équipes soignantes et d'apporter des solutions adaptées aux besoins des personnes. Ils entretiennent des relations de qualité avec les AS ce qui évite toute rupture de prise en charge entre le moment où la mesure est demandée et celui où elle est réceptionnée par le service. Malgré un manque de moyens (les agents ne sont qu'au nombre de deux alors que quatre personnes seraient nécessaires et ne disposent que d'un véhicule ancien alors qu'ils sont amenés à suivre des patients hors Aurillac), les agents de tutelle sont impliqués. Ainsi, ils se rendent aux réunions de synthèse pluridisciplinaires, aux audiences du JLD, emmènent la personne visiter l'établissement de sortie envisagé, ont établi des conventions avec des banques¹¹ disposant d'agents spécialement affectés pour le suivi des personnes protégées et avec un magasin qui se rend deux fois par an dans les unités pour proposer des vêtements aux patients. Ils ont élaboré une notice d'information à destination des patients protégés pour leur expliquer le rôle du service et un règlement de fonctionnement. Ils disposent d'un stock de vêtements de chaussures ou de produits de toilette pour dépanner les personnes si nécessaire et se rendent régulièrement et le plus souvent possible dans les unités pour rencontrer les patients et leur amener ce dont ils ont besoin. Aucune restriction abusive n'est appliquée y compris pour les cigarettes. Au contraire, les agents de tutelle font tout leur possible pour trouver des solutions adéquates. Ainsi, afin d'éviter qu'une patiente se voit privée de cigarettes au motif qu'elle se brûlait les doigts et trouait ses vêtements, les agents lui ont acheté un porte cigarettes. Les deux agents de tutelle, diplômés du certificat national de compétence obligatoire, n'ont qu'un statut pour l'une d'adjoint des cadres hospitaliers (catégorie B) et pour l'autre d'adjoint administratif sans qu'une revalorisation de leur statut ne soit envisagée par l'établissement. Toutes les semaines, les patients suivis par les gérants de tutelle peuvent aller retirer de l'argent avec leurs cartes bancaires qui sont conservées dans le coffre du service des agents de tutelle.

RECOMMANDATION 14

Les mandataires hospitaliers doivent disposer des moyens nécessaires pour suivre l'ensemble des personnes protégées.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « les mandataires judiciaires disposent des moyens nécessaires pour suivre l'ensemble des personnes protégées. Le service est correctement dimensionné avec deux agents permettant de gérer 100 mesures au maximum ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation puisqu'aucun élément nouveau, au regard des constats des contrôleurs, n'est apporté.

4.5 LES REPAS SONT DIVERSIFIES, SUFFISANTS EN QUANTITE ET APPRECIES PAR LES PATIENTS

Plusieurs repas par jour sont servis : le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner et une boisson chaude le soir. Depuis le début de la crise sanitaire, les patients sont tenus de prendre

¹⁰ Le service de la gestion des tutelles est situé dans le secteur psychiatrique au rez-de-chaussée et dispose de bureaux individuels et d'une salle d'attente partagée avec le bureau des admissions accessible aux personnes handicapées.

¹¹ Depuis le 1er janvier 2020 et en vertu de la loi du 23 mars 2019 de programmation et de réforme pour la justice, les mandataires judiciaires ne sont plus soumis aux règles de la comptabilité publique hospitalière.

leur repas dans leurs chambres et non dans le réfectoire comme habituellement à l'exception des patients présentant des pathologies alimentaires ou des risques particuliers (fausse route, diabète) nécessitant leur surveillance ou ceux en hospitalisation partielle dans le cadre d'un PDS. Au jour du contrôle, une réflexion était en cours dans certaines unités pour permettre aux patients vaccinés de se restaurer ensemble.

Les réfectoires sont tous très agréables, lumineux et propres et les patients peuvent conserver des denrées non périssables en chambre.



Réfectoire d'une unité



Salle de préparation des repas de la cuisine centrale

Préparés par la cuisine centrale du CH, les repas sont livrés deux fois par jour dans un régéthermie¹² qui comprend une fonction permettant à l'unité de les réchauffer sur place automatiquement. Les repas sont présentés sur des plateaux avec assiettes en porcelaine, couverts en inox et verres. Des repas améliorés sont proposés lors des fêtes et des ateliers cuisine avec les patients sont organisés régulièrement même si certains ont été suspendus en raison de la crise sanitaire (mise à disposition de produits particuliers, venue de deux cuisiniers de la cuisine centrale dans les unités pour la confection de plats ou organisation d'ateliers avec les diététiciennes de l'hôpital sur l'alimentation équilibrée pour les mineurs).

Les repas sont élaborés par les diététiciennes du CH (au nombre de cinq et quatre équivalents temps plein et demi) sur un cycle de quatre semaines et de deux saisons (printemps/été ; automne/hiver) et validés lors d'une réunion en présence du service de restauration. Ils comprennent quelques produits biologiques et une part de produits frais et locaux grâce à des collaborations avec des fournisseurs. Deux fois par an, une semaine « agri local » permet de proposer un produit par jour issu de l'approvisionnement local. Près de dix-huit menus sont proposés (hypocalorique, diabétique, sans sel, etc.) dont un spécifique aux mineurs hospitalisés en pédopsychiatrie.

Les repas sont appréciés tant en quantité qu'en qualité comme l'ont indiqué la plupart des patients rencontrés, certains précisant que c'était bon.

Les différents régimes sont pris en compte dès l'arrivée et enregistrés sur un logiciel qui, en fonction des aversions de la personne, propose automatiquement le plat le plus adéquat. A

¹² Un régéthermie est un chariot de transport bi-températif : les repas sont livrés froids mais le régéthermie permet de les réchauffer en 45 mns environ.

chaque repas, la cuisine centrale prépare pour chaque entrée, plat et dessert dix-huit plats différents permettant de satisfaire tous les choix ou contraintes alimentaires.

BONNE PRATIQUE 1

Un menu spécifique est élaboré pour les mineurs hospitalisés en pédopsychiatrie permettant de proposer un repas adapté à leur âge. Les patients disposent d'un choix important de plats permettant de satisfaire à tous leurs besoins.

La cuisine, vaste, propre, agréable, bien organisée et équipée, satisfait aux normes d'hygiène et aux contrôles effectués régulièrement par les autorités compétentes mais sa construction en 2005 a été l'objet de malfaçons qui ont engagé l'hôpital dans des procédures judiciaires longues et toujours en cours. Des travaux sont prévus prochainement pour restaurer certaines chambres froides.

Aucune commission restauration n'est mise en place au sein de l'établissement. La responsable du service restauration ne peut se rendre dans les services en raison d'un poste vacant et les questionnaires de sortie sont peu exploitables. Cependant, les diététiciennes du CH passent dans les unités et effectuent des entretiens individuels avec les patients pour leur proposer les repas les plus adaptés soit à leur demande, soit sur prescription médicale ou après orientation de l'équipe soignante, étant précisé que les troubles des comportements alimentaires concernent majoritairement les patients hospitalisés en psychiatrie.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Si la restauration est de qualité et le recours aux diététiciennes possible et individualisé, il serait néanmoins souhaitable qu'une commission « restauration » incluant une participation des patients soit mise en place.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « suite à la visite, le secteur de psychiatrie met en place une commission restauration incluant un représentant des usagers, la présence de patients, une représentation des diététiciens, des infirmiers de services, les référents CLAN à l'instar de ce qui est pratiqué sur le secteur de la gériatrie ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte même s'ils auraient souhaité avoir communication de la date d'installation de cette commission.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES, SYSTEMATIQUES EN UNITES FERMEES, NE SONT PAS JUSTIFIEES PAR L'ETAT CLINIQUE DES PATIENTS

5.1.1 Le cadre général

Les patients des unités ouvertes circulent dans les locaux, les jardins et sortent des services librement. Au sein de l'unité de psychogériatrie, fermée pour protéger les patients désorientés, ceux qui en sont en capacité peuvent sortir seuls dans le parc de l'établissement après en avoir avisé les soignants.

En revanche, deux unités sont totalement fermées et ne sont accessibles qu'après en avoir sollicité l'entrée par un interphone. Elles sont réservées à l'accueil des personnes en soins sans consentement dont le statut est considéré comme emportant l'interdiction de sortir, sans que cette restriction soit justifiée par leur état clinique.

RECO PRISE EN COMPTE 4

L'hébergement des patients admis en soins sans consentement en unité fermée ne peut être justifié par ce seul statut d'admission. Il ne peut être fondé que sur leur état clinique. Une réflexion institutionnelle, portant sur l'ouverture des unités, doit être engagée.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « suite à la visite de septembre 2021, les services ont été réorganisés. Il n'existe qu'une unité fermée. Les patients en soins sans consentement, lorsque leur état le permet, sont hospitalisés dans des unités ouvertes. Une évaluation du risque de passage à l'acte est faite à l'entrée du patient en soins sans consentement. Les patients présentant le moins de risque de violence sont hospitalisés en services libres ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

En outre, dans chacune de ces unités fermées sont hospitalisés des patients admis en soins libres. Dans l'une des unités, ils n'ont pas la possibilité de sortir, dans l'autre, ils sortent à la demande et sur avis médical. Les soignants interrogés sur la présence de ces patients ont avancé des raisons de sécurité liées au risque de fugue.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les restrictions à la liberté d'aller et venir des personnes admises sous le régime des soins libres n'ont aucune base légale et doivent cesser.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « cette pratique a cessé ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

5.1.2 L'accès aux chambres et aux jardins

Les chambres sont accessibles aux patients sans restriction cependant les soignants indiquent ne pas laisser les patients repliés dans leur chambre et les inciter à participer aux activités.

L'accès aux jardins des unités est souple de 6h30 à 23h. Ils sont aménagés d'un abri pour protéger des intempéries. Toutefois, au sein de chaque secteur, l'espace jardin situé entre les deux unités n'est accessible qu'aux patients de l'unité ouverte.

Les horaires de repas sont imposés car, bien qu'il soit mentionné une certaine souplesse, ils correspondent aux horaires de dispensation des médicaments (8h, 12h, 17h, 20h et 22h).

L'horaire d'accès à la télévision est identique à celui admis pour l'accès au jardin de 6h30 à 23h.

Le port du pyjama n'est pas imposé.

5.1.3 L'accès au tabac

L'usage du tabac est officiellement interdit dans les bâtiments et autorisé dans les jardins des unités. Néanmoins, l'accès au tabac n'est pas harmonisé entre les unités fermées. Dans l'une, le règlement intérieur précise que « l'équipe infirmière se réserve le droit de gérer le tabac et les briquets de certains » sans mention d'une prescription médicale. Dans les deux, le tabac est retiré aux patients pour le conserver dans leurs casiers nominatifs. Il s'agirait de les empêcher de trop fumer pour des raisons de santé et pour des raisons financières.

Les patients auxquels les cigarettes sont retirées « pour raison de sécurité ou pécuniaire » se voient contingenter les cigarettes au cours de la journée par les infirmiers. Les autres disposent de leur paquet, et de leur briquet en journée mais doivent le rendre le soir à l'équipe de nuit. Les patients ne disposant pas d'un briquet peuvent utiliser un allume-cigare dans la cour. L'achat de tabac est assuré par les familles ou par les soignants lorsque les tuteurs adressent des bons d'achat.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, une certaine souplesse pourrait permettre aux soignants de nuit de laisser sortir un patient pour fumer au-delà de la fermeture si cela permettait de l'apaiser.

5.1.4 L'accès aux activités extérieures aux unités

Sur prescription médicale, trois patients peuvent sortir seuls de l'une des unités fermées pour se rendre à l'activité de « sport adapté ».

Là encore le manque d'harmonisation est flagrant, l'autre unité dispose d'un infirmier spécialisé dans le domaine des activités (cf. § 8.1.2).

5.1.5 L'équipe de sécurité

Les contrôleurs ont rencontré l'ingénieur chargé de la maintenance, la sécurité et la sûreté du site ainsi que son adjoint. Il leur a été rapporté qu'à la suite de projections – essentiellement de cannabis – dans les cours des unités fermées, les soignants avaient demandé que des portails grillagés soient installés à distance des locaux pour éviter une trop grande proximité. De même que des fugues ayant été effectuées par les trappes de désenfumage, des grilles avaient été ajoutées. Enfin, les équipes ont demandé des protections sur les gouttières dans les jardins afin que les patients ne puissent y grimper. Des ajouts sont donc sollicités au fur et à mesure.

Cette propension à l'hyper sécurisation, alors que par ailleurs l'établissement se prépare à modifier son organisation et ne conserver qu'une unité fermée, interroge.

Des téléphones à triple fonction – téléphone, appel malade et alerte – vont remplacer les PTI (protection travailleur isolé) qui dysfonctionnent. Des badges nominatifs et horodatés remplaceront les clés.

Les équipes de sécurité incendie appartenant à une société privée sont présentes 7 jours sur 7 et 24h/24 sur l'ensemble des 13 hectares du site.

Tous les agents sont de sexe masculin. Ils ont tous suivi une formation sur le risque incendie (SIAP 1 et SIAP 2). En journée, trois agents de sécurité occupent les plages horaires de 5h à 21h ; durant la nuit, deux agents sont de service de 21h à 5h. L'équipe intervient également sous forme de rondes dans l'enceinte de l'établissement ; elle s'attache à contrôler d'éventuelles intrusions.

L'activité est caractérisée principalement par la gestion des clés et par des interventions sur demande des soignants en deuxième intention si les renforts de soignants des autres unités s'avéraient insuffisants. Ils ne vont pas au contact des patients, ils sont sollicités non pas pour intervenir physiquement mais pour provoquer un effet dissuasif qui facilite l'intervention du personnel soignant. Il a été rapporté que souvent leur présence suffisait à calmer la situation.

Pour prévenir toute situation d'urgence, notamment les incendies, le nom et la localisation des patients admis en chambre d'isolement sont transmis au service de sécurité dont les agents sont chargés, dans cette éventualité, d'en aviser les pompiers.

Lors de fugues, l'équipe aide les soignants à rechercher le patient dans l'enceinte de l'établissement avant la transmission du signalement par la directin aux forces de l'ordre.

Le service gère également la vidéosurveillance sur les deux entrées voitures et piétonnes, l'une à l'entrée principale, l'autre à l'arrière du CH uniquement réservée aux livraisons. Des affiches sont disposées à l'entrée du CH afin de le signaler.

Les images sont renvoyées à des écrans installés dans le bureau des agents de sécurité ; les enregistrements sont conservés deux semaines puis détruits.

Lors de la visite des contrôleurs, un employé de l'établissement n'appartenant pas à cette équipe vérifiait le « pass sanitaire » à l'entrée de l'établissement, tant pour les piétons que pour les occupants des véhicules.

5.2 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR ET LA CONFIDENTIALITE RESTENT A AMELIORER

5.2.1 Les conditions de visite des proches

Par principe, les visites sont autorisées, hormis sur prescription médicale ou lorsque les patients eux-mêmes ne les souhaitent pas. Elles ont lieu l'après-midi mais les soignants font état d'une grande souplesse quant aux horaires. Les patients des unités ouvertes ont la possibilité de recevoir leurs visiteurs dans leur chambre, à l'exception des enfants, tandis que les patients en unités fermées rencontrent leurs proches dans le salon de visite. Toutefois, depuis le début de la pandémie, seules les rencontres en salon de visite sont autorisées. Ce salon, situé au centre des deux unités de chacun des secteurs, est clair et lumineux mais sa porte est aménagée d'un fenestron ne permettant aucune intimité.

Les patients étant au nombre de trente à trente-cinq par secteur, ce seul espace ne permet pas d'accueillir plusieurs familles. En outre, en raison de la fermeture de la cafétéria pour travaux, il n'est pas possible aux patients et leurs familles de se retrouver dans un lieu convivial.



Salon de visite

RECOMMANDATION 15

Dès lors que les visites des familles ne peuvent s'exercer en chambre, il doit être trouvé une solution pour que tous les patients puissent bénéficier d'un espace de rencontre adapté et individualisé.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « il existe deux espaces d'accueil familles situés dans les deux ailes de psychiatrie. De plus, le CH dispose d'une cafétéria. Ce local a dû être fermé en période de COVID. Des travaux sont en cours de finalisation dans le cadre de pair aidance. Cette cafétéria sera ouverte prochainement et permettra un large espace de rencontre des familles ainsi que d'activités et un point d'accueil d'associations (droits des patients, soutien, entraide et familles). Par ailleurs, le CH va supprimer les hublots des portes des salles de visite, permettant de respecter l'intimité des rencontres ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, la cafétéria n'étant pas encore ouverte et d'autres espaces devant être trouvés pour permettre aux familles de se rencontrer dans des conditions d'intimité satisfaisantes.

A l'occasion des visites, les proches peuvent apporter des denrées, dès lors qu'elles ne sont pas périssables et du tabac.

S'agissant de l'accès des visiteurs aux services fermés, les règles de vie mentionnent l'obligation faite aux familles de présenter l'inventaire de tous les objets en leur possession et avertissent qu'en cas de refus, l'accès leur serait interdit. Selon les propos rapportés aux contrôleurs, cette règle serait peu appliquée.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Il n'est pas admissible que les familles doivent présenter tous les objets en leur possession à leur arrivée dans les services. Cette pratique qui constitue une fouille portant atteinte à leur intimité et leur dignité doit être proscrite. Par ailleurs, si les articles R1112-47 et 48 du code de la santé publique permettent une interdiction de visite, elle relève du pouvoir interne du

directeur, reste exceptionnelle et définie dans des situations comportant un risque grave et imminent pour le patient ou des tiers.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « dans la pratique, les visiteurs ne sont pas fouillés, les patients non plus. La règle énoncée dans le règlement intérieur de présenter d'inventaire de tous les objets en leur possession n'est plus pratiquée. Le règlement sera changé en conséquence ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

5.2.2 L'accès au téléphone

Les communications téléphoniques s'opèrent par le téléphone des services, après autorisation médicale et majoritairement en présence d'un soignant. S'agissant de l'accès aux téléphones portables, des restrictions sont appliquées dans les unités fermées sans être liées à l'état clinique des patients mais à des règles généralisées. Ils sont systématiquement retirés et placés dans des casiers nominatifs dans le bureau des infirmiers. Certains patients ont, sur avis médical, l'autorisation de consulter leurs messages ou de téléphoner en présence d'un soignant. Dans l'une des unités fermées, étrangement, un patient dispose de son téléphone portable.

Lors de permissions, les portables sont restitués aux patients qui les rendent à leur retour.

Dans les unités ouvertes et en psychogériatrie, les patients conservent leur téléphone portable lorsqu'ils en disposent.

RECO PRISE EN COMPTE 7

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

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « changement de pratiques suite à la visite : les portables sont laissés à disposition des patients excepté sur prescription médicale justifiée par leur état clinique. Cette mesure sera discutée en réunion pluridisciplinaire pour décision et limitée dans le temps. Le règlement intérieur de l'unité fermée sera modifié en ce sens ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

5.2.3 Le courrier

Le courrier au départ comme à l'arrivée est déposé au secrétariat des services au sein du bâtiment administratif. Les cadres y récupèrent le courrier entrant et y déposent le courrier sortant. Les personnes démunies peuvent bénéficier de l'affranchissement par le CH.

Lors de l'arrivée de lettres en recommandées, le vaguemestre se rend directement dans les unités auprès des patients.

Le traitement du courrier n'est pas mentionné dans les règles de vie.

Lors de la réception d'un colis, qui reste exceptionnelle, les soignants assistent à son ouverture par le patient afin de vérifier si des objets ou produits interdits n'y sont pas contenus.

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

Aucun téléviseur n'est installé en chambre. Le visionnage de la télévision se fait donc dans les deux salons de télévision des unités.

Aucun des patients ne dispose d'un ordinateur mais une tablette est mise à disposition dans chaque unité. L'une des unités fermées propose l'utilisation d'un ordinateur sans accès à internet.

Les unités n'offrent pas la presse quotidienne mais quelques magazines sont mis à disposition des patients.

5.3 LA CONFIDENTIALITE DE L'ADMISSION ET DE LA PRESENCE DU PATIENT N'EST PAS GARANTIE

S'il est possible d'être admis au CH de manière anonyme, les patients n'en sont pas réellement informés.

Le principe est que les patients puissent être admis de manière confidentielle sous forme d'anonymat mais, faute d'information immédiate, les démarches reposent sur l'équipe soignante et donc, en conséquence, après les formalités d'admission. Le BDE modifie alors le dossier informatiquement et parallèlement le service doit prendre soin d'en informer le standard qui dispose de la liste de tous les patients hospitalisés. Les soignants rencontrés ignoraient pour certains la possible anonymisation et le processus spécifique à mettre en œuvre. Personne au jour de la visite des contrôleurs n'était hospitalisé sous cette forme.

Par ailleurs, le standardiste dispose de la liste des patients et de leur localisation afin de passer les communications aux unités qu'il nomme. Les interlocuteurs ont donc connaissance de la présence des patients dans telle ou telle unité avant que revienne aux soignants de bloquer les informations. L'interlocuteur a donc ainsi connaissance de l'admission en psychiatrie.

RECOMMANDATION 16

Les patients doivent être informés systématiquement, dès leur arrivée, de leur droit de demander la confidentialité de leur hospitalisation. Par ailleurs, pour garantir la confidentialité de la présence du patient vis-à-vis des tiers cherchant à joindre au téléphone un patient ou simplement s'assurer de sa présence à l'hôpital, le standard doit être en mesure de vérifier si le patient a demandé à bénéficier du statut d'« identité protégée ».

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « à son arrivée lorsque le patient informe le service qu'il souhaite sa confidentialité, le service de soins en informe aussitôt le standard qui met en place les mesures nécessaires pour respecter cette confidentialité. Cette possibilité sera intégrée à la fiche du livret d'accueil spécifique à la psychiatrie, elle est déjà présente dans le livret institutionnel ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de l'actualisation du livret d'accueil.

5.4 L'ACCES AU VOTE EST EFFECTIF MAIS PEU EXERCE

S'agissant du vote par procuration, un agent du BDE, affecté à l'état-civil, est chargé d'organiser l'accès au vote pour tous les patients du CH. Les patients des unités de psychiatrie exercent peu ce droit : en 2019, pour les élections européennes, seules deux procurations ont été établies, en

2020, pour les élections municipales, trois procurations ont été sollicitées et les élections régionales et cantonales de 2021 n'ont fait l'objet d'aucune demande.

Par ailleurs, des autorisations spécifiques peuvent être sollicitées pour les personnes admises en soins sans consentement souhaitant exercer ce droit dans le cadre de permissions. L'établissement peut se charger de les accompagner mais l'accompagnement par les familles est privilégié, notamment dans les unités pour lesquelles de multiples déplacements seraient irréalisables, en raison de la géographie du département et du manque de personnel. Les patients admis en soins libres se rendent au bureau de vote par eux-mêmes mais peuvent également bénéficier de l'organisation mise en œuvre pour l'établissement.

5.5 SEULS DES AUMONIERES CATHOLIQUES INTERVIENNENT DANS LES UNITES PSYCHIATRIQUES

L'aumônerie de l'établissement compte des représentants du culte catholique, abbés et aumôniers. Trois d'entre elles ont conçu un planning d'astreinte mis à disposition de la conciergerie du CH.

Selon les propos recueillis, les aumôniers interviennent à la demande des patients en psychiatrie, y compris dans les unités fermées, sans frein de la part des soignants. Cependant, la célébration d'une messe à la chapelle de l'établissement reste inconnue de la majorité d'entre eux. Beaucoup pensent que cette chapelle, qui a été fermée longtemps par suite d'un incendie, n'a pas repris son fonctionnement.



La chapelle du CH

Au sein de l'unité de gérontopsychiatrie, deux aumôniers de confession catholique organisent une rencontre sous la forme d'une bénédiction tous les samedis dans l'une des salles à manger. S'agissant des autres confessions, les soignants de psychiatrie interrogés n'avaient pas connaissance de l'existence de représentants pouvant intervenir au sein de l'établissement. Or, la conciergerie dispose d'une liste qui, outre le culte catholique, mentionne les coordonnées des représentants du culte protestant, du culte musulman et du culte israélite. Il s'agirait d'un manque de communication et non pas de réticences de la part du personnel à faire appel à ces religieux.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les patients doivent être informés de leur droit à l'accès au culte et disposer des coordonnées de chacun des représentants habilités par l'établissement.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « la liste des représentants du culte est désormais affichée dans tous les services de psychiatrie ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

5.6 AUCUNE REFLEXION N'EST MENEES SUR LA SEXUALITE

La plupart des interlocuteurs rencontrés estiment que la question de la sexualité ne se pose pas, l'hôpital étant un lieu de soins et non pas de vie. En tout état de cause, l'établissement proscrit de se rendre dans les chambres des autres patients, à l'exception de l'unité Deniker, et le mentionne dans les règles de vie. Si une attention particulière est portée aux personnes vulnérables qui pourraient être entraînées dans une relation à laquelle elles pourraient ne pas consentir, les soignants n'abordent pas cette question. Or, les unités ont rencontré plusieurs situations problématiques, trois agressions sexuelles ayant été commises sur des patients mineurs par des patients adultes (cf. § 9.2). Le repérage de rapprochements entre patients peut conduire à un entretien avec le psychiatre qui explique que les relations sexuelles ne sont pas souhaitées.

Au jour de la visite des contrôleurs, le comité d'éthique ne s'était pas saisi de cette question même s'il était prévu qu'il le fasse en septembre 2021, à la suite de l'observation des contrôleurs sur ce sujet (cf. § 2.5).

RECOMMANDATION 17

Les questions sur l'accès des patients à une vie sexuelle ainsi que sur la prévention et la gestion des situations à risque doivent être abordées et débattues dans un cadre institutionnel. Des formations pourraient être utilement proposées au personnel soignant sur ce sujet.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « la réflexion sera abordée dans un cadre institutionnel en comité d'éthique. Le CH va organiser une information auprès des patients de psychiatrie concernant les moyens de contraception en lien avec le centre de planification. Une dotation de préservatifs va être demandée à la pharmacie pour mise à disposition des patients. Une journée de sensibilisation auprès des professionnels sera organisée ».

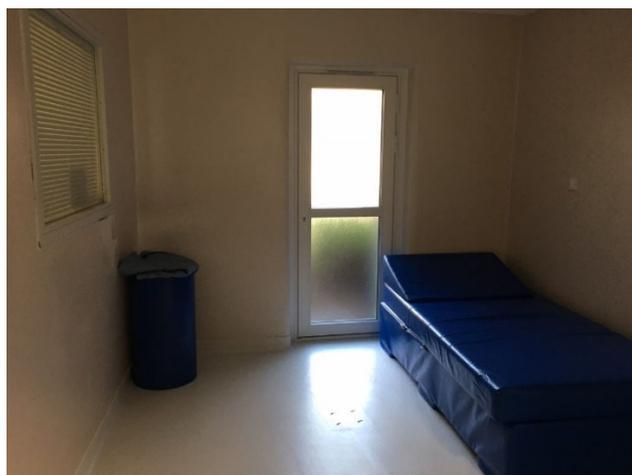
Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune date de réalisation effective de ces projets n'étant communiquée.

6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS PROPICES A L'APAISEMENT ET CELLE DE PEDOPSYCHIATRIE EST INDIGNE

Les deux unités fermées de psychiatrie adulte disposent chacune d'une chambre d'isolement. Le service de psychogériatrie n'en a pas, de même que les deux unités de psychiatrie adulte ouvertes.

La pédopsychiatrie dispose d'un espace d'apaisement et d'une chambre d'isolement appelée « espace de protection ».



Chambre d'isolement de l'unité Simon (à gauche) et Claude Bernard (à droite)

Les chambres d'isolement de psychiatrie adulte ont un petit sas pour y entrer ; une des deux chambres a une deuxième porte donnant sur la salle de soins. La deuxième porte du sas est équipée d'un fenestron vitré. Une des deux chambres a également un fenestron permettant la vue sur la première porte du sas donnant sur le couloir. Il devra être occulté.



WC d'une chambre d'isolement



Porte du couloir

Les deux chambres ne permettent pas un accès libre à l'eau et aux toilettes. En effet, la salle d'eau de la chambre est fermée par une porte qui n'est ouverte qu'avec le soignant. Les WC sont

en inox et le siège est dépourvu d'abattant. La salle d'eau comporte un miroir mais pas de patère anti-suicide.

Elles disposent d'un lit avec matelas et sommier en mousse recouvert d'une épaisse toile plastifiée comportant dans sa structure des points d'attache pour les contentions. Une des deux chambres comporte un pouf en mousse pour permettre au soignant ou au patient de s'asseoir.

La chambre reçoit la lumière du jour par une fenêtre ou une porte-fenêtre. Les vitres ne peuvent être ouvertes. Les volets comme la lumière ne peuvent être actionnés que par les soignants et non par le patient.

Une des deux chambres n'est pas munie de bouton d'appel, et aucune ne comporte un dispositif d'appel accessible au moment des contentions. Une horloge est présente mais le jour n'est pas indiqué.

L'ensemble est propre. Les deux chambres n'étaient pas utilisées au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 18

Les chambres utilisées pour l'isolement doivent permettre l'accès à l'eau et aux toilettes librement 24h/24, d'allumer et éteindre la lumière, d'appeler les soignants par bouton d'appel, de se repérer dans le temps.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « aujourd'hui, le CH utilise un seul lieu de chambre d'isolement. Cette salle est équipée d'une horloge lumineuse avec date et heure. Elle dispose d'une salle de bain munie d'un WC mais actuellement fermée suite à un évènement indésirable. Des travaux de sécurisation de cette salle de bain sont en cours afin de permettre un accès libre à nouveau. Un bouton d'appel mural est installé. Le patient peut l'utiliser sauf en cas de contention. L'accès à la lumière est extérieur à la pièce. Un interrupteur électrique sera installé à l'intérieur ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. En effet, le directeur du CH n'indique pas que la deuxième chambre d'isolement, non utilisée, a été définitivement condamnée. Il ne précise pas non plus la date à laquelle les travaux de la salle de bain seront terminés et l'interrupteur électrique installé. Enfin, le bouton d'appel doit être accessible par le patient y compris en cas de contention.

L'unité de pédopsychiatrie dispose d'un espace d'apaisement ouvert où le mineur est accompagné d'un soignant, et d'une pièce capitonnée sans fenêtre ni mobilier appelée « espace de protection ». Cette pièce capitonnée ne comporte aucune ouverture, aucune possibilité d'actionner la lumière et ne comporte qu'une porte fermée avec hublot donnant sur le couloir avec des croisillons fins limitant la vue. L'enfant y étant enfermé, cet espace correspond à une chambre d'isolement au sens de la réglementation et des recommandations de la HAS.



Espace d'apaisement mineur



Chambre d'isolement mineur

RECOMMANDATION 19

La pièce capitonnée de l'unité de pédopsychiatrie est indigne, ne correspond pas aux normes des espaces d'isolement ; son utilisation en chambre d'isolement est prohibée.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « le service de pédopsychiatrie du CH ne dispose pas de chambre d'isolement mais d'une pièce d'apaisement et d'un espace de protection (pièce capitonnée avec couverture des murs et sol de tapis molletonnés). L'aménagement de ces pièces va être reconsidéré ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation puisque aucun élément n'est apporté sur l'interdiction d'utiliser la pièce capitonnée comme lieu d'isolement.

6.2 LES MESURES D'ISOLEMENT FONT L'OBJET DE NOMBREUX PROTOCOLES CONNUS DES SOIGNANTS SAUF EN PEDOPSYCHIATRIE

6.2.1 La politique menée

La problématique du recours à l'isolement et à la contention n'est pas mentionnée dans le projet médical de l'établissement 2016-2020, ni dans le PTSM du Cantal. Ce dernier évoque néanmoins la nécessité de former les professionnels de santé mentale à l'intervention dans des situations d'urgence et de violence.

Le rapport annuel 2020 de l'isolement et de la contention évoque quant à lui l'attachement des soignants à utiliser les méthodes de désamorçage et les mesures alternatives à l'isolement avant le placement en CI et à restreindre les pratiques au strict minimum.

PROPOSITION 1

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme médico-soignant l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour cela.

Le rapport annuel 2020 de l'isolement indique les efforts de formation réalisés la même année sur la prévention des violences : formation au Socle-Care, formation « Omega » et journée de

partage des pratiques professionnelles ; une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « *patient traceur soins sans consentement* » et une EPP « *isolement/contention* », faites sur la base du registre, sont en cours.

Ce rapport annuel détaille les actions alternatives à la mise en contention et isolement, comme le développement d'activités et un projet « CAT'S » depuis 2015 avec la présence d'un chat dans le service. Les solutions de désamorçage incluent l'entretien individuel, le placement dans un lieu calme, une sortie dans la cour, une activité individuelle, un soin (manucure, soins du corps, bain), une collation, un appel téléphonique, etc.

Le rapport est adressé à la CDU mais ne fait pas l'objet d'un débat au sein de cette instance.

6.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention ne sont pas informatisées et les médecins renseignent un « *dossier de prescription médicale de contention et ou d'isolement de l'adulte ou du mineur en psychiatrie* ». Ce dossier papier contient tous les éléments nécessaires initiant et poursuivant la mesure : décision médicale initiale, mesure prescrite horodatée, prescription de la surveillance somatique initiale, information au patient ou proches, arrêt de la mesure, et rappel des principaux points à respecter. La traçabilité des mesures est ainsi exhaustive.

Par ailleurs, l'utilisation de la chambre d'isolement fait l'objet de nombreux protocoles régulièrement actualisés.

Ainsi un protocole « *utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie* » définit les modalités de mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention. Ce protocole évoque encore une « *prescription médicale* » et non une décision médicale, mais il comporte toutes les dernières modifications législatives y compris l'information du JLD pour des isolements supérieurs à quarante-huit heures. Plusieurs formulaires sont préétablis à cet effet : « *requête en main-levée de mesure d'isolement et ou de contention dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement auprès du juge des libertés et de la détention par une tierce personne* », « *courrier de contestation auprès de la Cour d'appel de Riom du maintien par le juge des libertés et de la détention de la procédure d'isolement et ou de contention* ».

Le protocole ajoute que « *pour les personnes mineures, il convient d'informer le titulaire de l'autorité parentale à défaut le juge des enfants et assurer la traçabilité de l'information donnée.* »

Le protocole indique aussi qu'« *à la sortie de la CI, un entretien est réalisé sur son vécu ; entretien réalisé dès la sortie et à distance, noté sur la dernière page du dossier de prescription médicale de contention et ou d'isolement.* »

La surveillance y est indiquée comme devant être faite toutes les heures voire toutes les demi-heures, sur prescription médicale. La feuille de surveillance est systématiquement renseignée et placée dans le dossier médical.

Le protocole indique une mise en pyjama de tous les patients placés en CI mais les soignants interrogés ont indiqué un usage au cas par cas.

Une autre fiche de procédure est relative à « *la réévaluation médicale de la mesure (toutes les 6h pour contention, 12h pour isolement)* », une autre concerne « *la contention du patient ou du résident* » ; la surveillance y est précisée dans ce dernier toutes les quinze à trente minutes. La surveillance médicale est quant à elle assurée par les médecins (psychiatres ou somaticiens) avec deux visites physiques par vingt-quatre heures.

Comme énoncées dans le rapport annuel 2020, les alternatives à l'isolement sont recherchées et tracées dans le dossier d'isolement et de la contention. On y trouve plusieurs techniques comme le massage, la relaxation.

BONNE PRATIQUE 2

La recherche d'alternative à l'isolement est réelle et son effectivité tracée.

Les procédures de décision ne sont néanmoins pas toutes respectées. Lorsque l'isolement est décidé par un médecin sans plénitude d'exercice ou interne, la confirmation par le senior n'est pas sollicitée.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les mesures de placement en isolement ou contention prises par des médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice doivent être validées dans l'heure par un médecin titulaire.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « les certificats effectués par les médecins non-inscrits à l'ordre sont validés dans l'heure par un médecin sénior dans la mesure de leur présence physique au CH (peu de médecins séniors au CH). Si cela n'est pas possible, un échange téléphonique a lieu entre les deux médecins. Cet échange sera désormais tracé ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et **considèrent la recommandation prise en compte.**

Les repas sont pris en chambre grâce à un adaptable en mousse, en présence d'un soignant.

Les téléphones ne sont pas laissés aux patients.

L'accès au tabac est en théorie impossible et les substituts nicotiniques sont systématiquement proposés. Toutefois, certains soignants utilisent, en termes d'alternative à l'isolement lors de phases d'agressivité, le dépannage de cigarettes pour les patients qui n'en ont plus pour diminuer les tensions. Les infirmiers disposent ainsi d'un petit stock de cigarettes financé par l'association « les Croix Marines ».

Le matériel de contention utilisé comprend des sangles cinq points (deux bras, deux chevilles et attache ventrale), par le système à aimant. Les sangles sont nettoyées après utilisation. L'unité Claude Bernard dispose de quatre jeux de contention de tailles différentes.

Les personnes enfermées en chambre d'isolement sont signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement.

Certains soignants se sont dit insuffisamment formés sur l'isolement et la contention (cf. § 2.3).

L'entretien suivant la sortie de la CI fait l'objet d'une « *fiche test ; plan de prévention partagé : entretien avec le patient* » décrivant plusieurs items : existence de pertes de contrôle et leur nature, circonstances/sources de déclenchement de la crise, signes avant-coureurs, stratégies d'apaisement efficaces, personnes ressources, traitements médicamenteux et proposition infirmière.

BONNE PRATIQUE 3

Chaque mesure d'isolement ou de contention fait l'objet d'une analyse partagée pluridisciplinaire avec le patient à l'issue de la mesure, tracée dans le dossier médical.

Le rapport annuel 2020 de l'isolement et de la contention indique par ailleurs « *qu'un patient détenu de la prison de Riom, sur injonction de l'ARS par manque de place dans le département d'origine, a été transféré avec haut risque de violence annoncé et risque de fugue important avec donc demande de mettre en chambre d'isolement avant transfert à l'UHSA de Lyon.* »

Si ces injonctions ont réellement été faites, il est rappelé que seul un psychiatre peut décider le placement d'une personne en CI et en aucune façon une administration y compris en charge de la santé.

RECOMMANDATION 20

Le directeur de l'agence régionale de santé ne peut pas décider le placement d'une personne en chambre d'isolement, cette prérogative étant réservée au médecin psychiatre en charge des soins donnés au patient.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « *les mesures d'isolement sont toutes justifiées médicalement, conformément à la loi* ».

Dans ses observations reçues le 7 février 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « *nous vous informons que, contrairement à ce qui a été affirmé, ni le directeur de l'ARS ni aucun de ses représentants ne décident en ARA du placement d'un détenu dans une chambre d'isolement. Cette décision reste exclusivement du ressort d'un psychiatre qui suit le patient. Ainsi, l'ARS a demandé dès 2017 par courrier aux établissements d'appliquer strictement l'instruction DGOS du 29/3/2017 qui stipule que la contention et l'isolement ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. Cet impératif a été ensuite rappelé par le directeur de l'offre de soins à tous les établissements lors de l'organisation de deux réunions sur le thème des droits des patients* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apporté sur la situation concrète rapportée (patient détenu à la prison de Riom).

Concernant la pédopsychiatrie, un protocole prévoit l'« *utilisation de l'espace d'apaisement et de l'espace de protection en psychiatrie infanto juvénile* ». Ce protocole indique que ces mises en espace d'apaisement et de protection se font par « *prescription médicale* » pour une période initiale maximale de trente minutes avec renouvellements éventuels toutes les trente minutes.

L'espace d'apaisement est effectivement un espace ouvert destiné à placer le jeune à l'écart avec un soignant dans un environnement plus apaisant. En revanche, la pièce capitonnée servant à l'enfermement et l'isolement est indigne (cf. recommandation du § 6.1).

Le médecin a indiqué que tous les placements en chambre capitonnée étaient inférieurs à une heure ; il n'y a néanmoins aucun registre permettant de vérifier ces durées.

Il n'y a pas de matériel de contention chez les mineurs.

6.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION PERMET UNE ANALYSE DES PRATIQUES PAR LES SOIGNANTS SAUF EN PEDOPSYCHIATRIE

Le rapport annuel 2020 des pratiques d'isolement et contention indique, pour l'année, vingt-sept patients distincts ayant fait l'objet de trente-cinq mesures d'isolement, dont six patients en soins libres, sur une file active de patients hospitalisés en SSC dans les deux services de psychiatrie adulte fermés de 159, soit 17 % des patients admis. La durée moyenne des mesures sur le pôle est donnée à cinquante-neuf heures.

Le nombre de contentions est indiqué comme étant à 6 % des mesures (deux mesures sur trente-cinq).

Les décisions tracées sur papier pour chaque mesure d'isolement ou de contention sont récupérées par les cadres des unités et les informations sont retranscrites sur des tableurs *Excel*. Un registre est ainsi édité qui comprend les données réglementaires.

L'analyse des tableurs *Excel* 2021 fournis aux contrôleurs donnent les indicateurs suivants, durant la période du 1^{er} janvier au 31 août 2021 (huit mois) :

Unité Claude Bernard :

Sur une file active de patients présents et entrés dans le service de 73 sur la période, 11 patients (15 %) ont eu onze mesures d'isolement (une seule chacun) pour des durées allant de 12 à 234 heures mais de 12 à 67 heures en ôtant un cas exceptionnel de 234 heures lié à des spécificités cliniques. La moyenne des isollements s'établit donc à 44 heures mais à 25 heures en ôtant ce cas exceptionnel.

Sur les 11 patients isolés, 7 ont eu une mesure de contention (9,5 % des patients entrés et 64 % des patients isolés). Les durées de ces contentions vont de 2 à 23 heures pour une moyenne de 11 heures.

Deux patients ont été isolés alors qu'ils étaient en soins libres pour des durées de 12 et 14 heures. Leur statut d'hospitalisation aurait dû être converti en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Conformément à l'art. L 3222-5-1 du code de la santé publique, les mesures d'isolement ou de contention ne peuvent être prises que dans le cadre d'une hospitalisation en soins sans consentement.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « la règle est d'ores et déjà appliquée ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte même s'ils auraient souhaité avoir communication de la façon dont cette règle a été rappelée.

Unité Simon :

Sur une file active de 76 patients, 15 patients (19,7 %) ont eu 32 mesures (un patient en totalise 14) ; les mesures ont des durées allant de 1 heure à 66 heures pour une moyenne de 16 heures par mesure. Sur les 15 patients isolés, 8 ont eu 20 mesures de contention pour des durées allant de 1 à 16 heures, avec une moyenne de 5 heures.

La moyenne des pourcentages de patients isolés vis-à-vis de la file active dans les établissements contrôlés actuellement par le CGLPL se situe à 14,5 % et 3,9 % pour la contention ; les chiffres du CH d'Aurillac sont cependant à mettre en relation avec le fait que les deux unités n'accueillent

que des personnes en SSC alors que les moyennes nationales intègrent une majorité de services où les patients sont, pour au moins la moitié, en soins libres. Ainsi, si on considérait la file active globale d'entrée dans les quatre services de psychiatrie adulte en 2021, soit 478 patients, le taux d'isolement ne serait que de 5,5 % (26 patients isolés) et celui de contention de 3 % (15 patients). Par ailleurs, les durées d'isolement sont nettement plus faibles que les moyennes des établissements contrôlés (cinq jours pour les isolements et vingt-quatre heures pour les contentions). Sur ces huit mois de 2021, seuls trois patients ont eu des isolements dépassant 48 heures.

Il n'y a pas d'isolement en chambre « normale ».

Ce registre, élaboré par les cadres des unités, est régulièrement présenté aux soignants et comporte des observations et explications sur chaque situation. Il conviendra cependant de présenter formellement et régulièrement à toutes les instances, dont la CDU, une analyse des pratiques d'isolement et de contention par service.

En revanche, les chiffres de l'isolement en pédopsychiatrie ne sont pas connus, ni recensés sous forme de registre ni analysés.

RECOMMANDATION 21

Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen. Par ailleurs, les mesures d'isolement réalisées en pédopsychiatrie doivent être tracées et faire l'objet d'un registre analysé par les soignants et présenté aux instances de l'établissement.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « le service va tenir un registre des mesures dans l'espace de protection ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de la mise en œuvre effective du registre.

Au décours du contrôle et avant l'envoi du rapport provisoire, le chef du pôle de pédopsychiatrie a adressé aux contrôleurs un tableur Excel recensant les mesures d'isolement prises. Ce registre confirme que les durées d'enfermement sont quasi exclusivement inférieures à trente minutes mais aussi que la porte est presque toujours fermée.

Enfin, l'unité de gérontopsychiatrie utilise parfois un matériel de contention de type Securidrap qui devra, non pas être prescrit en qualité de matériel de protection anti chute, mais décidé par le psychiatre au même titre que les contentions habituelles et tracé dans le registre (cf. recommandation § 9.1.4).

6.4 LE CONSENTEMENT AUX SOINS N'EST PAS SUFFISAMMENT RECHERCHE

Les piluliers de traitement sont confectionnés par les IDE. Les médicaments sont donnés dans les chambres dans certaines unités mais dans le bureau infirmier ou dans les parties communes pour d'autres. Cette administration s'effectue dans ce cas sans respect de la confidentialité ni possibilité de développer l'éducation thérapeutique.

A l'exception de l'unité Claude Bernard (cf. § 8.1.1), il n'y a globalement pas de programme d'éducation thérapeutique initié avec l'équipe médicale et paramédicale du service pour améliorer la compliance des patients à leur traitement en ambulatoire.

RECO PRISE EN COMPTE 11

La distribution des médicaments doit respecter la confidentialité et permettre au patient de s'exprimer, de poser des questions et aux soignants d'y répondre.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « la distribution de médicaments est désormais toujours confidentielle : réalisée dans la salle de soins ou en chambre pour les services ouverts ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et **considèrent la recommandation prise en compte.**

De plus, le consentement au soin n'est pas systématiquement recherché lors de l'administration de traitements en phase de crise ou en cas de refus de traitement per os. En effet, des prescriptions de traitement injectable sont établies en « *si besoin* ». Or le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul un traitement « *si besoin* » sans consentement du patient.

RECOMMANDATION 22

La prescription de traitement en « *si besoin* » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « service de psychiatrie adulte : ces pratiques ont lieu uniquement lors de crises aiguës de patients. La mise en place d'un espace d'apaisement et du plan de prévention partagé permettra de faire évoluer les pratiques du CH en matière de gestion de crise. Service de pédopsychiatrie : le service prend acte, tout en précisant que c'est bien ce qui est déjà fait dans le service. Avant l'introduction d'un traitement, le patient fait l'objet d'une psychoéducation. Les patients, tout comme les soignants, sont informés des indications à demander (pour le patient) ou faire administrer (les soignants) le traitement "si besoin". Le consentement du patient est donc toujours recueilli avant administration ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune indication n'étant apportée sur le travail réalisé par le CH permettant de rechercher le consentement du patient et sa mise en œuvre effective.

Par ailleurs, la notion de personne de confiance est expliquée dans le livret d'accueil mais n'est pas connue de la même façon par les soignants des différentes unités, certains maîtrisant le concept et d'autres moins ; un formulaire de désignation est joint au livret d'accueil. Néanmoins, les personnes de confiance ne sont jamais associées aux soins et ne viennent pas signer leur désignation.

Enfin, les directives anticipées sont indiquées dans le livret d'accueil mais ne sont pas adaptées à la psychiatrie et n'évoquent que la fin de vie¹³. D'autant que le formulaire de désignation de la personne de confiance indique : « *je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer* » et « *elle possède un exemplaire de mes directives anticipées* ».

RECOMMANDATION 23

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la désignation de personnes de confiance et la mise en place de directives anticipées.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « *la personne de confiance est désignée dans l'ensemble des services. Le recueil de la signature de la personne désignée sera mis en place. Le plan de prévention partagé (directives anticipées) est en cours de déploiement dans les services* ».

Les contrôleurs maintiennent la recommandation dans l'attente de la réalisation effective de ces projets.

¹³ cf Recommandations minimales du CGLPL : "La mise en œuvre de directives anticipées du patient sur les modalités de sa prise en charge lors des phases de crise doivent être généralisées".

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP ASSURE SES MISSIONS DE FAÇON INCOMPLETE ET LA PLACE DES USAGERS SE RESUME A PARTICIPER AU FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DES USAGERS

7.1.1 La CDSP

Entre 2018 et le début d'année 2021, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'a pas fonctionné faute de médecins non remplacés (un médecin décédé, un autre absent pour raison de santé). Animée efficacement jusqu'alors par une magistrate, depuis le retrait en 2019 du magistrat de la composition officielle, le fonctionnement aujourd'hui "vivote"¹⁴.

Recomposée en 2021, sa représentation questionne puisque ses quatre membres sont tous du CH (en activité ou en retraite de l'établissement). La CDSP s'est réunie le 26 mars 2021 pour l'élection du président (en l'occurrence une psychiatre retraitée) et une visite de l'établissement est annoncée pour la fin de l'année (dernière visite en septembre 2018). On est donc loin des deux visites annuelles obligatoires qui permettraient aux patients de rencontrer ses membres et à ceux-ci de vérifier les informations figurant sur le registre de la loi et sur le registre des procédures d'isolement ou de contention. Il semble que ce défaut soit général sur le Cantal, les unités de psychiatrie du CH de Saint Flour n'ayant jamais été visitées entre 2014 et 2021.

Les derniers rapports annuels sont succincts et se contentent d'un dénombrement quantitatif des mesures de soins sous contrainte mais n'abordent pas les aspects qualitatifs notamment sous l'angle des mesures de restriction de liberté. L'étude des dossiers des patients hospitalisés dans le cadre d'un péril imminent ou depuis plus d'un an est rapportée dans les comptes-rendus de réunions. Il n'est pas fait état dans les rapports annuels de la CDSP de propositions de levée de mesures au juge des libertés.

Au sein de l'établissement, son rôle et ses possibilités de saisine sont peu connus tant des patients que du personnel :

- pas d'affichage dans les unités ni de sa composition ni de sa venue ;
- l'information sur la venue de la CDSP est faite oralement mais parvient difficilement aux unités ;
- le nombre de patients vus est très variable (parfois trois, parfois aucun), la CDSP n'a jamais reçu de réclamations écrites de la part des patients (comme le CGLPL du reste aussi).

Ces dysfonctionnements privent les patients d'un outil de contrôle de leurs droits.

¹⁴ Article L 3223-2 du CSP.

RECO PRISE EN COMPTE 12

L'établissement doit sans délai afficher le rôle, la composition et les conditions de saisine de la commission départementale des soins psychiatriques dans toutes les unités de soins psychiatriques en hospitalisation comme en ambulatoire.

Les visites annuelles de la commission départementale des soins psychiatriques doivent impérativement reprendre et être annoncées par écrit aux patients.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « cet affichage est mis en place. L'annonce de la venue de la CDSP est faite pour le prochain passage : la CDSP a annoncé son passage le 17 mars prochain, l'annonce par écrit aux patients est organisée ».

Dans ses observations du 8 mars 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « La CDSP n'aurait pas fonctionné entre 2018 et début 2021 ». Or la CDSP s'est réunie les 22/1/2018 ; 28/5/2018 ; 15/10/2018 ; 25/3/2019 ; 24/6/2019 ; 26/3/2021 ; 9/6/2021 ; 27/10/2021. Seule l'année 2020 a été impactée par la crise COVID et un problème d'absence de candidats pour y siéger. L'ARS a relancé toutes les instances, associations ou structures susceptibles de fournir des membres mais la démarche est restée infructueuse ce qui explique que la CDSP ne comporte que 4 membres. Il est exact d'autre part que les unités de psychiatrie de Saint-Flour n'ont pas été visitées par la CDSP entre 2014 et 2021, mais une visite a enfin été réalisée le 9 juin 2021 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et considèrent **la recommandation prise en compte**. Cependant, ils maintiennent que la CDSP n'a pas fonctionné entre 2018 et début 2021 au regard de l'ensemble des missions qui lui sont confiées : la CDSP n'a pas visité l'établissement et n'a pas examiné les hospitalisations long cours.

7.1.2 La place des usagers

Sur un plan institutionnel, les usagers de la psychiatrie sont représentés à la commission des usagers (CDU) par l'UNAFAM¹⁵. Ils ne sont pas représentés au conseil de surveillance. Il n'y a pas de pair-aidance ou de médiateur en santé. Les usagers sont exclusivement associés au fonctionnement institutionnel par le biais de leur représentant (UNAFAM) à la CDU sans que l'établissement ne lui ait proposé de formation.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins comporte des objectifs visant à promouvoir l'expression et la prise en compte des usagers mais sur lequel les représentants des usagers de la psychiatrie n'ont pas de prise alors qu'ils pourraient participer à son comité de pilotage.

On note une volonté depuis de (trop) nombreuses années de donner plus de visibilité aux usagers au travers de la création d'une maison des usagers mais qui, pour diverses raisons, a été mise en attente (renouvellement des représentants des usagers puis crise sanitaire du Covid 19). La piste de l'installer à proximité de la nouvelle cafétaria est étudiée.

La composition de la CDU est portée à connaissance des patients sur le site internet (composition non mise à jour), dans le livret d'accueil et via un affichage dans les unités. Elle est présidée par le directeur de l'hôpital.

¹⁵ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Concernant son fonctionnement, elle est réunie une fois tous les trimestres mais avec une faible participation du représentant des usagers de la psychiatrie en 2020. Elle ne visite pas les services ce qui lui permettrait d'être mieux connue des équipes et des patients. La direction comme les médiateurs sont réactifs pour répondre à ses demandes.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Les membres de la CDU devraient visiter régulièrement les unités d'hospitalisation en psychiatrie.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « une information sera faite à la prochaine CDU. Une proposition de visite annuelle sera effectuée à cette occasion ».

Dans ses observations du 8 mars 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « il semble important de noter qu'un projet de développement d'une maison des usagers est inclus dans le PTSM ».

Les contrôleurs prennent acte des engagements du directeur du CH et **considèrent la recommandation prise en compte.**

Le nombre de plaintes et réclamations en psychiatrie est stable (10 en 2020) et ne débouchent quasiment jamais sur une médiation. Le bilan des pratiques d'isolement et de contention est présenté à la CDU sans distinguer les deux types de mesures mises en œuvre dans chacune des unités de psychiatrie (cf. § 6.3).

S'agissant enfin des attentes du représentant de l'UNAFAM, elles portent principalement sur le manque de disponibilité des psychiatres (certains patients vont parfois faire renouveler leur traitement à Clermont-Ferrand) qui donne une mauvaise image de la psychiatrie publique et sur la suppression de la contention (position nationale de l'UNAFAM).

La CDU n'a pas formulé d'attentes concernant les droits des patients hospitalisés en psychiatrie.

7.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Le livret d'accueil comporte en annexe plusieurs imprimés dont un questionnaire d'évaluation de la satisfaction du patient. Il est simple à remplir (seize items à cocher) mais ne précise aucunement à qui il doit être remis. Il est lacunaire concernant le respect des droits fondamentaux et inadapté à une hospitalisation pouvant comprendre des mesures de contrainte.

En 2020, trois unités sur cinq ont recueilli des questionnaires de satisfaction (Claude Bernard, Henri Laborit, François Broussais) ; 32 questionnaires pour 947 séjours ou 3,4 % de retours. Ce taux est très faible.

Les items salués le plus positivement par les rares patients ayant répondu portent sur l'accueil dans l'unité, les soins, le personnel, l'aide apportée. Ceux les plus critiqués concernent les repas et dans une moindre mesure, la signalisation des services.

Il est regrettable qu'aucun item ne porte par exemple sur l'information, l'application des mesures de restriction des libertés ou les relations avec l'extérieur.

Par ailleurs, les unités contributrices se plaignent de l'absence de retour d'analyse de la CDU.

RECOMMANDATION 24

L'établissement doit adapter le contenu de son questionnaire de satisfaction à la spécificité des conditions de séjour en psychiatrie.

Ce nouveau format doit être plus fortement accompagné auprès des patients par les équipes soignantes.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'établissement est en attente d'un questionnaire de satisfaction spécifique à la psychiatrie. Dans l'attente, un questionnaire interne adapté sera établi en collaboration avec le service de la qualité et de la communication. Le choix des questions sera effectué avec la participation des patients ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date de mise en place du nouveau questionnaire et sur les modifications qu'il apportera.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI NE PERMET PAS DE SUIVRE LE DEROULEMENT JURIDIQUE DE LA PROCEDURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT

Un BDE spécifique aux pôles de psychiatrie est en place, distinct du BDE pour les pôles MCO de l'établissement. Il est situé à proximité des unités d'hospitalisation en psychiatrie générale.

Au sein de ce BDE, le registre de la loi est géré par un agent, suppléé pendant ses absences par deux autres agents. Cet agent expérimenté assure également l'information des droits des patients, en se rendant dans les unités pour présenter, expliquer, faire signer les pièces de la procédure de SSC aux patients (cf. § 3.3).

Les contrôleurs ont examiné les registres contenant les procédures concernant les patients admis du 9 mars 2020 au 6 septembre 2021.

Les registres d'un modèle standard composé de 100 folios sont ouverts par le maire de la commune d'Aurillac. Ils sont remplis manuellement par les agents et sont conservés dans le local des archives du BDE ; les moins récents y sont présentés ouverts, du fait de la grande quantité de copies au format non réduit des différents documents de la procédure qui y sont insérés. Cette présentation n'en facilite pas le suivi pour toute autre personne que l'agent qui en a la charge.



Registres de la loi conservés au BDE

Un seul et même registre présente dans l'ordre chronologique les admissions des patients en SPDRE et en SDDE, ce qui constitue là encore une limite au suivi aisé des procédures.

Une page de garde et quatre feuillets contiennent les informations se rapportant à chaque patient. Si la page de garde est le plus fréquemment renseignée en conformité avec l'article L.3212-11 du code de la santé publique (à l'exception des tiers qui ne sont pas systématiquement mentionnés, ainsi que la date de notification des droits) plusieurs pièces sont manquantes, notamment les décisions du directeur en cas de SDDE, les décisions du JLD et l'accusé de réception des droits.

La dernière entrée du registre au jour du contrôle, le 6 septembre 2021, est datée du 31 août 2021 et seule l'identité du patient et sa date d'admission sont renseignées ; les certificats médicaux initiaux, de 24h et de 72h ainsi que la décision du directeur n'y figurent pas, pas plus que la date de notification des droits. La nature de la protection juridique et le nom du mandataire n'y figurent pas non plus. Le délai de vingt-quatre heures entre l'admission en SSC et son inscription au registre prévu par l'article L.3212-11 du code de la santé publique n'est ainsi pas respecté.

Le suivi du déroulement juridique de la procédure de soins sans consentement dans le registre de la loi est au mieux incommode : chacun des quatre feuillets par patient reçoit une seule photocopie au format non réduit d'une pièce de la procédure (parfois plusieurs juxtaposées), que la fixation par un seul côté fait voler à chaque page tournée ; quand les quatre feuillets sont occupés, notamment par les certificats médicaux, les autres pièces sont insérées mais non fixées devant la page de garde du patient concerné, sans souci de chronologie, parfois plusieurs pièces dans une pochette en plastique. Pour les patients ayant effectué plusieurs hospitalisations en SSC, le renvoi d'un registre à l'autre est également incommode. Les registres ne disposent pas d'un index qui permettrait une recherche par nom, date ou statut d'hospitalisation. Pour pallier cette absence d'index, une fiche cartonnée de couleur est insérée devant la page de garde des patients en cours d'hospitalisation.

Un fichier numérique de suivi des procédures de SSC par patient est par ailleurs tenu par le BDE. Il recense la plupart des informations qui doivent être portées au registre de la loi. Il calcule les dates prévisionnelles de certificats médicaux mensuels, de convocation semestrielle par le JLD, de convocation du collège des professionnels de santé.

Si la tenue actuelle du registre de la loi ne permet pas un contrôle effectif de l'ensemble des procédures et doit être ré-organisée, ce fichier numérique constitue de fait l'embryon d'une dématérialisation du registre de la loi, préconisée par l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013, et qui serait de nature à faciliter la tenue du registre, et par voie de conséquence, le suivi des procédures.

Le contrôle de la pertinence des certificats médicaux n'est pas effectué par l'établissement, qui s'en remet sur ce point à l'ARS. Dans la plupart des certificats médicaux, non horodatés, la pertinence de l'admission en soins sans consentement est énoncée sous la forme suivante : « admission en service fermé » (cf. § 5.1).

RECO PRISE EN COMPTE 14

Les certificats médicaux doivent être horodatés et rédigés en conformité avec l'article L.3211-2-2 du code de la santé publique.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'établissement a modifié le modèle de ses certificats médicaux qui sont désormais tous horodatés et rédigés conformément à la loi ».

Dans ses observations du 8 mars 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « depuis fin 2021, tous les certificats médicaux concernant des patients en SDRE sont horodatés ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

S'agissant des admissions en péril imminent, les contrôleurs ont relevé de rares occurrences d'une transformation en une mesure de soins à la demande d'un tiers. Un formulaire papier non signé par un médecin ou un professionnel de santé « procès-verbal à établir dans les 24 h dans le cadre d'une admission en péril imminent », faisant référence à l'article L3212-1-II du code de la santé publique, précise si une personne proche a été informée ou non de l'admission, ainsi que la qualité et les coordonnées de cette personne.

Les autorités ne visent pas régulièrement le registre de la loi : le dernier visa par le président du TJ et par le procureur de la République datent de février 2020, aucun visa du préfet du Cantal, du maire d'Aurillac ou de membres de la CDSP n'a été trouvé à une date récente.

RECOMMANDATION 25

Le délai de vingt-quatre heures entre l'admission en SSC et son inscription au registre prévu par l'article L.3212-11 du code de la santé publique doit être respecté.

Les décisions du directeur en cas de SDDE, les décisions du JLD et l'accusé de réception des droits doivent être présents au registre, la date de notification des droits et le nom du tiers demandeur doivent y être inscrits.

La tenue actuelle du registre de la loi ne permet pas un contrôle effectif de l'ensemble des procédures et doit être ré-organisée, en y affectant les moyens nécessaires. Une dématérialisation du registre de la loi, préconisée par l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013, serait de nature à faciliter la tenue du registre, et par voie de conséquence, le suivi des procédures.

Enfin, conformément à l'art 3212-11 du code de la santé publique, le préfet du Cantal, le président du tribunal judiciaire d'Aurillac, le procureur de la République près cette juridiction et le maire d'Aurillac, ou leurs représentants, doivent visiter chaque année l'établissement et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « le CH a obtenu le financement du logiciel sillage psychiatrie permettant de faire un suivi dématérialisé des mesures tant de soins sans consentement que des mesures d'isolement contention. Ce logiciel va prochainement être installé. Le CH suit les évolutions de développement de ce logiciel dont l'éditeur, le syndicat inter hospitalier de Bretagne, annonce prochainement la possibilité de suivre les registres de la loi. En effet, selon les annonces de l'éditeur, une interface du nom de reg law a été créé en plus de sillage psychiatrie pour essayer de répondre au mieux à toutes les nécessités de numérisation des soins sous contrainte - un établissement a été désigné établissement test pour travailler la mise à disposition de ces fonctionnalités ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation puisque l'informatisation du registre n'est pas encore mise en œuvre (un logiciel qui fonctionne déjà aurait pu être utilisé) et que, par ailleurs, aucune indication n'est donnée sur les autres recommandations des contrôleurs.

7.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EFFECTIF

Une convention entre le TJ d'Aurillac, le préfet du Cantal, l'ARS Auvergne Rhône Alpes, les CH d'Aurillac et de Saint-Flour formalise depuis 2013 l'organisation des différents intervenants dans le cadre du contrôle des mesures de soins sans consentement et les conditions d'intervention du juge des libertés.

Contrairement à ce qui est prévu par la convention, la réunion annuelle de bilan n'est pas tenue.

7.3.1 La convocation à l'audience

L'agent du BDE qui assure l'information des patients et leur notification de la mesure de SSC (cf. § 7.2) réalise également l'information du patient concernant le rôle et la tenue de l'audience, recueille son souhait de comparaître et d'être assisté d'un avocat. Le circuit de saisine du JLD et de convocation du patient n'appelle pas d'observation.

7.3.2 La tenue de l'audience

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le lundi et le jeudi matin.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 9 septembre 2021 et ont pu s'entretenir avec la JLD et sa greffière. Deux patients étaient convoqués et se sont présentés. Chacun était accompagné d'un soignant de son unité, qui a attendu à l'extérieur de la salle d'audience.

La signalétique est inexistante pour arriver jusqu'à la salle d'audience, une simple indication sur la porte l'identifie. Elle est installée dans une salle de réunion sise dans l'aile administrative du pôle 2 de psychiatrie générale, qui est réservée à l'audience pour le créneau horaire de sa tenue. Des toilettes se situent à proximité, et un bureau de médecin voisin est réservé aux avocats lors de l'audience.

La JLD et sa greffière disposent d'un ordinateur dans cette salle, avec un accès qui leur est réservé.

Une large table de réunion occupe la salle. La JLD et sa greffière se placent d'un côté de cette table, le patient et son avocat de l'autre côté.

Il n'y a pas d'affichage du tableau de l'ordre des avocats dans les unités accueillant des patients en SSC ; en l'absence de choix d'un avocat personnel, le barreau d'Aurillac délègue à chaque audience un avocat de permanence. Une formation aux mesures de SSC est assurée par le barreau à destination des avocats, bien que selon les informations recueillies par les contrôleurs, les avocats nouvellement installés n'y sont pas systématiquement assujettis.

L'avocat, qui dispose du dossier complet dans un délai raisonnable, peut rencontrer son client dans un bureau garantissant les conditions de la confidentialité.

RECO PRISE EN COMPTE 15

Le tableau des avocats inscrits au barreau d'Aurillac doit être porté à la connaissance des patients en soins sans consentement.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « la liste des avocats au barreau d'Aurillac est désormais affichée dans les services. Une actualisation de ce document va être effectuée par les services de la justice, le CH en a demandé la mise à disposition dès finalisation pour modifier son affichage ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

L'établissement n'est jamais représenté à l'audience. Les mandataires de justice extérieurs, informés de l'audience, ne se déplacent pas.

Les audiences ont lieu porte ouverte, sauf si le patient s'y oppose.

La juge est en tenue civile et l'avocat porte la robe ; les patients sont habillés et chaussés ; le ministère public n'est jamais présent mais la juge indique sa position. La juge explique son rôle qui est de veiller à la régularité de la procédure ; la parole est ensuite accordée d'abord au patient invité à s'exprimer puis à l'avocat ; la magistrate prend le temps nécessaire à l'audition des patients et pose de nombreuses questions. La JLD informe de sa décision et en explique la teneur, ajoute que l'ordonnance sera remise dans l'après-midi et précise les voies et les délais de recours.

L'ordonnance est notifiée par l'agent du BDE dans l'après-midi qui suit l'audience.

Selon les renseignements donnés par l'établissement, 108 patients ont été convoqués du 1^{er} janvier au 6 septembre 2021 (jour de la visite) et 106 hospitalisations complètes ont été maintenues. Deux décisions ont prononcé la mainlevée différée à vingt-quatre heures.

136 patients ont été convoqués en 2020 et 126 hospitalisations complètes ont été maintenues ; deux ordonnances de mainlevée immédiate et huit avec un délai de 24h ont été prises. Selon les informations recueillies auprès du JLD, les mainlevées étaient motivées par le contenu insuffisamment descriptif du certificat médical quant aux conditions légales nécessaires pour justifier l'hospitalisation sous contrainte, jamais pour un vice de procédure.

En 2021, un appel de la décision du JLD a été formé par un patient, et quatre appels formés par un patient en 2020. L'établissement n'a pas formé d'appel des décisions de mainlevée.

Les certificats médicaux attestant de l'impossibilité pour un patient de comparaître apparaissent fondés au JLD et sont peu fréquents, mais en l'absence de statistiques tenues par l'établissement d'une part et le greffe d'autre part, les contrôleurs n'ont pu vérifier ce dernier point.

7.3.3 La saisine du JLD concernant les mesures d'isolement et de contention

Afin d'organiser les modalités prévues à l'article L.3222-5-1, qui prévoit la saisine du JLD dans le cas d'une mesure d'isolement dépassant 48 h ou de contention dépassant 24 h, une réunion a été organisée au début de l'année 2021 entre la JLD et les représentants de l'établissement hospitalier.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi et jusqu'au 6 septembre 2021, deux saisines ont été adressées au JLD, dont une émanant d'un patient, le JLD a levé la mesure d'isolement concernant ce dernier.

8. LES SOINS

8.1 LES DEUX UNITES D'HOSPITALISATION COMPLETE DESTINEES AUX PATIENTS EN SSC ONT DES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE CONTRASTEES

8.1.1 L'organisation des soins

La permanence des soins est assurée dans les quatre unités d'hospitalisation complète pour adultes, dont les deux unités sectorielles fermées (secteur 1 Claude Bernard, secteur 2 Simon) accueillant les patients en SSC. Les psychiatres voient régulièrement leurs patients, il y a une présence de psychiatre le samedi matin et une astreinte le dimanche. Le libre choix du médecin est difficile à mettre en œuvre du fait du faible nombre de psychiatres.

A l'unité Simon, une réunion clinique hebdomadaire réunit toute l'équipe soignante de l'unité (dont l'ergothérapeute et l'assistant social mais pas le médecin généraliste) mais également une semaine sur deux l'équipe de l'extra-hospitalier, ce qui facilite la préparation à la sortie (cf. § 8.3). Au cours de cette réunion est examinée et discutée la situation clinique de chaque patient, des orientations de prise en charge sont formulées. Cependant, le projet médico-soignant n'est pas formalisé.

Les réunions de synthèse y sont rares, uniquement dans le cadre de la préparation à la sortie ; elles associent les mandataires de justice, mais pas les familles ni la personne de confiance.

A l'unité Claude Bernard, une réunion clinique hebdomadaire réunit toute l'équipe soignante de l'unité ; par ailleurs, une réunion soignants / soignés se tient chaque semaine, tandis qu'à l'unité Simon, cette modalité de prise en charge n'est ni connue des soignants ni pratiquée.

En matière d'éducation thérapeutique du patient, des jeux de compétence ont été élaborés par les soignants de l'unité Claude Bernard, portant l'un sur les pathologies et l'autre sur les médicaments.

Le chat « Lyzette » est associé à la prise en charge des patients de l'unité Claude Bernard. Se laissant caresser à la demande, elle permet à ceux qui le souhaitent de « prendre soin de quelqu'un ».

Des séjours thérapeutiques sont organisés dans les deux unités accueillant des patients en SSC, avec le soutien financier de la Croix Marine.

Il n'existe pour l'instant pas de réunion institutionnelle des pôles, dans l'attente de la réorganisation en un pôle unique de psychiatrie générale, qui sera présenté fin octobre 2021 à l'ARS. Pour l'instant, la communauté médicale des psychiatres, bien que peu nombreuse, reste ancrée dans des approches individuelles qui ne favorisent pas un projet médical fédérateur.

A l'échelle du futur pôle unique, le projet de réfection de la cafeteria, dont les murs ont été peints par un groupe des patients animé par un patient artiste peintre, a fait émerger l'intérêt d'envisager la fonction de médiateurs de santé pairs, qui ne sont pour l'instant pas présents dans l'établissement. Il s'agit également à cette occasion de faire vivre le projet de labellisation du futur pôle en tant que centre de réhabilitation psychosociale.

Un rapprochement des pratiques de soins entre les unités accueillant les patients en SSC permettrait de proposer des soins psychiatriques complets et diversifiés pour tous, quel que soit leur secteur.

8.1.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

S'agissant des activités, là encore les deux unités fermées ont des approches hétérogènes.

A l'unité Claude Bernard les activités constituent un élément à part entière de la prise en charge, elles font l'objet d'un investissement important. Un IDE de journée anime les activités, pour lesquelles un planning hebdomadaire est établi.

Les activités se déroulent dans les deux salles d'activités et le jardin de l'unité (repas thérapeutiques hebdomadaires, peinture, collage, jeux à visée d'éducation thérapeutique, jeux de société, jardinage, tournoi de ping-pong, hygiène du chat Lysette) et extérieures (cinéma, balades, achats en ville pour la préparation des repas thérapeutiques). Avant les restrictions sanitaires liées à la pandémie de COVID, des patients étaient accompagnés pour participer à une chorale en ville. Ces activités bénéficient du soutien financier de la Croix Marine.

A l'unité Simon, bien que l'équipement en salles d'activités et en matériel le permettraient (deux salles de télévision, une bibliothèque dotée de livres et de jeux de société, un ordinateur avec accès à internet accessible aux patients sur demande, une salle d'activités consacrée aux activités individuelles et aux massages, un vélo elliptique, une table de ping-pong), les activités conduites par les soignants au sein de l'unité ne font pas l'objet d'un planning, restent informelles et viennent après les autres tâches : pâtisserie, esthétique, coiffure, massage, etc. Le jardin intérieur est peu investi et ne constitue pas un support pour une activité de jardinage. Dans cette unité, les patients ont confié leur ennui aux contrôleurs.

RECO PRISE EN COMPTE 16

Tous les patients doivent bénéficier d'un accès à des activités thérapeutiques qui comprennent une indication médicale, des objectifs définis et une évaluation, tracés et permettant un échange avec l'équipe soignante de référence, en cohérence avec leurs projets de soins.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'accès aux activités thérapeutiques est en lien direct effectif avec le projet personnalisé de soins établi avec le patient. Les participations à des activités thérapeutiques sont tracées. L'ensemble des patients de psychiatrie a accès à des activités thérapeutiques. Le service Simon, où les patients ont confié leur ennui lors du contrôle, a été fermé depuis. Les bonnes pratiques du service Claude Bernard ont été pérennisées pour l'ensemble des patients ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

Les patients de toutes les unités d'hospitalisation adultes (hôpitaux de jour compris) accèdent, sur prescription médicale, à l'unité intersectorielle de sport adapté. Celle-ci dispose de deux IDE à temps plein spécifiquement formés : l'un disposant du diplôme d'éducateur sportif, l'autre du brevet professionnel de la jeunesse de l'éducation populaire et du sport (BPJEPS). Une salle de sport bien équipée permet le déroulement des activités sportives d'intérieur et le stockage du matériel.

Les patients sont reçus pour un premier cycle de cinq semaines, à l'issue duquel une évaluation est faite par l'équipe de l'unité de sport adapté et un retour est fait au médecin prescripteur. La prise en charge en sport adapté peut ensuite se poursuivre avec évaluations régulières. L'absence de DPI limite cependant les possibilités de participer au suivi clinique du patient. Les modalités de prise en charge peuvent être individuelles ou en groupe, dans les équipements sportifs de l'établissement ou à l'extérieur (randonnées, vélo, etc). L'intensité de la prise en charge pour

chaque patient peut être de deux fois par semaine, et quinze à vingt patients participent chaque jour à une activité de sport adapté.

Les patients en SSC sont accompagnés par leurs soignants jusqu'à l'unité, ou bien s'y rendent seuls, sur décision médicale. Au jour de la visite des contrôleurs, trois patients en SSC y étaient inscrits.

L'unité travaille en partenariat avec le dispositif d'accompagnement de l'humain vers les loisirs intégrés et réguliers (DHALIR) qui accompagne certains patients vers le milieu ordinaire sportif.

Les soignants de l'unité de sport adapté n'interviennent plus auprès des patients du pôle en psychiatrie infanto-juvénile, qui dispose d'un éducateur sportif.

RECO PRISE EN COMPTE 17

L'unité intersectorielle de sport adapté, bénéfique dans son principe, pourrait bénéficier à un plus grand nombre de patients en soins sans consentement.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'ensemble des patients de psychiatrie a accès à l'unité de sport adapté. Il n'y a pas de restrictions à cette règle ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte même s'ils auraient souhaité connaître les modalités permettant à un plus grand nombre de patients en SSC de bénéficier de l'unité intersectorielle de sport adapté.

L'établissement participe par ailleurs à la convention culture santé entre l'ARS et la direction régionale de la culture (DRAC) à travers une action théâtrale avec la compagnie Procédé Zèbre.

8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES MALGRE UN TEMPS MEDICAL ATTRIBUE INSUFFISANT

8.2.1 Les soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés au sein des cinq unités d'hospitalisation complète adulte (dont l'unité de psychogériatrie) par deux médecins généralistes à temps plein, vacataires. Ils sont remplacés en leur absence par les somaticiens du service de médecine interne.

Ces médecins se répartissent les unités et sont présents du lundi au samedi matin ; les urgences survenant la nuit et le week-end sont assurées par le psychiatre de garde qui appelle en tant que de besoin ses confrères spécialisés. Un des médecins assure ainsi les soins sur les unités Laborit et Claude Bernard, le second sur les unités du secteur 2 Broussais et Simon et les deux interviennent en psychogériatrie. Au total, ils effectuent neuf vacations mais n'ont pas le temps de participer au staff clinique, de suivre les dépistages populationnels comme celui du cancer du sein ou du colon ou même de travailler à la mise en place d'un réseau avec les médecins généralistes de ville.

La prise en charge somatique est réalisée par des visites dans les services. Outre une consultation systématique de toutes les admissions (dans les vingt-quatre heures), les médecins généralistes répondent à toutes les demandes d'examens dans les services d'hospitalisation et viennent examiner systématiquement les patients admis en chambre d'isolement.

Ils s'assurent de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, proposent sa mise en place.

Les médecins généralistes gèrent également l'accès aux autres soins spécialisés dispensés au sein du CH. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée.

Les soins d'addictologie sont dispensés par le service d'addictologie du CH qui dispose de médecin, psychologue et infirmier ; les patients sont généralement emmenés en consultation au sein de ce service. Il n'y a cependant pas d'équipe de liaison et de soins en addictologie pouvant apporter aux équipes soignantes un appui spécialisé sur les questions d'addictologie.

8.2.2 La pharmacie

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par cinq ETP de pharmacien pour l'ensemble de l'établissement. Il n'y a pas d'interne en pharmacie au moment du contrôle : nécessité de venir en cours à Clermont-Ferrand (cinq heures de trajet aller-retour) et 107 % de postes ouverts au choix. Un assistant spécialiste vient compléter l'équipe.

Le CH a généré en 2020 169 451 lignes de délivrance nominative de produits de santé (162 922 en 2018). 3 976 ordonnances complètes ont été analysées et validées par un pharmacien. Aucun refus de médecin n'est indiqué sur les demandes de modifications des pharmaciens.

Concernant la psychiatrie, les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques et la conciliation médicamenteuse n'est pas développée.

La pharmacie met à disposition des soignants des « *tableaux d'équivalences gouttes buvables / teneur en principe actif* », ainsi que des fiches « *amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients ayant des troubles de la déglutition* » en indiquant les modalités d'écrasement ou non de chaque médicament utilisé, sa dissolution ou non dans l'eau et enfin, la conservation dans le temps des différents médicaments sous forme buvable.

BONNE PRATIQUE 4

La pharmacie à usage intérieur met à disposition des soignants des protocoles pour faciliter l'administration des traitements au regard des différentes formes galéniques possibles.

Un comité de pilotage du « *circuit du médicament et du CAQES, COMEDIMS, CREX copil médicament* » se réunit tous les deux mois sous la présidence de la pharmacienne chef du service. La prescription des neuroleptiques y est évoquée et suivie. Un représentant médical du pôle de psychiatrie adulte et un autre de la psychiatrie infantile-juvénile sont membres de la composition plénière et y participent.

Une CREX a concerné une prescription de Tiapridal par téléphone durant la garde avec mauvaise compréhension de la dose. L'analyse évoque l'opportunité du déplacement du psychiatre dans ces cas d'urgence et d'agitation du patient. Toutes les erreurs médicamenteuses font l'objet d'une analyse détaillée qui débouche sur des préconisations d'amélioration du process.

8.3 LES PROGRAMMES DE SOINS, UTILISES POUR PREPARER LA SORTIE, ASSOCIENT LES SERVICES AMBULATOIRES MAIS LE PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL EST INSUFFISAMMENT PROTOCOLISE

Durant l'hospitalisation, des séances avec l'ergothérapeute de chaque unité sont mises en place sur prescription médicale pour évaluer les compétences et aider à développer ou restaurer l'autonomie des patients dans les activités quotidiennes, ce qui contribue à préparer la sortie.

Des réunions de synthèse associant les mandataires judiciaires de l'hôpital sont mises en place pour la préparation à la sortie de certains patients, mais ce n'est pas systématique.

Les assistants de service social sont référents des patients pour la totalité de leur parcours de soins, en hospitalisation et en ambulatoire ; ils assurent ainsi la continuité de l'accompagnement social, notamment dans l'accès au logement et à l'hébergement.

Selon les informations recueillies auprès des équipes soignantes, les permissions de sortie accompagnées de courte durée et les programmes de soins (PDS) sont fréquemment utilisés pour préparer la sortie des patients en SSC : se promener d'abord dans l'établissement puis en ville, se rendre à son domicile pour s'habituer au trajet et prévoir les aménagements ou achats nécessaires avant le retour. Au jour de la visite, un seul PDS prévoyait la présence d'un patient dans son unité d'hospitalisation à un rythme de trois matinées par semaine. Les quatorze autres étaient organisés exclusivement en ambulatoire.

Au jour de la visite, cinq patients étaient hospitalisés depuis plus de 280 jours dans les unités de psychiatrie générale (et huit dans l'unité de gérontopsychiatrie), ce qui constitue un pourcentage remarquablement faible de patients au long cours.

Pour les patients nécessitant une sortie vers du logement accompagné, les équipes recourent à deux des trois maisons relais du territoire, dont une résidence accueil en convention avec l'établissement hospitalier.

Des structures médico-sociales ont été récemment développées sur le territoire, avec 120 places de foyer de vie accueillant des personnes en situation de handicap psychique ouvertes en 2019 et 2020, ce qui a permis des sorties de patients au long cours. Cependant ces structures, qui ne disposent pas de personnel médical ni para-médical, n'ont pas signé de convention avec l'établissement hospitalier, ce qui serait de nature à prévenir et accompagner les situations de crise, éviter les hospitalisations et engager les foyers de vie à reprendre leurs résidents à l'issue d'une hospitalisation. Les équipes soignantes notent en effet une fréquence accrue d'hospitalisations de patients issus de ces structures, originaires des départements environnants, et qui, n'étant pas repris à l'issue de la crise qui avait conduit à l'hospitalisation, se trouvent sans solution.

RECOMMANDATION 26

Un travail partenarial avec les structures médico-sociales – par exemple dans le cadre du projet territorial de santé mentale – serait nécessaire pour prévenir et accompagner les situations de crise, éviter les hospitalisations et engager les foyers de vie à reprendre leurs résidents à l'issue d'une hospitalisation.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « concernant le secteur de pédopsychiatrie, le CH met en place une équipe mobile de pédopsychiatrie intervenant dans les structures médico-sociales en lien avec l'équipe mobile de l'aide éducative en milieu ouvert (AEMO). Elle sera effective au 1er septembre prochain après recrutement du personnel dédié. Le CH souhaite en outre structurer deux dispositifs, le centre ambulatoire de crise et la pédopsychiatrie de liaison renforcée comme alternative à l'hospitalisation. Ce projet a été présenté à la direction le 7 mars et sera mis en place au fur et à mesure des possibilités de recrutement et au plus tard en septembre 2022 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne concerne pas uniquement le secteur de pédopsychiatrie et qui ne relève pas uniquement de la responsabilité du directeur du CH.

8.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE STATUE SUR DOSSIER

Le collège des professionnels de santé est convoqué par le BDE ; il est composé d'un médecin de l'unité, d'un autre médecin et d'un cadre de santé. Il examine les dossiers de plusieurs patients à la fois et ne respecte ainsi pas systématiquement l'échéance d'un an d'hospitalisation d'un patient. Les patients ne sont pas entendus.

RECO PRISE EN COMPTE 18

Le collège des professionnels de santé doit s'entretenir avec le patient concerné et recueillir ses observations avant de rendre un avis sur sa prise en charge.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « le collège se réunit régulièrement. Il s'entretiendra désormais avec les patients et recueillera leurs observations avant de rendre un avis sur les prises en charge. Désormais, sur le service de psychiatrie fermé, les informations écrites des patients hospitalisés sont recueillies avant la tenue du collège ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN GERONTOPSYCHIATRIE, PORTEE PAR UNE EQUIPE IMPLIQUEE, MANQUE D'ANIMATION SUR LE PLAN MEDICAL

9.1.1 L'organisation du service

Ouverte depuis le 19 octobre 2010, l'unité de gérontopsychiatrie est issue de la deuxième des trois phases de restructuration de la psychiatrie adulte qui se sont enchaînées de février 2008 à novembre 2012. Le pavillon Pierre Deniker a été créé dans le cadre de la mutualisation de deux unités existantes sectorisées (anciennement Pasteur et Chaslin) en une unité intersectorielle commune aux deux pôles de psychiatrie adulte. Elle se compose de deux unités conçues à des périodes différentes et n'offrant pas les mêmes niveaux de confort hôteliers aux patients.



Entrée unité Deniker

L'unité compte trente-deux lits en chambres individuelles (vingt-huit de psychiatrie et quatre d'unités de soins de longue durée -USLD-). Le jour du contrôle, quatre lits de psychiatrie étaient vacants. L'unité est répartie en deux ailes de seize lits, articulées autour d'une zone d'accueil, de locaux communs, de soins et de bureaux.

Dans le détail, on trouve à l'entrée un hall d'accueil qui débouche sur une salle commune où les patients peu mobiles séjournent. Elle donne, d'une part, sur une petite salle de télévision et une salle d'activités et, d'autre part, sur une première salle à manger séparée en son milieu réservant un espace comprenant une armoire de jeux de société, un babyfoot et une télévision avec lecteur de DVD. La salle à manger de la seconde aile est reliée à la première par un office commun.



Salle à manger bâtiment R0



L'extérieur

Les locaux sont corrects, lumineux et les peintures récentes. Il n'y a pas de décorations dans les couloirs ni dans les chambres, seulement dans les salles à manger. L'équipement hôtelier est satisfaisant sauf sur la partie la plus ancienne où sept chambres n'ont pas de douche (une salle de bain collective) et ces mêmes chambres n'ont pas de placard fermant à clé. Le jardin attenant est coquet mais assez petit.

Les chambres sont médicalisées (sans fluides médicaux) et bien équipées : lit médicalisé à hauteur variable, rampe d'éclairage en tête de lit, appel malade, table de chevet sur roulette, table de lit, fauteuil gériatrique. Elles sont dotées dans la partie la plus récente d'un volet électrique commandable de l'intérieur de la chambre avec réduction d'ouverture de la fenêtre (volet manuel sans réducteur de fenêtre dans l'aile la plus ancienne). Il n'y a pas de télévision alors que les séjours y sont souvent longs.

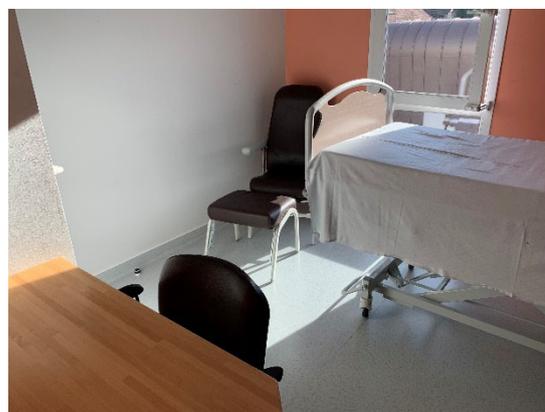
Pour l'aile dans le bâtiment le plus récent, les chambres sont équipées d'un retour formant table-plan de travail avec une chaise visiteur.

Les portes des chambres de l'aile la plus récente sont équipées d'un oculus permettant de voir le patient dans son lit. Cet oculus doit être occulté. Il n'y a pas de verrou de confort mais les chambres restent accessibles et ouvertes pour les patients.

Les sanitaires des chambres sont équipés d'un lavabo (sans beaucoup de place pour poser ses affaires de toilettes), un porte presse-savon (vide), un miroir, un distributeur d'essuie-main, un WC mural sans abattant, une douche plein pied avec presto. Dans l'ancienne aile, il n'y a pas de douche dans le coin sanitaire.



Chambre aile ancienne R+1



Chambre aile récente R0

Les locaux sont propres. Les serviettes sont fournies par l'hôpital. Pour les plus démunis la fourniture de vêtements, de produits de toilettes relève de l'établissement. L'entretien des effets personnels est assuré par les familles, soit par le biais d'une solution payante (société Top Pressing), mais onéreuse qui peut revenir de 20 à 80 euros par mois et qui est donc peu utilisée (cf. § 4.2), soit par l'hôpital pour les personnes sans famille. Il n'y a pas de problème de réassort sauf pour les chaussants.

Au plan des effectifs soignants, l'unité compte au planning sept jours sur sept :

- le matin : deux IDE (un pour chaque secteur de seize lits) et trois AS en 6h30-14h15 et un ASH en 7h-14h ;
- en journée (sauf le WE) : un IDE en 8h30-16h15 et un AS en 8h-15h45 et un ASH en journée ;
- l'après-midi : deux IDE et trois AS en 13h45-21h30 et un ASH en 13h-20h ;
- la nuit : un IDE et un AS en 21h-7h en équipe fixe.

L'unité compte en théorie 0,7 ETP de psychiatre et 0,3 ETP de médecin généraliste mais dans la réalité, le temps médical est bien moindre et se résume en moyenne par jour à deux heures de présence de psychiatre et deux heures de somaticien devant suivre trois unités (Broussais-Simon-Deniker). Ce dernier réalise l'examen somatique d'entrée, examine les résultats d'examens de laboratoire de tous les patients et voit certains patients « repérés » par les IDE.

Elle bénéficie d'un temps de cadre de santé à temps plein, d'un temps d'ergothérapeute à 0,7 ETP et d'un temps d'assistance sociale positionnée sur les secteurs qui se déplace à la demande, comme la psychologue.

Tous les postes sont pourvus mais les absences pour maladies ou maternité ne sont pas toujours remplacées ; selon le cadre, il y a peu d'absentéisme. L'unité bénéficie de deux IDE normalement affectés à l'équipe mobile géronto-psychiatrique mais non mise en œuvre faute d'avoir pu être dotée du temps médical, de psychologue et d'un véhicule.

Les agents bénéficient des formations demandées : violence agressive, accompagnement des familles, soins palliatifs, médiation animale, soclecare / 3 j. Il y a eu peu de formations mises en œuvre en 2020 du fait du Covid.

L'unité fonctionne essentiellement sur un mode non programmé, à 80 % du domicile et des EHPAD via les urgences. Depuis l'arrivée sur le pôle du nouveau chef de pôle, l'unité se rééquilibre en faveur d'une prise en charge davantage orientée vers les pathologies psychiatriques vieillissantes, renvoyant sur la gériatrie le soin de gérer les pathologies neurodégénératives (sur vingt-huit patients, huit auraient uniquement des troubles gériatriques et aucun n'est en soins sans consentement et s'il s'avérait qu'une hospitalisation sous contrainte soit nécessaire, le patient serait hospitalisé en unité classique de psychiatrie). Un patient né en 1937 est hospitalisé depuis plus de sept années. Il a toujours été dans des institutions spécialisées (psychose schizophrénique déficitaire). Le nombre de patients hospitalisés depuis plus de 280 jours est de huit sur vingt-huit dont un au titre d'une hospitalisation en USLD. Les difficultés de sortie relèvent des retours au domicile ou de l'absence de places adaptées en établissement médico-social.

Sur l'ensemble de l'année 2020, on note 1/3 de troubles dépressifs, 17 % de schizophrénies à part égale avec les démences Alzheimer et 11 % de troubles anxieux, le reste se répartissant entre plusieurs pathologies mentales plus ou moins sévères.

Libellé	Séjours	Journées	Pourcentage journée
F32 - Épisodes dépressifs	33	3137	32,37
F20 - Schizophrénie	12	1663	17,16
F00 - Démence de la maladie d'Alzheimer (G30.-)	12	1533	15,82
F41 - Autres troubles anxieux	15	1046	10,79
F31 - Trouble affectif bipolaire	5	578	5,96
F06 - Autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique	7	500	5,16
F01 - Démence vasculaire	4	390	4,02
F60 - Troubles spécifiques de la personnalité	7	287	2,96
F23 - Troubles psychotiques aigus et transitoires	5	179	1,85
F10 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	3	166	1,71
F22 - Troubles délirants persistants	3	109	1,12
F03 - Démence, sans précision	2	51	0,53
F30 - Episode maniaque	1	44	0,45
F33 - Trouble dépressif récurrent	2	9	0,09

S'agissant de l'organisation générale et des droits, le règlement intérieur n'est pas connu des agents et encore moins accessible aux patients. Les règles de vie de l'unité ne sont pas systématiquement remises et explicitées aux patients. Elles ne sont pas non plus affichées dans l'unité (cf. § 3.3. recommandations). Dans ces documents, une mesure de contrôle possible des effets personnels des personnes souhaitant accéder à l'unité y figure mais elle est illégale.

Le rôle et la composition de la commission des usagers sont affichés. 100 % des patients ont désigné une personne de confiance.

Les questionnaires de satisfaction sont peu encouragés et peu accompagnés (0 questionnaire renseigné en 2020) et en matière d'accès au dossier médical, il existe une procédure et des outils utilisables par les professionnels pour répondre à l'interrogation des patients et de leurs familles mais ces derniers doivent se référer à une explicitation écrite figurant dans le livret d'accueil. Les demandes sont peu nombreuses (trois en 2018, une en 2019 et aucune en 2020).

9.1.2 Les modalités de prises en charge soignantes

Il n'y a pas de projet médico-soignant tant au niveau de l'établissement que de l'unité. Le projet de l'unité est rapporté au projet médical 2016-2020 au travers deux actions :

- constituer une équipe mobile unique de gériatrie et de gérontopsychiatrie ;
- définir les modalités de coopération avec la psychiatrie à travers le service Deniker et le service Antonin Artaud et les EHPAD.

Ni l'une ni l'autre n'ont été mises en œuvre.

Le projet de soins ne fait pas mention de mesures pour cette unité. Il n'existe pas de projet de soins individualisés en tant que tel mais des prises en charge au long cours. Les réunions cliniques sont quasi inexistantes faute de médecins disponibles et il n'existe plus de réunions pluridisciplinaires depuis fin 2019. Il n'y a pas non plus de réunions soignants-soignés-familles ni de supervision. L'équipe n'y est pourtant pas opposée mais faute de présence médicale, l'impulsion du cadre ne suffit pas.

RECOMMANDATION 27

La prise en charge médicale en gérontopsychiatrie doit comporter un temps institutionnel réservé à l'équipe et identifié au tableau de service.

Les familles doivent disposer d'un cadre d'expression formalisé et régulièrement utilisé, d'autant plus nécessaire que les patients pris en charge dans l'unité souffrent de troubles cognitifs sévères.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « le service de gérontopsychiatrie bénéficie d'un temps affecté de psychiatre de 0,5 ETP du Dr Malafosse, psychiatre sénior chef de pôle psychiatrie adulte ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, ce temps de psychiatre ne permettant pas l'instauration de réunions cliniques régulières, comme indiqué supra. Par ailleurs, le directeur du CH n'apporte aucune indication sur la deuxième partie de la recommandation relative aux familles.

S'agissant de l'activité et des modalités d'accueil, on peut noter les points suivants :

80 % des entrées ne sont pas programmées sur un recrutement à 99 % relevant du Cantal. La durée moyenne de séjour (DMS) est supérieure à trois mois mais tend à baisser en 2021. En 2020, 65 entrées ont été comptabilisées, la DMS est de 108 jours, le taux d'occupation moyen de 96 %. 29 patients ont entre 60 et 69 ans, 45 entre 70 et 79 ans, 50 entre 80 et 89 et 8 ont plus de 90 ans. Au jour du contrôle le taux d'occupation moyen était de 87,5 %.

Après discussion avec les urgentistes et les gériatres, l'orientation des patients psychiatriques âgés s'est améliorée. Il ne resterait que huit patients qui relèveraient d'un diagnostic principal gériatrique.

L'unité ne connaît pas de situation de suroccupation et il serait même possible de baisser les ré-hospitalisations si l'équipe mobile géronto-psychiatrique était en place. Le lien avec l'infirmier de secteur est correct.

Au moment de l'admission, l'infirmier fait l'entretien d'accueil avec un AS (son binôme). Le livret d'accueil est déposé dans le tiroir de la table de nuit. L'infirmier présente au patient l'environnement de sa chambre et de l'unité. Un inventaire contradictoire est fait à l'accueil en binôme IDE-AS. Les patients sont invités à choisir entre déposer les valeurs en leur possession au trésor public ou les conserver dans leur chambre sous leur responsabilité. En pratique, ce choix est fait par les familles et les personnes ne conservent que des biens de faibles valeurs. Il n'y a pas de coffre dans la chambre et le placard ne ferme pas à clef (cf. § 4.3. recommandation). Les soignants rapportent davantage de pertes par égarement que de vols.

Les repas sont pris en chambre et au réfectoire (sauf prescription médicale). Les horaires sont les suivants : petit déjeuner à 8h, déjeuner à 12h, collation à 15h, dîner à 18h15. Les menus des repas sont équilibrés et personnalisés par les diététiciennes. Les patients sont sollicités lors de leur accueil sur leurs goûts et aversions. Quelques denrées alimentaires peuvent être apportées par les familles et sont stockées dans la cuisine du service ; l'équipe les tient à la disposition des patients. Les salles à manger sont agréables. Il y a de la platerie et les patients disposent de serviettes en tissu fournies par l'hôpital.

La distribution des médicaments préparés par l'infirmière de nuit est assurée par les IDE de jour au moment des repas.

Les activités thérapeutiques et occupationnelles sont essentiellement organisées dans l'unité. Elles ne sont pas programmées mais très variées : deux séances de gymnastique par semaine, une de sport adapté avec un intervenant extérieur, de la médiation animale (cochon d'Inde) et des activités sont portées par l'ergothérapeute qui s'implique avec une aide-soignante au travers l'animation d'ateliers mémoire, de peinture, de poterie, des jeux de société, du jardinage-arrosage, des promenades à l'extérieur.

Une partie de ces activités thérapeutiques est essentiellement financée par les Croix-Marine (700 euros par an) pour l'amélioration des repas, l'achat de plants pour le jardinage, des jeux de société, un repas au restaurant. Les fournitures de base sont financées par l'hôpital et les transports en minibus sont assurés en régie.



Participation de patients au pliage de chiffonnettes avec l'ergothérapeute

Le bilan annuel 2020 des évènements indésirables ne fait remonter que quatre signalements de faits de violence sur les agents à l'unité Deniker. C'est le plus faible depuis cinq ans (2016 : neuf, 2016 : quinze, 2018 : quinze, 2019 : neuf). Il s'agit le plus souvent de patients âgés perturbés qui peuvent réagir de façon inopinée ou par des manifestations d'opposition aux soins (nursing). Cette unité est assez exposée aux phénomènes de violences à l'instar des deux unités d'admission. En cas d'agitation, les IDE peuvent appliquer un protocole anxiolytique per os. Les passages à l'acte sont discutés avec le psychiatre qui peut réajuster le traitement si nécessaire. Le personnel ne se sent pas en insécurité dans l'unité. Les patients et les familles peuvent retrouver dans le livret d'accueil les modalités pour déposer une plainte ou une réclamation. Le nombre de réclamations est dérisoire (une au cours des 4 dernières années, en 2020).

Le service n'évoque pas de difficulté particulière de financement de ses demandes. Il en est de même concernant les financements affectés à l'amélioration des conditions de travail (achat de verticalisateurs, chaises-douche à roulettes, réhausseurs de transfert) ou au plan d'équipement (mobilier de chambre, lits Alzheimer). La maintenance des locaux est bien suivie, les bons de travaux honorés.

9.1.3 Les restrictions de liberté

Elles sont individualisées et adaptées et le respect des droits est recherché.

L'unité est fermée pour protéger les patients désorientés bien que tous les patients soient en soins libres. Ils sont néanmoins dix sur vingt-huit à pouvoir sortir seuls dans le parc de l'établissement mais doivent le demander aux soignants. Sinon il est possible d'accéder librement

au jardin situé en face des deux salles à manger. Pour ceux qui ne peuvent sortir seuls, ils sont accompagnés par un agent pour deux patients ou par petits groupes de cinq patients par deux agents.

L'accès à la chambre est libre et les patients peuvent s'y reposer chambre non fermée à clef.

Les téléphones portables sont conservés par les patients. Il n'y a pas de téléphone dans la chambre ce qui oblige les patients sans portable à appeler ou être joints via le numéro du service et selon la disponibilité des soignants. Au jour du contrôle aucun patient n'était interdit de téléphone ce qui semble le principe dans cette unité.

Peu de patients fument. Il existe un placard dans l'office où est rangé le tabac pour les consommateurs « compulsifs » mais ceux en capacité de le gérer peuvent conserver leur tabac. La prise en charge médicale propose des sevrages par patch.

Les patients sont toujours habillés avec leurs effets personnels. Aucun patient n'est en pyjama. Le service se fait un point d'honneur à habiller tous les jours les patients avec leur effets personnels. Ils peuvent avoir accès à un coiffeur (payant) ou au niveau de l'unité pour du coiffage. Les soins de manucure sont réalisés par les agents.

Les patients qui souhaitent écrire font transiter les correspondances par les familles ou par le courrier de l'hôpital. Ce sont toujours les mêmes patients qui écrivent. Ils ont la possibilité de recevoir du courrier mais cela est rare.

Le droit de vote est organisé via le bureau des admissions qui fait établir les procurations en lien avec les familles. Aux dernières élections, il n'y en a pas eu. Certains patients ont voté avec leurs proches qui les ont accompagnés au bureau de vote.

L'exercice du culte est organisé par le biais de deux femmes de confession catholique qui organisent une rencontre sous la forme d'une bénédiction tous les samedis dans l'une des salles à manger. Hormis le service d'aumônerie qui est affiché à l'entrée, les coordonnées des représentants des autres cultes ne sont pas affichées ni connues. Il n'y aurait pas de demandes pour d'autres religions (cf § recommandation 5.5).

Le CH d'Aurillac disposant d'un service de mandataires judiciaires hospitaliers, il n'y a pas de difficulté d'accès ni de suivi. A la date du contrôle, il y avait huit patients sur vingt-huit sous protection judiciaire.

Le sujet de la sexualité n'est pas abordé. Il n'y aurait pas de situation à gérer hormis un simple fleurte qui avait débuté à l'extérieur (cf recommandation § 5.6). Il n'y pas de restriction vis-à-vis de l'accès aux chambres ni de situation problématique rencontrée.

9.1.4 Les pratiques de contention

Il n'y a aucune chambre d'isolement dans l'unité ni d'isolement en chambre. Il existe en revanche des contentions gériatriques ou contentions physiques passives mise en œuvre par référence à une procédure dénommée « contention du patient ou du résident » du 15 juillet 2019, non réactualisée depuis. A la date du contrôle, ils étaient six patients à être concernés par une prescription de soins de contention, essentiellement au fauteuil. Ces contentions sont essentiellement mises en œuvre pour prévenir les risques de chutes. Il n'y a pas de registre ce qui prive l'unité d'une précieuse source d'analyse des pratiques. La prescription est dans le dossier. Les familles sont associées à la mise en place de la mesure et parfois demandeuses (vis-à-vis des risques de chutes).

Après recensement pour les besoins du contrôle, sur les douze derniers mois on note :

- Dix-sept mesures de contention lit (il s'agit de deux barrières au lit) ;
- treize mesures de contention fauteuil (ceinture pelvienne) ;
- sept « Sécuridrap ».

RECO PRISE EN COMPTE 19

Les mesures de contention type sécuridrap doivent être tracées dans un registre afin de faire l'objet d'une analyse des pratiques dans l'unité et au sein des instances compétentes de l'établissement.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « un registre de contention est désormais mis en place en gérontopsychiatrie. Il sera analysé et présenté aux instances ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

9.2 LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS DANS LES UNITES ADULTES EST INDIGNE

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile a pour mission de dispenser tous les soins préventifs et curatifs pour la petite enfance (de 3 à 7 ans), la grande enfance (de 10 à 18 ans) sur tout le département du Cantal. Il comprend une équipe mobile, un service de consultations externes, deux CMP (Saint-Flour et Maurs), une maison des adolescents, un hôpital de jour (« les Aristochats » pour les enfants de moins de 7 ans, « Passerelle » pour les enfants de 7 à 10 ans scolarisés en primaire, et « L'envol » pour les pré-adolescents), un service d'accueil familial et thérapeutique et une unité d'hospitalisation de semaine dénommée « les Glycines » qui comprend dix places.

La file active des patients mineurs est, en 2020, de 1068 patients, celle exclusivement ambulatoire de 946 patients, et celle des hospitalisés à temps plein de 51 patients.

Du fait de l'absence d'unité d'hospitalisation complète, les mineurs qui le nécessitent sont hospitalisés dans les unités adultes. Selon le CH, deux projets visant à la création de lits d'hospitalisation complète pour les mineurs ont été proposés à l'ARS mais elle les a refusés étant précisé que le CH estime ne pas disposer des moyens humains suffisants pour faire fonctionner une unité d'hospitalisation complète. Selon l'ARS, l'établissement dispose, depuis de nombreuses années, de l'autorisation pour créer des lits d'hospitalisation complète et des moyens afférents et cette création ne dépendrait donc que de lui. Ceci étant, au jour du contrôle, un troisième projet avait été élaboré et devait être présenté prochainement à l'ARS. Il vise à créer des lits d'hospitalisation complète pour les mineurs de 12 à 18 ans dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile qui comprendrait également la création d'un hôpital de jour pour adolescents, d'un CMP à Aurillac, d'un CATTP à Aurillac et la révision du fonctionnement de l'équipe mobile, actuellement sous-dimensionnée.

Le diagnostic du PTSM est assez précis sur le sujet de l'hospitalisation des adolescents. Il indique qu'un jeune nécessitant une hospitalisation d'urgence ou ponctuelle est hospitalisé en pédiatrie ou en psychiatrie adulte selon le type de problème et qu'aucune de ces deux propositions n'est adaptée aux yeux des professionnels interrogés et constituent parfois des « mises en danger » (promiscuité entre adolescents et patients adultes avec des pathologies très diverses en services fermés). Il précise qu'en 2019 six événements indésirables de la psychiatrie adulte relatifs aux difficultés de prise en charge de mineurs ont été envoyés à la cellule qualité sous la rubrique «

déclaration de violences » et sur ces six, un a fait l'objet d'un signalement. Il ajoute qu'il convient de « proposer des solutions rapides et durables de prises en charge des jeunes de 12-20 ans en situation de crise psychique grave comme créer une unité d'accueil pour mineurs difficiles (12-18 ans) de quatre lits, une unité d'hospitalisation pour jeunes adultes en 2022 au CH et une unité de type « internat socio-éducatif médicalisé » en 2023/2024. Dans cette attente, il indique qu'un éducateur spécialisé pourrait être recruté pour assurer le lien entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adultes.

Par ailleurs, sur la prise en charge des mineurs, le cloisonnement des institutions ne facilite pas les échanges entre l'ASE, les structures médico-sociales et la psychiatrie entraînant des freins à la prise en charge. Ces faibles interconnexions rendent le parcours en santé mentale difficile pour les enfants et les familles. Les professionnels se heurtent souvent au manque de relais médicaux et paramédicaux pour prévenir la crise, voire la prendre en charge. L'absence de relais sanitaire les week-ends se surajoute au manque de lits spécifiques pour les adolescents. A ce titre, des partenariats inter structures devraient être formalisés pour éviter les ruptures de prise en charge

9.2.1 La prise en charge des mineurs dans les unités adultes

Les mineurs sont hospitalisés dans les deux unités fermées, Claude Bernard et Simon dont les locaux ont été précédemment décrits (cf. § 4.1).

a) L'activité

Au jour du contrôle, aucun mineur n'était pris en charge. Les mineurs sont principalement hospitalisés en soins libres, un seul mineur a été hospitalisé par ordonnance de placement provisoire en 2020. Les hospitalisations de mineurs en psychiatrie adulte augmentent depuis quatre ans et les durées d'hospitalisation sont souvent longues en raison notamment de manque de places dans des structures d'orientation adéquates.

b) L'organisation du service

Les mineurs hospitalisés dans les unités adultes le sont dans des conditions non satisfaisantes en matière d'accès aux soins qui devraient être assurés par une équipe infanto juvénile spécialement formée. Si les mineurs sont suivis par les psychiatres et les psychologues du pôle de pédopsychiatrie, ceux-ci, selon les témoignages recueillis, ne se déplacent pas régulièrement et viendraient, au mieux, une fois par semaine, au pire une fois tous les quinze jours. La venue n'est pas protocolisée et dépendrait du médecin. Par ailleurs, les staffs visant à étudier la situation d'un patient mineur, quand une orientation est envisagée sur l'unité d'hospitalisation de semaine, ont lieu sur le site des Glycines et aucun des soignants de l'unité adulte, qui côtoient pourtant quotidiennement ces patients, n'y est convié. Par ailleurs, lors de l'admission, les unités adultes, malgré leurs demandes, ne parviennent pas à obtenir communication du dossier du mineur par l'unité des Glycines, au détriment de la continuité de la prise en charge. Le cadre supérieur de santé, alerté par les contrôleurs de cette situation, a transmis, pendant la mission, des consignes très strictes pour que les dossiers soient désormais systématiquement remis à l'unité adultes. Les week-ends, les unités adultes peuvent faire venir des professionnels d'astreinte (IDE, éducateur) du pôle de pédopsychiatrie.

S'agissant des soins somatiques et spécialistes, les mineurs ont accès au médecin dans les mêmes conditions que les patients adultes.

c) La prise en charge

Les mineurs hospitalisés dans les unités adultes sont mis en danger, mettent à l'épreuve l'ensemble des professionnels et déstabilisent le fonctionnement des unités.

Deux mineurs ont subi des agressions sexuelles en 2021 de la part de patients adultes, dont l'un à deux reprises. Les jeunes étaient âgés respectivement de 16 et 14 ans. Dans l'un des cas, la réponse a consisté à transférer la victime mineure dans l'autre unité fermée.

La promiscuité de mineurs avec des adultes, présentant des pathologies très diverses et hospitalisés sous contrainte, est source de difficultés et de situations de violence.

Les mineurs sont souvent suivis par l'ASE que les soignants ne parviennent que très difficilement à contacter.

Soumis aux règles de l'unité qui les accueillent, les mineurs ne bénéficient d'aucune scolarité ni d'activités spécifiques adaptées à leur âge.

RECOMMANDATION 28

Les mineurs doivent être hospitalisés dans des unités spécifiques.

RECO PRISE EN COMPTE 20

Une réunion institutionnelle en présence de tous les acteurs concernés, autorités judiciaires (juges des enfants et procureur de la République), services de l'Etat, service de l'aide sociale à l'enfance, hôpital, ARS doit se tenir afin que des solutions soient dégagées dans les meilleurs délais et que tout mineur puisse bénéficier d'une prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « l'ARS indique que le CH a disposé, depuis de nombreuses années, d'une autorisation pour créer des lits d'hospitalisation complète et des moyens afférents et cette création ne dépendrait donc que de lui. Aucun des membres de l'équipe de Direction présents, pas plus que les responsables du service de pédopsychiatrie n'avaient connaissance de cette autorisation, laquelle doit effectivement être très ancienne. De mémoire d'homme présent, cette autorisation n'a jamais été mise en œuvre. Par conséquent, si elle n'a jamais été mise en œuvre, comme l'indique la Direction territoriale de l'ARS, elle n'a jamais pu être transformée. Depuis très longtemps, l'Etablissement ne dispose (que) d'une unité d'hospitalisation de semaine en pédopsychiatrie ; c'était le cas, à la connaissance de la Direction du Centre Hospitalier et jusqu'à une période récente, de l'ensemble des centres hospitaliers autorisés en pédopsychiatrie de l'ex-Auvergne. Seul le CHU disposait d'une unité d'hospitalisation complète. Cela correspondait à une pratique visant à éviter d'hospitaliser les enfants et de les accueillir dans des structures sociales pour l'hébergement. La Direction du Centre Hospitalier rappelle par ailleurs que, selon une doctrine constante de l'ARS, une autorisation n'entraîne pas automatiquement un financement. Par conséquent, transformer des places d'Hôpital de jour en hospitalisation complète entraîne un coût supplémentaire pour l'Etablissement. L'Etablissement a répondu successivement, en octobre 2019 et octobre 2020, à deux appels à projets nationaux lesquels, entre autres objectifs, visait précisément la création de lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie pour les Départements qui en étaient dépourvus. Objectif national retenu sans doute en raison de la montée des comportements violents chez les adolescents. La Direction du Centre Hospitalier précise, comme il avait déjà pris

la précaution de le dire à la Direction territoriale de l'ARS, que l'instruction de ces projets a été réalisée directement au niveau national sans que le Ministère n'associe les ARS. L'ARS AURA n'est donc en rien responsable du résultat de ces appels à projets.

La Direction du Centre Hospitalier confirme que le Ministère n'a jamais fait connaître directement la réponse du dépôt de projet à la Direction du Centre Hospitalier, alors que ce projet était parfaitement dans la cible. Les projets retenus, dont le centre hospitalier a eu connaissance par la presse, laissent par ailleurs interrogatif au regard des objectifs affichés.

Effectivement, c'est au regard de ces réponses négatives, de l'hospitalisation croissante de mineurs dans les unités fermées de psychiatrie adulte et des événements indésirables associés, à la suite de nos nombreux échanges à ce sujet, que la Direction territoriale de l'ARS a proposé de venir soutenir la démarche du Centre Hospitalier afin de déposer un 3ème projet.

Jusqu'ici, lorsque le week-end un mineur relevant de pédopsychiatrie devait être hospitalisé, il devait l'être en première intention en service de pédiatrie avec la mobilisation d'une astreinte de médecin psychiatre et d'éducateur de pédopsychiatrie pour assurer son suivi. Si nécessaire, ce jeune était ensuite, dès le lundi, accueilli en hospitalisation de semaine de pédopsychiatrie. Dès lors que ce mineur présentait des troubles du comportement, avec trop forte agitation, agressivité ou violence envers lui-même ou les autres, il ne pouvait être accueilli en pédiatrie, ce service n'étant pas assez « contenant » (fermé). La seule solution dont le centre hospitalier disposait était d'accueillir ce jeune dans une unité « fermée » (contenante) de psychiatrie adulte.

Une réunion a été organisée par la préfecture concernant le sujet général de la prise en charge du territoire en soins sans consentement en présence des services de la préfecture, de l'ARS, du conseil départemental (ASE), de la police, du tribunal, du procureur de la république et de la maison d'arrêt.

Le CH a organisé une réunion spécifique concernant le sujet particulier des mineurs en présence du conseil départemental (ASE) et de l'ARS. Les services de la justice et de la préfecture invités étaient cependant absents.

Le schéma de la protection de l'enfance a été revu et la création d'une USEMA est en cours de travail sur le territoire.

Le troisième dossier de demande de financement déposé en août 2021 a été accepté, et le CH bénéficie désormais d'un financement lui permettant de revoir son offre de soins de pédopsychiatrie : mise en place d'unité de 4 lits de crise adolescents en hospitalisation complète, réorganisation des hôpitaux de jour avec création d'un hôpital de jour adolescents, mise en place d'un CMP et fonctionnement de l'unité mobile de pédopsychiatrie ».

Dans ses observations du 8 mars 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « en page 73, il est noté que « selon le CH, deux projets visant la création de lits d'hospitalisation à temps complet ont été proposés à l'ARS mais elle les a refusés étant précisé que le CH estime ne pas disposer des moyens... ». Or, le CH d'Aurillac bénéficiait déjà d'une autorisation de lits à temps plein pour des mineurs, mais l'autorisation n'était pas mise en œuvre 365 jours par an. Il a déposé auprès de l'ARS un premier dossier qui a été refusé car l'établissement déclarait ne pas avoir d'autorisation de lits de pédopsychiatrie et il souhaitait mettre en place une unité fermée pour adolescents difficiles, unité complètement à l'opposé de ce que l'ARS prône en termes de respect des droits des patients. Un deuxième projet a été travaillé par l'établissement en lien avec l'ARS afin de mieux répondre aux besoins de la population qui lui est rattachée et aux objectifs de la politique nationale comme régionale. Ce projet a été validé dans le cadre du dernier

AAP national de 2021 sur la pédopsychiatrie et bénéficie donc d'une nouvelle enveloppe financière spécifique. Il prévoit la modification de l'unité de pédopsychiatrie avec transformation de 4 lits de semaine en véritables lits d'hospitalisation temps plein ; la création d'un HDJ de crise pour adolescents ; la création d'un CMP/CATTP à Aurillac et le renfort du CMP de Mauriac, le repositionnement de l'équipe mobile. Le premier Ministre a confirmé cette information au Président du Conseil de Surveillance du CH par courrier en date du 22 novembre 2021 et la direction de l'établissement a par la suite reçu un courrier de notification de la part de l'ARS.

De plus, nous vous informons qu'un travail est en cours pour la création d'un lieu de vie multi-partenarial (CD/ARS/PJJ) spécifique pour certains jeunes au parcours très complexe (6 places). La contractualisation Conseil Départemental/Ministère dans le champ de la protection de l'enfance permettra de mobiliser des crédits de l'Etat à cet effet à hauteur de 800.000€. L'ARS participera au titre du financement de postes de soignants ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation partiellement prise en compte puisque l'unité de quatre lits de crise adolescents en hospitalisation complète n'est pas encore ouverte et qu'aucune date n'est communiquée sur son ouverture effective.

9.2.2 La prise en charge dans l'unité d'hospitalisation de semaine « les Glycines »

a) Les locaux

i) Présentation des locaux

L'unité est implantée sur le site dénommé de Cueilhes qui se situe à 3 km de l'hôpital, à l'extérieur de la ville d'Aurillac, dans la campagne, et qui abrite également un bâtiment administratif et l'hôpital de jour. Le site est agréable, arboré et offre une importante perspective visuelle n'induisant aucunement un sentiment d'enfermement. Il dispose d'un terrain de sport extérieur, d'un espace de jeux pour les enfants et d'un potager. Toutefois, les bâtiments, anciens, sont décrépis et laissent un sentiment d'abandon. Un projet de réhabilitation de l'ensemble du site est prévu mais il ne devrait pas se réaliser avant 2022.

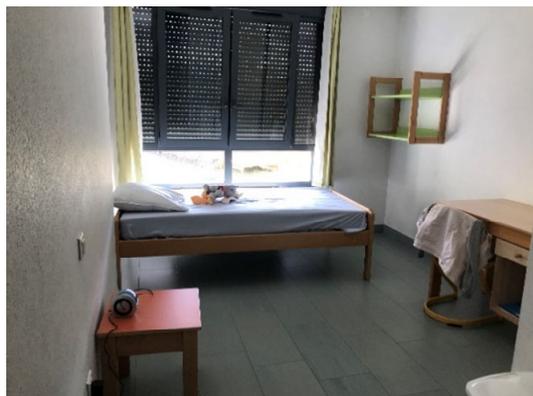


L'unité « les Glycines »



Le terrain de sport du site

L'unité est hébergée dans un bâtiment de plain-pied, datant des années 1970. Elle comprend dix chambres individuelles avec sanitaires (WC, douche et lavabo avec miroir) refaits en 2021, et dont l'équipement (lit, bureau, chaise, étagère, placard) est adapté et suffisant. L'unité dispose d'un espace extérieur spécifique, sécurisé, où les jeunes peuvent manger ou s'aérer. Ils peuvent se rendre également sur l'emprise du site, sécurisé lui aussi par un portail fermé.



Une chambre individuelle



L'espace extérieur de l'unité

Outre les chambres, l'unité est constituée de différentes salles répondant aux besoins et aux attentes des patients et des soignants. On y trouve ainsi un réfectoire, une cuisine, une buanderie comprenant une machine à laver, une salle de soins et des bureaux d'entretiens. De nombreuses salles d'activités, équipées de matériel divers, existent : un salon TV, une salle de jeu avec billard et table de ping-pong, une salle de musique comprenant de nombreux instruments, une salle de bien être avec baignoire, une salle de conte, une salle d'art-thérapie, une bibliothèque, etc. Un espace numérique comprenant ordinateurs et imprimantes et une salle de projection seront par ailleurs créés en 2022. Une salle de classe complète cet ensemble.



Le salon TV



La salle de classe

Enfin, l'unité comprend une pièce comportant des matelas au sol dite espace d'apaisement qui peut être utilisé à la demande du mineur, lorsqu'il le souhaite, et une chambre d'isolement dénommée « espace de protection », entièrement capitonnée et sans fenêtre. L'unité va prochainement acquérir un « dôme », sorte de tente contenant.

Les locaux, quoique anciens, sont parfaitement entretenus tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ils sont vastes, bien configurés, décorés des œuvres des enfants et agréables.

ii) Les améliorations à apporter

Trois réserves doivent être néanmoins formulées s'agissant des locaux. Les fenêtres de l'unité ne disposent pas de double vitrage ce qui peut constituer un danger pour les enfants accueillis qui pourraient s'y blesser s'ils venaient à les casser. De plus, aucune des chambres n'est équipée de verrous de confort ni de placards pouvant fermer à clé. Enfin, la chambre d'isolement dit « espace de protection » est indigne et doit être fermée (cf. recommandation § 6.1).

RECOMMANDATION 29

Les chambres de l'unité « les Glycines » doivent être équipées de verrous de confort.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « le CH va procéder au remplacement de chaque cylindre de porte par un cylindre disposant d'un bouton moleter côté chambre (manœuvrable par le patient) et d'une serrure côté couloir (permettant aux soignants de rentrer en cas de besoin) ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de ces installations.

b) L'activité

L'unité « les Glycines » accueille des mineurs de 12 à 18 ans, à temps plein ou discontinu, du lundi 9h au vendredi 13h30, sauf le week-end, les jours fériés et certaines périodes de vacances scolaires.

Le taux d'occupation était en 2019 de 89,2 % et en 2020 de 70,4 %. L'unité a toutefois été confrontée à une augmentation des demandes d'admission depuis le début de la crise sanitaire. Au jour du contrôle, six mineurs étaient hospitalisés.

Tous les mineurs sont accueillis en soins libres. Ils sont majoritairement âgés de 15 à 18 ans.

La durée moyenne de séjour est de 4,5 jours en 2019 et de 4,1 jours en 2020.

c) L'organisation du service

L'unité ne dispose pas de projet de service. Celui-ci sera élaboré dans le cadre de la restructuration globale de l'offre de soins en pédopsychiatrie.

L'équipe est constituée de six ETP d'IDE, deux ETP d'aides-soignants, deux ETP d'éducateurs spécialisés, un ETP de moniteur éducateur, 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP de cadre de santé mutualisé sur le pôle psychiatrie infanto juvénile, 0,70 ETP d'ASH mutualisé sur le pôle psychiatrie infanto juvénile, 0,5 ETP d'assistante de service social mutualisé sur le pôle psychiatrie infanto juvénile. Elle comprend également 0,5 ETP de médecin.

Quatre professionnels, dont un infirmier au minimum, interviennent le matin et le soir. Le service n'a pas de postes vacants et n'est pas confronté à des problèmes de recrutement ou d'absentéisme particulier. Un plan de formation est élaboré au niveau du pôle. Si des besoins communs sont recensés lors des entretiens individuels, des formations sont proposées aux soignants au niveau du pôle et s'ajoutent à l'offre de formations individuelles. Ont été ainsi mises en place des formations de soutien à la parentalité, à Snoëzelen¹⁶, à la balnéothérapie, à la gestion des situations violentes.

L'équipe ne dispose pas de supervision mais une analyse des pratiques, dispensée par un psychologue du pôle mais n'intervenant pas à l'unité, devrait être mise en place en 2022.

De nombreuses réunions institutionnelles se tiennent régulièrement. Toutes les semaines a lieu une réunion d'équipe qui aborde la situation des patients en présence de tous les professionnels, un bureau de pôle associant médecins et l'ensemble de l'encadrement pédopsychiatrique, une réunion de cadres réunissant les médecins, cadres et psychologues. Une réunion de fonctionnement a lieu une fois par mois. Enfin, les transmissions ont lieu tous les jours.

¹⁶ Snoëzelen est une stimulation multisensorielle contrôlée, une pratique visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante.

d) La prise en charge

Toutes les admissions sont programmées. Un temps de rencontre préalable avec le mineur et ses parents est privilégié pour présenter l'unité et son fonctionnement mais il ne peut pas toujours se tenir en raison des difficultés d'accès liées à la configuration du territoire. L'entretien d'admission se réalise, quant à lui, toujours en présence d'un soignant et de l'assistant de service social. L'unité ne dispose pas de livret d'accueil spécifique mais ce sujet est à l'étude.

L'unité veille à respecter le rôle des titulaires de l'autorité parentale en recueillant systématiquement leurs demandes de contacts. Si l'un des titulaires de l'autorité parentale est absent lors de l'admission, l'unité emploie différents moyens (téléphone, mail) pour recueillir formellement son accord. Par la suite, des entretiens réguliers sont proposés aux parents.

L'unité a de grandes difficultés à joindre les foyers de l'ASE, les ITEP ou les IME. L'hospitalisation de semaine se termine le vendredi à 13h30 et il n'est pas rare que ces organismes indiquent qu'ils n'ont pas de solutions pour le week-end. Le jeune est alors hospitalisé en service de pédiatrie.

Après l'admission, une période de quinze jours d'observation s'ouvre à l'issue de laquelle un projet de soins individualisé est élaboré.

La prise en charge des soins tant psychiatriques que somatiques est assurée. Le médecin de l'unité voit les mineurs très régulièrement. S'agissant des soins somatiques ou de spécialité, les mineurs sont orientés sur le CH. La distribution des médicaments se fait dans le poste de soins, dans le respect de la confidentialité. Les entretiens des soignants avec les adolescents sont quotidiens.

Le pôle de psychiatrie dispose d'une unité d'enseignement externalisé (UEE) et interne (UEI) et les mineurs peuvent y être orientés sur prescription médicale. L'UEI fonctionne toute la semaine et l'emploi du temps de chaque jeune est individualisé. L'enseignante spécialisée adapte son intervention à la problématique de chaque jeune, les temps de scolarité sont ainsi soit collectifs soit individuels.

Les activités thérapeutiques sont nombreuses, variées, encadrées par des professionnels formés et peu ont été suspendues pendant la crise sanitaire. Elles font toutes l'objet d'un projet élaboré par un soignant. Ainsi, sont organisés des ateliers d'art-thérapie, de sport adapté, de relaxation, de balnéothérapie, de Snoëzelen, de bien-être, d'expression corporelle, de musique, de jeux de construction, de contes, de peinture/modelage, de cuisine. L'unité propose également de la médiation animale, des sorties à la piscine ou à la médiathèque ainsi que des randonnées. Les jeunes bénéficient aussi de l'espace du site pour faire du vélo, s'occuper du potager. Enfin, l'unité a un lapin, conçu comme un outil thérapeutique, et dont les jeunes doivent s'occuper.

Les repas se prennent dans le réfectoire en présence des soignants en respectant les mesures barrières dues à la pandémie. Les mineurs sont associés à la préparation des repas et ceux rencontrés se sont dit satisfaits tant de la quantité que de la qualité de la nourriture offerte.

e) Le respect des droits et les restrictions de liberté

Outre les objets dangereux ou susceptibles de l'être, les téléphones portables sont systématiquement retirés à l'arrivée et ne sont autorisés que sur avis médical. L'accès au téléphone reste possible mais sur un créneau spécifique, le mercredi. Pendant les quinze premiers jours d'observation, les visites des familles sont interdites.

RECO PRISE EN COMPTE 21

Les téléphones portables et la communication avec les parents ne peuvent être interdits a priori, de façon générale et absolue. Les restrictions à ces droits doivent être individualisés.

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « après le passage de la commission, un groupe de travail a été organisé avec les soignants et les patients du service des glycines sur l'utilisation des téléphones durant l'hospitalisation. Une charte sera communiquée avant toute hospitalisation en pédopsychiatrie. Le téléphone ne sera pas interdit mais le CH limitera son utilisation par les patients durant l'hospitalisation afin de favoriser leur disponibilité psychique et de faciliter le travail thérapeutique pour lequel ils sont hospitalisés. La durée et le temps d'utilisation du téléphone, en dehors des temps de prise en charge, seront bien précisés dans la charte ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

Les draps sont changés toutes les semaines et les couvertures lavées régulièrement. L'unité dispose de kits d'hygiène et de vêtements, issus de dons, qui peuvent être donnés si nécessaire.

Des sorties pour fumer sont prévues mais ne concernent que les mineurs disposant pour ce faire d'une autorisation parentale. Des temps d'accès à la télévision sont prévus.

Au jour du contrôle, les mesures d'isolement n'étaient pas recensées (cf. § 6.3).

9.3 LES PERSONNES DETENUES SONT PRISES EN CHARGE PAR DEFAUT DE PLACES EN UHSA

Très peu de personnes détenues sont hospitalisées au CH d'Aurillac : quatre détenus en 2020 dont deux placés en isolement et huit détenus en 2021 dont trois ayant nécessité un placement en chambre d'isolement.

La maison d'arrêt d'Aurillac héberge actuellement soixante-cinq détenus. Les personnes nécessitant des soins psychiatriques en urgence sont hospitalisées, en absence d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) acceptant le patient, au CH d'Aurillac en vertu de l'article D 398 du code de procédure pénale.

Ils sont systématiquement pris en charge dans l'unité fermée Claude Bernard et n'y sont pas systématiquement placés en chambre d'isolement.

Les services pénitentiaires effectuent les transports aller et retour entre la prison et le CH distants de quelques centaines de mètres.

Les soignants ne reçoivent aucune information des services pénitentiaires sur les droits du détenu, et surtout sur les permis de visite, de communication et l'accès à son avocat.

Pourtant, un protocole pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues à la maison d'arrêt d'Aurillac, signé par l'ARS, la direction interrégionale des services pénitentiaires, la maison d'arrêt d'Aurillac et le CH d'Aurillac, définit les modalités d'hospitalisation pour motif psychiatrique des personnes détenues.

Ce protocole prévoit que lorsque des troubles psychiatriques rendent impossible le maintien d'un détenu dans l'établissement, la continuité des soins pourra être assurée par une hospitalisation temporaire en soins psychiatriques avec ou sans consentement au CH d'Aurillac, en l'absence de places disponibles au sein de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du CH du Vinatier de Lyon. L'hospitalisation sans consentement est alors effectuée en application des

articles 398 du code de procédure pénale, « *en service de psychiatrie fermée sous réserve de place disponible.* »

RECOMMANDATION 30

Les patients nécessitant des soins d'hospitalisation en psychiatrie y compris en urgence doivent être transférés au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA).

Dans ses observations du 7 mars 2022, le directeur du CH d'Aurillac indique : « *la recherche d'une place en UHSA est systématiquement effectuée pour les détenus. Le seul motif d'hospitalisation au CH d'Aurillac est le refus d'accueil de l'UHSA faute de place disponible. Le patient est transféré dès que le CH est informé de la libération d'une place. L'UHSA organise le transfert* ».

Dans ses observations du 8 mars 2022, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes indique : « *les directives données aux établissements pour l'hospitalisation des détenus sont claires. L'hospitalisation en D.398 ne peut être déclenchée que quand l'établissement a reçu un avis médico-administratif négatif de l'UHSA (faute de place ou par incapacité de venir chercher rapidement le patient détenu). Un travail est en cours entre l'UHSA et la pénitentiaire afin que la DISP mette en place plus d'équipages pénitentiaires pour aller chercher rapidement les détenus qui en ont besoin. Enfin, il a été demandé aux établissements de réitérer leur demande à l'UHSA si l'hospitalisation en D.398 se prolonge* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne concerne pas uniquement le CH.

10. CONCLUSION

Le constat dominant du présent contrôle est que le respect des droits fondamentaux et l'accès aux soins des patients hospitalisés sont assurés. À cet égard, plusieurs bonnes pratiques de l'établissement ont été relevées comme la recherche réelle d'alternatives à l'isolement, une analyse partagée pluridisciplinaire avec le patient à l'issue de la mesure d'isolement, l'élaboration d'un menu spécifique pour les mineurs hospitalisés en pédopsychiatrie.

Les contrôleurs ont pris acte des engagements du directeur d'établissement pour prendre en compte les recommandations formulées.

Eu égard aux très bonnes d'échanges dans lesquelles s'est réalisé ce contrôle, les améliorations formulées peuvent réunir l'ensemble des acteurs.

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