



Rapport de visite :

7 au 11 mars 2022 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier Léon Jean
Grégory de Thuir

(Pyrénées-Orientales)



SYNTHESE

Une équipe du CGLPL, constituée de six contrôleurs et d'un stagiaire, ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Thuir (CHT, Pyrénées-Orientales), du 7 au 11 mars 2022. Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 18 juillet 2022 à la cheffe de l'établissement, au préfet des Pyrénées-Orientales, à l'agence régionale de santé Occitanie, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Perpignan ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal, pour une période contradictoire de quatre semaines. La cheffe d'établissement, le préfet, et le président du TJ ont fait valoir des observations par courrier, respectivement les 25, 10, et 29 août, qui ont été prises en compte.

L'établissement, construit en 1971 sur un flanc de colline, est accessible depuis la gare de Perpignan en voiture selon un trajet de 15 km, d'une durée de 20 min, et dispose de locaux propres, spacieux et bien entretenus. Sa capacité de 227 lits d'hospitalisation à temps complet est régulièrement confrontée à des situations de suroccupation dans certaines unités.

Le CHT fait face à des difficultés marquées de recrutement médical. Neuf des quarante-neuf équivalents temps plein de psychiatres ne sont pas pourvus, et trente-six postes de praticiens hospitaliers (psychiatres et généralistes) le sont par des praticiens contractuels seniors, des praticiens attachés et associés et des médecins étrangers originaires de pays hors union européenne. Une commission « recrutement médical », qui implique les médecins dans le recrutement de leurs pairs, a été mise en œuvre.

La politique de l'établissement a continué de prioriser avec engagement les patients, malgré un budget qui présente un déficit structurel, lié à une sous-dotation historique de sa dotation annuelle de financement, et les difficultés rencontrées dans le cadre de la crise sanitaire. Le CHT reste cependant en attente de réponses de l'agence régionale de santé Occitanie pour le financement de nombreux projets, élaborés au bénéfice des usagers. Il est regrettable que le comité d'éthique ne fonctionne plus depuis le mois de juin 2019.

Les longs délais d'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre au CMP accroissent le flux de patient qui se présentent aux urgences psychiatriques du centre hospitalier de Perpignan et compliquent la prise en charge ambulatoire des soins.

La quasi-exclusivité des patients admis en hospitalisation à la demande du directeur de l'établissement le sont selon les modes d'exception du péril imminent ou de l'urgence, plutôt que selon celui de la demande du tiers classique, ce qui les prive d'une double certification médicale ou de l'intervention d'un tiers signataire de la demande.

L'arrivée des patients n'est pas systématiquement corrélée au dépistage préventif de leurs consommations toxiques et à la vérification de l'existence des directives anticipées incitatives en psychiatrie. En revanche, l'utilisation du pyjama bleu institutionnel au motif d'une dissuasion du risque de fugue, constatée, a déjà été corrigée.

Les conditions d'hébergement sont dignes et les restrictions appliquées dans la vie quotidienne sont individualisées et assorties de consignes médicales tracées. La liberté d'aller et venir est respectée dans cet établissement ouvert sur la ville et disposant d'un vaste parc, dans lequel toutes les unités sauf une sont ouvertes et disposent d'un espace extérieur accessible. Les patients en soins sans consentement ont facilement accès à des permissions de sortir de l'établissement. L'application de la restriction des horaires et des modalités de visite excède toutefois celle des mesures de prévention gouvernementales liées à la crise sanitaire.

Les soins psychiatriques dispensés aux patients répondent à leurs besoins. L'accès aux activités thérapeutiques, parfois formalisé par des documents explicatifs spécifiques mais pouvant manquer d'homogénéité entre les différentes unités, est possible pour tous les patients. Toutes les unités bénéficient de la présence d'un médecin généraliste et l'exercice des soins somatiques est assuré. La préparation des projets de sortie, en équipe pluriprofessionnelle, est effectuée précocement dans le cadre du projet de soin. Cependant, la prise en charge particulière des patients-détenus porte atteinte à leurs droits fondamentaux. Celle des personnes âgées, des patients autistes et des mineurs, à l'exception des situations d'hospitalisation dans des unités pour adultes de ces derniers, bénéficient d'unités et d'équipes spécifiques pour des accompagnements pertinents.

Les professionnels de l'établissement sont engagés dans une politique institutionnalisée de moindre recours à l'isolement et à la contention. L'aménagement des chambres d'isolement, qui ne respecte pas la dignité des patients, va bénéficier d'une rénovation et d'une installation d'espaces d'apaisement. En revanche, les pratiques d'isolement et de contention dans les unités présentent une mise en œuvre très insuffisante des dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique qui les encadrent.

S'agissant du contrôle des droits des patients, leurs mesures de soins sans consentement comme d'isolement et de contention sont contrôlées par le juge des libertés et de la détention, le registre de la loi est rigoureusement renseigné et la commission des usagers est particulièrement impliquée.

La direction, la communauté médicale et le personnel soignant ont accueilli les recommandations du CGLPL avec dynamisme lors de la réunion de restitution et fait preuve d'un investissement d'une qualité à souligner, dans leur réponse contradictoire.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 16

La création d'une sous-commission de la commission médicale d'établissement, nommée « commission du recrutement médical », qui associe les médecins au recrutement de leurs pairs, permet une synergie efficace qui participe à pallier le déficit préoccupant des praticiens dans l'établissement.

BONNE PRATIQUE 2 24

L'emploi durant cinq à dix jours des soignants de nuit en équipe de jour, tous les deux ans, maintient une forme d'appartenance des soignants à une équipe unique.

BONNE PRATIQUE 3 33

Les situations cliniques d'agitation aiguë ou de risque d'un dommage imminent et immédiat pour le patient ou autrui ne sont jamais prises en charge en chambre d'isolement dans le service de psychiatrie polyvalente.

BONNE PRATIQUE 4 37

Dans certaines unités, notamment l'unité B, sont systématiquement organisés : un entretien d'arrivée dans le service, complété d'un second au septième jour, ce qui permet le repérage systématique des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques, en particulier la passation des échelles de Cuchman (testant la dépendance à l'alcool) et de Fagerström (testant celle au tabac) et la vérification de l'existence de directives anticipées incitatives en psychiatrie et de celles en lien avec la fin de vie. Ces dispositions devraient être généralisées.

BONNE PRATIQUE 5 40

La fiche intitulée « guides entretien IDE » renseignée lors de l'admission, participe de la qualité et de l'individualisation de l'accueil et doit être généralisée à l'ensemble des unités.

BONNE PRATIQUE 6 43

L'activité « Temps à disposition des patients », qui permet aux patients de s'informer et de commenter l'actualité, devrait être généralisée dans toutes les unités de l'établissement.

BONNE PRATIQUE 7 45

La mise en place d'une friperie à la cafétéria permettra aux personnes isolées ou disposant de faibles ressources de se procurer des vêtements de bonne qualité.

BONNE PRATIQUE 8 58

La vérification systématique d'une chambre d'isolement par l'équipe de sécurité, avant d'y enfermer un patient, permet une évaluation préalable des risques matériels.

BONNE PRATIQUE 9 60

La diffusion et l'exploitation de questionnaires, à l'attention de patients qui ont connu une mesure d'isolement, pour interroger leur vécu, et des professionnels pour interroger leur pratique, constituent des outils pertinents d'évaluation des pratiques, qui s'appuient sur le ressenti et le regard du patient et des professionnels concernant le déroulement de cette mesure.

BONNE PRATIQUE 10 71

L'établissement propose le programme BREF de psychoéducation des aidants et relaye le programme PACO de soutien aux proches.

BONNE PRATIQUE 11 77

L'accès aux activités thérapeutiques, formalisé par des documents explicatifs spécifiques, selon la demande spontanée des patients ou la discussion quotidienne lors du staff dans l'unité B, contribue à donner du sens à ces prises en charge spécifiques, dans le parcours de soin des patients.

La mise en œuvre de l'atelier « objectif de soins », qui favorise l'expression collective des patients et la mise en pratique du livret d'accompagnement, qui permet l'évaluation d'une activité thérapeutique par le patient en fonction de l'évolution de son état clinique avant et après sa participation, actuellement limitées à l'unité B, devraient être généralisées.

BONNE PRATIQUE 12 78

Le prix littéraire « Folire » contribue de façon efficace à l'implication des patients dans un processus thérapeutique artistique et citoyen.

BONNE PRATIQUE 13 80

Le référencement du mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote garantit l'accès à des soins dentaires pour des patients dont l'état clinique ne permet pas ces soins autrement que sous anesthésie.

BONNE PRATIQUE 14 83

L'organisation totalement automatisée du circuit du médicament, la participation de l'équipe de la pharmacie aux réunions cliniques pluriprofessionnelles des unités, et son investissement notable dans les séances d'éducation thérapeutique, constituent une implication rarement observée au service de la qualité des soins dispensés aux patients.

BONNE PRATIQUE 15 88

L'équipe mobile de psycho gériatrie coopère activement avec l'UHPSA, participe au staff médical, mutualise le poste d'agent médico administratif et accompagne la préparation à la sortie.

BONNE PRATIQUE 16 88

Le patient peut, en prévision de son intégration à l'UHPSA ou de son départ en EHPAD, aller passer quelques heures dans la structure proposée, afin de participer à un repas ou à des activités et de pouvoir ainsi émettre un avis sur le projet envisagé.

BONNE PRATIQUE 17 98

La salle d'apaisement et la salle de décharge constituent des alternatives pertinentes au placement des mineurs en chambre d'isolement.

BONNE PRATIQUE 18 104

La mise en œuvre de « bons de cantinage », permettant au patient détenu de pouvoir se procurer des cigarettes durant son séjour à l'hôpital, lui évite un sevrage qu'il n'a pas sollicité.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 18

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé Occitanie doit présenter des indicateurs spécifiques s'agissant du respect des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et de la formation spécifique du personnel sur le sujet, en cohérence avec le thème inscrit dans le projet médical d'établissement et intitulé : « *le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques* ».

RECOMMANDATION 2 21

L'agence régionale de santé Occitanie doit répondre à l'établissement s'agissant du financement de ses projets, dont certains relèvent de l'urgence, notamment celui concernant l'ouverture des lits du service de psychiatrie polyvalente et de l'unité pour adolescents La Solane, afin de permettre aux patients un accès à une offre de soins pertinente.

RECOMMANDATION 3 28

Une formation aux droits des patients en soins sans consentement doit être dispensée à tous les soignants qui les prennent en charge.

RECOMMANDATION 4 31

L'établissement doit réactiver le fonctionnement du comité d'éthique et informer de son existence et de ses missions l'ensemble du personnel, pour que s'instaure une réflexion sur, notamment, le respect des droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 5 34

L'organisation des centres médico-psychologiques doit permettre de recevoir les patients adressés par le pôle de santé mentale, notamment ceux pris en charge aux urgences psychiatriques, dans un délai compatible avec la nécessité, liée à leur état clinique, de la mise en œuvre de soins ambulatoires spécialisés.

RECOMMANDATION 6 36

Les certificats médicaux et les documents de notification de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être systématiquement remis sur un support de papier au patient concerné.

RECOMMANDATION 7 37

Les patients doivent disposer du chargeur de leur téléphone portable.

RECOMMANDATION 8 39

Des solutions doivent être mise en œuvre rapidement pour réduire la suroccupation liée notamment à la situation dans le secteur de Perpignan.

RECOMMANDATION 9 39

Les règles de vie doivent être affichées dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 10 42

Les patients doivent pouvoir accéder à leurs chambres de façon autonome, sans faire appel au personnel soignant qui n'est pas toujours disponible.

RECOMMANDATION 11 43

Les patients doivent bénéficier d'une température agréable toute l'année dans toutes les unités.

- RECOMMANDATION 12** 52
La restriction des horaires et des modalités de visite ne doit pas excéder les mesures de prévention gouvernementales spécifiques de la contamination par la covid-19.
- RECOMMANDATION 13** 53
Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé aux patients dès l'admission et ne doit pas être respecté dans le seul cadre de l'hospitalisation « sous X ».
- RECOMMANDATION 14** 53
L'exercice du droit de vote doit être rendu possible dans chaque unité, par correspondance, par procuration, par une permission de sortie ou tout autre moyen. L'information de ce droit doit être portée sur le livret d'accueil et affichée.
- RECOMMANDATION 15** 55
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, sur les manières d'aborder la question au sein des unités.
- RECOMMANDATION 16** 58
Afin de garantir le respect de la dignité de la personne isolée, les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un sommier avec la possibilité d'une position allongée tête relevée, d'un siège pour le patient et le soignant, d'un accès libre aux toilettes et à un point d'eau, d'un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention et d'un interrupteur d'éclairage.
- RECOMMANDATION 17** 58
En cas de placement à l'isolement, un soignant devrait se trouver hors de la pièce où se trouve le patient, dans une salle adjacente avec une fenêtre communicante, afin de pouvoir observer et entendre continuellement le patient, et que ce dernier puisse bien le voir. A l'évidence, la vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel.
- RECOMMANDATION 18** 63
Toute décision initiale, comme de renouvellement, d'isolement et de contention doit être prise par un psychiatre.
- RECOMMANDATION 19** 63
Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen clinique initial de son état mental par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 20** 65
Les mesures d'isolement et de contention doivent être réévaluées selon les dispositions légales.
- RECOMMANDATION 21** 65
La chambre d'hospitalisation du patient isolé doit être conservée pendant toute la durée de son isolement, afin d'éviter son inacceptable maintien en chambre d'isolement, au-delà de la durée de la mesure, dans l'attente qu'une chambre hôtelière soit disponible.
- RECOMMANDATION 22** 66
La décision de mise en pyjama des patients isolés doit être individualisée, justifiée au regard de la clinique du patient et régulièrement réévaluée.
- RECOMMANDATION 23** 67
L'entretien institutionnalisé lors de la levée de la mesure d'isolement, qui permet de prendre en compte le vécu du patient et d'évaluer les pratiques sur le déroulement de cette mesure, doit être systématiquement réalisé.

RECOMMANDATION 24 68

Toutes les pratiques d'isolement, autres que celles effectuées en chambre d'isolement, doivent cesser quel que soit le statut du patient.
Tout enfermement en chambre doit être considéré comme mesure d'isolement, tracée et réévaluée selon les prescriptions légales.

RECOMMANDATION 25 68

La pratique consistant à utiliser une chambre d'isolement comme salle d'apaisement, sans en tracer la décision comme une modalité d'isolement, doit cesser.

RECOMMANDATION 26 71

Le préfet des Pyrénées-Orientales, le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Perpignan et le maire de Thuir, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations, conformément aux dispositions de l'article L 3222-4 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 27 77

Les activités thérapeutiques devraient être organisées dans toutes les unités, afin de garantir aux patients, un accès équivalent à ce type de soin.

RECOMMANDATION 28 79

Le médecin somaticien doit être systématiquement contacté, dès la mise en chambre d'isolement et sous contention d'un patient, pour la réalisation d'un examen clinique et la mise en œuvre des prescriptions nécessaires.

RECOMMANDATION 29 82

La recherche du consentement du patient à son projet de soins individualisés doit être systématiquement tracée dans le dossier patient informatisé.

RECOMMANDATION 30 83

Les patients de l'unité fermée doivent, comme dans les autres unités, bénéficier de l'association de leur personne de confiance et des membres familiaux choisis, à leur projet de soins individualisés.

RECOMMANDATION 31 83

L'administration des traitements devrait partout respecter les modalités mises en œuvre dans l'unité B, afin de garantir la confidentialité, et l'injection intramusculaire d'un traitement pharmacologique sédatif ne devrait pas être prescrite « si besoin » mais répondre à une évaluation médicale psychiatrique préalable qui en préconise la réalisation.

RECOMMANDATION 32 84

La formation spécifique et le développement de partenariat avec des patients pairs dans les unités, ainsi que la généralisation du recueil ambulatoire de directives incitatives anticipées à mettre en œuvre lors d'une hospitalisation, participeraient à la qualité de l'alliance thérapeutique des patients dans le déroulement de leurs projets de soins individualisés.

RECOMMANDATION 33 86

Les patients de l'UHPSA doivent avoir la possibilité de verrouiller leur chambre, si leur situation clinique le permet.

RECOMMANDATION 34 92

Les adolescents souffrant de troubles psychiques dans le département des Pyrénées-Orientales doivent bénéficier de la mise en œuvre de l'équipe mobile de soins pour les adolescents, prévue dans le PTSM 2018-2022 et pertinente pour pallier l'insuffisance du repérage et de la prévention de la souffrance psychologique de ce public particulièrement vulnérable.

RECOMMANDATION 35 95

Les documents relatifs à l'admission du mineur, à son hospitalisation et aux autorisations parentales doivent être actualisés et la présentation du livret d'accueil remis au mineur hospitalisé doit être adaptée au jeune public.

RECOMMANDATION 36 96

Les restrictions relatives à l'utilisation du tabac doivent être justifiées par la situation clinique de l'enfant et une action d'éducation thérapeutique doit être proposée aux mineurs dans le cadre d'un sevrage ou d'une réduction de sa consommation.

RECOMMANDATION 37 99

L'isolement d'un mineur, hors SPDRE, est actuellement proscrit par la législation. L'enfermement d'un mineur dans un espace non dédié est une mesure d'isolement qui doit être tracée dans le registre de l'isolement et qui est soumis aux mêmes règles de renouvellement.

RECOMMANDATION 38 100

Un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes. L'unité pour adolescents et jeunes adultes doit impérativement ouvrir, afin de garantir la prise en charge adaptée et spécifique de ce public vulnérable.

RECOMMANDATION 39 101

La mise sous contention systématique, pour des raisons sécuritaires, d'un patient détenu, lors de son transport entre le centre pénitentiaire de Perpignan et le centre hospitalier de Thuir est attentatoire à sa dignité, ne respecte pas les dispositions légales et doit cesser sans délai.

RECOMMANDATION 40 103

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée, autrement que par son état clinique.

RECOMMANDATION 41 103

Tout patient détenu hospitalisé doit bénéficier du maintien de l'exercice des droits dont il jouit au centre pénitentiaire, s'agissant des visites, du téléphone et du courrier, même si la durée d'hospitalisation est courte, afin de permettre le maintien de ses liens familiaux. Les modalités d'application de la loi (articles 35, 39 et 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009) doivent être intégrées dans un nouveau protocole, impliquant les différentes institutions qui interviennent dans ce processus.

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 27

L'établissement doit s'organiser pour réaliser l'objectif qu'il s'est lui-même fixé en garantissant un temps de formation annuel pour chaque soignant.

RECO PRISE EN COMPTE 2 35

La mise en pyjama bleu institutionnel, au motif inapproprié de la prévention du risque de fugue, est indigne et doit cesser.

RECO PRISE EN COMPTE 3 48

Les repas doivent être servis en quantité suffisante pour répondre aux besoins des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 4 52

Les patients doivent bénéficier d'un accès quotidien à la presse écrite d'information, d'une bibliothèque pourvue d'ouvrages diversifiés et d'un accès à Internet dans les unités qui permette le maintien des liens avec leurs proches.

RECO PRISE EN COMPTE 5 54

Les patients doivent pouvoir accéder à un aumônier de leur religion s'ils le souhaitent.

RECO PRISE EN COMPTE 6 59

Le projet, déjà financé, de rénovation des chambres d'isolement et d'installation d'espaces d'apaisement, doit être mis en œuvre dans les plus brefs délais.

RECO PRISE EN COMPTE 7 61

Tous les soignants de l'établissement doivent recevoir les données extraites par le DIM régulièrement et le rapport annuel sur l'isolement et la contention, afin qu'ils puissent, en temps réel, être informés des statistiques concernant leurs pratiques d'isolement et de contention.

RECO PRISE EN COMPTE 8 73

Le juge des libertés et de la détention doit opérer le contrôle des mesures d'isolement et de contention renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et doit être saisi des mesures d'isolement et de contention prolongées au-delà de 72 et 48 heures.

RECO PRISE EN COMPTE 9 76

Les patients doivent recevoir systématiquement l'information s'agissant de leur droit d'accès et d'obtention d'une copie de leur dossier médical.

RECO PRISE EN COMPTE 10 96

La médiatisation des appels téléphoniques des mineurs ne doit pas être systématique mais mise en œuvre uniquement si leur sécurité psychologique n'est pas assurée.

RECO PRISE EN COMPTE 11 103

L'infraction à l'origine de l'incarcération du patient détenu est une information confidentielle qui ne doit pas être portée à la connaissance du personnel du centre hospitalier. Seules les informations relatives au degré de risque inhérent à la personne détenue doivent être partagées entre les administrations pénitentiaire et hospitalière.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	15
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	16
3.1 La politique et l'organisation de l'établissement prennent en compte la diversité des profils cliniques des patients mais aucun indicateur spécifique du respect de leurs droits fondamentaux n'est inscrit dans le CPOM	16
3.2 Le budget présente un déficit structurel et l'établissement reste en attente de réponses de l'ARS Occitanie pour le financement de nombreux projets pertinents	20
3.3 L'établissement connaît des difficultés pour attirer médecins et soignants	21
3.4 Les événements indésirables font tous l'objet d'analyse et de mesures correctives	28
3.5 Le comité d'éthique a cessé son activité	30
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	32
4.1 L'accueil aux urgences psychiatriques et la prise en charge au sein du SPP comme dans les unités d'accueil sont bien organisés et respectueux des droits, mais le recours aux CMP est difficile	32
4.2 L'établissement connaît des différences d'occupation selon les unités et la part des patients admis en soins sans consentement au titre du péril imminent est importante	37
4.3 L'information des patients est insuffisamment assurée par voie orale et écrite	39
5. LES CONDITIONS DE VIE	42
5.1 Les locaux d'hébergement sont propres et spacieux	42
5.2 L'établissement met des moyens à disposition des patients pour qu'ils puissent assurer leur hygiène	44
5.3 Les patients accèdent facilement à leurs biens et valeurs	45
5.4 Les repas sont servis en quantité insuffisante mais leur qualité est satisfaisante	47
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	50
6.1 La liberté d'aller et venir est peu entravée	50
6.2 Les restrictions de liberté dans la vie quotidienne sont rares, exceptée celle relative au port du pyjama	50
6.3 Les communications avec l'extérieur sont aisées	50

6.4	L'accès au vote est peu mis en œuvre.....	53
6.5	La pratique du culte est facilitée mais seule l'aumônière catholique est régulièrement présente dans l'établissement	54
6.6	La question de la sexualité des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	54
7.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	56
7.1	L'aménagement des chambres d'isolement ne respecte pas la dignité des patients.....	56
7.2	L'établissement est engagé dans une politique dynamique et institutionnalisée de moindre recours à l'isolement et à la contention impliquant les professionnels	59
7.3	Certaines pratiques d'isolement sont en contradiction avec la politique de l'établissement et le cadre légal.....	62
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	69
8.1	La commission des usagers est associée à la vie de l'établissement et des programmes de soutien des proches sont proposés	69
8.2	Le registre de la loi est renseigné avec rigueur mais n'est pas visé par toutes les autorités de contrôle	71
8.3	Les audiences sont organisées sur site mais le JLD ne contrôlait pas les décisions d'isolement et de contention	72
9.	LES SOINS.....	75
9.1	Les patients ont accès à des soins psychiatriques qui répondent à leurs besoins	75
9.2	Un médecin généraliste est affecté dans chaque unité et les soins somatiques sont organisés.....	78
9.3	La sortie est préparée dès le début de l'hospitalisation	80
9.4	Le consentement des patients est recherché mais sa traçabilité n'est pas systématique lors des différentes étapes du projet de soins individualisés.....	82
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	85
10.1	Les personnes âgées prises en charge au sein de l'UHPSA bénéficient d'un accompagnement pluridisciplinaire renforcé par l'intervention d'une équipe mobile	85
10.2	La prise en charge en pédopsychiatrie est adaptée mais des mineurs peuvent être hospitalisés dans des unités pour les adultes	90
10.3	La prise en charge des patients détenus porte atteinte à leur dignité et ne garantit pas le respect de leurs droits fondamentaux	100
10.4	La prise en charge des patients atteints de troubles du spectre de l'autisme est particulièrement renforcée	104
11.	CONCLUSION.....	107

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Julien Starkman, chef de mission ;

Chantal Baysse ;

Candice Daghestani ;

Cécile Dangles ;

Maud Dayet ;

Rabah Yahiaoui ;

Simon Brunnuell, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs et un stagiaire ont effectué une visite du centre hospitalier de Thuir (département des Pyrénées-Orientales) du 7 au 11 mars 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 7 mars à 14h. Ils l'ont quitté le 11 mars à 13h. La visite avait été annoncée le vendredi précédent à la direction. Le directeur de cabinet du préfet des Pyrénées-Orientales, l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Perpignan, ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés par courriel de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis, pour une réunion de présentation de l'établissement, par la cheffe d'établissement, en présence de la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), de la directrice des soins, du directeur des affaires médicales, du directeur des ressources humaines et du directeur des affaires financières également responsable du bureau des soins sans consentement (SSC).

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont notamment rencontré la présidente du conseil de surveillance, également présidente du conseil départemental.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec les représentants de la commission des usagers (CDU).

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD), le 9 mars 2022.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel, avisées de la présence des contrôleurs, ont souhaité avoir un entretien et ont été reçues le 9 mars 2022.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 11 mars 2022 à midi, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation ainsi que de nombreux agents administratifs et soignants.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 18 juillet 2022 à la cheffe de l'établissement, au préfet des Pyrénées-Orientales, à l'agence régionale de santé Occitanie,

au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Perpignan pour une période contradictoire de quatre semaines. La cheffe d'établissement, le préfet et le président du TJ ont fait valoir des observations par courrier, respectivement les 25, 10, et 29 août, qui ont été prises en compte, dans une police de couleur distincte.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Sept observations émises dans le rapport de visite du CGLPL à l'occasion de sa première visite de l'établissement au mois de mai 2010¹ n'ont pas été prises en compte, sont toujours d'actualité et seront abordées dans le présent rapport :

- L'information complète et adaptée des patients hospitalisés en SSC, s'agissant de leur statut d'hospitalisation, de leurs droits et de leurs voies de recours ;
- Les refus de levée d'HO opposés par le préfet sont préjudiciables aux patients dès lors qu'un certificat médical atteste de l'amélioration de leur état de santé et que les troubles à l'origine de la mesure sont résorbés, sources de situations arbitraires en portant atteinte à la prééminence du droit ;
- Des consignes claires doivent être données par la direction pour garantir la confidentialité des courriers remis par les patients ;
- Les membres de la CDHP doivent prendre leurs dispositions pour garantir le quorum nécessaire à son fonctionnement ;
- Le port systématique du pyjama dans les jours suivant l'admission est de nature à porter atteinte à la dignité des patients. La volonté de limiter les fugues n'est pas suffisante pour justifier le maintien de cette pratique ;
- Le faible nombre d'intervenants dédiés aux ateliers médiatisés ne permet la prise en charge régulière que d'un faible nombre de patients dans ces activités thérapeutiques. Il serait opportun de renforcer l'équipe des moniteurs pour mieux faire correspondre l'offre à la demande d'activités des patients ;
- Les unités qui ne seront pas bénéficiaires d'une restructuration programmée devront faire l'objet d'une « remise à niveau » pour assurer la sécurité des patients et fournir des équipements plus conformes aux normes actuelles de confort.

¹ <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2012/02/CH-Thuir-Visite-final-11-10-03.pdf>.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LA POLITIQUE ET L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT PRENNENT EN COMPTE LA DIVERSITE DES PROFILS CLINIQUES DES PATIENTS MAIS AUCUN INDICATEUR SPECIFIQUE DU RESPECT DE LEURS DROITS FONDAMENTAUX N'EST INSCRIT DANS LE CPOM

3.1.1 La politique de l'établissement

Le centre hospitalier Léon Jean Grégory de Thuir (CHT), construit en 1971, sis avenue du Roussillon sur un flanc de colline ouvert sur la ville, est accessible depuis la gare de Perpignan en voiture selon un trajet de 15 km, d'une durée de 20 min.

Le CHT, qui est le seul établissement public départemental disposant d'une habilitation pour l'accueil de patients souffrant de pathologies psychiatriques en soins libres (SL), comme sans consentement (SSC), a intégré le groupement hospitalier de territoire (GHT) Aude-Pyrénées² au mois de janvier 2022, sa situation dérogatoire ayant perdu sa validité. Le département dispose également de deux cliniques psychiatriques privées, à Perpignan et à Théza, qui accueillent des patients en SL. Le département a également vu la mise en œuvre progressive de sept conseils locaux en santé mentale³ (CLSM).

La politique de l'établissement est saine et volontaire, soutient un investissement des professionnels dans tous les domaines de la pratique des soins psychiatriques et s'appuie sur une collaboration synergique entre le personnel soignant et administratif. Malgré les difficultés budgétaires, le contexte prolongé de la pandémie et du nécessaire développement de ses mesures préventives, le départ progressif (pour une prise de retraite ou l'inscription dans une activité libérale) de près d'un tiers de ses praticiens hospitaliers, l'ensemble du personnel de l'établissement a continué de prioriser avec engagement les patients et la qualité des soins dispensés, en choisissant l'accompagnement et la formation de praticiens volontaires venus de pays européens comme extra-européens, plutôt que de céder aux pratiques de l'intérim à courte vue, synonymes d'inégalités pour les équipes et de pertes de repères pour les patients. Citons dans ce cadre la mise en œuvre d'une « commission de recrutement médical », sous-commission de la CME, qui implique les médecins dans le recrutement de leurs pairs.

BONNE PRATIQUE 1

La création d'une sous-commission de la commission médicale d'établissement, nommée « commission du recrutement médical », qui associe les médecins au recrutement de leurs

² Le GHT Aude-Pyrénées, dont le centre hospitalier de Perpignan (CHP) constitue l'hôpital support, comprend également les CH de Narbonne, de Prades, de Port-la-Nouvelle et de Lézignan-Corbières.

³ Le CLSM est une instance décisionnelle communautaire à dimension locale et de rencontre partenariale concernant la santé mentale, pour élaborer et concrétiser des projets dans l'objectif d'améliorer la prise en compte et la prise en charge des problématiques de santé mentale. Les sept du département des Pyrénées-Orientales sont situés à Perpignan, Argelès sur Mer, Canet-en-Roussillon, Cerdagne, Elne, Prades et Saint-Paul de Fenouillet.

pairs, permet une synergie efficace qui participe à pallier le déficit préoccupant des praticiens dans l'établissement.

Le projet médico-soignant du projet médical d'établissement (PME), placé sous le double prisme de « l'humanité et de l'individualisation de la prise en soins des patients⁴ », est décliné en cohérence avec le projet territorial de santé mentale (PTSM), s'agissant de ses modalités de concertation. Il prévoit six groupes de travail pluridisciplinaires constitués avec l'objectif d'élaborer des thématiques précises et diversifiées :

- la prévention et le repérage des pathologies psychiatriques et addictives ;
- la continuité des parcours de soins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes ;
- la continuité des parcours de soins des personnes âgées, des adultes et des personnes sous main de justice ;
- les champs de spécialisation et les activités intersectorielles ;
- la prise en charge en soins somatiques et médico-techniques ;
- le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques.

Le diagnostic partagé préparatoire à l'élaboration de PME, précédé par celui du PTSM, met en lumière huit parcours « patients » avec des objectifs définis⁵ :

- le parcours « enfants et adolescents », avec les projets de création d'une équipe mobile (EM) de santé mentale périnatale, d'une EM pour les adolescents et de l'ouverture des huit lits du service de psychiatrie polyvalente à destination des adolescents de 16 à 18 ans (cf.3.2, 10.2) ;
- le parcours « psycho-gériatrie (PG) », avec le projet de déploiement de l'EM PG dans l'ensemble du département, d'ouverture (réalisée) de l'unité d'hospitalisation destinée aux personnes âgées avec un volet de soutien aux aidants, la mise en œuvre d'un hôpital de jour (HDJ) pour les personnes âgées et le renforcement des liens avec les partenaires du réseau ;
- le parcours « patients complexes » (patients hospitalisés depuis plus d'un an et présentant une stabilité clinique et un profil médico-social sans solution de sortie) avec la mise en œuvre (réalisée) d'une unité d'hospitalisation réservée et le renforcement des liens avec les structures médico-sociales ;
- le parcours « patients autistes » (patients présentant un trouble du spectre autistique, TSA), avec l'évolution des prises en charge hospitalières à temps complet vers des courts séjours, la mise en œuvre du CMP et de l'HDJ TSA au sein de l'unité réservée des Campilles afin de favoriser l'alternative à l'hospitalisation à temps complet, et le renforcement de l'EM TSA ;
- le parcours « urgences », avec la généralisation des plages d'accueil en urgence dans tous les CMP, le renforcement des liens avec les acteurs territoriaux et les familles et la clarification du schéma des admissions dans l'établissement dans une logique de parcours « patients », la mise en œuvre (réalisée) des dix lits du service de psychiatrie

⁴ Note de cadrage relative au projet médical d'établissement du CHT, pour la période 2020-2024, signée par la directrice après concertation avec les instances de l'établissement en octobre 2019

⁵ Orientations du projet médical du CH Thuir pour la période 2021-2025

polyvalente (SPP) au centre hospitalier de Perpignan, et le projet de création d'une EM d'urgences psychiatriques en appui du SAMU ;

- le parcours « suicide », avec la consolidation du dispositif Vigilans, la sensibilisation des professionnels de santé et le projet de mise en œuvre de six lits supplémentaires réservés au sein du SPP ;
- le parcours « patients sous main de justice », avec un projet de relocalisation du service médico-psychologique régional (SMPR) dans des locaux adaptés, corollaire de celui de l'implantation d'un nouveau centre pénitentiaire dans le département, et la création d'une équipe pluridisciplinaire de préparation à la sortie et d'accompagnement ;
- le parcours « addictologie », avec le projet de création d'une équipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA) et la mise en œuvre d'une coordination de professionnels formés.

Des thématiques transversales non traitées dans les groupes sont également intégrées au PME, parmi lesquelles :

- l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « isolement et contention » ;
- la promotion de l'innovation avec la mise en œuvre concertée et adaptée de la télémédecine, du dispositif de coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital (COMEVI-H) et d'un cercle de l'innovation ;
- le soutien aux aidants, avec le développement des programmes « BREF⁶ » et « PROFAMILLE⁷ ».

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens⁸ (CPOM) pour la période 2019-2023 comprend des indicateurs spécifiques s'agissant des pratiques d'isolement et de contention :

- atteindre au moins 80 % de mise à l'isolement sur décision d'un psychiatre d'emblée ;
- diminuer progressivement jusqu'à aboutir à la suppression des transports contentionnés.

Mais ne comprend aucun indicateur spécifique de l'exercice et du respect des droits fondamentaux comme de la formation du personnel sur ce thème, contrairement au sixième thème du projet médico-soignant du PME « *respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques* ».

RECOMMANDATION 1

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé Occitanie doit présenter des indicateurs spécifiques s'agissant du respect

⁶ « BREF » est un programme de soutien à destination des familles et aidants de personnes souffrant de handicap psychique, développé par l'unité de psychoéducation et de psychothérapie du CH Le Vinatier à Lyon, constitué de trois séances d'une heure, conçu comme une étape initiale dans le parcours des aidants vers la psychoéducation et qui doit être proposé par une équipe de soignants n'intervenant pas dans le suivi du patient.

⁷ « PROFAMILLE » est un programme psycho-éducatif d'origine québécoise, constitué de quatorze séances de quatre heures dispensées au rythme de deux par mois, destiné aux parents, à la fratrie, aux grands-parents et aux conjoints ayant un proche atteint de troubles schizophréniques et apparentés, qui les entraîne à apporter une aide plus précise et ajustée à la maladie de leur proche.

⁸ Signé entre l'établissement et l'ARS Occitanie le 7.12.2018

des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et de la formation spécifique du personnel sur le sujet, en cohérence avec le thème inscrit dans le projet médical d'établissement et intitulé : « *le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques* ».

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « La direction portera une attention particulière à cette recommandation lors de la prochaine négociation du CPOM avec l'ARS Occitanie, en veillant à l'insertion d'indicateurs spécifiques au respect des droits fondamentaux des patients hospitalisés sous contrainte et de la formation spécifique du personnel sur le sujet ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

3.1.2 La répartition et la spécificité des unités de l'établissement

Le CHT est organisé en huit pôles cliniques sectorisés comprenant des unités d'hospitalisation à temps complet (HC) et des unités ambulatoires (CMP, HDJ, qui ne se sont pas développées dans le présent rapport) et médico-techniques :

- le pôle Perpignan comprend toute la ville de Perpignan et dispose de deux unités d'HC (A, 24 lits et 1 CI, et C, seule unité fermée de l'établissement, accueillant également les patients détenus, 17 lits et 4 CI) outre l'unité Les Aspres à destination des patients hospitalisés au long cours (20 lits sans CI) ;
- le pôle Nord-Ouest comprend le secteur Nord et le secteur Ouest qui disposent chacun d'une unité d'HC (D et E, 24 lits et 1 CI chacune) ;
- le pôle CET (Canet-Elne-Thuir) comprend une unité d'HC (B, 24 lits et 1 CI) et l'unité transversale d'hospitalisation de psychiatrie du sujet âgé (UHPSA, 20 lits) ;
- le pôle Sud comprend le secteur Sud et dispose d'une unité d'HC (F, 24 lits et 1 CI) ainsi que l'unité transversale des Campilles qui accueille les patients autistes ;
- le pôle de santé mentale, situé dans la ville de Perpignan à proximité immédiate du centre hospitalier de Perpignan (CHP, cf. 3.2), comprend l'antenne des urgences psychiatrique, l'activité de liaison dans les services de soins somatiques, le SPP (16 lits dont 10 ouverts et 1 CI qui n'est jamais utilisée) et le service adolescents (unité d'hospitalisation La Solane, 16 lits dont 8 ouverts avec un CMP et un hôpital de jour (HDJ) ;
- le pôle de psychiatrie infanto juvénile qui comprend les secteurs Nord et Sud est exclusivement ambulatoire ;
- le pôle SMPR-CSAPPA-addictologie, qui comprend le SMPR, le centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPPA) sur deux sites (« référent » pour les patients du SMPR en détention et « résidentiel » qui est un centre d'hébergement et de soins ambulatoire), le centre ambulatoire Aline Vinot (consultation et dispensation de traitement de substitution) et le dispositif « méthadone bas seuil⁹ » ;

⁹ Le dispositif méthadone bas seuil, situé dans les locaux de l'association Ascode à Perpignan, est construit sur une convention partenariale entre le CSAPA du CHS et le centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD).

- le pôle médico-technique, qui comprend la pharmacie¹⁰, le laboratoire et l'unité d'électro convulsivothérapie (ECT).

Les unités des cinq premiers pôles décrits (à l'exception de l'unité D et de l'unité Les Aspres), ainsi que la pharmacie et l'unité d'ECT, ont fait l'objet de la visite des contrôleurs.

3.2 LE BUDGET PRESENTE UN DEFICIT STRUCTUREL ET L'ETABLISSEMENT RESTE EN ATTENTE DE REPONSES DE L'ARS OCCITANIE POUR LE FINANCEMENT DE NOMBREUX PROJETS PERTINENTS

Le budget de l'établissement pour l'année 2021 est de 72,5 millions d'euros, dont 56 de dotation annuelle de fonctionnement (DAF) reconductible, 1 de mesures reconductibles et 6 de mesures non reconductibles¹¹.

Ce budget présente un déficit structurel lié à une sous dotation historique de sa dotation annuelle de financement. A compter de 2021, ce déficit s'est aggravé de 600 000 euros en année pleine, non financés, depuis l'ouverture au mois de mai 2021 des huit premiers lits de l'unité adolescents et des dix premiers lits du SPP, au sein du pôle de santé mentale.

La péréquation, n'ayant jamais dépassé 5 % de la DAF, n'a pas d'impact significatif sur le budget et l'établissement attend de connaître l'effet de la réforme du financement de la DAF¹² mise en œuvre au mois de janvier 2022.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)¹³ présente la répartition des investissements pendant la période 2022-2031, de presque 26 millions d'euros, dont 93 % seront attribués aux services de soins et médico-techniques, pour l'amélioration de la qualité de vie et de l'hébergement des patients.

Les investissements courants et structurants, issus des mesures du Ségur de la santé¹⁴, vont permettre des travaux de réfection des dix chambres d'isolement (CI, 250 000 euros) et du projet énergétique (6 155 000 euros).

Enfin, le financement de nombreux projets pertinents reste sans réponse des autorités de tutelle¹⁵, parmi lesquels :

- En premier lieu, celui du pôle de santé mentale au centre hospitalier de Perpignan concernant :
 - o d'une part, le déficit structurel annuel, creusé de 600 000 euros supplémentaires suite au déménagement, en mai 2021, des huit lits de l'unité

¹⁰ La pharmacie du CHT fait partie du groupement de coopération sanitaire « La Pharmacoopée », constitué de dix-huit établissements sanitaires et médico-sociaux.

¹¹ Données chiffrées issues de la notification de décision modificative n°3 de l'année 2021, communiquée par l'établissement.

¹² La réforme s'appuie sur des critères géo populationnels majoritairement, mais aussi des indicateurs d'activité, de qualité et de recherche.

¹³ Données chiffrées issues du PGFP 2022-2031, communiqué par l'établissement.

¹⁴ Le Ségur de la santé est une consultation des acteurs du système de soin français qui s'est déroulée du 25 mai 2020 au 10 juillet 2020.

¹⁵ Données issues de l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'année 2022, communiqué par l'établissement.

d'hospitalisation des adolescents La Solane et des dix lits du service de psychiatrie polyvalente ;

- d'autre part, le budget de 1 200 000 euros requis pour l'ouverture nécessaire des huit autres lits de la Solane et des six autres lits du service de psychiatrie polyvalente, toujours en cohérence avec les besoins de la population et qui permettront l'amélioration du dispositif au service des adolescents de 16 à 18 ans, et la mise en œuvre d'une prise en charge spécifique des patients suicidants, la prévention d'un passage à l'acte autolytique et de ses récides possibles.
- Mais aussi, le financement :
 - de l'équipe mobile ESCAPE¹⁶, pour le repérage précoce des psychoses émergentes de cinquante nouveaux patients par an (462 387 euros) ;
 - de l'équipe mobile pour la prise en charge des adolescents (279 750 euros) ;
 - du déploiement de l'équipe mobile de psycho-gériatrie EMPG (375 150 euros) ;
 - du projet de création d'un HDJ à destination des personnes âgées, par la transformation de 5 lits d'hospitalisation à temps complet de l'unité UHPSA (136 200 euros) ;
 - du projet de dispositif d'accueil et de réinsertion transfrontalier (DART) à l'hôpital de Cerdagne à hauteur de 270 000€ annuels pour la partie relative à l'exploitation et dont le volet architectural est en cours de chiffrage pour la partie relative à l'investissement.

RECOMMANDATION 2

L'agence régionale de santé Occitanie doit répondre à l'établissement s'agissant du financement de ses projets, dont certains relèvent de l'urgence, notamment celui concernant l'ouverture des lits du service de psychiatrie polyvalente et de l'unité pour adolescents La Solane, afin de permettre aux patients un accès à une offre de soins pertinente.

3.3 L'ETABLISSEMENT CONNAIT DES DIFFICULTES POUR ATTIRER MEDECINS ET SOIGNANTS

3.3.1 Le personnel médical

a) Les médecins psychiatres

La faible attractivité médicale du CHT est un sujet préoccupant depuis plusieurs années. Au total, cumulant l'intra et l'extra hospitalier, l'établissement dispose de 49,2 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres, pourvus par 55 médecins, dont :

- 27,7 ETP de praticiens hospitaliers (PH) pourvus par 29 médecins ;

¹⁶ L'équipe ESCAPE, intersectorielle, mise en œuvre au mois de juin 2020, est inspirée du modèle finlandais « Open Dialogue », composée d'un seul binôme associant une IDE et une assistante de service social intervenant dans différents milieux (familial, scolaire, professionnel), nécessite le financement d'un deuxième binôme pour atteindre l'objectif cité.

- 7,7 ETP de praticiens contractuels, attachés et assistants, pourvus par 12 médecins ;
- 13,8 ETP de praticiens associés pourvus par 14 médecins.

L'effectif médical comprend également 5 ETP d'internes.

Selon les données fournies par l'établissement, 64 des 73 postes de PH (toutes spécialités confondues) sont pourvus par 36 PH titulaires et 28 contractuels (1 poste de clinicien, 2 d'attachés, 3 de praticiens contractuels temps partiels pourvus par 5 médecins, 2 d'assistants, et 20 d'associés pourvus par des médecins étrangers originaires de pays hors union européenne). 9 postes de PH sont donc vacants.

L'établissement ne fait plus appel à des médecins intérimaires.

Trente-sept psychiatres ont quitté l'établissement en six ans :

- dix-sept en raison d'une mise en disponibilité ou d'une démission pour une installation dans le secteur libéral (cabinets ou cliniques privés) ;
- quatorze en raison d'un départ à la retraite (onze psychiatres et trois pédopsychiatres) ;
- six en raison d'une mutation.

En outre, l'année 2022 sera probablement marquée par des départs supplémentaires à la retraite, sept praticiens étant âgés de 65 à 69 ans et quatorze de 60 à 65 ans. Enfin, une démarche proactive effectuée vers les internes de psychiatrie en fin d'internat ne rencontre que peu de succès, ces derniers préférant les établissements des capitales de régions.

Dans un contexte de concurrence accrue avec le secteur privé, l'établissement a récemment constitué un groupe de réflexion et de recrutement composé de médecins, afin d'étudier les moyens d'attirer et de retenir leurs confrères, notamment les psychiatres. De nombreux médecins psychiatres étrangers ont été recrutés par ce biais durant l'année précédant la visite, qui ont permis d'atténuer les effets de la pénurie liée aux nombreux départs successifs. Des conditions de rémunération préférentielles, des logements et un accompagnement dans leur parcours de formation leur ont été proposés. Le recrutement associe par ailleurs la parution des postes au *Journal Officiel* lors du tour pluriannuel de mutation, le « bouche à oreille » et des annonces publiées dans des journaux spécialisés.

Outre le déficit global de médecins, la carence en praticiens certificateurs constitue l'une des difficultés majeures du CHS, alors qu'environ 12 000 certificats sont rédigés annuellement. Les unités de l'intra hospitalier ont indiqué organiser les plannings de manière qu'un médecin certificateur soit présent dans l'unité le matin ou l'après-midi. Cependant, la démultiplication de la certification, relative à la modification de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique issue de la loi du 22 janvier 2022, préoccupe le personnel médical.

b) Les médecins généralistes

Le recrutement des médecins généralistes est tout aussi complexe. Un seul des six somaticiens présents au jour de la visite des contrôleurs est inscrit à l'*Ordre des médecins*. Recruté en contrat à durée déterminée pour trois mois renouvelables, il partage son temps de travail entre une unité (trois demi-journées) et le CSAPA. Le médecin responsable de la coordination et de l'organisation des plannings est un médecin étranger en cours de formation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « En août 2022, deux médecins généralistes sont inscrits à l'Ordre des médecins : le praticien contractuel a choisi de renouveler son contrat et l'un des praticiens à diplôme hors union européenne

a obtenu le plein exercice et est désormais inscrit à l'Ordre des médecins ».

Dans ce contexte, un point positif mérite toutefois d'être mis en évidence : la profession de pharmacien n'est pas en tension et n'occasionne aucune difficulté de recrutement (cf. 9.4).

c) La permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins est formalisée avec des règles de présence, ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes, définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures sur 24. Il y a toujours au minimum un psychiatre inscrit à l'ordre dans chaque pôle, afin d'assurer les soins et la signature des documents réglementaires de 8h30 à 18h30.

Au sein des unités A, B et C, ces praticiens s'organisent entre 12h et 14h et de 17h à 18h30, dans le cadre d'une permanence mutualisée, pour que l'un d'entre eux soit toujours présent. Le samedi matin peut également être assuré de cette manière. La direction en est informée et signe les tableaux de service.

La continuité des soins est assurée par la permanence médicale de garde à laquelle participent les praticiens associés, les médecins généralistes et les internes, alors que les PH sont tour à tour d'astreinte. Le médecin de garde dispose d'une chambre. La permanence des soins des services d'hospitalisation à temps plein repose ainsi sur un service quotidien de jour du lundi au vendredi (de 8h30 à 18h30) et le samedi matin (de 8h30 à 12h), dans chaque secteur d'activité, et des permanences sur place la nuit (de 18h30 à 8h30 en semaine, de 12 à 8h30 les samedis et de 8h30 à 8h30 les dimanches et jours fériés), doublées d'astreintes à domicile. Selon les informations recueillies, en journée, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, les psychiatres d'astreinte se déplacent à l'établissement pour rédiger les certificats et assurer le renouvellement des placements à l'isolement. En revanche, ils se déplacent rarement la nuit mais disposent d'une connexion sécurisée qui leur permet de consulter, de renseigner le dossier patient et de prescrire (cf. 7.3.1).

La permanence pharmaceutique est organisée, en dehors des heures ouvrables, la nuit et le week-end, un pharmacien est d'astreinte et se déplace si besoin.

d) Les consultations de spécialités

Un plateau médico technique est accessible sur le site, permettant d'obtenir rapidement des consultations de spécialistes recrutés à temps partiel ou des examens de base. Un dentiste a été recruté à raison de 0,6 ETP, un cardiologue et un gastro-entérologue assurent chacun une vacation hebdomadaire, et un neurologue est employé à temps plein (cf. 9.2).

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, ajoute : « une consultation de sage-femme est également opérationnelle depuis le printemps 2022 afin d'assurer le suivi gynécologique des patientes hospitalisées ».

3.3.2 Le personnel non médical

a) Le recrutement

L'établissement organise le recrutement des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de manière permanente en raison d'un turnover élevé. L'obligation vaccinale liée à la COVID instituée en septembre 2021 s'est traduite par une croissance des arrêts maladies longs dans le personnel infirmier, accentuant les pressions liées aux besoins de remplacement. Selon les propos recueillis, ce turn-over témoignerait d'une certaine désaffection pour des

carrières linéaires au sein de la fonction publique. Depuis le 1er janvier 2022, la direction a développé une politique de recrutement et de fidélisation attractive offrant un contrat à durée indéterminée (CDI) dès l'embauche sur poste vacant ou sur poste de remplacement et non plus après un contrat à durée déterminée (CDD) ; ces contrats débutent réglementairement par une période d'essai de quatre mois.

Quatre des IDE ont toutefois souhaité être employés en contrat à durée déterminée.

L'établissement accueille des stagiaires de toutes catégories à raison de 300 par an et tente de les fidéliser. Les étudiants de troisième année des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) peuvent bénéficier d'un contrat d'allocation d'étude. En contrepartie d'un engagement de travail au CHS durant dix-huit mois, ils bénéficient d'un montant de 750 euros mensuels jusqu'à l'obtention de leur diplôme. Toujours dans l'objectif de fidélisation du personnel, l'avancement de grade est accordé dès que l'agent en remplit les conditions, et le personnel ayant accès à un système de garde d'enfants au sein de la crèche hospitalière située sur le site de Thuir.

Deux IDEC (IDE de coordination) ont été recrutés sur des fonctions particulières, notamment pour faire le lien avec l'extrahospitalier.

L'équipe de nuit est majoritairement composée d'IDE qui s'engagent, par leur signature, à respecter la charte de fonctionnement de nuit, afin d'harmoniser les pratiques entre les unités. Au moment de la visite, un groupe de travail a été mis en place dans le cadre des « lignes directrices de gestion », constitué à la suite d'un appel à candidatures diffusé au mois de janvier 2022. Il est composé de professionnels de nuit et a pour mission de redéfinir les conditions du travail de nuit (contenu du contrat de nuit, management, accès à la formation, fiche de poste, etc.). Une initiative intéressante mérite d'être soulignée : tous les deux ans environ, les soignants de nuit doivent reprendre un emploi en journée durant une période variant de cinq à dix jours, de manière à rester partie intégrante de l'équipe de soins.

BONNE PRATIQUE 2

L'emploi durant cinq à dix jours des soignants de nuit en équipe de jour, tous les deux ans, maintient une forme d'appartenance des soignants à une équipe unique.

Le tableau des emplois de l'intra hospitalier révèle 203,07 ETP d'IDE, dont six postes vacants, et 81,72 d'aides-soignants (AS) rémunérés¹⁷ au 7 mars 2022. Contrairement aux IDE, les AS dont le recrutement n'est pas en tension sont embauchés en contrat pour pourvoir l'absentéisme (17 ETP en CDD sur 81,72 ETP d'AS au 7 mars 2022). Les agents de service hospitaliers (ASH) sont également recrutés en contrat lorsqu'il s'agit de pourvoir un besoin de remplacement en lien avec l'absentéisme.

Le personnel social en intra hospitalier (assistant de service social, éducateur spécialisé, EJE moniteur d'atelier, moniteur éducateur) représente 15,08 ETP ; le personnel administratif (professionnels sur des fonctions de secrétariat médical dans les services intra) 14,86 ETP et les psychologues 6,6 ETP (dont 4 psychologues recrutés pour

¹⁷ Correspond aux effectifs physiques pondérés par la rémunération du temps partiel.

compenser du temps médical et 1,5 ETP n'étant pas pourvu à date en raison d'appels à mobilité en cours). Sur un total de 36,54 ETP, 8,1 ETP étaient en CDD.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'absence ou l'insuffisance des effectifs de certaines des catégories professionnelles (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes) seraient le résultat de difficultés de recrutement et non pas de défauts de financement.

b) Le fonctionnement des équipes

La prise en charge des patients est assurée par une équipe pluridisciplinaire, coordonnée par un cadre supérieur de santé (CSS) et un cadre de santé (CS), sous la responsabilité médicale du psychiatre référent de pôle et d'unité. Les CS des unités assurent le management, l'organisation et la gestion du temps de travail, et partagent la responsabilité de la qualité et la sécurité des soins avec le médecin. Les réunions d'équipe sont quotidiennes, les synthèses sur la situation d'un ou plusieurs patients permettent également de réunir l'équipe et, parfois, les tuteurs y sont invités.

Des maquettes organisationnelles ont été établies, qui fixent un effectif de fonctionnement du personnel soignant adapté selon les unités au nombre de lits et au type de prise en charge (unité d'admission, unité de seconde intention, unité accueillant des patients autistes, etc.), que doivent respecter les cadres lors de l'établissement des plannings, afin d'harmoniser l'attribution des moyens humains aux unités.

Dans les unités d'admission, l'effectif de fonctionnement du personnel soignant a été fixé sous la forme suivante :

- trois infirmiers , un aide-soignant et un agent de service hospitalier pour assurer le service le matin de 6h44 à 14h26 ;
- la même configuration est prévue pour le service de l'après-midi de 13h23 à 21h15 ;
- deux unités bénéficient d'une IDEC (unité A et unité F), dont le rôle est essentiellement le lien avec l'extrahospitalier ;
- l'unité fermée (unité C) dispose d'un poste en journée ;
- seule l'unité des Campilles, qui prend en charge les patients souffrant d'autisme, dispose de deux soignants supplémentaires en journée ;
- deux IDE travaillent la nuit de 21h à 7h, en unité d'admission ;
- un IDE et un AS de nuit aux Campilles, à l'unité des Aspres et à l'UHPSA.

Sous la dénomination d'« effectif de sécurité », un fonctionnement dégradé a également fait l'objet d'un travail par la direction des soins. Il est utilisé uniquement lors d'absences spécifiques (absentéisme inopiné ou grève) dès lors qu'aucun remplacement n'est possible. Seuls les IDE sont concernés, l'effectif de trois par demi-journée étant diminué à deux ; la nuit, l'effectif de fonctionnement de deux IDE reste impératif.

L'établissement a fourni aux contrôleurs les plannings des IDE et AS des unités. L'examen de ces plannings pour les mois de décembre 2021, janvier et février 2022 souligne un nombre de soignants inférieur à celui de l'effectif de fonctionnement validé par les instances, attestant de l'utilisation massive de soignants effectuant des remplacements. Aucune unité cependant n'a fonctionné hors effectif de sécurité.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Il faut noter que cette période correspond à un pic épidémique, liée à la circulation active du variant omicron, se traduisant par un absentéisme pour motif de COVID plus important ».

Les unités C et D apparaissent comme les plus consommatrices d'heures supplémentaires au cours des mois examinés.

3.3.3 L'absentéisme et les remplacements

a) Le taux d'absentéisme

Entre 2019 et 2021, le taux d'absentéisme des IDE et des AS tend à augmenter¹⁸. A titre d'exemple, le 11 février 2022, le taux d'absentéisme global (tous grades et motifs confondus) s'élevait à 14,40 %. Ainsi, 149 des 1035 employés étaient absents de l'établissement dont 88 en lien avec une maladie ordinaire ou une infection à la COVID. Les personnels ayant été absents en lien avec la COVID représentaient 20% du total des arrêts courts (18 sur 88). Le taux d'absentéisme pour motif de COVID s'élevait à 1,74%.

On compte encore, au 7 mars 2022, une vingtaine de soignants absents depuis le mois de septembre 2021, en raison de leur refus de l'obligation vaccinale.

b) Le remplacement des soignants absents

Toutes les absences de longue durée sont compensées dans l'intra hospitalier. Dans les maquettes organisationnelles, les effectifs de fonctionnement alloués aux services d'intra intègrent un coefficient de remplacement de 10 % (ex : 18 IDE sont alloués aux unités d'admission alors que 16 seraient nécessaires pour couvrir l'obligation annuelle de travail). Les quatorze personnes en congé de longue durée (CLD) et en congé de longue maladie (CLM), ainsi que celles en congé de maternité (dix) sont toutes remplacées par des soignants recrutés en CDI.

En cas d'absence inopinée, les cadres de santé (CS) recherchent parmi les soignants de leur propre unité celui qui serait disponible pour se substituer au professionnel absent de même catégorie, en décalant son roulement, générant ainsi des heures supplémentaires. Le CS, en cas d'insuccès, se reporte sur le logiciel qui permet de repérer les unités où des soignants seraient en sureffectif (par rapport à l'effectif de fonctionnement), et interpelle ses collègues pour obtenir le détachement d'un soignant. Aucun intérimaire n'est jamais sollicité. Des heures supplémentaires ne sont recherchées qu'en dernier recours.

L'ensemble des absences pour maladie a nécessité à la fois de rapides recrutements mais également un financement de 400 000 euros en heures supplémentaires.

3.3.4 La formation

Le plan de formation proposé s'inscrit dans le dispositif national de développement professionnel continu. Dans la conception des plannings, le CHT s'est donné pour objectif que

¹⁸ Augmentation du taux d'absentéisme pendant la période 2019-2021 :

- En 2019 (avant la pandémie) : IDE (7,23%) AS (10%) ;
- En 2020 (1ère vague COVID) : IDE (7,07%) AS (11,11%) ;
- En 2021 : IDE (9,29%) AS (13,92%).

tout agent puisse suivre au moins une formation par an. Tous les soignants, même inscrits, ne peuvent en réalité être dégagés de leurs obligations professionnelles pour y participer.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'établissement doit s'organiser pour réaliser l'objectif qu'il s'est lui-même fixé en garantissant un temps de formation annuel pour chaque soignant.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Cette recommandation n'est pas compréhensible. En effet, l'établissement ne s'est jamais fixé pour objectif de garantir un temps de formation annuel pour chaque soignant. Cependant, l'établissement a intégré dans les maquettes organisationnelles un coefficient de remplacement qui peut être mobilisé dans les cadres des absences pour motif de formation. Ce coefficient de remplacement facilite l'accès à la formation pour les professionnels ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

La formation OMEGA, prévue au plan de formation, dispensée en interne, fortement recommandée sans être obligatoire, a été suivie par 219 professionnels (médecins, IDE, AS et ASH) depuis la fin de l'année 2018. Par ailleurs, une formation aux techniques de contention a été dispensée à vingt-quatre agents.

L'établissement favorise les études promotionnelles ; neuf AS sont en cours de formation d'IDE, deux agents de service hospitalier en formation d'AS, une assistante de service social en formation de cadre socio-éducatif. Au total, au mois de mars 2022, vingt-trois agents étaient en formation pour des périodes d'un à trois ans, et tous étaient remplacés. Parmi eux, le CHT a financé la formation de huit infirmiers en pratique avancée (IPA), dont trois termineront leur cursus en 2022. Dès lors, il est prévu de renouveler cette formation à trois nouvelles personnes.

Des consolidations des savoirs en psychiatrie (psychopathologies et gestion de l'agressivité) sont prévus pour les nouveaux arrivants sortant d'école, deux modules sont organisés à un rythme semestriel. Certains nouveaux arrivants n'en avaient toutefois pas bénéficié après plus de huit mois d'activité, faute de remplaçants parfois, par indisponibilité du formateur d'autre part, soit parce que ce sont des agents arrivés en contrat en cours d'année et qu'il n'y a pas de places disponibles dans les sessions.

Aucun tutorat n'a été organisé pour les nouveaux arrivants qui sont, dans la mesure du possible, doublés pendant une semaine, les effectifs ne permettant pas une durée plus longue.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, ajoute : « Un tutorat a été organisé pour les nouveaux arrivants à l'été 2022. Il repose sur une journée d'observation et au moins deux jours en binôme, en sureffectif. Les infirmiers en formation IPA, de retour sur l'établissement l'été, ont largement contribué à l'accompagnement des nouveaux professionnels ».

En revanche, des tuteurs encadrent les stagiaires après une formation du tuteur de stage soignant.

L'unique demi-journée de formation consacrée aux droits des patients en soins sans consentement est proposée mais peu suivie (trois agents en 2021).

RECOMMANDATION 3

Une formation aux droits des patients en soins sans consentement doit être dispensée à tous les soignants qui les prennent en charge.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « La formation consacrée aux droits des patients en soins sans consentement fait partie des formations recommandées à l'arrivée au sein de l'établissement. A la mise en place de la nouvelle loi en 2011, deux sessions étaient organisées par an. Au fur et à mesure et compte tenu du faible nombre de participants, une seule demi-journée a été maintenue. Il est à noter que la directrice des affaires juridiques intervenait également, à la demande, pour répondre aux questions relatives aux droits des patients, directement dans les services ou auprès des médecins. La sensibilisation systématique des nouveaux professionnels recrutés aux droits des patients en soins sans consentement sera reprise dès l'arrivée du nouveau directeur des affaires juridiques et générales prévue en décembre 2022. Des formations spécifiques seront dispensées aux professionnels de l'établissement en fonction des situations rencontrées et des besoins identifiés ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

L'analyse des pratiques est développée dans l'unité pour adolescents depuis plusieurs années. Des groupes d'analyse des pratiques sont réguliers ou ponctuels dans les autres unités.

En 2021, on relève 160 participations à ces groupes.

Deux équipes bénéficient de supervision, l'équipe ambulatoire du pôle de santé mentale et l'unité fermée C.

Enfin, une cellule de veille sociale a été mise en place dans l'objectif de détecter des fragilités psycho-sociales chez le personnel et de traiter d'éventuelles alertes. Elle est composée du directeur des ressources humaines, du médecin du travail, de l'assistante de service social et du psychologue du personnel. Des représentants du personnel y sont associés, sans représenter leur syndicat dans cette instance. Tout membre du personnel peut la saisir pour lui-même ou concernant d'autres personnes. Une enquête est ouverte et des recommandations sont formulées. Les préconisations peuvent être de l'ordre de la médiation, de la supervision, et de la formation.

3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES FONT TOUS L'OBJET D'ANALYSE ET DE MESURES CORRECTIVES

3.4.1 Les fiches d'événements indésirables

La direction des soins initie et gère l'ensemble des outils d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, favorise l'analyse des données et sensibilise le personnel à la recherche d'un haut niveau de qualité.

La direction et la présidente de la CME¹⁹ ont rédigé une charte d'incitation à la déclaration d'événements indésirables (EI), considérant que le principe de la sécurité et de la qualité des soins devait être la préoccupation permanente de l'établissement. L'objectif est d'améliorer

¹⁹ Le document transmis aux contrôleurs n'est pas daté.

la visibilité des risques et d'y apporter des correctifs. La direction s'engage par cette charte à ce qu'aucune procédure disciplinaire ne soit engagée à l'encontre de soignants ayant signalé un manquement aux règles de sécurité ou une erreur dans leur application. Il est précisé toutefois que ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré, répété ou, selon les propos recueillis, d'événements indésirables graves (EIG), ces derniers étant traités selon une procédure particulière (cf. *infra*).

Dans l'intranet, la fiche de déclaration d'un événement grave (FEI) comporte un formulaire orientant vers deux types de déclarations : celle « d'événement indésirable » et celle de « déclaration de violence ». Le mode de déclaration permet de conserver l'anonymat.

Toutes les FEI sont examinées un mercredi sur deux dans le cadre d'une réunion de coordination à laquelle participent la direction des soins, le service qualité et les CSS. Un retour est fait à toute personne ayant saisi une fiche à l'exception à l'évidence des fiches intégrées de manière anonyme. Une restitution est systématiquement réalisée devant la commission des usagers (CDU). La directrice des soins décide de la suite à donner, notamment par un traitement sous la forme particulière réservée aux EIG, lorsqu'à l'occasion de l'examen des FEI, un problème important est mis en exergue.

Tous les événements, d'ordre technique ou relatifs aux soins, font l'objet de mesures correctives.

Les éléments recueillis par les contrôleurs correspondent à la totalité des FEI saisies tant en intra qu'en extra hospitalier.

Le nombre d'EI recensés durant les trois dernières années connaît une relative stabilité, à l'exception de l'année 2020.

132 des 345 fiches de l'année 2019 concernaient des faits de violence (soit 38,26 %) ; en 2020, 95 sur 248 fiches (soit 38,30 %) et, en 2021, 145 des 325 (soit 44 %).

En 2021, les IDE ont rédigé 194 des 325 déclarations et les CS 41. La typologie était majoritairement axée sur les dangers professionnels (violences volontaires sur agent sans ou avec atteinte physique dans 130 situations). Des retours d'expérience (REX) sont mis en place dans les suites de ces incidents pour en tirer enseignement. Un accompagnement par un psychologue peut, si nécessaire, être proposé à l'agent, dans les suites d'une agression.

Selon les témoignages recueillis, les situations de violence sont en effet fréquentes et constituent un sujet de préoccupation majeure. Lorsqu'un patient est agité, les soignants prennent le temps de réaliser un entretien à l'issue duquel des mesures de désescalade complémentaires (repas en chambre, promenade dans le parc...) peuvent être mises en œuvre.

Les déclarations relatives aux patients en 2021 concernent les dangers liés aux fugues, aux violences entre patients et aux dégradations volontaires. Les analyses prennent les mêmes formes que les précédentes (REX). Des réunions avec la CDU peuvent être organisées si besoin. Les dangers liés à la vie hospitalière sont traités en revue de mortalité et de morbidité (RMM) et le renfort de la police municipale est sollicité pour les procédures concernant les dégradations et les effractions de locaux par des personnes extérieures à l'établissement.

Les contrôleurs ont examiné plus précisément les FEI du mois de septembre 2021 au mois de février 2022, dont le nombre varie entre dix-sept au mois de décembre et trente-huit au mois de janvier. La double possibilité de déclaration mentionnée *supra* (événement indésirable et fiche de violence) entraîne un bilan hétérogène, mêlant des problèmes techniques (le

ménage, les infiltrations, les problèmes de chauffage) à des déclarations relatives aux soins et aux patients (les épisodes d'agitation, le manque de personnel).

3.4.2 Les événements indésirables graves

Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'une déclaration immédiate par téléphone ou courriel. En cas d'événement dramatique, un membre du personnel se déplace immédiatement auprès du directeur de garde. Le cadre, le chef de pôle, le médecin de garde sont informés simultanément. Un rapport circonstancié est exigé immédiatement. La cadre du service qualité se déplace dans l'unité concernée pour rencontrer le médecin et l'équipe. Un débriefing est organisé dans l'unité dans les 24 heures et une RMM se tient dans le mois.

Parmi les EIG, les fugues font l'objet d'un REX systématique de même que les violences avec une interruption temporaire de travail (ITT) et les agressions sexuelles. Le moindre doute d'atteinte sexuelle entraîne l'accompagnement du patient à la gendarmerie de Thuir pour le dépôt d'une plainte. Les tentatives de suicide et tout événement mettant en jeu le pronostic vital sont traités dans le cadre d'une RMM. Un suivi psychologique est proposé aux soignants. Le rapport adressé à l'ARS dès la survenue de l'événement est complété par un deuxième après la tenue de la RMM. Toute situation de violence fait l'objet d'une transmission à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

Les chiffres des EIG pour les années 2019 et 2020 fournis aux contrôleurs sont les suivants :

- six EIG sont intervenus en 2019, dont un suicide, une agression sexuelle, une agression entre deux patients, un malaise, un surdosage médicamenteux et des faits à caractère sexuel survenus entre deux mineurs . Pour chacun de ces événements, des constats ont été opérés et des actions mises en place après analyse dans le cadre des RMM ;
- cinq EIG sont survenus en 2020, dont deux suspicions d'agression sexuelle, une fugue ayant entraîné un décès (saut du toit d'une unité pour fuguer) et l'agression de soignants, ces deux derniers événements ayant mis en jeu le pronostic vital des intéressés. Des RMM ont suivi chacun des événements et les soignants se sont vu proposé un suivi psychologique.

En 2021, l'établissement a fait face à quarante fugues de personnes admises en SSC et onze sorties sans autorisation de personnes en SL.

Selon les propos rapportés, aucun EIG entraînant une plainte devant la justice contre un membre du personnel n'a jamais été recensé. Les patients rencontrés n'ont pas mentionné de situation de maltraitance.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE A CESSE SON ACTIVITE

Le comité d'éthique, instance pluridisciplinaire consultative, présidé par le directeur des soins et de la qualité, a pour mission de produire des avis ou des orientations sur des questions, des procédures internes à l'établissement et de susciter la réflexion sur des situations liées aux soins.

Tout membre du personnel, les usagers ou leurs familles, peuvent le saisir, sous une forme écrite. Ses comptes rendus font l'objet d'une diffusion aux services.

Ce comité ne fonctionne plus, alors que les participants se réunissaient trois fois par an et organisaient une réunion annuelle sous forme d'une « journée d'éthique », ouverte à tout le

personnel. La dernière trace écrite fournie aux contrôleurs date du mois de juin 2019. La réflexion portait alors sur « *les nouveaux enjeux du secret professionnel* ».

La direction n'a pas réactivé cette instance mais des intervenants extérieurs ont été accueillis au CHS dans le cadre d'un colloque d'éthique et de pratiques professionnelles, au mois de décembre 2021. Le programme proposait d'apporter des éléments de réponse pour rechercher systématiquement des alternatives à l'isolement et à la contention, pour en limiter le recours et harmoniser les pratiques, en répondant aux exigences cliniques, éthiques, légales et organisationnelles, la finalité restant la sécurité et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Un projet de comité d'éthique commun aux membres du GHT ne paraît pas judicieux aux professionnels rencontrés, en raison des différences majeures entre les centres hospitaliers regroupés.

RECOMMANDATION 4

L'établissement doit réactiver le fonctionnement du comité d'éthique et informer de son existence et de ses missions l'ensemble du personnel, pour que s'instaure une réflexion sur, notamment, le respect des droits fondamentaux des patients.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe que : « L'établissement s'engage à réactiver le fonctionnement du comité d'éthique sous l'impulsion du nouveau directeur des affaires juridiques et générales dont l'arrivée est fixée à décembre 2022. Il travaillera en lien étroit avec la directrice des soins et de la qualité et avec la présidente de CME. Il convient d'ores et déjà de souligner que la direction des soins et la présidence de CME ont réuni un groupe de travail spécifique pour mener une réflexion éthique sur une situation clinique donnée. Cette approche casuistique est systématique chaque fois que nécessaire ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 L'ACCUEIL AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LA PRISE EN CHARGE AU SEIN DU SPP COMME DANS LES UNITES D'ACCUEIL SONT BIEN ORGANISES ET RESPECTUEUX DES DROITS, MAIS LE RECOURS AUX CMP EST DIFFICILE

4.1.1 La prise en charge de l'urgence et de la crise

a) Le dispositif et l'organisation

Le dispositif, situé à proximité immédiate du CHP, associe l'antenne des urgences psychiatriques au sein des urgences générales, associée à l'activité de liaison dans les services somatiques et les 10 lits (dont deux réservés aux adolescents) du service de psychiatrie polyvalente (SPP) au sein du pôle de santé mentale (PSM)²⁰.

L'équipe des soignants est mutualisée entre ces trois activités et se compose de :

- 4 ETP de psychiatres, actuellement pourvus par un psychiatre chef de service, un psychiatre nommé chef de pôle depuis le décès du chef de pôle historique au mois de janvier 2022, un praticien d'origine extra européenne, en cours de formation à la spécialité de psychiatrie, non titulaire d'une qualification ordinale actuellement et un psychiatre arrivé très récemment ;
- 1 ETP de cadre de santé ;
- 21,46 ETP d'IDE pour le SPP et l'activité de liaison ;
- 0,5 ETP de psychologue réservé à l'activité de liaison ;
- 10 ETP d'ASH pour l'ensemble du PSM ;
- 0,5 ETP d'assistante de service social (ASS) qui intervient auprès des patients du SPP.

L'organisation des roulements positionne deux IDE au SPP, un IDE aux urgences et un IDE à la liaison. Le local des urgences se réduit à un local installé dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée des urgences générales, équipé de deux bureaux, de deux ordinateurs, de quatre chaises et d'un WC, les vestiaires se trouvant dans le SPP.

La présence médicale est assurée aux urgences psychiatriques en journée de 8h30 à 18h30 en semaine et de 8h30 à midi les samedis et dimanches, et de nuit de 18h30 à 8h30 pendant le temps de la garde (le psychiatre de garde dispose d'une chambre au SPP et intervient en garde dans l'ensemble du dispositif, et la présence infirmière 24h/24 et 7J/7, selon trois roulements 6h44-14h33, 14h28-21h15, 20h30-7h15).

L'objectif d'une prise en charge au SPP est une hospitalisation pour observation et une évaluation clinique de courte durée, de moins de 72h (pouvant s'accroître jusqu'à deux semaines pour les adolescents), avant une orientation vers une hospitalisation au CHT ou en clinique, ou un retour à domicile.

Le SPP, situé au deuxième étage du bâtiment du PSM, dispose de locaux neufs, très propres entretenus et lumineux, de chambres dont l'aménagement et l'équipement assurent le respect de la dignité des patients et n'appelle aucun commentaire, d'un réfectoire, d'une salle d'activités spacieuse, d'un bureau infirmier, d'une pharmacie, d'une petite cour partiellement

²⁰ Le SPP du pôle santé mentale a remplacé, depuis le déménagement du mois de mai 2021 sur le site du CH Perpignan, l'ex-CAC 48 (centre d'accueil et de crise) du CHT.

ouverte d'accès libre et dans laquelle la consommation de tabac est autorisée, et d'une CI munie d'une caméra de vidéosurveillance, mais qui, ne disposant d'aucun lit, n'est jamais utilisée.

BONNE PRATIQUE 3

Les situations cliniques d'agitation aiguë ou de risque d'un dommage imminent et immédiat pour le patient ou autrui ne sont jamais prises en charge en chambre d'isolement dans le service de psychiatrie polyvalente.

b) La prise en charge des patients

Les patients qui se présentent aux urgences peuvent le faire spontanément, être adressés par leur médecin généraliste, le CMP en l'absence de médecin sur place ou les structures d'addictologie, ou être accompagnés par la police, les pompiers ou le SMUR. L'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences générales contacte l'antenne psychiatrique, l'IDE de psychiatrie allant chercher le patient.

Schématiquement :

- les patients qui consultent en raison d'un symptôme psychiatrique simple bénéficient d'une évaluation médicale, de la prescription d'une ordonnance, de la prise d'un rendez-vous au CMP par l'équipe, avant leur retour à domicile ;
- les patients adultes en SL répondant à l'indication d'une hospitalisation brève sont orientés vers le SPP et ceux nécessitant une prise en charge plus conséquente vers une clinique privée lorsqu'une place est disponible ou vers le CHT ;
- les patients qui ont effectué un passage à l'acte suicidaire, ou présentent un risque de le faire, bénéficient de la mise en œuvre du programme *VigilanS*²¹ et sont orientés préférentiellement vers la clinique privée du Pré à Théza, dans l'attente de l'ouverture des six lits du SPS, qui ont vocation à être réservés à ce type de prise en charge ;
- les patients adultes dans le cadre d'une procédure de SSC sont orientés vers le CHT ;
- les adolescents présentant un tableau clinique inquiétant dans le cadre :
 - o d'une orientation parentale, sont hospitalisés dans l'unité La Solane entre 12 et 16 ans et dans le SPP entre 16 et 18 ans ;
 - o d'une OPP, sont hospitalisés dans l'unité La Solane s'ils ont moins de 16 ans et sont orientés vers le CHT entre 16 et 18 ans ;
 - o d'un SDRE, sont orientés directement vers le CHT.

L'unité dispose de matériel de contention en tissu, permettant d'attacher des patients agités en cas de besoin, aux poignets et aux chevilles sur un brancard, dans un box, en cas d'agitation,

²¹ Tous les patients pris en charge aux urgences pour une tentative de suicide, renseignent, lors de la sortie, un formulaire adressé au programme *VigilanS* (identité du patient, adresse mail et postale, téléphone, médecin et psychiatre traitants, détails cliniques de la tentative de suicide, personne accompagnante pendant le séjour aux urgences, contexte et compromis soignant de sortie, nom prénom et fonction du soignant ayant pris en charge et remis au patient la carte « ressource prévention » du programme). Les patients peuvent appeler en cas de mal-être les intervenants du programme, au moyen d'un numéro vert, du lundi au vendredi de 10h à 18h, intervenants qui les rappellent systématiquement dans les six mois de la sortie pour prendre des nouvelles.

préalablement sédatée par un traitement injectable²². Les patients sous contention sur un brancard ne sont jamais examinés dans un couloir mais dans un box mis à disposition aux urgences générales, qui ne sont pas équipées d'une CI ni d'une chambre d'apaisement.

Lors de la mise en œuvre d'une hospitalisation en SDT, la recherche du tiers est systématique et tracée dans le DPI mais, en pratique, les procédures de SDTPI et de SDTU sont largement majoritaires, au détriment de la procédure classique. L'exception est devenue la règle et les droits des patients à voir un tiers associé à la procédure, ou à bénéficier d'une double évaluation médicale initiale, ne sont plus assurés (cf. 4.2.2). Les explications données aux contrôleurs sont l'absence de tiers familial disponible ou leur refus d'intervenir s'agissant des procédures de SDT PI, et l'indisponibilité des médecins urgentistes ou leur impossibilité d'établir un certificat (cas des praticiens issus de la communauté extra-européennes en cours de formation et sans qualification ordinaire).

Lors de la mise en œuvre d'une procédure de SDRE, les patients sont orientés directement vers le CHT, à l'exception d'un doute sur l'existence d'une pathologie organique qui justifierait un passage initial aux urgences générales.

L'information s'agissant des modalités et du statut de son hospitalisation en SSC est donnée par le médecin au patient en fonction de son état clinique, lors de l'entretien s'il est calme, au dernier moment lors de la montée dans l'ambulance s'il est agité, et n'est pas systématiquement tracée dans le dossier médical.

La principale difficulté, rapportée aux contrôleurs, de la prise en charge initiale des patients aux urgences, réside dans les délais pour l'obtention d'un rendez-vous dans les CMP décrits comme « débordés », d'une semaine avec une IDE et qui peuvent atteindre deux mois avec un psychiatre, en raison d'horaires d'ouverture insuffisants entre 9h et 17h du lundi au vendredi.

RECOMMANDATION 5

L'organisation des centres médico-psychologiques doit permettre de recevoir les patients adressés par le pôle de santé mentale, notamment ceux pris en charge aux urgences psychiatriques, dans un délai compatible avec la nécessité, liée à leur état clinique, de la mise en œuvre de soins ambulatoires spécialisés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les chefs de pôles concernés ont engagé une réflexion commune, qui doit être finalisée, en lien avec les cadres de santé afin d'organiser des relais efficaces entre le pôle santé mentale et le pôle Perpignan notamment. Des indicateurs de suivi des délais de prises en charge en CMP devront être mis en place pour veiller à une bonne fluidité des parcours de soin ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

²² L'équipe de psychiatrie utilise la loxapine® (neuroleptique sédatif) et le diazepam® (anxiolytique et sédatif d'action lente) sous forme buvable ou injectable et les urgentistes le midazolam® (sédatif et hypnotique d'action rapide) sous forme injectable.

4.1.2 L'arrivée dans les services

Les patients, rarement sédatisés ou contenus lors du transport, à l'exception des situations d'agitation ou de violence, arrivent dans les unités d'admission adressés par le service des urgences du CHP, les CMP ou les équipes mobiles.

L'accueil dans le service est réalisé par les IDE et/ou le médecin, le patient bénéficie d'une chambre désignée par les soignants selon les places disponibles, à proximité de leur bureau en cas d'état clinique nécessitant une surveillance constante, d'une chambre d'isolement en cas d'état clinique critique. La très fréquente situation de l'indisponibilité de lit, notamment dans l'unité de référence du pôle de Perpignan, conditionne l'hébergement du patient dans une autre unité (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Les patients-détenus, accueillis dans l'unité C, sont systématiquement placés en CI et vêtus d'un pyjama bleu. Certains patients, hébergés en chambre hôtelière, sont vêtus d'un pyjama bleu, au motif de la dissuasion d'un risque de fugue.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La mise en pyjama bleu institutionnel, au motif inapproprié de la prévention du risque de fugue, est indigne et doit cesser.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Le directoire de la rentrée de septembre 2022 portera à son ordre du jour, la question des indicateurs pertinents à suivre en routine et notamment ceux des prescriptions d'isolement et de contention et de leur durée ainsi que ceux relatifs aux prescriptions de pyjama. L'objectif sera fixé de cesser cette pratique. Le comité de pilotage isolement et contention sera chargé de l'évaluation régulière de ces indicateurs de suivi qui seront également inscrits dans les contrats de pôles ».

La cheffe d'établissement a adressé un mail à l'ensemble de la communauté médicale le 15 septembre 2022 : « Mesdames, Messieurs, Docteurs, je constate depuis quelques temps une très nette recrudescence de patient.e.s déambulant en pyjama bleu dans l'enceinte de l'établissement malgré l'interdiction posée par la présidente de CME et moi-même par voie de note de service. La mission de contrôle du CGLPL a insisté lors de la restitution finale à quel point cette pratique était indigne et devait être immédiatement stoppée. Les contrôleurs ont d'ailleurs rappelé que cette pratique n'avait aucune incidence sur le nombre de fugues, ce qui est tout à fait exact. Je ne peux que partager pleinement ces constats. Je vous demande donc de faire cesser immédiatement le recours en masse à la prescription de pyjama bleu en proposant d'autres alternatives au comité de pilotage isolement et contention (à adresser par mail au secrétariat de la direction générale). A défaut de proposition alternative de votre part dans un délai de deux semaines, je me verrai dans l'obligation de procéder au retrait des pyjamas bleus dans l'ensemble des services, comme cela m'a été suggéré ce matin en directoire. Sachant pouvoir compter sur votre mobilisation en faveur de la dignité et du respect de nos patient.e.s, je vous remercie dès à présent de veiller au strict respect des consignes rappelées ci-dessus ».

La cheffe d'établissement a enfin adressé une note d'information à l'ensemble des agents le 26 septembre 2022 : « Une note, co-signée par la présidente de CME et moi-même, a posé l'interdiction du port de pyjama dans le parc de notre établissement. De plus, le port de pyjama bleu a été qualifié de *pratique indigne* par la mission de contrôle des lieux de privation

de liberté, en mars dernier. Or, des patients continuent de circuler au sein de l'établissement en pyjama bleu, certains se voyant refuser l'accès à la cafétéria dans cette tenue. Par conséquent et dans les suites du directoire du jeudi 22 septembre dernier, je vous informe que les pyjamas bleus sont amenés à disparaître au sein du centre hospitalier. Seuls les patients placés en isolement pourront temporairement en porter. Cette mesure transitoire sera abrogée, dès lors que des solutions plus favorables auront été trouvées. Les patients, ne disposant pas d'effets personnels, pourront récupérer des vêtements à la friperie, en contactant Mme GENTET, le cadre de la structure. Sachant pouvoir compter sur votre engagement pour préserver les droits et la dignité des patients ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

Le patient bénéficie, si son état clinique le lui permet, d'une visite de l'unité et reçoit des informations s'agissant des règles de vie de l'unité et de son statut d'hospitalisation sous la forme d'une notification orale de la décision de SSC avec une reprise des éléments du certificat médical. Les certificats ne sont pas systématiquement remis au patient et ses observations ne sont pas mentionnées. Dans certaines unités les documents de notification sont remis au patient, et l'identité du tiers lui est communiquée s'il en fait la demande.

RECOMMANDATION 6

Les certificats médicaux et les documents de notification de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être systématiquement remis sur un support de papier au patient concerné.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les décisions et les arrêtés sont systématiquement motivés et reprennent les éléments cliniques essentiels contenus dans les certificats médicaux. A de rares exceptions près, les documents de notification sont systématiquement remis au patient et signé de sa main, et l'identité du tiers lui est communiquée s'il en fait la demande. Le patient a donc connaissance de l'argumentaire médical qui a présidé à la décision de soin sous contrainte. Les notifications signées par le patient des décisions, arrêtés préfectoraux ou ordonnances du JLD le concernant sont systématiquement préparées par le bureau des soins sans consentement avant chaque audience du JLD. Elles sont remises au JLD à sa demande, le cas échéant, durant l'audience. Il convient également de préciser que le taux des levées de mesure de SSC par le JLD reste très faible (2,66% en 2021). La conduite à tenir en matière de SSC est systématiquement et régulièrement réajustée en collaboration avec les JLD ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Un inventaire contradictoire signé est réalisé sur un support de papier. Les objets dangereux sont retirés (aérosols, briquets, objets tranchants...) mais également, dans certaines unités, les chargeurs de téléphone, au motif d'une prévention d'un geste suicidaire, alors que les patients conservent leurs lacets. Les effets de toilette des patients (les coupe-ongles, les rasoirs, les aérosols) sont conservés par les soignants, remis chaque matin et récupérés après la toilette. Tout ce qui ne fait pas l'objet d'une consigne médicale l'interdisant (les téléphones portables et les ordinateurs dans l'unité fermée par exemple) est autorisé.

RECOMMANDATION 7

Les patients doivent disposer du chargeur de leur téléphone portable.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Un diagnostic de situation sur les règles de vie dans les différentes unités est en cours. Les résultats partagés avec les responsables médicaux et paramédicaux permettront d'harmoniser les pratiques professionnelles, d'une part, et d'afficher ensuite ces règles de vie dans chacune des unités, d'autre part en s'appuyant systématiquement sur une analyse du risque suicidaire du patient ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

L'anonymat de l'hospitalisation n'est pas spontanément évoqué.

Le premier entretien avec le psychiatre et une IDE est réalisé dans la journée de l'arrivée et un examen somatique est pratiqué dans les 24h, et systématiquement avant la rédaction des certificats de 24 et 72h. La recherche d'adhésion aux soins est effective.

Les patients sont reçus par l'assistante de service social, dans un second temps le plus souvent, pour la réalisation d'un point s'agissant de leurs droits sociaux, le lien avec le tuteur éventuel, la mesure de protection éventuelle à mettre en place, les ressources à initier ou à maintenir.

BONNE PRATIQUE 4

Dans certaines unités, notamment l'unité B, sont systématiquement organisés : un entretien d'arrivée dans le service, complété d'un second au septième jour, ce qui permet le repérage systématique des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques, en particulier la passation des échelles de Cuchman (testant la dépendance à l'alcool) et de Fagerström (testant celle au tabac) et la vérification de l'existence de directives anticipées incitatives en psychiatrie et de celles en lien avec la fin de vie. Ces dispositions devraient être généralisées.

4.2 L'ETABLISSEMENT CONNAIT DES DIFFERENCES D'OCCUPATION SELON LES UNITES ET LA PART DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT AU TITRE DU PERIL IMMINENT EST IMPORTANTE

4.2.1 L'activité chiffrée

Les patients en soins sans consentement (SSC) représentent 40 % des patients hospitalisés en psychiatrie adultes. Ainsi, en 2021, 778 des 1928 entrées concernaient des personnes admises en SSC²³.

Les unités du pôle de Perpignan accueillent essentiellement des personnes en SSC, ce qui est particulièrement vérifié pour l'unité fermée C qui, au 7 mars 2022, accueillait dix-neuf patients dont dix-sept en SSC (soit 89 %). L'unité A prenait en charge vingt-cinq patients dont vingt en SSC (soit 80 %). La part des SSC des unités des autres pôles²⁴ s'établit à 54 %.

²³ Les proportions sont identiques en 2020.

²⁴ Hors les unités Les Aspres, unité de sortie, et l'unité d'hospitalisation psychiatrique du sujet âgé (UHPSA).

Les décisions de soins psychiatriques sans consentement à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) représentent la très large majorité des SSC, 81 % en 2021 (85 % en 2020). Par ailleurs, 123 demandes de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ont été décidées en 2021 (101 en 2020).

Parmi les SDDE, 9 % sont des soins à la demande d'un tiers (SDT), alors que les SDT en urgence (SDTU) représentent 45,6 % des situations. La procédure dite de péril imminent (SPI) est utilisée dans 45 % des cas. Les proportions sont les mêmes en 2020.

Au total, les SDDE reposant sur un seul certificat médical (SDTU ou SPI) constituent plus de 95 % des hospitalisations sur décision du chef d'établissement. Cette forte proportion de procédures dérogatoires s'expliquerait par la difficulté à mobiliser un médecin extérieur à l'établissement pour établir un deuxième certificat médical (SDTU). Alors que la recherche d'un tiers est systématiquement effectuée par le service des urgences (*cf. Erreur ! Source du renvoi introuvable.*), elle prospère rarement à ce stade. Il est indiqué que de nombreuses personnes sont isolées²⁵ ou peinent à communiquer des informations concernant leurs proches, que le tiers n'est pas toujours disponible ou ne dispose pas de moyens de transport, notamment en zone rurale.

Une fois la personne hospitalisée, la recherche du tiers est reprise et permet de mobiliser des proches.

Lors du contrôle, deux mineurs et une personne détenue étaient accueillis au sein des services de psychiatrie adultes, tous trois au sein de l'unité C.

4.2.2 La gestion de la suroccupation

A l'exception des unités spécifiques telles les Campilles, les Aspres ou l'UHPSA²⁶, les unités connaissent un taux d'occupation avoisinant 94% et l'unité A a connu un taux de 99,92% en 2021. La suroccupation ou la nécessité de placer une personne en isolement (certaines unités sont dépourvues de chambre d'isolement²⁷) conduisent à transférer des patients dans d'autres unités que celle de leur secteur. Si le séjour est de courte durée, l'unité accueillante prend en charge la situation jusqu'à la préparation de la sortie. Si l'hospitalisation complète doit durer plusieurs semaines, le patient est transféré dans l'unité de son secteur dès qu'une place s'y libère.

Une unité accueille parfois plus de patients que le permet sa capacité. Au jour du contrôle, c'était le cas des unités A, C et D²⁸ dont les chambres d'isolement (CI) étaient alors utilisées, sans que le patient ne dispose d'une chambre hôtelière systématiquement conservée (*cf. Recommandation 21*).

L'unité B comptait au 7 mars 2022 trois patients relevant de l'unité A, un relevant d'unité E et un relevant de l'unité F.

²⁵ Pour exemple, une personne a vécu des années dans une tente en pleine nature.

²⁶ Taux d'occupation respectifs en 2021 : 68%, 67% et 83%.

²⁷ Au 7 mars 2022, l'unité E comptait 25 patients pour 24 lits car un patient de l'unité les Aspres y était alors placé en chambre d'isolement.

²⁸ Au 7 mars 2022 : 25 patients pour 24 lits dans les unités A et D ; 19 patients pour 17 lits dans l'unité C.

L'explication donnée à la forte sollicitation des unités du pôle de Perpignan est que ce secteur compte 140 000 habitants dans une zone urbaine à forte densité de population, caractérisée par une précarité et une problématique de logement prégnante.

En dépit des tensions que subissent des unités, les chambres individuelles ne sont jamais doublées, aucun matelas n'est disposé sur le sol, aucun mouvement de patients n'est pratiqué la nuit et aucune sortie de patient n'est mise en œuvre avec précipitation.

La suroccupation, notamment liée à la pression des demandes d'hospitalisation dans les unités du secteur de Perpignan, responsable d'un hébergement fréquent des patients dans les autres pôles, révèle une inadéquation de la répartition des lits entre les pôles de l'établissement.

RECOMMANDATION 8

Des solutions doivent être mise en œuvre rapidement pour réduire la suroccupation liée notamment à la situation dans le secteur de Perpignan.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Une réflexion institutionnelle en directoire, pour trouver des solutions permettant de réduire la sur occupation liée notamment à la situation du pôle Perpignan, va être engagée en ce sens à partir des données transmises par le DIM. Elle devra s'accompagner d'un travail de renforcement des coopérations avec les partenaires médico-sociaux et le développement d'équipes mobiles en soutien des ESMS ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

4.3 L'INFORMATION DES PATIENTS EST INSUFFISAMMENT ASSUREE PAR VOIE ORALE ET ECRITE

Dans toutes les unités, lors de l'admission du patient, un livret d'accueil ainsi qu'un document sur les règles de vie sont remis. Le livret d'accueil, qui ne fait pas l'objet d'un affichage dans les unités, comporte trente-cinq pages et fournit un certain nombre d'informations pratiques (la présentation de l'établissement, les conditions matérielles du séjour, l'organisation des soins, les droits et les conditions et modalités de la sortie). Le document concernant les règles de vie ne fait pas non plus l'objet d'un affichage dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 9

Les règles de vie doivent être affichées dans toutes les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Les règles de vie dans les différentes unités d'hospitalisation font l'objet d'un diagnostic de situation en cours, dont les résultats devront être partagés avec les responsables médicaux et paramédicaux. Les pratiques devront être harmonisées et une charte relative aux règles de vie au CHT élaborée et affichée dans toutes les unités.

Un livret d'accueil du patient sous format plastifié est désormais disponible dans chaque unité d'hospitalisation, permettant au patient de le consulter à tout moment.

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Une fiche intitulée « *Guides entretien IDE* », renseignée lors de l'admission et conservée dans le dossier du patient, répertorie systématiquement la réponse à dix-neuf items²⁹, qui favorise la qualité d'un accueil individualisé.

BONNE PRATIQUE 5

La fiche intitulée « *guides entretien IDE* » renseignée lors de l'admission, participe de la qualité et de l'individualisation de l'accueil et doit être généralisée à l'ensemble des unités.

Les décisions et les convocations sont notifiées et expliquées oralement aux patients (lorsque leur état clinique le permet) par les IDE et transmises au bureau des SSC. Une copie est parfois remise au patient qu'il peut garder dans sa chambre ou placer dans son casier individuel dans le bureau des infirmiers (cf. Recommandation 6). Le droit de recours est expliqué aux patients et le personnel soignant peut apporter son aide pour la rédaction de celui-ci.

Les observations du patient sont tracées dans son dossier informatisé.

Les certificats médicaux ne sont pas toujours remis aux patients ; toutefois, les décisions comme les arrêtés sont systématiquement motivés et reprennent les éléments cliniques essentiels des certificats médicaux. Le service des soins sans consentement vérifie systématiquement les motivations des décisions de placement du directeur et du préfet. Des fiches récapitulatives sont élaborées par le service des soins sans consentement, afin de prévenir le manque d'informations.

Le livret d'accueil précise (page 27) les modalités d'accès et de consultation du dossier médical et l'engagement du personnel soignant et administratif du CHT à délivrer aux patients les informations nécessaires à l'exercice de leurs droits.

La demande de consultation du dossier médical, rarement sollicitée par les patients, s'effectue auprès des IDE qui la transmettent au CS. La consultation est réalisée sur place avec la présence d'un médecin qui fournit les explications nécessaires. La demande d'accès au dossier médical est davantage effectuée, par le patient ou sa famille, après la période d'hospitalisation. Le dossier communiqué peut-être retiré auprès du service, transmis sous la forme d'un courrier recommandé par voie postale, ou adressé au médecin traitant du patient.

²⁹ Le contrôle de l'identitovigilance, l'inventaire et le dépôt des valeurs ; la visite de l'unité et la présentation des professionnels ; la remise du livret d'accueil et des règles de vie ; l'informations mode d'hospitalisation et voies de recours ; la prise des paramètres (le poids, la pression artérielle, la température, l'indice de masse corporelle et le périmètre abdominal) l'évaluation de la douleur, du transit et de la déglutition ; les observations cliniques et l'évaluation du ressenti de la dernière hospitalisation (notamment en cas de période d'isolement) ; la désignation personne de confiance ; celle de la personne à prévenir (ainsi que le tuteur) ; la situation préoccupante au domicile (personne vulnérable, animal, etc.) ; le recueil des habitudes de vie alimentaire, du régime alimentaire et/ou des aversions ; le repérage des consommations de toxiques, de tabac et d'alcool ; le renseignement des antécédents médicaux et des allergies ; celui des mesures alternatives personnalisées ; l'éventuelle nécessité de programmation d'une injection retard ; l'évocation des directives anticipées, leur recueil ou la proposition de leur rédaction ; la programmation de l'entretien IDE du huitième jour ; la constitution du dossier papier (documents administratifs personnels).

GUIDE ENTRETIEN IDE A L'ADMISSION

Nom Patient: _____ Prénom : _____ Date : _____

ACTIONS A REALISER	FAIT	RESTE A FAIRE	
		Non applicable	ou refus
Contrôle d'identité vigilance			
Investaire et dépôt de valeurs			
Visite de l'unité et présentation des professionnels			
Rendu du livret d'accueil			
Informations règles de vie			
Informations mode d'hospitalisation et voies de recours			
Prise des paramètres (PLS TA, P, IMC Périmètre abdo)			
évaluation de la douleur, du transit, de la déglutition			
Observations cliniques et évaluation ressentit dernière hospitalisation (notamment si isolement)			
Désignation personne de confiance			
Désignation personne à prévenir (ainsi que le tuteur)			
Situation préoccupante au domicile (personne vulnérable, animal...)			
Récueillir les habitudes de vie alimentaire, régime alimentaire et/ou végétarien			
Repérage des consommations de toxiques, de tabac et d'alcool			
MTEVD et renseigner les ATCD Médicaux et Allergies et AVQ			
Renseigner les mesures alternatives personnalisées			
Voir programmation injection retard si nécessaire (cf. médicament séquentiel dans Coriexte)			
Evocuer les directives anticipées, recueil ou proposition de rédaction			
Programmer entretien IDE à J8			
Constitution du dossier papier (documents administratifs personnels)			

Ces informations font l'objet d'une synthèse écrite dans la cible entretien infirmier
 Réalisé par Nom de l'infirmier: _____

Guide entretien IDE



Cassiers individuels des patients

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES LOCAUX D'HEBERGEMENT SONT PROPRES ET SPACIEUX

Dans toutes les unités, les chambres des patients sont spacieuses et lumineuses. Elles disposent d'un lit, d'une table avec chaise, d'une table de chevet, d'un placard qui peut être fermé à clé par le personnel soignant à la demande (mais reste généralement ouvert), de volets électriques et actionnables par les patients, de fenêtres donnant sur le jardin et pouvant être entrouverts, d'un bouton d'appel. Chacune des chambres est équipée d'une salle d'eau. Les chambres s'ouvrent par une porte munie d'un verrou de confort permettant leur fermeture depuis l'intérieur. Néanmoins les patients ne disposent pas de clé. Le patient, qui quitte sa chambre et referme la porte, doit faire appel au personnel soignant pour son ouverture. Certains patients bloquent la porte à l'aide d'une serviette, afin de remédier à cet inconvénient.



Fenêtre d'une chambre avec entrouverture



Lit d'une chambre

RECOMMANDATION 10

Les patients doivent pouvoir accéder à leurs chambres de façon autonome, sans faire appel au personnel soignant qui n'est pas toujours disponible.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Une réflexion institutionnelle va être engagée en ce sens pour garantir la liberté d'aller et venir du patient dans sa chambre en dehors du moment du bionettoyage, veiller à harmoniser les règles définies dans tout l'établissement, et accompagner les équipes au changement de pratiques ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

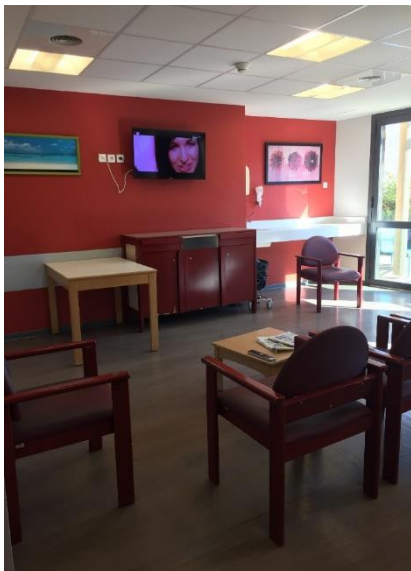
Toutes les unités disposent d'un espace extérieur (les unités A et B partagent un jardin commun) qui manque de végétation mais dispose de bancs et d'une table de ping-pong accessibles aux patients durant la journée. Les patients peuvent se livrer au jardinage dans le patio.

Une activité dénommée « Temps à disposition des patients » a lieu chaque matin dans l'unité F, pendant laquelle l'aide-soignante ou un patient fait la lecture du journal local « *L'Indépendant* » à un petit groupe de patients (cinq à six personnes) qui, à leur tour, commentent l'actualité.

BONNE PRATIQUE 6

L'activité « *Temps à disposition des patients* », qui permet aux patients de s'informer et de commenter l'actualité, devrait être généralisée dans toutes les unités de l'établissement.

Les patients n'ont pas la possibilité de disposer d'un téléviseur dans leur chambre, néanmoins celui qui équipe la salle commune et dont la télécommande est mise à disposition est muni d'un écran large. Les unités disposent d'une salle d'activités avec des jeux de société et l'unité F de différents magazines (*Rustica*, *Gala*, *Paris-Match*, etc.) et du quotidien local, grâce à des abonnements financés par un budget spécifique.



Salle de télévision



Jardin de l'unité F

Chaque unité comporte un salon d'accueil des familles bien décoré et meublé d'une table et de fauteuils ou de chaises. Un dysfonctionnement du système de chauffage, inadéquat pendant la saison froide, a été rapporté dans certaines unités.

RECOMMANDATION 11

Les patients doivent bénéficier d'une température agréable toute l'année dans toutes les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « La direction s'emploie activement à garantir les meilleures conditions hôtelières à ses patients et de travail aux professionnels de l'établissement. En ce sens, le CHT s'engage dans une opération de transformation énergétique grâce au soutien du Ségur Investissement. Cette opération, qui n'aurait pu être réalisée avant plusieurs années sans soutien financier, devra permettre de répondre pleinement à cette recommandation. Le diagnostic est actuellement en cours de

réalisation. Il permettra de définir les priorités en matière de travaux, avec le souci de favoriser les énergies propres et renouvelables ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Les unités sont ouvertes de 6h30 à 19h00. L'espace extérieur reste ouvert jusqu'à 22h30 ou 23h00.

5.2 L'ÉTABLISSEMENT MET DES MOYENS A DISPOSITION DES PATIENTS POUR QU'ILS PUISSENT ASSURER LEUR HYGIENE

Toutes les chambres des unités sont pourvues d'une salle d'eau équipée d'une douche sans flexible, d'un lavabo et d'un W.C. avec abattant. Les parties communes disposent d'un WC et d'une salle de bain. Le nettoyage des chambres et des locaux est réalisé par les ASH. Les unités sont propres dans leur ensemble.

L'établissement fournit, dans toutes les unités, des kits d'hygiène (un peigne, une brosse à dent, du dentifrice, du savon, *etc.*), des serviettes et des gants de toilette aux patients démunis. Les unités disposent de petits stocks de vêtements de secours issus de dons qui sont mis à la disposition des patients qui en sont dépourvus. Les patients peuvent recevoir des vêtements de leurs proches et leur remettre leur linge sale pour son nettoyage, lors des visites. Les patients peuvent, à leur demande, se faire coiffer par un professionnel extérieur à l'établissement. Cependant, selon les informations obtenues, les hospitalisations étant parfois de courte durée, c'est une AS qui fait office de coiffeuse en cas de nécessité. Dans certaines unités les femmes peuvent obtenir une permission pour se faire coiffer à l'extérieur du CHT.

La blanchisserie centrale fournit et effectue le noyage du linge de maison pour l'ensemble de l'établissement. Lorsque les proches ne sont pas en mesure de l'assurer, le lavage du linge personnel des patients est pris en charge par la blanchisserie centrale, qui effectue un marquage de chaque vêtement au moyen d'un code barre.

Lors de la visite, la cafétéria, qui avait pour projet de mettre en place une friperie, a organisé une importante collecte de vêtements auprès d'associations caritatives, ainsi que du personnel hospitalier.



Vêtements de secours dans les unités



Friperie de la cafétéria

BONNE PRATIQUE 7

La mise en place d'une friperie à la cafétéria permettra aux personnes isolées ou disposant de faibles ressources de se procurer des vêtements de bonne qualité.

5.3 LES PATIENTS ACCEDENT FACILEMENT A LEURS BIENS ET VALEURS

Un inventaire contradictoire est réalisé à l'entrée et à la sortie du patient. La fiche d'inventaire est rangée dans son dossier mais aucun exemplaire ne lui est remis. Le document est signé par un ou deux soignants selon les unités, si son état clinique ne le lui permet pas, ou qu'il ne souhaite pas le viser. L'opération peut, parfois, être reportée à un moment jugé plus opportun. Les objets dangereux seuls sont retirés (chargeur de téléphone uniquement à l'unité C, les parfums, les couteaux, les rasoirs, les aérosols) et sont conservés dans les casiers du bureau infirmier. Les restrictions sont rares et toujours individualisées notamment concernant le tabac et le téléphone portable (cf. 6.2).



Casier de dépôt des effets des patients poste central infirmier unité B

Le bureau de tabac de Thuir reçoit des bons spécifiques de la part des mandataires pour les patients concernés, ce qui facilite les achats des patients. Ceux-ci sont accompagnés d'un

soignant pour récupérer leur achat depuis le début de la crise sanitaire et devraient pouvoir prochainement s'y rendre sans accompagnement.

Chaque patient dispose d'un placard spacieux pour ranger ses effets personnels mais pas de clés pour le fermer, et doit solliciter un soignant pour se faire. Si la capacité du placard n'est pas suffisante, le surplus d'effets personnels est rangé dans la bagagerie, dans un carton nominatif.

Il n'existe pas de « banque des patients » ni de régie. Les patients sont invités à déposer leurs objets de valeur (les cartes de paiement, les espèces, les bijoux) à la trésorerie spécialisée hospitalière (TSH) de Thuir et doivent signer une décharge de responsabilité, s'ils décident de les conserver. La somme maximum de cinquante euros peut être laissée dans le casier au poste infirmier dans la plupart des unités, et le patient peut conserver avec lui la somme de vingt euros.

Le patient peut être autorisé à conserver son éventuelle carte bancaire pour réaliser des retraits d'argent. Une autorisation du bureau des admissions doit être délivrée pour la retirer en cas de dépôt à la TSH, à laquelle elle doit être remise après l'opération.

La TSH est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et seule l'unité A a signalé des difficultés en lien avec ces horaires, les soignants et les patients des autres unités ayant indiqué que l'accès à la TSH était fluide et anticipé par les équipes. Le patient se rend le matin de sa sortie à la TSH, notamment si elle a lieu le vendredi après-midi, les sorties d'hospitalisation étant programmées. La difficulté demeure pour les rares sorties non-programmées du week-end, le patient étant alors obligé de revenir à Thuir pour récupérer ses biens.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Il existe une régie d'avance et de recettes pour les patients appelée « banque des hospitalisés » qui se situe au service des admissions et qui est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 12h. A leur arrivée, les patients peuvent déposer leurs valeurs (cartes bancaires, chèquiers, bijoux, argent étranger) et leur numéraire. Chaque dépôt fait l'objet d'un enregistrement et d'un suivi sur deux registres dédiés (valeurs et numéraires) et d'une information écrite aux patients sous la forme d'un reçu. Les valeurs sont déposées chaque lundi au trésor public de Thuir par la régisseuse ou son suppléant. A sa sortie le patient doit se rendre à la « Banque des hospitalisés » qui lui remettra, sur présentation d'une pièce d'identité et du reçu, le numéraire déposé à son admission et un document lui permettant de se rendre au trésor public de Thuir pour retirer les valeurs déposées. Les retraits peuvent être faits par une personne désignée par le patient sur présentation d'une procuration. Sur demande du trésor public de Thuir, tout retrait de valeur et de numéraire au cours de l'hospitalisation est définitif ».

Les assistantes de service social (ASS) des unités, présentes lors des réunions cliniques hebdomadaires, repèrent les besoins de protection en collaboration avec les soignants et les médecins traitants, puis rencontrent les patients, si nécessaire dès leur arrivée, et engagent le processus judiciaire de désignation, à la demande des patients ou de leur famille. Les délais entre le dépôt de la requête auprès du juge des contentieux de la protection et la mise en place de la mesure est d'environ quinze jours, lorsqu'une situation d'urgence est signalée avec la mise en place d'une sauvegarde de justice à dix mois. Les ASS travaillent également à rétablir les droits sociaux, à initier la couverture santé solidaire (ex CMUc), à initier le RSA, l'allocation adulte handicapé (AAH), et la pension d'invalidité. La recherche du consentement du patient est systématique.

Les ASS et les soignants sont en contacts fréquents avec les mandataires judiciaires, qui participent aux réunions de synthèse, notamment dans le cadre de la préparation des projets de sortie et de la délivrance de consignes concernant la gestion du budget des patients, pour exemple s'agissant de l'achat coûteux de tabac.

Les relations avec les mandataires institutionnels sont globalement fluides, au moins téléphoniquement ou par courriel, même si certains d'entre eux manquent de réactivité et que la plupart ne visitent pas les patients dans les unités.

Une ASS de l'unité B devait signaler au procureur de la République l'attitude d'une mandataire privée qui n'effectuait aucune démarche pour l'inscription d'un patient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD), contrairement à ses engagements auprès de ce dernier et de l'équipe soignante. Une telle situation serait rare selon les informations recueillies.

Le CHT dispose par ailleurs d'un service des majeurs protégés avec lequel les relations sont facilitées par son implantation au sein de l'hôpital.

La présence des mandataires aux audiences du juge des libertés et de la détention reste cependant exceptionnelle.

5.4 LES REPAS SONT SERVIS EN QUANTITE INSUFFISANTE MAIS LEUR QUALITE EST SATISFAISANTE

Les repas sont élaborés par la cuisine centrale de l'établissement, puis réchauffés au sein de chaque unité, dans un espace dénommé « office » attenant à une salle à manger commune équipée de tables et de chaises. La salle est spacieuse et dispose de grandes fenêtres permettant un éclairage naturel généreux. Les patients prennent leurs repas en commun en réfectoire, à l'exception des personnes placées en chambre d'isolement, ou de ceux bénéficiant d'une consigne médicale particulière. Les repas sont servis par les ASH dans des assiettes et les patients disposent de couverts en inox. Les horaires des repas sont identiques dans toutes les unités (le petit déjeuner à 8h00, le déjeuner à 12h00 et le dîner à 19h00). Un goûter, composé au choix de lait, de chocolat au lait et de biscuits, est servi à 16h00. Une tisane est servie le soir aux patients qui le souhaitent. Une aide est apportée par les aides-soignants aux personnes âgées dans l'incapacité de se nourrir seules. En raison de la crise sanitaire, deux services sont organisés lors de chaque repas et chaque table est occupée par deux patients.



Salle à manger



Repas prêt à être distribués

Les menus sont affichés au début de chaque semaine dans le couloir. Ces derniers se composent d'une entrée, d'un plat principal, de fromage et d'un dessert. La cuisine centrale applique un grammage. Certains patients se sont plaints aux contrôleurs d'une quantité insuffisante de nourriture. La CS d'une unité a adressé la photo du plat aux cuisines pour faire la démonstration de l'insuffisance des portions servies. Le personnel d'une deuxième unité a rapporté aux contrôleurs : « *c'est parfois scandaleux pour les jeunes : deux petits morceaux de viande en sauce et des pommes tellement vertes qu'elles sont immangeables* ».

Cependant dans son ensemble la qualité des repas servi au centre hospitalier n'a fait l'objet d'aucune récrimination formulée par les patients auprès des contrôleurs.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Les repas doivent être servis en quantité suffisante pour répondre aux besoins des patients.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le doublement des rations est tout à fait possible, sur prescription médicale. La démarche d'amélioration de la qualité des repas se poursuit et se poursuivra toujours afin de prendre en considération les attentes des patients. A ce titre, une réunion de travail pluriprofessionnelle a eu lieu le 18 juillet 2022 afin d'améliorer la satisfaction des repas des patients à la suite de réclamations (cf. compte-rendu). Comme en témoigne l'analyse des questionnaires de sortie sur l'item relatif à la quantité des repas, 80.9% des patients se disent très satisfaits ou satisfaits, 6.1% des patients s'estiment insatisfaits et 13% se déclarent peu satisfaits. Le doublement des rations sur prescription médicale a été réaffirmé à cette occasion. Une nouvelle sensibilisation des professionnels de santé à la possibilité de doublement des rations sur prescription médicale et une communication de cette possibilité auprès de l'ensemble des praticiens de l'établissement sont prévues ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte, sous réserve que les patients soient informés de la possibilité de demander au médecin un doublement des rations.

Une diététicienne peut être sollicitée par le personnel soignant pour se rendre dans les unités et rencontrer les patients à leur demande. Des régimes spécifiques peuvent être prescrits aux patients et les régimes confessionnels (sans porc : hallal, casher) philosophiques (végan) sont respectés.

Les contrôleurs n'ont pas constaté de repas partagé entre le personnel et les patients. Cependant des repas thérapeutiques sont organisés dans certaines unités (par exemple dans l'unité B).

Lors des visites, les familles ne peuvent pas prendre part aux repas. Les patients autorisés à sortir des unités peuvent se rendre seul, ou avec les membres de leur famille, à la cafétéria du CHT où ils peuvent acheter des boissons et certains aliments. Les denrées non périssables peuvent être gardées par les patients. Un réfrigérateur est mis à la disposition des personnes hospitalisées dans le réfectoire de chaque unité, afin qu'elles puissent y conserver les aliments périssables.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST PEU ENTRAVEE

La politique d'ouverture vers la ville du CHT s'appuie sur des unités historiquement ouvertes, à l'exception de l'unité C. La direction et la communauté médico-soignante ont en commun le souci de cette liberté individuelle.

Les unités sont quotidiennement ouvertes de 6h30 à 19h et les patients peuvent accéder au jardin intérieur de l'unité jusqu'à 22h30/23h00. Les patients, hospitalisés en SL comme en SSC, ont librement accès au parc, à la cafétéria, à la plate-forme commune d'activités, en l'absence de consigne médicale précisant l'interdiction. Les patients ne peuvent, en général, pas se rendre à Thuir car un véhicule est nécessaire.

Une barrière ferme l'entrée du parc et des agents positionnés dans le poste de sécurité vérifient les allées et venues. Une douzaine de caméras installées dans le parc permettent également d'assurer la surveillance des lieux. Un agent de l'équipe de sécurité assure la sécurité sept jours sur sept et 24 heures sur 24, se rend immédiatement sur les lieux en cas d'alarme incendie ou en cas d'alarme déclenchée par un professionnel avec son PTI³⁰ et se trouve informé en continu de l'occupation des CI. L'agent de sécurité n'intervient auprès d'un patient qu'à la demande d'un soignant.

6.2 LES RESTRICTIONS DE LIBERTE DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES, EXCEPTEE CELLE RELATIVE AU PORT DU PYJAMA

Le rythme de la journée des patients est aussi proche que possible du rythme de vie à l'extérieur. Le lever a lieu vers 7h30/8h00 et le coucher vers 23h.

Les patients ont un accès continu à leur chambre, excepté durant la période quotidienne des deux heures de ménage. En revanche, le système de fermeture des portes oblige les patients à solliciter un soignant pour les ouvrir (cf. 5.1).

Le port du pyjama institutionnel, sans être protocolisé dans les unités, est parfois prescrit lors de l'arrivée du patient dans l'unité, dans l'objectif de vérifier, sans effectuer de fouille, que ce dernier ne possède pas d'objet dangereux, ou de prévenir un risque de fugue.

Le port du pyjama est systématique dans les CI (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

La direction de l'établissement a considéré de façon critique le port de pyjama et proposé une « journée annuelle sans pyjama », le DIM recueillant les données concernant son utilisation dans l'hôpital. Le CGLPL accueille et soutient cette démarche (Cf. recommandation prise en compte n°2).

6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT AISEES

6.3.1 Les droits d'accès au téléphone, au courrier et aux visites des familles

Les patients conservent leurs téléphones portables, à l'exception, rare, d'une consigne médicale en précisant l'interdiction.

³⁰ Protection du travailleur isolé.

Toutefois, les patients de l'unité B ne peuvent conserver le chargeur de leur téléphone, sans que cette disposition n'ait pu être éclairée d'une explication logique (cf. recommandation 7).



La salle d'activité de l'unité B avec sa table de recharge pour les téléphones portables

Dans l'unité C, les patients ne peuvent pas conserver leur ordinateur ni leur téléphone portable. Un téléphone institutionnel, dont la situation dans chaque unité garantit le respect de la confidentialité des échanges, est disponible, afin que les patients puissent recevoir ou passer un appel, de façon adaptée à leur état clinique et sur autorisation médicale.

Les patients peuvent recevoir et envoyer du courrier et obtenir gratuitement, en sollicitant les soignants, des feuilles de papier, des enveloppes et des timbres, s'ils n'en disposent pas.



Le salon d'accueil des familles de l'unité C

Les visites sont autorisées tous les après-midis de 14h30 à 18h30, et peuvent se dérouler dans le salon famille prévu à cet effet dans toutes les unités, ou dans les chambres des patients, à l'exception de celles de l'unité C.

Les familles n'ont pas la possibilité de participer aux repas dans les unités, mais peuvent apporter des aliments à partager avec le patient dans le salon d'accueil.

Les horaires de visite ont été limités pendant la période de la pandémie, mais sont restés très hétérogènes d'une unité à l'autre. Les visites ont été restreintes à deux personnes pour une durée de trente minutes et limitées à deux familles dans l'après-midi, afin que la pièce soit nettoyée entre deux accueils. L'apport de nourriture a également été suspendu pour des raisons sanitaires.

RECOMMANDATION 12

La restriction des horaires et des modalités de visite ne doit pas excéder les mesures de prévention gouvernementales spécifiques de la contamination par la covid-19.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les consignes en matière de restriction des horaires ou modalités de visite s'inscrivent dans le cadre de la doctrine nationale en matière de gestion de la crise sanitaire. Elles ont toujours été concertées en directoire élargi à l'ensemble des chefs de pôles et des cadres supérieurs de santé. Il sera porté une attention particulière à leur plus strict respect sur l'ensemble du CHT. Une harmonisation des pratiques, une élaboration d'une charte relative aux règles de vie au CHT et son affichage dans toutes les unités devront être mises en œuvre ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

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

Les patients de toutes les unités, sauf la C, peuvent conserver leur ordinateur et leur tablette. Chaque unité dispose d'une tablette mise à disposition des patients, avec un accès cependant médiocre à Internet en raison d'un réseau de mauvaise qualité dans l'établissement.

Les bibliothèques des unités ne sont pas très fournies, se limitant souvent à une simple armoire avec quelques livres. L'accès à un journal de presse quotidienne n'est pas assuré dans toutes les unités.

L'accès à la télévision s'effectue uniquement dans une salle d'activités des unités, en l'absence de salle spécifique.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les patients doivent bénéficier d'un accès quotidien à la presse écrite d'information, d'une bibliothèque pourvue d'ouvrages diversifiés et d'un accès à Internet dans les unités qui permette le maintien des liens avec leurs proches.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « L'établissement a fait l'acquisition de tablettes numériques durant la crise sanitaire, lesquelles disposent d'accès à la presse et à Internet, incluant les applications telles que *WhatsApp* permettant de passer des appels vidéo à ses proches. Elles sont tenues à la disposition des patients par les équipes dans les unités d'hospitalisation. Par ailleurs, la cafétéria tient des journaux à la disposition des patients et de nombreux livres grâce au prix littéraire « Folire » organisé chaque année depuis 2011. Un rappel de la possibilité de mettre les tablettes à disposition des patients à l'ensemble des cadres et des équipes et la sollicitation de la CDU, afin qu'elle puisse faire des préconisations spécifiques pour adapter les pratiques aux besoins des patients, seront effectués ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

6.3.3 La confidentialité

La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas proposée par les soignants lors de l'arrivée du patient, qui peut toutefois demander à être hospitalisé sous X, le cadre de l'unité l'indiquant

au DIM, qui active cette fonction dans le logiciel, la manipulation permettant l'information simultanée du standard.

Lorsque la personne n'est pas notée « sous X » dans le logiciel, la standardiste de l'établissement transmet l'appel à la secrétaire de l'unité, qui le transmet ensuite à un IDE ou un CS qui interrogera le patient, afin de savoir s'il souhaite répondre, ce qui ne permet pas d'assurer la confidentialité de l'hospitalisation d'un patient qui le souhaiterait.

Les données et les informations médicales et administratives concernant les patients sont hébergées sur le serveur informatique de l'établissement hospitalier. Les patients sont informés de ce fait par le biais du règlement intérieur.

RECOMMANDATION 13

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé aux patients dès l'admission et ne doit pas être respecté dans le seul cadre de l'hospitalisation « sous X ».

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Une sensibilisation de l'encadrement participant aux gardes paramédicales sera réalisée au cours du dernier quadrimestre 2022. Une affiche portant sur ce droit et à destination des patients viendra compléter l'information aux cadres ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

6.4 L'ACCES AU VOTE EST PEU MIS EN ŒUVRE

Le droit de vote n'est pas organisé uniformément dans toutes les unités et l'exercice de ce droit est peu discuté avec les patients. Le livret d'accueil n'en fait pas mention. Au cours de la visite, les contrôleurs n'ont constaté aucun affichage relatif à l'élection présidentielle. Seule l'unité A, a prévu un passage dans les chambres ainsi qu'un affichage pour informer les patients sur les modalités du vote au moyen d'une note de service en date du 10 mars 2022. Les unités A et E ont prévu un accompagnement des patients au bureau de vote du village. La formalisation des procurations est également possible dans ces deux unités, en raison du déplacement de la gendarmerie dans l'établissement, mais pas dans les autres en l'absence d'organisation spécifique. Des permissions de sortie peuvent également être données pour certains patients. La brièveté de l'hospitalisation a été rapportée aux contrôleurs pour justifier l'absence d'organisation de l'exercice de ce droit dans certaines unités.

RECOMMANDATION 14

L'exercice du droit de vote doit être rendu possible dans chaque unité, par correspondance, par procuration, par une permission de sortie ou tout autre moyen. L'information de ce droit doit être portée sur le livret d'accueil et affichée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « L'établissement prend note de cette recommandation et va s'employer à la mettre en œuvre de la meilleure manière possible, en lien avec la commission des usagers. L'information va être portée dans le livret d'accueil existant et une campagne d'information et de sensibilisation pourra être mise en œuvre selon les préconisations formulées par la commission des usagers ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

6.5 LA PRATIQUE DU CULTE EST FACILITEE MAIS SEULE L'AUMONIERE CATHOLIQUE EST REGULIEREMENT PRESENTE DANS L'ETABLISSEMENT

Une aumônière catholique intervient régulièrement dans le CHT et anime une cérémonie dans une chapelle située dans l'enceinte de l'hôpital. Un accompagnement en voiture peut être réalisé pour les patients à mobilité réduite (PMR). L'aumônière se rend à la demande dans les unités, selon l'appel des infirmiers et peut rencontrer les patients dans leur chambre. Le personnel soignant dispose également des numéros de téléphone des représentants des autres cultes (orthodoxe, musulman, bouddhiste), auxquels ils peuvent faire appel à la demande des patients. Certaines difficultés à obtenir la présence d'un imam ont été cependant indiquées aux contrôleurs. Toutefois, les patients de confession musulmane peuvent disposer d'un tapis de prière dans leur chambre.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les patients doivent pouvoir accéder à un aumônier de leur religion s'ils le souhaitent.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Sur demande du patient, cet accès à un représentant de sa religion peut tout à fait être organisé. Une information spécifique sera préparée par la commission des usagers et le livret d'accueil actualisé ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

6.6 LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Les règles de vie n'interdisent pas les relations amoureuses ou intimes et l'existence d'un verrou de confort est propice à des moments d'intimité entre conjoints, notamment lorsque les visites étaient possibles en chambre (avant l'application des mesures de restriction liée à la covid-19).

En cas de relation intime constatée entre deux patients par les équipes soignantes, des informations relatives à la prévention (le consentement, la contraception, les infections sexuellement transmissibles) sont délivrés aux patients par les médecins ou les soignants. Des préservatifs sont par ailleurs disponibles gratuitement sur demande, auprès des infirmiers.

La recherche du consentement des patients est une préoccupation des équipes. Des informations concernant la contraception sont délivrées de manière individualisée et des orientations vers des consultations spécialisées sont effectuées si besoin.

Des initiatives ponctuelles peuvent venir des unités ou de la direction. Ainsi, l'unité C organise l'intervention d'une association, qui délivre des informations aux patients sur la sexualité. Par ailleurs, un colloque d'une journée s'est déroulé au mois de juin 2021 au CHS sur le thème « handicap et sexualité » animé par une sexo-pédagogue. Le service des Campilles s'en est saisi pour engager une réflexion tendant à intégrer la question de la sexualité dans la prise en charge des patients au quotidien (cf. 10.4).

Néanmoins, à l'échelle de l'établissement, la question de la sexualité n'est pas abordée de manière formalisée au sein d'une réflexion collective et aucune action d'éducation à la sexualité n'est mise en œuvre. Des professionnels déplorent l'absence de comité d'éthique et

ont le sentiment d'être seuls face à des questions parfois délicates auxquelles des réponses subjectives sont souvent apportées, en l'absence pourtant de sujet tabou au sein des équipes. Le plan de formation aborde la question sous les angles de la santé et de la violence sexuelle.

RECOMMANDATION 15

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, sur les manières d'aborder la question au sein des unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le CHT a organisé un colloque « sexualité et handicap » le 25 mai 2021 et l'a ouvert à l'ensemble des professionnels et des partenaires médico-sociaux du département. L'intervenante, Madame Agthé, est experte internationale sur ce sujet. L'évaluation de cette action s'est avérée très positive et les demandes nombreuses pour la renouveler. Par ailleurs, des formations sur le thème de la sexualité des patients seront proposées aux soignants par les professionnels du dispositif de soins aux auteurs de violences sexuelles (DSAVS) à partir de 2023 ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

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

7.1 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE RESPECTE PAS LA DIGNITE DES PATIENTS

7.1.1 L'aménagement des chambres d'isolement

Le pôle de psychiatrie adulte dispose de neuf chambres d'isolement (CI), dont quatre dans l'unité C et une dans les autres unités (A, B, D, E, F).

Toutes les CI sont séparées de l'unité par un grand sas, équipé de placards dans lesquels sont rangés les effets personnels des patients, et s'ouvrant sur une cour, dans laquelle il est possible de fumer une cigarette après le repas. Seule la cour de l'unité C dispose d'un auvent permettant aux patients de s'abriter des intempéries.

Les CI sont configurées de façon identique et disposent d'une double entrée (la deuxième porte s'ouvrant dans la salle d'eau), d'un lit scellé muni d'un oreiller et d'un drap, d'une salle d'eau propre équipée d'un lavabo, de toilettes en céramique (en inox dans l'unité C) et d'une douche, et d'une fenêtre barreaudée permettant un éclairage naturel suffisant.

La porte donnant sur le sas est munie d'un oculus large, au travers duquel la vue ne respecte pas l'intimité des patients lorsqu'ils sont aux toilettes ou sous la douche.

Les patients isolés n'ont un accès direct libre ni à l'eau ni aux toilettes (une bouteille d'eau et un seau sont positionnés dans les CI), ne peuvent pas actionner l'interrupteur de façon autonome, et n'ont aucun accès à un dispositif d'appel lorsqu'ils sont contentonnés.



SAS des chambres d'isolement de l'unité C



*Porte de la salle d'eau de l'unité C
donnant sur le sas*



Cour permettant un accès extérieur aux patients en CI de l'unité C



Salle d'eau de l'unité B



Chambre d'isolement de l'unité C



Horloge cassée de la CI de l'unité B

RECOMMANDATION 16

Afin de garantir le respect de la dignité de la personne isolée, les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un sommier avec la possibilité d'une position allongée tête relevée, d'un siège pour le patient et le soignant, d'un accès libre aux toilettes et à un point d'eau, d'un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention et d'un interrupteur d'éclairage.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Un groupe de travail pluridisciplinaire et associant des représentants d'usagers s'est régulièrement réuni en 2021 pour réfléchir sur la rénovation des chambres d'isolement et le déploiement de lieux d'apaisement. Ses conclusions ont permis d'établir le cahier des charges des travaux à effectuer, prenant en compte les insuffisances existantes ainsi que les équipements à acquérir ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Des caméras de vidéosurveillance sont installées dans toutes les CI, sauf dans celle de l'unité F, dont le report s'effectue sur un écran situé dans le bureau des IDE.

RECOMMANDATION 17

En cas de placement à l'isolement, un soignant devrait se trouver hors de la pièce où se trouve le patient, dans une salle adjacente avec une fenêtre communicante, afin de pouvoir observer et entendre continuellement le patient, et que ce dernier puisse bien le voir. A l'évidence, la vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Dans le cadre de la rénovation des chambres d'isolement, il est prévu une fenêtre communicante avec une vitre anti-infraction, permettant la communication visuelle entre soignant et soigné. Ces travaux débutent fin d'année 2022 ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Chaque CI est totalement contrôlée avant chaque utilisation par l'équipe de sécurité qui remplit une fiche spécifique de suivi, effectue les réparations nécessaires ou la déclare indisponible.

BONNE PRATIQUE 8

La vérification systématique d'une chambre d'isolement par l'équipe de sécurité, avant d'y enfermer un patient, permet une évaluation préalable des risques matériels.

A ce jour, l'établissement ne dispose pas de lieu d'apaisement.

7.1.2 Le projet de rénovation des chambres d'isolement et de création de lieu d'apaisement

Le projet de rénovation des chambres d'isolement présenté au directoire le 17 mars 2022 a été explicité aux contrôleurs lors de la visite. Le cahier des charges prévoit la rénovation des neuf chambres d'isolement, l'installation de salons d'apaisement dans sept unités (C, D, F,

UHPSA, Aspres, Solane, centre de jour) et l'utilisation de matériel mobile d'apaisement dans les chambres des patients concernés pour les trois unités qui n'ont pas identifié d'espaces spécifiques (A, B, E). Ce projet comprend le remplacement des lits, l'installation de variateurs de la lumière actionnables par le patient et de dispositifs d'appel accessibles à un patient contentonné, le remplacement des horloges, et la sécurisation des salles d'eau permettant leur ouverture permanente sur la CI. Le système de sécurité incendie sera rénové. La vidéosurveillance fonctionnera avec une temporisation des images entre trente et soixante secondes, plus respectueuse de l'intimité du patient. Les soignants pourront moduler la température ambiante de la CI et de la musique pourra être diffusée dans les chambres.

La réalisation de ce projet, dont la mise en œuvre est pourtant financée, reste en attente et dispose du soutien du CGLPL.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Le projet, déjà financé, de rénovation des chambres d'isolement et d'installation d'espaces d'apaisement, doit être mis en œuvre dans les plus brefs délais.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Un montant global de 250 000€ est alloué à cette opération et les travaux vont débuter en décembre 2022 (la notification du marché de travaux étant prévue à l'automne). Le déploiement d'espaces d'apaisement dans les unités a commencé en juin 2022 ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

7.2 L'ETABLISSEMENT EST ENGAGE DANS UNE POLITIQUE DYNAMIQUE ET INSTITUTIONNALISEE DE MOINDRE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION IMPLIQUANT LES PROFESSIONNELS

7.2.1 Le cadre institutionnel

La politique institutionnelle, particulièrement dynamique et pertinente, visant la réduction des mesures d'isolement et de contention, initiée par la direction, en coordination avec la CME, s'appuie sur plusieurs actions impliquant les professionnels exerçant au sein des unités d'hospitalisation.

Un comité de pilotage mensuel mis en œuvre pendant l'année 2019³¹ réunit des membres de la direction, de la CME et des représentants des pôles. L'examen des comptes rendus des réunions de ce comité révèle :

- les échanges de l'institution concernant les évolutions législatives ;
- l'évolution spécifique du logiciel Cortexte ;
- les actions menées à l'attention des professionnels pour les sensibiliser à la politique engagée, notamment la diffusion des protocoles actualisés de mise à l'isolement et d'utilisation de la contention, la diffusion d'un questionnaire sur la gestion des émotions, l'organisation d'une journée sans pyjama et la réflexion sur son utilisation en CI ;

³¹ Lors de l'arrivée de la directrice.

- l'introduction de réflexions spécifiques dans les pratiques, notamment la diffusion d'articles scientifiques sur les pratiques en CH et de revues de presse, l'organisation de séminaires, la diffusion de recommandation de bonnes pratiques ;
- la diffusion des informations sur les travaux programmés de rénovation des CI et d'aménagement d'espaces d'apaisement (cf. 7.1) ;
- le groupe d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « isolement et contention » qui se réunit mensuellement³² pour l'analyse comparative de dossiers sélectionnés de manière aléatoire.

De plus, l'exploitation d'un questionnaire à l'attention des patients qui ont connu une mesure d'isolement (entre le 24 septembre et le 10 décembre 2020), a permis de relever que 47% d'entre eux ont vécu la période d'isolement, associée ou non à une mesure de contention, de manière « *pas du tout acceptable* »³³, ce qui constitue une base de réflexion pour l'amélioration de la prise en charge des patients isolés. En parallèle, un questionnaire à l'attention de l'ensemble des professionnels des unités (utilisé pendant l'année 2019-2020) a permis d'interroger leurs pratiques et leur ressenti, lors de la prise en charge d'un patient isolé et/ou contentonné.

BONNE PRATIQUE 9

La diffusion et l'exploitation de questionnaires, à l'attention de patients qui ont connu une mesure d'isolement, pour interroger leur vécu, et des professionnels pour interroger leur pratique, constituent des outils pertinents d'évaluation des pratiques, qui s'appuient sur le ressenti et le regard du patient et des professionnels concernant le déroulement de cette mesure.

Par ailleurs, deux séminaires (l'un local et l'autre régional) ont été organisés lors des mois de novembre et de décembre 2021, pour sensibiliser les professionnels sur les alternatives aux mesures d'isolement et de contention.

Enfin, les thèmes de la formation du personnel associent l'isolement et la contention (la formation va devenir obligatoire), la gestion de la crise (dont la crise suicidaire), et celle de la violence (formation Omega dispensée en interne) (cf. 3.3).

7.2.2 L'analyse du registre

La qualité du rapport annuel sur l'isolement et la contention se distingue par une présentation de données chiffrées et commentées, l'émission d'hypothèses concernant les raisons de leur évolution et la présentation détaillée des axes et des objectifs d'amélioration.

Le DIM utilise le logiciel QlikView pour l'extraction des données utiles dans le logiciel Cortexte. Des extractions par critères de tranches d'âge, d'origines territoriale des patients, d'unité de soins, de prescripteurs, de durées moyennes, de lieux (chambres dédiées ou non), permettent d'enrichir le rapport sur les problématiques de chaque secteur et les pratiques observées.

Une relecture des données depuis l'année 2015 a été nécessaire au mois de mai 2021, en raison d'erreurs des enregistrements dans le logiciel Cortexte, certaines mesures d'isolement

³² EPP tombée en désuétude puis reprise à partir de 2018.

³³ Les autres réponses sont : « peu acceptable » 14%, « plutôt acceptable » 33%, « très acceptable » 4%.

n'ayant, par exemple, jamais été clôturées. La nouvelle version de ce logiciel permet depuis lors de clôturer une mesure d'isolement à l'issue de la période de 12 h et de contention à l'issue de la période de 6 h. En conséquence, les retards dans les renouvellements de mesures sont désormais lisibles.

L'examen des données du registre révèle une durée moyenne importante des mesures d'isolement, de 7 jours en 2019, et de 6,6 jours en 2020, qui se réduit à 5 jours en 2021, sous l'impulsion de la réforme et de la politique institutionnelle de l'établissement. Cependant, la part du nombre de patients concernés par une mesure d'isolement semble augmenter : 18,4 % des patients de la file active ont été isolés en 2020 (en chambres dédiées et non dédiées, soit 429 patients pour une file active de 2321) et 23,59 % (455 patients sur une file active de 1928) en 2021. 44 % des patients de la file active sont en SSC en 2021 (cf. § 4.2).

L'examen des données montre également un recours raisonnable à la contention (toutes modalités confondues), soit 3,2 % de la file active pendant l'année 2020, 3,11 % pendant 2021³⁴, ainsi qu'une réduction significative des durées moyennes entre 2020 (30,5 h) et 2021 (13,5 h) et pour le 1^{er} trimestre de l'année 2022 (5,3 h).

L'analyse des données par pôle démontre que les patients du pôle Perpignan et originaires de cette commune représentant 30 % de la file active mais 44 % des patients isolés. Les patients de ce pôle sont ainsi régulièrement transférés dans les unités des autres pôles, lorsqu'un placement en CI ou un hébergement en chambre classique sont nécessaires. Par ailleurs, les patients de l'unité intersectorielle C (accueillant des patients en crise et disposant de quatre CI) y sont isolés deux à trois fois plus que dans les autres unités. L'analyse des pratiques d'isolement et de contention la concernant doit intégrer ces particularités.

Le DIM évalue deux fois par an la conformité des décisions d'isolement et de contention, leur renouvellement et leur levée, depuis 2020, dans le cadre des procédures mises en œuvre (cf. 7.3.2). Le service qualité gestion des risques doit recenser le nombre de revues de mortalité et de morbidité (RMM), dans les suites de toute contention d'une durée d'une semaine ou plus.

Cependant, les données extraites par le DIM et le rapport annuel sur l'isolement et la contention ne sont pas communiqués aux soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Tous les soignants de l'établissement doivent recevoir les données extraites par le DIM régulièrement et le rapport annuel sur l'isolement et la contention, afin qu'ils puissent, en temps réel, être informés des statistiques concernant leurs pratiques d'isolement et de contention.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, fait valoir : « Le nouveau portail intranet et le travail réalisé sur les statistiques avec la présidente de CME et le médecin DIM permettront de diffuser largement l'information auprès de l'ensemble de la communauté hospitalière. Le site intranet sera opérationnel au plus tard début octobre 2022. Le rapport

³⁴ 75 patients pour 191 mesures sur une file active des hospitalisations à temps plein en 2020 de 2321 patients (en enlevant les mineurs hospitalisés à La Solane), pour 2021, 60 patients pour 175 mesures sur une file active de 1928. Au 1^{er} trimestre 2022, six patients sont concernés pour dix mesures.

annuel isolement et contention sera mis à disposition des professionnels comme de nombreux autres supports d'information. Par ailleurs, les statistiques relatives aux pratiques en matière d'isolement et de contention sont accessibles directement dans le DPI CORTEXTE ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

7.3 CERTAINES PRATIQUES D'ISOLEMENT SONT EN CONTRADICTION AVEC LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT ET LE CADRE LEGAL

Lors du contrôle, la traduction opérationnelle de la politique institutionnelle engagée, s'agissant des mesures d'isolement, ne connaît pas encore un impact complètement efficace concernant le circuit des décisions et certaines pratiques d'enfermement non tracées.

7.3.1 Les décisions d'isolement et de contention

Des protocoles élaborés par l'établissement³⁵ donnent aux professionnels un cadre et des indications pour réaliser ces mesures. Des fiches actions, régulièrement actualisées en fonction des évolutions législatives, sont diffusées dans les unités, la dernière datant du 25 février 2022. La terminologie employée est adaptée, s'agissant du remplacement des termes « prescription médicale d'isolement et de contention » par ceux de « décision d'isolement et de contention ouvrant des voies de recours ». La définition de l'isolement (« *mesure de dernier recours à visée de protection du patient, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients* ») est également adaptée, extrayant la mesure du champ thérapeutique, en l'absence d'étude démontrant un caractère thérapeutique de l'isolement. Néanmoins, dans les unités, les professionnels utilisent toujours les termes « *isolement thérapeutique* » ou « *chambre de soins intensifs* ».

Les protocoles prévoient un entretien³⁶ avec le patient lors de la mise à l'isolement, afin d'évaluer son état mental, émotionnel et physique, avec une attention particulière pour l'état cardiaque et respiratoire ; de lui expliquer les raisons de l'isolement, les critères permettant sa levée et la surveillance qui sera effectuée.

Les raisons qui ont conduit à la mesure font l'objet d'une discussion en équipe. Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision est renseignée dans le dossier informatisé du patient, qui permet notamment la mention des alternatives qui ont été vainement mises en œuvre.

³⁵ Notamment « mise en œuvre d'une mesure d'isolement », « circuit kit de contention » et « modalités de prescription, de renouvellement et de mise en œuvre d'un isolement et d'une contention ».

³⁶ Permettant d'évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire ; d'expliquer au patient les raisons de l'isolement, les critères permettant sa levée et la surveillance qui sera effectuée ; d'identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de l'isolement ; de discuter, avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchants de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de l'isolement et de l'évolution clinique du patient en isolement.

L'examen des données du registre montre que des décisions d'isolement peuvent être prises, en soirée ou la nuit, par un interne, ou un médecin généraliste, lequel ne remplit pas statutairement les conditions exigées la loi³⁷.

RECOMMANDATION 18

Toute décision initiale, comme de renouvellement, d'isolement et de contention doit être prise par un psychiatre.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Un indicateur de suivi du pourcentage de prescriptions d'isolement et contention réalisé directement par un psychiatre va être mis en place afin de tendre vers une prescription initiale systématique par un psychiatre. Il pourra être intégré dans les contrats de pôles ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Dans l'ensemble des unités visitées, les professionnels rencontrés conçoivent l'isolement comme une mesure de dernier recours. Les équipes tentent de désamorcer la crise en journée notamment par des entretiens médicaux et soignants en chambre. Dans l'unité F, en l'absence de salle d'apaisement, le patient peut être placé momentanément dans sa chambre après un retrait de tout objet pouvant servir de projection.

Il est admis que la décision puisse être initiée par un interne ou un médecin non-psychiatre, à condition que la mesure soit validée dans l'heure par un médecin psychiatre. Or, il ressort des informations recueillies que la validation effectuée dans l'heure par le PH d'astreinte l'est par téléphone, privant les patients d'une évaluation médicale spécialisée présenteielle.

RECOMMANDATION 19

Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen clinique initial de son état mental par un médecin psychiatre.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Un indicateur de suivi de la traçabilité de l'examen clinique initial de l'état mental du patient isolé va être mis en place. Le DPI CORTEXTE prévoit un questionnaire préalable à la prescription, lequel reprend les recommandations de bonnes pratiques. Un rappel de formation à l'utilisation de ce questionnaire sera probablement à prévoir afin de veiller à la bonne traçabilité de cet examen clinique initial ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Les patients isolés reçoivent systématiquement un sédatif dans certaines unités, et uniquement s'ils sont contenus ou violents dans d'autres.

Les prescriptions « si besoins » sont fréquentes mais justifiées dans le logiciel de prescription ; et l'utilisation de la forme injectable, effectuée en dernier recours après la recherche par le

³⁷ Article 3222-1-5 du code de la santé publique : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours (...) Il ne peut y être procédé que (...) sur décision motivée d'un psychiatre (...) ».

médecin du consentement du patient pour une administration per os. Les directives anticipées en cas de crise, lorsqu'elles sont abordées avec le patient, ne sont pas formalisées.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Cinq sites extrahospitaliers expérimentent actuellement le questionnaire GPS pour (guide prévention et soins en santé mentale). Ce questionnaire administré au patient en extrahospitalier permet de recueillir ses souhaits et attentes, en cas de crise et d'hospitalisation ultérieure. Si le bilan est concluant, alors ce GPS sera généralisé ».

L'établissement a mis en place un circuit d'information du JLD, à partir des secrétariats des unités, pour les mesures d'isolement et de contention, et de saisine pour les mesures d'isolement excédant 72h et les mesures de contention excédant 48h. Le JLD n'opérait pas son contrôle au moment de la mission (cf. § 8.3). Le patient est informé oralement de son droit de contester la décision en application des protocoles mis en place.

7.3.2 Le suivi de la mesure

Un médecin généraliste se rend dans les 24 heures de la mise en isolement dans toutes les unités et intervient chaque jour auprès des patients contentonnés.

En revanche, les conditions de la réévaluation et/ou du renouvellement des mesures d'isolement et de contention par un médecin psychiatre ne sont pas optimales, alors que le patient isolé rencontre effectivement un psychiatre deux fois en journée.

L'organisation institutionnelle des séquences de renouvellement des mesures d'isolement toutes les 12h et des mesures de contention toutes les 6h ne respecte pas les dispositions légales³⁸. En effet, l'organisation choisie par l'établissement consiste à renouveler les mesures en fonction de l'organisation de la journée de travail des praticiens, à 9h puis entre 17h et 19h, plutôt qu'en priorisant l'évaluation de l'état clinique des patients qui se trouvent isolés quotidiennement pendant une période de 14h à 16h, entre 17h-19h le soir et 9h le lendemain matin, ce en contradiction avec les dispositions légales.

La communauté médicale a exprimé son sentiment de lourdeur relative à la mise en œuvre des renouvellements aux échéances légales, la réforme n'ayant pas été accompagnée de moyens supplémentaires. Par ailleurs, des craintes d'un recours plus important à la contention chimique ont été émises par des médecins. Néanmoins, la réforme incite à une réflexion concernant les alternatives à l'isolement et à la contention, à laquelle répond la mise en œuvre des salles d'apaisement, accompagnée d'une réflexion sur les modalités de leur utilisation, et que conforte la nécessité d'une réflexion de l'ensemble de l'établissement s'agissant des données du registre.

Par ailleurs, les intervenants de la ligne de garde pouvant être des internes, des assistants spécialisés et des médecins généralistes (eux-mêmes souvent assistants spécialisés ou médecins étrangers associés) qui renouvellent des mesures, que le PH d'astreinte valide par téléphone, de la même façon que les décisions initiales (cf. *Recommandation 18*).

Le protocole d'organisation de la signature des décisions prises de nuit indique que le médecin de garde contacte téléphoniquement le psychiatre d'astreinte (appel tracé dans le logiciel Cortexte) et que ce dernier signe les décisions prises dans son service dans la limite des 12h ou 6h, adressées le lendemain matin par le secrétariat aux autorités concernées. Néanmoins,

³⁸ Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, depuis sa réforme en date du 14 décembre 2020.

le médecin psychiatre d'astreinte de nuit ne se déplaçant pas, les décisions sont en réalité signées à son arrivée dans la matinée.

Il se déplace à cet effet les week-ends, conformément au protocole. Des médecins psychiatres ont d'ailleurs fait observer que l'astreinte le week-end en journée se transformait de fait en garde.

RECOMMANDATION 20

Les mesures d'isolement et de contention doivent être réévaluées selon les dispositions légales.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « L'EPP isolement et contention permet de mesurer, annuellement, les écarts entre le guide des bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention et la réalité des pratiques. La réévaluation des mesures d'isolement et de contention fera l'objet d'une réflexion institutionnelle dans le cadre du comité de pilotage isolement et contention puis d'un partage en CME ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Les soignants assurent une surveillance physique des patients isolés, horaire ou plus fréquente et scrupuleusement tracée, comprenant une mise en relation systématique avec le patient (deux soignants au moins pour l'entrée en chambre).

Les patients qui doivent être isolés dans une unité dont la CI est occupée sont transférés dans une autre, dont la CI est disponible. Les soignants et les psychiatres de l'unité d'accueil assurent alors le suivi du patient. Des patients originaires de Perpignan, qui représentent 44% des patients isolés, sont régulièrement transférés dans les CI des unités des autres pôles.

La gestion de la suroccupation, qui ne permet pas la conservation de la chambre hôtelière du patient isolé dans certaines unités (C et A notamment), impose parfois son maintien inacceptable en CI avec la porte ouverte, dans l'attente qu'une chambre se libère.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Un patient n'est pas maintenu en isolement au-delà de son impérative nécessité. Si une chambre hôtelière n'est pas immédiatement disponible, alors la chambre d'isolement reste portes ouvertes, dans l'attente du changement de chambre du patient.

RECOMMANDATION 21

La chambre d'hospitalisation du patient isolé doit être conservée pendant toute la durée de son isolement, afin d'éviter son inacceptable maintien en chambre d'isolement, au-delà de la durée de la mesure, dans l'attente qu'une chambre hôtelière soit disponible.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, observe : « le CHT a de nombreux lits embolisés par des patients chroniques pour lesquels aucune solution d'aval n'est trouvée malgré une orientation posée par la MDPH³⁹. Au 31 décembre 2021, on dénombre 23 patients hospitalisés depuis plus d'un an au sein du CHT et pour lesquels tous les projets de sortie se sont soldés par des échecs à ce stade, malgré la mobilisation sans faille des équipes. Cela impacte très fortement la gestion des flux et entraîne mécaniquement une situation quasi

³⁹ MDPH : maison départementale pour les personnes handicapées.

permanente de très forte tension sur les lits. Malgré toute la bienveillance des professionnels, il n'est pas toujours possible de conserver systématiquement la chambre hôtelière du patient momentanément placé en isolement ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Le poste de sécurité est informé des placements en chambre d'isolement, qu'il vérifie avant l'accueil du patient (cf. § 7.1).

7.3.3 Le séjour à l'isolement

La mise en pyjama institutionnel est systématique lors du placement à l'isolement, sans individualisation ni réévaluation, sauf à l'unité E au sein de laquelle, en fonction de l'évolution de l'état clinique, le pyjama personnel du patient, puis ses vêtements, peuvent lui être proposés. Les protocoles indiquent pourtant qu'en fonction de la clinique du patient, « *il doit pouvoir garder ses vêtements et certains objets personnels ayant une signification pour lui* ».

RECOMMANDATION 22

La décision de mise en pyjama des patients isolés doit être individualisée, justifiée au regard de la clinique du patient et régulièrement réévaluée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « La mise en œuvre d'indicateurs de suivi ciblés tels que le nombre de prescriptions médicales de pyjamas par pôle et par service va permettre d'en réduire le nombre. Un travail est également à engager sur l'analyse des motifs afin de définir des alternatives et d'en réduire l'incidence ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Des livres ou des revues peuvent être remis à la demande du patient isolé dans certaines unités (B, C, E et F). Un poste radio peut être installé dans le sas et diffuser une musique apaisante dans l'unité E.

Les visites ne sont en principe pas autorisées ou très exceptionnellement, en cas d'intérêt thérapeutique particulier (unité E).

Les CI disposent d'un espace extérieur réservé permettant au patient de fumer en fonction de son état clinique, en principe après chaque repas.

Les patients n'ont pas toujours un accès libre aux sanitaires, même lorsque leur état clinique le permettrait selon les unités. Un urinal est mis à disposition des patients contentonnés, qui n'ont pas accès au bouton d'appel, et dont les contentions sont retirées pour son utilisation (cf. *Recommandation 16*).

Les repas sont servis dans la chambre, dans une assiette en plastique et avec des couverts en bois (les cuillères sont en inox). Des éléments de mobilier en mousse compacte recouverte de toile plastique épaisse sont fournis pour poser le plateau (le patient est assis sur son lit, le pouf sert de table). Un soignant reste avec le patient pendant le repas. Une carafe d'eau en plastique et un gobelet sont laissés à sa disposition.

La pratique de l'isolement séquentiel est propre à chaque unité et permet au patient de retrouver progressivement une vie en collectivité, notamment par la prise des repas dans le réfectoire.

À la levée de la mesure, l'entretien de « débriefing » avec un psychiatre, un psychologue ou un IDE, qui est pourtant institutionnalisé, n'est pas réalisé de manière systématique. Les soignants ont indiqué le faire éventuellement mais de façon informelle, révélant une conscience insuffisante de cet outil pertinent d'évaluation des pratiques, appuyé sur le ressenti et le regard du patient sur le déroulement de la mesure.

RECOMMANDATION 23

L'entretien institutionnalisé lors de la levée de la mesure d'isolement, qui permet de prendre en compte le vécu du patient et d'évaluer les pratiques sur le déroulement de cette mesure, doit être systématiquement réalisé.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « La désignation d'une équipe médecin-IDE de référents isolement et contention grâce au financement alloué par l'ARS Occitanie va permettre un accompagnement des équipes pour améliorer les pratiques en matière d'isolement et contention et en réduire le nombre ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

7.3.4 Les enfermements en chambre non dédiée

Certaines pratiques sont en totale contradiction avec les dispositions légales et la préoccupation des professionnels d'utiliser l'isolement comme un dernier recours.

Dans l'ensemble des unités, dont La Solane (qui prend en charge des mineurs, cf. 10.2), des enfermements sont réalisés en chambre hôtelière, en contournant l'esprit de la loi. Ces pratiques ancrées depuis plusieurs décennies (au même titre que la mise en pyjama institutionnel, cf. 6.2), s'exercent toujours, malgré la diffusion de documents de référence par la direction précisant que « *tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté* ».

Ces pratiques d'enfermement, nommées tour à tour « *mise en sécurité* », « *isolement si besoin* », « *isolement porte fermée à clef* », « *isolement thérapeutique* », « *isolement de nuit* », sont tracées dans le dossier patient comme une prescription, plutôt que comme une décision dans l'onglet correspondant à l'isolement. Ces mesures, qui ne font pas systématiquement l'objet d'une information de l'équipe sécurité-incendie, consistent à enfermer des patients en chambre hôtelière pendant les siestes ou la nuit (pour les patients qui déambulent par exemple – ou son apaisement). Les « *mises en sécurité* » sont systématiques pour les mineurs afin de les protéger des adultes dans l'unité C. Sept mesures d'isolements en chambre non dédiée étaient en cours à l'unité C le 11 mars 2022.

Les patients placés en chambre d'isolement sont, selon les données communiquées, des patients hospitalisés en SSC (sauf les mineurs, cf. 10.2). En revanche, des patients hospitalisés en SL peuvent faire l'objet de « *mises en sécurité* », ce qui constitue un contournement inacceptable de la loi.

Le DIM recueille depuis l'année 2020, dans les données du dossier patient, les prescriptions d'enfermements en chambres d'hospitalisation nommées « *mise en sécurité* » ou encore « *iso si besoin* », « *isolement thérapeutique* », « *isolement de nuit* », « *isolement porte fermée à clé* » (cf. 7.3.4) pour les intégrer dans le registre de l'isolement et de la contention. Cette démarche a révélé, pendant la période 2019-2020, un doublement du nombre de journées d'isolement (de 4 773 à 10.605 journées), tandis que le nombre de patients isolés est passé de 260 en 2019 à 429 en 2020.

Par ailleurs, le DIM comptabilise de façon distincte les isolements sanitaires liés à la covid-19, nommés « *confinement* » (379 patients d'avril à décembre 2020 et 654 patients de janvier à décembre 2021).

RECOMMANDATION 24

Toutes les pratiques d'isolement, autres que celles effectuées en chambre d'isolement, doivent cesser quel que soit le statut du patient.

Tout enfermement en chambre doit être considéré comme mesure d'isolement, tracée et réévaluée selon les prescriptions légales.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, réitère : « La désignation d'une équipe médecin-IDE de référents isolement et contention grâce au financement alloué par l'ARS Occitanie va permettre un accompagnement des équipes pour améliorer les pratiques en matière d'isolement et contention et en réduire le nombre. L'analyse des pratiques en COPIL IC permettra de définir les actions correctives à mettre en œuvre ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

La CI peut également servir pendant quelques heures de chambre d'apaisement dans certaines unités (E notamment), selon une indication médicale, sans être tracée comme une mesure d'isolement, sauf en cas de recours répété à la CI.

RECOMMANDATION 25

La pratique consistant à utiliser une chambre d'isolement comme salle d'apaisement, sans en tracer la décision comme une modalité d'isolement, doit cesser.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le déploiement des espaces d'apaisement, déjà expérimenté dans une unité d'admission, sera effectif en septembre 2022. Il permettra de mettre fin au recours à la chambre d'isolement comme salle d'apaisement ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA COMMISSION DES USAGERS EST ASSOCIEE A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT ET DES PROGRAMMES DE SOUTIEN DES PROCHES SONT PROPOSES

8.1.1 La CDSP

La commission départementale des soins psychiatriques sans consentement (CDSP), composée conformément à la loi⁴⁰, se rend trois à quatre fois par an au sein du CHT, examine des dossiers de patients, vise le registre de la loi, entend les patients qui en font la demande et traite les requêtes qu'elle reçoit⁴¹. Son existence est évoquée dans le livret d'accueil et sa venue fait l'objet d'un affichage dans les unités.

8.1.2 La place des usagers dont la CDU

Le rôle de la commission des usagers (CDU) et les coordonnées des personnes susceptibles d'être saisies sont exposés dans le livret d'accueil et un affichage est assuré dans les unités.



Affichage concernant le CDU et l'UNAFAM

La CDU est particulièrement impliquée dans la vie de l'établissement et se réunit quatre fois par an. Le dernier compte rendu de la réunion du 23 février 2022 fait notamment état de l'expérimentation des directives anticipées et du projet d'élaboration d'un questionnaire de satisfaction destiné aux patients de l'UHPSA.

Les questionnaires de sortie sont distribués et renseignés individuellement par la moitié des patients, si besoin avec l'aide d'un soignant. La propreté et le respect de la dignité et de l'intimité constituent les éléments positifs valorisés. La qualité et la quantité des repas, le manque d'activités, l'insuffisance de la prise en compte de la douleur, les carences dans la

⁴⁰ De deux médecins psychiatres, d'un médecin généraliste, d'un représentant de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), d'un magistrat et présidée par un représentant de l'union départementale des associations familiales (UDAF).

⁴¹ Trois en 2020 selon le dernier rapport d'activité annuel.

délivrance du livret d'accueil et la faiblesse de l'information relative à l'accès au dossier constituent en revanche les points faibles.

La CDU est associée à l'élaboration du projet d'établissement et propose le « *projet des usagers 2021 2024* » autour de trois axes de travail (le développement de mesures alternatives à l'isolement et à la contention, l'amélioration de l'information du patient et la recherche de l'implication des familles).

8.1.3 Les programmes de soutien des aidants et des proches

Le programme BREF⁴² est un programme à destination des proches de personnes prises en charge en psychiatrie, lors de l'hospitalisation ou du suivi extrahospitalier, et se conçoit comme une étape initiale dans le parcours des aidants vers la psychoéducation. Chaque famille est reçue individuellement par une équipe soignante n'intervenant pas dans le suivi du patient. Elle peut ainsi compléter son information sur la maladie de son proche et s'informer sur les dispositifs d'aide à disposition. Le programme se compose de trois séances d'une heure réalisées en dehors du lieu de soin habituel de la personne malade et en présence d'une équipe de professionnels (psychiatre, cadre de santé, infirmier).

Le programme PACO (partager, accompagner, comprendre, ouvrir) de soutien pour les aidants en psychiatrie, créé par le CHU de Dijon en lien avec l'UNAFAM, propose des rencontres pour échanger sur diverses thématiques⁴³.



Plaquettes de présentation des programmes BREF et PACO

⁴² Programme conçu et mis en œuvre par un psychiatre du centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, en partenariat avec l'UNAFAM, et déployé dans dix structures de soins.

⁴³ Pour exemple le 16 janvier 2020 : « Soin libre / Soin sans consentement : quelle place, quelle charge et quel soutien pour la famille ? ».

BONNE PRATIQUE 10

L'établissement propose le programme BREF de psychoéducation des aidants et relaye le programme PACO de soutien aux proches.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST RENSEIGNE AVEC RIGUEUR MAIS N'EST PAS VISE PAR TOUTES LES AUTORITES DE CONTROLE

Le registre de la loi, informatisé depuis plus de huit ans, est parfaitement tenu par les trois personnes en charge du bureau des SSC, et complété par un tableau mural rappelant les échéances (les certificats médicaux, les décisions du directeur, l'audience devant le juge des libertés et de la détention, JLD).

Le secrétariat médical de chaque unité travaille en lien étroit avec le bureau des SSC. Un système d'alerte et de tableaux partagés, notamment celui permettant de suivre les notifications des décisions, garantit le respect des échéances et l'assurance que les patients sont avisés de leurs droits.

Les liens sont établis avec le greffe du JLD mais aussi avec celui de la cour d'appel. Le dossier complet est adressé au JLD au moins deux jours avant son audience, afin qu'il puisse la préparer sereinement.

Les personnes en charge du bureau des SSC ont créé des fiches, afin de faciliter les saisies informatiques et d'aider la lecture des décisions de justice, notamment à destination des personnes assurant la garde médicale après 17 h. Le CHT a validé au milieu de l'année 2020 différentes fiches particulièrement précises et pédagogiques, expliquant les SSC et les tâches devant être accomplies par chacun⁴⁴.

Le délégué de la directrice se présente deux fois par jour pour effectuer un contrôle et signer les décisions.

Tout est donc mis en œuvre pour respecter la procédure, faciliter le travail de tous et proposer, le cas échéant, des améliorations.

Les contrôleurs ont toutefois relevé que les registres ne sont plus signés par le procureur de la République, le maire et le préfet depuis leur dernière venue le 9 juillet 2020.

RECOMMANDATION 26

Le préfet des Pyrénées-Orientales, le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Perpignan et le maire de Thuir, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations, conformément aux dispositions de l'article L 3222-4 du code de la santé publique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « La direction veillera à systématiser la visite annuelle des autorités précitées. Celle-ci va être programmée à l'automne 2022, après l'arrivée du nouveau Préfet des Pyrénées-Orientales prévue le 23 août 2022 ».

⁴⁴ Pour exemple, « Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat », version 4 du 25 juin 2020 ou encore « Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent », version 3 du 27 mai 2020.

Le préfet, dans sa réponse contradictoire, informe : « L'arrivée du nouveau préfet, Monsieur Rodrigue FURCY, le 23 août prochain sera l'occasion, dans le cadre de ses visites protocolaires, notamment au CHS de Thuir, de signer ce registre. Les sous-préfets nouvellement affectés dans le département seront invités à faire de même. A noter que Madame Delphine BOYRIE, sous-préfète, directrice de cabinet, l'a signé lors de son déplacement au sein de l'établissement le 29 avril 2022 ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

8.3 LES AUDIENCES SONT ORGANISEES SUR SITE MAIS LE JLD NE CONTROLAIT PAS LES DECISIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

8.3.1 Le contentieux relevant de l'audience contradictoire

Le JLD se déplace trois matinées par semaine (les lundis, mercredis, vendredis) pour tenir une audience dans des locaux situés sur le site du CHT⁴⁵. Les patients s'y rendent seuls ou accompagnés d'un soignant⁴⁶. Les personnes présentant des difficultés de mobilité peuvent être conduites avec un véhicule de service. Le juge peut se rendre au sein des unités pour rencontrer les patients ne pouvant pas se déplacer.

La salle d'audience est aménagée de façon à recevoir du public, notamment les proches, les tuteurs ou les curateurs, qui toutefois se déplacent rarement. Les avocats, intervenant essentiellement au titre de la permanence⁴⁷, disposent d'une salle d'entretien. Une salle d'attente est attenante à la salle d'audience.



Salle d'attente et salle d'audience

A l'audience, le magistrat et le greffier sont habillés avec une tenue civile, tandis que l'avocat porte la robe. Une personne du bureau des SSC est présente et apporte des précisions en cas

⁴⁵ Un protocole relatif aux modalités de mise en œuvre de l'intervention du JLD du TJ de Perpignan en matière de SSC a été signé le 11 mars 2015 entre l'ARS Languedoc-Roussillon, le président et le procureur de la République du TJ de Perpignan, le préfet des Pyrénées-Orientales, le directeur du CHT et le bâtonnier du conseil de l'ordre des avocats de Perpignan.

⁴⁶ Les contrôleurs ont assisté à une partie de l'audience du 9 mars 2022 et ont pu s'entretenir avec les patients, les soignants, les avocats et les magistrats.

⁴⁷ Environ vingt sont inscrits au titre de la permanence des hospitalisations en SSC et deux sont mobilisés pour chaque audience. Ils peuvent suivre des formations spécifiques auprès du barreau de Montpellier.

de nécessité. Le patient ne porte pas de pyjama et le pourcentage de patients non présentés est extrêmement faible. Lorsque la décision est mise en délibéré, la notification et les explications sont réalisées par un soignant, si besoin accompagné d'un psychiatre.

La cour d'appel (CA) de Montpellier, après avoir organisé des audiences par visioconférence lors de la crise sanitaire de coronavirus, a repris les audiences en présence et le transport s'effectue en ambulance avec des accompagnatrices IDE du CHT.

En 2021, le JLD a examiné 676 situations et a ordonné la levée de 18 mesures dont 3 mainlevées et 15 levées différées avec la mise en œuvre d'un programme de soins (PDS). Trente-deux décisions ont été portées devant la CA, qui a procédé à trois levées différées et vingt-neuf confirmations.

Du 1^{er} janvier au 7 mars 2022, 155 personnes ont été convoquées devant le JLD qui a décidé deux mainlevées et cinq levées différées avec la mise en œuvre d'un PDS. Quinze décisions ont été rendues par la CA qui a décidé une mainlevée, deux levées différées et douze confirmations.

L'ensemble des décisions de levée de soins émanant du JLD et de la CA pour l'année 2021 et début 2022 ont été communiquées aux contrôleurs. L'argument principalement retenu concerne l'amélioration de l'état psychique de la personne.

8.3.2 Le contrôle des décisions d'isolement et de contention

L'obligation d'informer sans délai le JLD des mesures d'isolement excédant 48h et de celles de contention excédant 24h s'imposait entre le 16 décembre 2020⁴⁸ et le 31 décembre 2021, date d'effet de la décision du conseil constitutionnel du 4 juin 2021⁴⁹. Depuis le 24 janvier 2022⁵⁰, l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique prévoit, outre l'obligation d'informer le JLD, celle de le saisir pour des mesures d'isolement excédant 72h et pour des mesures de contention excédant 48h.

Le circuit d'information du JLD est en place mais le contrôle systématique des isolements et contentions pratiqués n'est pas encore assuré. Le magistrat coordonnateur a connaissance de la pratique des mises en sécurité qui s'apparentent à un isolement en chambre hospitalière (cf. 7.3.4). Il souhaite organiser une réunion avec la direction du CHT et rédiger une note de service explicitant les contrôles à opérer. Le fait que le décret d'application de la loi n'ait pas encore été publié ne lui facilitait pas la tâche, au jour de la visite.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Le juge des libertés et de la détention doit opérer le contrôle des mesures d'isolement et de contention renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et doit être saisi des mesures d'isolement et de contention prolongées au-delà de 72 et 48 heures.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Une rencontre équipe

⁴⁸ Article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

⁴⁹ Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

⁵⁰ Loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

de direction, présidente de CME et JLD a eu lieu fin mai, permettant de définir les modalités de collaboration en matière de saisine du Juge, en cas d'isolement supérieur à 72 heures et de contention supérieure à 48h. Une procédure spécifique a été établie et communiquée par voie de note de service (note n°69 en date du 13 juillet 2022). Le dispositif est désormais effectif pour garantir le respect des délais de saisine du JLD ».

Le président du TJ, dans sa réponse contradictoire, précise : « Le rapport semble laisser entendre que le JLD serait effectivement saisi par le directeur de l'établissement avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention lorsque la mesure doit être renouvelée au-delà de cette durée, mais que le juge n'effectuerait pas le contrôle que lui impose la loi.

En réalité jusqu'à présent le directeur du CH de Thuir n'a jamais saisi, par voie de requête, le JLD du tribunal judiciaire de Perpignan aux fins de contrôle des mesures d'isolement et de contention. Par conséquent le JLD ne peut pas réaliser le contrôle prévu par la loi. Cette absence de saisine peut éventuellement s'expliquer par l'absence d'alerte adressée à la direction de l'hôpital par le logiciel permettant l'enregistrement des mesures d'isolement et de contention et le calcul de leur durée. Certes le JLD peut se saisir d'office en vue de contrôler des mesures d'isolement et de contention. Mais cela ne peut pallier l'absence de saisine du directeur de l'établissement. Par ailleurs, le juge ne peut se saisir qu'en fonction des éléments transmis par le centre hospitalier (n'ayant pas accès à un fichier nominatif des mesures d'isolement et de contention qui permettrait en outre de calculer leur durée). Enfin, la réforme ayant été réalisée à moyen constant, et compte tenu de la charge de travail résultant de ce type de contrôle, le JLD n'est pas en mesure de procéder à des saisines d'office, même si cela a été envisagé au sein du service compte tenu de l'absence de saisine (cela aurait mis en grande difficulté le greffe).

En revanche conformément aux dispositions de l'article L3211-12-1 du code de la santé publique, le juge qui procède au contrôle des mesures d'hospitalisation complète (dans les 12 jours de l'admission ou de la réadmission, ou dans les 6 mois de la dernière décision judiciaire relative à la mesure d'hospitalisation), statue, lorsqu'il maintient la mesure d'hospitalisation complète, sur le maintien de l'isolement ou de la contention si le patient fait toujours l'objet d'une de ces mesures ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

9. LES SOINS

9.1 LES PATIENTS ONT ACCES A DES SOINS PSYCHIATRIQUES QUI REpondent A LEURS BESOINS

9.1.1 L'organisation des soins

Le projet médico soignant a impliqué la participation des soignants de l'établissement, qui le connaissent.

Différentes réunions institutionnelles sont organisées dans chaque service, notamment :

- les transmissions infirmières trois fois par jour, auxquelles les IDE souhaiteraient une participation régulière des médecins, doublées dans une unité d'un staff pluriprofessionnel chaque matin après les transmissions ;
- une réunion clinique d'unité hebdomadaire en équipe pluriprofessionnelle qui permet l'évaluation des projets de soins de chaque patient ;
- une réunion clinique hebdomadaire en équipe pluriprofessionnelle avec les soignants des unités sectorielles extra hospitalières, suspendues en présentiel mais maintenues par téléphone pendant la période de la pandémie ;
- une réunion de fonctionnement d'unité mensuelle ;
- une réunion de pôle mensuelle de l'ensemble de certaines équipes médicales.

Les patients sont reçus en entretien médical une fois par semaine au minimum, et plus en fonction des nécessités de leur état clinique, mais ceux de l'unité C ne sont parfois pas reçus de façon hebdomadaire s'ils sont stabilisés ou en attente d'un transfèrement dans une autre unité. Le planning de présence des psychologues et des assistantes de service social est affiché dans certaines unités.

Des permissions de sorties sont facilement octroyées, pour les patients hospitalisés en SL comme en SSC (à l'exception de ceux de l'unité C, fermée), de façon adaptée à leur état clinique, pour l'organisation de visite à domicile, de démarches administratives et des modalités de la préparation à la sortie. Les tiers ne sont pas informés des sorties des patients à l'hospitalisation desquels ils ont contribué.

Les programmes de soins sont, le cas échéant, mis en place à la sortie et les patients ne demeurent pas hospitalisés selon ce mode dans les unités. Un partenariat avec des structures médicosociales permet l'intervention en leur sein de soignants ou de médecins psychiatres, néanmoins ces modalités de travail n'ont pas l'effet escompté.

Les patients hospitalisés au long cours, parfois dépendant de l'institution, et présentant un profil médicosocial ne sont pas maintenus dans les unités sectorielles mais orientés, dans la mesure des places disponibles et de leur état clinique, vers l'unité Les Aspres, dont l'activité est spécifique de ces prises en charge. Lorsqu'ils ne sont pas transférés, les patients peuvent bénéficier directement de sorties d'essai vers des structures d'accueil médico-sociales qui acceptent ce type de projet.

Peu de demandes de changement de médecins sont formulées, et sont mises en œuvre directement entre les médecins de l'équipe ou transmises au chef de pôle qui aborde la demande avec l'équipe médicale.

Les durées moyennes de séjour (DMS) des unités de psychiatrie adultes sont homogènes, autour de trois semaines et demie⁵¹.

L'information s'agissant du droit de consultation et d'obtention d'une copie du dossier médical n'est pas systématiquement donnée. La demande des patients est transmise à la direction des soins et la consultation est organisée dans l'unité, en présence d'un médecin, si le patient est hospitalisé, et la direction des soins gère le traitement de la demande si le patient ne l'est pas.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les patients doivent recevoir systématiquement l'information s'agissant de leur droit d'accès et d'obtention d'une copie de leur dossier médical.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, fait valoir : « La mise à disposition du livret d'accueil plastifié dans toutes les unités d'hospitalisation permet ainsi au patient de le consulter à tout moment. L'information relative à l'accès et d'obtention de son dossier médical y est précisée. Elle est régulièrement mise en œuvre ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

9.1.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

a) Les activités occupationnelles

Les patients bénéficient d'espaces réservés et disposent de moyens (bibliothèque, ordinateurs, jeux de société, matériel créatif, table de ping-pong, babyfoot, jardin de l'unité) spécifiques dans les unités pour se livrer à des activités occupationnelles, notamment le week-end. Une salle de télévision est accessible dans toutes les unités toute la journée, jusqu'en fin de soirée et les patients peuvent choisir leurs programmes.

b) Les activités thérapeutiques

Des activités thérapeutiques sont organisées quotidiennement du lundi au vendredi, animées par des IDE, des éducateurs spécialisés, le psychomotricien de l'établissement (qui en anime dans toutes les unités) et le planning est affiché dans les unités. Ces activités déployées dans la plupart des unités ne le sont pas dans l'unité A, dont les patients qui errent et déambulent ont confié leur sentiment marqué d'ennui, et les activités sont rares et irrégulières dans l'unité C.

Les activités thérapeutiques sont également organisées au sein d'un plateau commun, avec des moniteurs de sport, des ergothérapeutes, des éducateurs spécialisés, des intervenants en médiation animale et en équithérapie.

⁵¹ Les DMS dans les unités de psychiatrie adultes A, B, C, D, E, et F varient de 19 (unité A) à 29 jours (unité B) en 2020 et de 21 (unité E) à 26 jours (unité C) en 2021.

RECOMMANDATION 27

Les activités thérapeutiques devraient être organisées dans toutes les unités, afin de garantir aux patients, un accès équivalent à ce type de soin.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les rares unités ne proposant pas d'activités thérapeutiques, à ce jour, seront sollicitées pour les déployer dès septembre. Il convient de rappeler que la cafétéria propose, toutes les semaines, un planning d'activités à destination des patients (deux activités chaque jour). Un psychomotricien propose également des activités thérapeutiques dans chacune des unités du site de Thuir (une unité concernée chaque demi-journée) ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Une réunion soignants-soignés se tient dans certaines unités, sous la forme d'un atelier « objectif de soins », chaque dimanche en petit groupe dans l'unité B, avec un infirmier facilitant l'expression collective des patients, qui peuvent y exprimer leurs souhaits et leurs réclamations, les groupes changeant chaque semaine. Ces réunions ont été abandonnées dans l'unité A, en raison de leur chronophage. L'unité E dispose d'une « boîte à idées » dans son réfectoire.

L'accès quotidien aux activités thérapeutiques peut s'appuyer sur des documents explicatifs thématiques (famille/entourage, santé physique/hygiène, traitement, symptomatologie psychiatrique, conduites addictives), mis en forme dans l'unité B à la demande du médecin-chef. L'orientation des patients se décide en équipe, notamment lors des staffs du matin, sur indication médicale (tracée dans le dossier patient) et les patients peuvent demander leur participation à ces activités (lors des réunions du dimanche notamment). Le livret d'accompagnement est également remis au patient dans l'unité B, afin qu'il évalue l'activité en fonction notamment de la description de son état avant et après sa pratique.

BONNE PRATIQUE 11

L'accès aux activités thérapeutiques, formalisé par des documents explicatifs spécifiques, selon la demande spontanée des patients ou la discussion quotidienne lors du staff dans l'unité B, contribue à donner du sens à ces prises en charge spécifiques, dans le parcours de soin des patients.

La mise en œuvre de l'atelier « objectif de soins », qui favorise l'expression collective des patients et la mise en pratique du livret d'accompagnement, qui permet l'évaluation d'une activité thérapeutique par le patient en fonction de l'évolution de son état clinique avant et après sa participation, actuellement limitées à l'unité B, devraient être généralisées.

L'existence, depuis dix ans, du prix littéraire « Folire », associé à un atelier de lecture thérapeutique, au choix des livres devant concourir, et dont le lauréat est désigné par un vote en isolement qui implique la participation des patients de l'établissement, auquel les contrôleurs ont pu assister pendant leur visite, constitue une particularité thérapeutique investie par les patients.

Le festival « Jazzèbre » permet l'organisation d'un concert de jazz au sein du CHT, lors de chaque édition.

BONNE PRATIQUE 12

Le prix littéraire « Folire » contribue de façon efficace à l'implication des patients dans un processus thérapeutique artistique et citoyen.

9.1.3 Les autres modalités de soins

L'établissement a également développé l'accès à l'électro convulsivothérapie (ECT) au sein d'une unité réservée et équipée, animée par une équipe de volontaires dynamiques et spécifiquement formés. Le consentement du patient pour l'utilisation de la technique d'ECT et l'anesthésie préalable à chaque séance est systématiquement recherché et tracé par écrit, consentement qu'il peut retirer à n'importe quel moment, même juste avant la séance. Un accompagnement des patients par les soignants référents des unités hospitalières ou des cliniques qui les adressent est mis en œuvre pour les premières séances, ce qui contribue à les rassurer en début de prise en charge.

Des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont organisées avec la pharmacienne et d'autres avec les psychologues.

Les contrôleurs ont positivement relevé le recours ponctuel à un soigné formé en ethnologie en cas de besoin.

9.2 UN MEDECIN GENERALISTE EST AFFECTE DANS CHAQUE UNITE ET LES SOINS SOMATIQUES SONT ORGANISES

Toutes les unités bénéficient de la présence de médecins généralistes, disponibles dans le cadre d'une coopération professionnelle efficiente. Ces médecins répondent à toutes les demandes d'examen dans les unités d'hospitalisation aux heures ouvrables, et permettent de prendre en charge les pathologies somatiques repérées ou à la demande des patients souffrant de troubles psychiques. Certaines des unités bénéficient d'un somaticien durant la totalité de la journée, d'autres par demi-journée.

La prise des constantes est réalisée dès l'arrivée (le pouls, la température, la pression artérielle, l'état de conscience, la glycémie capillaire). Le médecin généraliste est sollicité en cas d'anomalie des constantes ou selon la demande du psychiatre. Le praticien de garde assure la continuité des soins somatiques les week-ends et les jours fériés.

Un examen somatique complet est réalisé par un médecin généraliste pour toute personne hospitalisée en SSC dans les 24 heures suivant son hospitalisation, conformément aux dispositions législatives⁵². Le compte rendu de l'examen figure dans le dossier du patient. Cet examen peut être différé au lundi dans le cas où le patient a été admis le week-end, en l'absence d'un généraliste de garde, à partir du service des urgences qui assure alors cet examen.

Les médecins généralistes participent au tour de garde, au même titre que les internes, de 18h30 à 8h30 en semaine et le week-end du samedi 12h30 au dimanche 8h30 et du dimanche 8h30 au lundi 8h30, tandis que les médecins psychiatres sont d'astreinte à domicile.

⁵² Article L3211-2-2 du code de la santé publique : « (...) Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne (...) »

S'agissant de l'examen lors de la mise en chambre d'isolement, les propos rapportés aux contrôleurs divergent. L'un des médecins a assuré ne jamais être appelé (hors la période de garde), tandis qu'un autre affirme être contacté systématiquement lors de la mise en isolement et sous contention d'un patient. Les pratiques des unités dans ce domaine paraissent donc hétérogènes.

RECOMMANDATION 28

Le médecin somaticien doit être systématiquement contacté, dès la mise en chambre d'isolement et sous contention d'un patient, pour la réalisation d'un examen clinique et la mise en œuvre des prescriptions nécessaires.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Le médecin psychiatre qui prescrit un isolement ou une contention en informe le médecin somaticien et le trace. Un rappel sur la traçabilité nécessaire de l'appel systématique du médecin somaticien lors de la mise en chambre d'isolement et sous contention d'un patient va être réalisé auprès de l'ensemble de la communauté médicale. Les modalités de prévenance seront précisées pour garantir l'intervention du médecin somaticien ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Aucune consultation repérée d'addictologie n'a été mise en place. La problématique est traitée dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne, à l'occasion d'activités spécifiques, concernant les addictions lorsqu'elles sont mises en œuvre dans les unités. Le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), situé à Perpignan, reçoit les patients adressés par le CHT. L'un des médecins généralistes intervient à temps partiel au sein de ce service.

Les patients ont accès à des consultations de spécialités (cf. 3.3.1), notamment de cardiologie, de neurologie, d'ophtalmologie et de gastro-entérologie de façon hebdomadaire au plateau médicotechnique. Les examens complémentaires de biologie sont réalisés et interprétés rapidement grâce à l'implantation d'un laboratoire sur le site. En revanche, le cabinet de radiologie ferme. La direction de l'établissement envisage de créer une structure ouverte sur la ville disposant en outre du matériel pour la réalisation d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, ajoute : « Dans l'attente de la réalisation de ce projet, une convention a été signée avec le centre d'imagerie d'Elne pour permettre aux patients et aux professionnels de bénéficier d'examens de radiologie, chaque fois que nécessaire ».

Un dentiste intervient également dans l'établissement, à temps partiel. Les soins dentaires débutés pendant l'hospitalisation peuvent se poursuivre après la sortie. Des soins spécifiques sont réalisés auprès des patients autistes : une infirmière assiste le praticien et permet des soins avec l'utilisation du MEOPA⁵³, référencé par la pharmacie.

⁵³ Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote 50%/50% (souvent abrégé en MEOPA) est un mélange gazeux, à concentrations fixes, utilisé en analgésie.

BONNE PRATIQUE 13

Le référencement du mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote garantit l'accès à des soins dentaires pour des patients dont l'état clinique ne permet pas ces soins autrement que sous anesthésie.

Deux diététiciennes participent à la programmation des menus et se rendent dans les unités auprès des équipes et des patients, afin de clarifier et d'affiner les prescriptions des menus spécifiques et les aversions. Enfin, l'établissement a le projet de faire intervenir une sage-femme pour effectuer des consultations de gynécologie selon un rythme mensuel.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, ajoute : « Ces consultations ont débuté le 31 mai 2022, à un rythme mensuel ».

S'agissant des consultations et interventions chirurgicales au CH de Perpignan, les secrétaires des unités chargées de prendre les rendez-vous relatent des difficultés similaires à celles du public classique, concernant surtout la neurologie et la cardiologie. Aucune priorité n'est accordée aux patients du CHT, alors que les médecins généralistes tentent parfois de contacter leurs confrères du CHT pour transmettre les éléments cliniques.

Lors d'interventions chirurgicales, les patients hospitalisés en SSC sont accompagnés en continu par des soignants qui se relaient auprès d'eux.

9.3 LA SORTIE EST PREPAREE DES LE DEBUT DE L'HOSPITALISATION

9.3.1 Les réunions de préparation à la sortie

La réflexion concernant le processus de sortie des patients intervient dès le début de l'hospitalisation et s'organise autour de plusieurs axes selon les unités :

- une réunion pluridisciplinaire relative aux projets de sortie a lieu une fois par semaine dans l'unité C en présence du chef de service, du psychiatre du service, de l'éducatrice spécialisée, de l'assistant social et d'une infirmière. Le projet de soins et le projet social du patient sont abordés ;
- une réunion a lieu régulièrement dans l'unité B qui associe les soignants de l'intra hospitalier et de l'extrahospitalier et ont été poursuivies par téléphone durant la pandémie. L'IDE de coordination de l'intra hospitalier peut également faire le lien entre l'hôpital et les unités ambulatoires ;
- les mandataires sont associés aux projets de sortie ;
- les conseils locaux de santé mentale en place dans plusieurs communes du pôle Canet, Elne et Thuir⁵⁴ sont considérés comme un atout pour la préparation à la sortie et l'insertion des patients.

9.3.2 Les permissions de sortie

Le préfet s'oppose très rarement aux permissions de sortie, mais exige l'accompagnement de certains patients hospitalisés en SDRE (en particulier les irresponsables pénaux) lors des

⁵⁴ Ces conseils locaux de santé mentale, lieux de coordination entre les élus locaux du territoire, les services de psychiatrie publics, les usagers et les aidants ont une action qui ne se limite pas à ce pôle.

premières sorties et sollicite toujours un deuxième avis psychiatrique avant d'autoriser la levée de la mesure d'hospitalisation en SSC.

Les permissions de sortie, qui étaient mises en œuvre rapidement dans le cadre du déroulement du projet de soins et utilisées comme un outil d'évaluation clinique, ont été interrompues depuis le début de la pandémie et à nouveau mises en œuvre dix jours seulement avant la date de la visite de contrôle. Aucune permission de sortie n'a lieu depuis l'unité C (fermée).

Tableau : Nombre de permissions de sortie par type de mesure :

	2020	2021	2022 ⁵⁵
SPDT < 12h	1 352	1 731	443
SPDRE < 12h	341	533	163
SPDT <= 48h	429	136	13
SPDRE <= 48h	41	34	1
Total	2 163	2 434	620

9.3.3 Les programmes de soins

Quatre-vingt-treize programmes de soins étaient mis en œuvre pour l'ensemble des patients du département lors de la visite de contrôle, uniquement lors de leur sortie et dans le respect de l'objectif d'une alternative à l'hospitalisation.

Tableau : Nombre de programmes de soins par type de mesure sur le centre hospitalier :

	2020	2021	2022 ⁵⁶
SPDRE	47	54	17
SPDT	233	215	76
Total	280	269	93

Le collège des professionnels se réunit en général en présence du patient mais des difficultés pour le réunir physiquement ont été rapportées aux contrôleurs.

9.3.4 La levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement

La levée de la mesure d'hospitalisation des patients admis en SDRE nécessite l'accord du préfet après qu'il aura été destinataire du certificat médical attestant de l'inutilité de la poursuivre. Le préfet demande la plupart du temps un deuxième avis. Lorsque ce deuxième avis confirme le premier certificat, le préfet doit ordonner la levée de la mesure.

Les difficultés relevées concernant la préparation à la sortie sont essentiellement liées au manque de structures d'hébergement et d'accueil d'aval (l'absence notamment d'appartement thérapeutique dans le département), et à la perte du financement des

⁵⁵ A la date du 28/3/2022.

⁵⁶ A la date du 28/3/2022.

orientations vers des structures spécialisées en Belgique, à l'exception des situations de rapprochement familial.

Concernant la fin des mesures de SDDE, le directeur de l'établissement les lève dès lors qu'un certificat médical conclut l'état mental de la personne ne justifie plus le maintien en hospitalisation sans consentement. Aucune difficulté n'a pas été relevée sur ce point.

9.4 LE CONSENTEMENT DES PATIENTS EST RECHERCHE MAIS SA TRAÇABILITE N'EST PAS SYSTEMATIQUE LORS DES DIFFERENTES ETAPES DU PROJET DE SOINS INDIVIDUALISES

Les projets de soins sont abordés par les équipes quotidiennement lors des staffs et lors des réunions cliniques hebdomadaires, les patients rencontrés par les contrôleurs avaient connaissance des étapes et des objectifs de leur hospitalisation. La référence médicale est mise en œuvre dans les unités, mais pas la référence infirmière. La recherche du consentement fait partie du projet de soins individualisés mais demeure insuffisamment formalisée dans les dossiers patients.

RECOMMANDATION 29

La recherche du consentement du patient à son projet de soins individualisés doit être systématiquement tracée dans le dossier patient informatisé.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le recueil du consentement du patient aux soins est en cours de réflexion sous l'animation de la direction des soins et de la qualité. Un rappel sur la traçabilité nécessaire de la recherche de consentement du patient à son projet de soins individualisés sera réalisé à l'issue de la réflexion engagée afin d'en clarifier les modalités ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Les familles sont associées à la prise en charge, avec l'accord du patient, et sont en général reçues en sa présence.

Les soignants maîtrisent la notion de personne de confiance (PC) et abordent la question systématiquement avec le patient lors de son arrivée. Dix-huit des vingt-quatre patients en avaient désigné une au moment du contrôle dans l'unité B par exemple. Dans certaines unités, la PC est impliquée dans la prise en charge avec l'accord du patient, reçue par le médecin et les ASS notamment, et contactée téléphoniquement pour le recueil de son consentement et son accord est tracé dans le dossier. Pour exemples, lors d'un staff auquel ont assisté les contrôleurs, la programmation d'une réunion avec les PC a été discutée et la mention d'une personne sortie sans autorisation et reçue avec sa PC à son retour pour une modification de son contrat de soins a été notée. Dans d'autres unités la proportion de PC impliquée peut-être faible, du fait de sollicitations rares de l'équipe ou avec des déplacements insuffisants. Ni la PC ni les familles ne sont associées au projet de soins dans l'unité C.

RECOMMANDATION 30

Les patients de l'unité fermée doivent, comme dans les autres unités, bénéficier de l'association de leur personne de confiance et des membres familiaux choisis, à leur projet de soins individualisés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Une réflexion d'équipe est en cours pour permettre l'association systématique de la personne de confiance et des membres choisis de la famille au projet de soins individualisés du patient ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

L'organisation de la pharmacie⁵⁷ présente une automatisation complète du circuit du médicament, permet la livraison des piluliers nominatifs déjà constitués dans les unités de soins et un nombre d'erreur relevé égal à zéro, s'agissant de l'administration. Les modalités de distribution garantissent parfois la confidentialité, les patients étant reçus dans le bureau de soins porte fermée, sans faire la queue mais patientant sur des chaises ou dehors devant l'unité au niveau du poste infirmier central. En revanche, dans l'unité A, les patients attendent debout dans une file stoppée par un trait marquée au sol, la confidentialité étant ainsi mal assurée. Les patients rencontrés étaient informés de leur traitement et des effets secondaires. Des prescriptions d'injections intramusculaires « si besoin » sont réalisées.

RECOMMANDATION 31

L'administration des traitements devrait partout respecter les modalités mises en œuvre dans l'unité B, afin de garantir la confidentialité, et l'injection intramusculaire d'un traitement pharmacologique sédatif ne devrait pas être prescrite « si besoin » mais répondre à une évaluation médicale psychiatrique préalable qui en préconise la réalisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le point portant sur les prescriptions d'injection intramusculaire, si besoin, sera partagé en COMEDIMS à la rentrée de septembre 2022. Un partage des bonnes pratiques identifiées va être réalisé en 2023 à travers la prochaine journée de réflexion relative à l'isolement et à la contention. Il s'appuiera sur les observations formulées par le CGLPL lors de sa mission de contrôle de mars 2022 ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

L'équipe des pharmaciennes entretient un lien de qualité avec le personnel administratif et la communauté médicale, participe aux réunions cliniques pluriprofessionnelles des unités et s'investit tout particulièrement dans les séances d'ETP dans l'établissement.

BONNE PRATIQUE 14

L'organisation totalement automatisée du circuit du médicament, la participation de l'équipe de la pharmacie aux réunions cliniques pluriprofessionnelles des unités, et son

⁵⁷ La pharmacie de l'établissement constitue le site principal du groupement de coopération sanitaire « La Pharmacoopée ».

investissement notable dans les séances d'éducation thérapeutique, constituent une implication rarement observée au service de la qualité des soins dispensés aux patients.

L'établissement n'a pas mis en œuvre de partenariat avec des patients pairs, ni développé le recueil ambulatoire des directives anticipées incitatives en psychiatrie (à l'exception du pôle CET), qui contribueraient à la qualité de l'alliance thérapeutique des patients dans le déroulement de leurs projets de soins.

RECOMMANDATION 32

La formation spécifique et le développement de partenariat avec des patients pairs dans les unités, ainsi que la généralisation du recueil ambulatoire de directives incitatives anticipées à mettre en œuvre lors d'une hospitalisation, participeraient à la qualité de l'alliance thérapeutique des patients dans le déroulement de leurs projets de soins individualisés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Le CHT prévoit le recrutement d'un pair-aidant au sein de son centre de réhabilitation psycho-sociale grâce au financement obtenu lors de la labellisation du centre. Il est envisagé de le faire intervenir au sein des services d'hospitalisation, tant auprès des équipes que des patients. Un pair-aidant est également membre du Conseil de Surveillance du CHT depuis quelques mois. Il a apporté son témoignage sur la pair-aidance à l'occasion de la table ronde organisée en novembre 2021 pour fêter les 50 ans du CHT ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LES PERSONNES AGEES PRISES EN CHARGE AU SEIN DE L'UHPSA BENEFICIENT D'UN ACCOMPAGNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE RENFORCE PAR L'INTERVENTION D'UNE EQUIPE MOBILE

Rattaché au pôle CET, le pôle de psychiatrie du sujet âgé est composé de l'unité d'hospitalisation psychiatrie du sujet âgé (UHPSA) et de l'équipe mobile de psychogérontologie (EMPG).

L'UHPSA, qui dispose d'une capacité de vingt lits, accueille des patients de plus de 65 ans, atteints de troubles psychiques avec des comorbidités, de troubles neuropsychiques et de troubles psycho-comportementaux de la personne âgée. Trois types de séjour s'y pratiquent (le séjour de rupture, la préparation à la sortie vers une autre structure dans le cadre d'un projet individualisé et l'hospitalisation de longue durée). Aucune entrée directe ne s'effectue à partir des urgences.

10.1.1 L'organisation générale

L'unité, installée depuis le mois de juin 2021 dans un bâtiment de plain-pied, se distingue par sa luminosité, son ouverture vers l'extérieur⁵⁸, l'absence de pratiques d'isolement et de contention et par une configuration permettant une déambulation entre les deux ailes du bâtiment.



Entrée de l'UHPSA

L'entrée s'effectue par un large hall donnant sur le poste des IDE et une vaste salle équipée d'un téléviseur, distribuant deux ailes, l'une composée de la zone des bureaux, des salles d'activités et de cinq chambres réservées à des personnes stables⁵⁹, la seconde aile comprenant quinze chambres dont deux équipées pour des patients grabataires.

⁵⁸ L'unité est ouverte de 9h à 18h, le jardin est accessible de 8h à 20h ; il est demandé aux patients de réintégrer leur chambre à 23 h.

⁵⁹ La proximité de ces cinq chambres avec la zone des bureaux suppose que le patient ne soit pas particulièrement agité.



Salle à manger, salle équipée d'un téléviseur, jardin

Les chambres individuelles disposent d'un lit médicalisé et du matériel médical nécessaire à chaque patient⁶⁰.



Chambre équipée pour patient grabataire, matériel de levée, espace sanitaire

Les patients n'ont pas la clé de leur placard qui demeure le plus souvent ouvert ou, s'il est fermé, nécessite l'intervention d'un soignant pour y accéder. A la différence des autres unités du CHT, les patients de l'UHPSA ne peuvent pas s'enfermer dans leur chambre.

RECOMMANDATION 33

Les patients de l'UHPSA doivent avoir la possibilité de verrouiller leur chambre, si leur situation clinique le permet.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Le directeur des services techniques et des travaux va étudier cette possibilité en lien avec l'équipe médico-soignante (Prévoir l'installation rapide de système de fermeture sécurisée des portes des chambres des patients de l'UHPSA dont l'état clinique le permet, la demande ayant été formulée au directeur des services techniques le 29 août 2022) ».

⁶⁰ Matelas et coussins spécifiques, en propriété du CHT ou en location.

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Lors du contrôle, sept des dix-sept patients étaient accueillis en SSC. Quinze ont désigné une PC, tous sont autorisés à recevoir des visites, à téléphoner et seize peuvent conserver leur téléphone portable. Le port du pyjama est rare et ne concerne aucun patient au jour de la visite.

A l'arrivée, l'information concernant les conditions d'hospitalisation et les droits est réalisée avec la remise du livret d'accueil du CHT, complété d'un règlement intérieur spécifique à l'unité et expliqué par un soignant. En revanche, aucune information n'est délivrée quant au droit de vote et les élections présidentielle et législatives prévues au mois d'avril 2022 ne sont aucunement préparées (cf. *Recommandation 14*).

La gestion des effets personnels, des biens et du tabac est identique à celle des autres unités. Les locaux sont propres. Du linge de dépannage ainsi que des kits d'hygiène sont remis en cas de besoin. Les proches disposent d'un salon familial⁶¹ et les patients ont accès à une bibliothèque comprenant l'abonnement au journal local *L'indépendant*.

L'intimité des personnes est respectée. Si un lien affectif se noue, il est prôné de ne pas intervenir, à l'exception de comportements laissant à penser qu'un patient ne serait pas en état de consentir.

10.1.2 Les effectifs

Les effectifs sont composés de façon à proposer une prise en charge gériatrique et psychiatrique. Sont ainsi présents une psychogériatre (0,9 ETP), un psychiatre (0,2 ETP), un généraliste (0,5 ETP), une neuro psychologue (0,2 ETP), un cadre de santé, onze IDE (8,15 ETP), neuf AS, cinq ASHQ et AEQ, une ASS (0,5 ETP), un ergothérapeute (0,2 ETP), un psychomotricien (0,1 ETP), un kinésithérapeute (0,5 ETP) et une assistante médico administrative (0,5 ETP) mutualisée avec l'équipe mobile de psycho gérontologie (EMPG).

Les soignants travaillent au même rythme que dans les autres unités et, en cas d'absence, des renforts sont demandés au CHT, afin de maintenir l'effectif de fonctionnement⁶².

Outre les formations proposées par le CHT, l'unité organise, une fois par mois, une formation interne d'une heure concernant un thème lié à la psychiatrie de la personne âgée⁶³.

10.1.3 L'organisation des soins

Le projet médical daté du 25 novembre 2020 propose « *une approche globale avec prise en compte de l'aspect humain, en plus de l'aspect médical* ». Les objectifs sont de compléter l'évaluation médico psychologique, cognitive, somatique et sociale ; de définir le projet thérapeutique et l'accompagner ; de compléter l'évaluation gériatrique standardisée dont l'évaluation de l'autonomie, afin de préserver le degré d'indépendance fonctionnelle dans le cas des patients résidants en EHPAD⁶⁴ et de préserver le retour à domicile dans le cas des

⁶¹ Disponible en période de crise sanitaire liée au coronavirus de 14h30 à 17h30, pour deux créneaux de visite avec un maximum de deux visiteurs.

⁶² 2 IDE, 2 AS, 1 ASH le matin ; 2 IDE, 1AS, 1ASH l'après-midi ; 1 IDE, 1 AS la nuit.

⁶³ Pour exemples dans le projet médical : dépression de la personne âgée, prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement de la personne âgée, trouble délirant de la personne âgée, trouble anxieux.

⁶⁴ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

patients non institutionnalisés ; de faciliter l'orientation à la sortie de l'établissement avec accord avec le projet proposé et travaillé lors de l'hospitalisation, en concertation avec la famille et en partenariat avec les intervenants du réseau.

Le staff clinique hebdomadaire associe le médecin, le neuropsychologue, l'ergothérapeute, l'ASS, le cadre de santé, les IDE et l'assistant médico administratif. Un staff pharmacie hebdomadaire réunit le pharmacien avec le médecin et les IDE.

Le travail est articulé avec l'EMPG qui évalue et prend en charge les troubles psycho-comportementaux de la personne âgée à domicile et dans les EHPAD du département des Pyrénées-Orientales. L'EMPG, notamment l'IDE référente, suit la personne au sein de l'unité et, chaque semaine, l'UHPSA participe au staff de l'EMPG. Intervenant en amont, pendant et en aval des hospitalisations, ce dispositif mobile permet de détecter une situation de crise, de proposer une hospitalisation et poursuivre un accompagnement tout en aidant à la préparation à la sortie comprenant la programmation d'un suivi à domicile ou l'organisation du lien avec une structure d'accueil de type EHPAD.

BONNE PRATIQUE 15

L'équipe mobile de psycho gériatrie coopère activement avec l'UHPSA, participe au staff médical, mutualise le poste d'agent médico administratif et accompagne la préparation à la sortie.

Lorsque la personne intègre l'UHPSA depuis son domicile, une réunion avec la famille ou l'aidant est programmée pour discuter le projet et les objectifs du séjour. Si une personne ressource réside hors département, un rapprochement géographique peut être travaillé.

Lorsque la demande d'accueil vient d'une unité du CHT, le patient est invité à visiter l'UHPSA, prendre un goûter et vérifier si la prise en charge lui convient. De la même manière, avant l'intégration dans une structure de type EHPAD, plusieurs visites peuvent être programmées, afin que la personne vérifie l'adéquation de ses besoins avec la structure et prenne le temps de s'habituer aux lieux et aux personnes.

BONNE PRATIQUE 16

Le patient peut, en prévision de son intégration à l'UHPSA ou de son départ en EHPAD, aller passer quelques heures dans la structure proposée, afin de participer à un repas ou à des activités et de pouvoir ainsi émettre un avis sur le projet envisagé.

L'UHPSA ne compte pas de chambre d'isolement. Lorsqu'une « mise en sécurité » est organisée, la cheffe de service indique qu'elle est de courte durée, de l'ordre d'une demi-heure, réalisée en chambre hospitalière et qu'un soignant demeure auprès de la personne. Une chambre d'apaisement est en cours de conception et la possibilité de création d'un espace Snoezelen est en discussion.

Le projet médical promeut les thérapies non médicamenteuses telles la relaxation et le développement d'activités à visées éducatives ou de réadaptation.

Des salles d'activité permettent d'organiser des jeux et activités de motricité, d'animer un atelier de cuisine thérapeutique. Le kinésithérapeute dispose d'une salle dédiée de même que la coiffeuse et la pédicure qui interviennent une fois par mois.



Salle de motricité



Cuisine thérapeutique



Salle d'esthétique



Salle de kinésithérapie

L'équipe organise des promenades dans l'espace du CHT et accompagne des sorties pour réaliser diverses démarches administratives. Des permissions de sortir sont programmées dès que l'état clinique du patient le permet.

10.1.4 Les partenariats

Un partenariat existe avec le pôle de gériatrie du CH de Perpignan pour une hospitalisation en cas de survenue d'un problème somatique particulier ou pour une consultation mémoire, afin d'établir un diagnostic de maladie neurocognitive débutante ou de présentation atypique, ou encore en vue d'une orientation en unité cognitivo-comportementale ou en unité de soins de longue durée.

Si l'EMPG dispose de vingt-huit conventions avec des EHPAD du département, la cheffe de service de l'UHPSA indique qu'il est encore difficile de faire accueillir un public issu d'une unité psychiatrique. Les préjugés sont tenaces et les refus d'orientation fréquents.

Lors de situations complexes, l'unité fait appel à d'autres partenaires. Ainsi, l'équipe des soins palliatifs du CH de Perpignan s'est déplacée à trois reprises depuis le mois de juin 2021, notamment pour évoquer la situation d'un patient en fin de vie et d'un autre refusant

systématiquement les soins. Le CRIAVS⁶⁵ du Languedoc-Roussillon a également été sollicité afin de définir un traitement pour un patient adoptant un comportement sexuel inadapté.

10.2 LA PRISE EN CHARGE EN PEDOPSYCHIATRIE EST ADAPTEE MAIS DES MINEURS PEUVENT ETRE HOSPITALISES DANS DES UNITES POUR LES ADULTES

10.2.1 L'organisation de la pédopsychiatrie

a) Le travail en réseau

Le CHT comprend un pôle de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) organisé en deux secteurs PIJ Nord et PIJ Sud, couvrant l'ensemble du département. Les missions des deux services sont d'apporter des réponses aux besoins en termes de prévention et de soins de santé mentale pour les enfants de 0 à 12 ans (HDJ Cabestany) ou de 0 à 16 ans (CMP de Céret, Perpignan, Prades).

Le PIJ s'articule avec le Service Médico-Psychologique pour Adolescents (SMPA, dépendant du pôle santé mentale), qui assure la prise en charge des enfants résidant sur le bassin de Perpignan dès leur entrée au collège, pour l'accueil de proximité (HDJ et CATTP), et dispose par ailleurs d'une unité intersectorielle départementale d'hospitalisation à temps plein, qui accueille en théorie des enfants à partir de onze ans (parfois plus tôt en pratique).

L'hospitalisation des très jeunes enfants est réalisée en priorité au sein du service de pédiatrie du CH de Perpignan, qui dispose de vingt lits, dont six lits pour des adolescents (en crise suicidaire, notamment). L'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison facilite les relations avec le service de pédiatrie.

De plus, le SPP (*cf. Erreur ! Source du renvoi introuvable.*) réserve deux lits pour l'hospitalisation d'adolescents. Par ailleurs, l'astreinte médicale de pédopsychiatrie dans le service des urgences pédiatriques intervient les samedis, les dimanches et les jours fériés et l'astreinte de psychiatrie adulte dans le service des urgences générales et celui de pédiatrie intervient du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Le dynamisme du PIJ se traduit par le maillage du réseau territorial et des partenariats mis en place avec les secteurs associatifs, les autres hôpitaux, les cabinets médicaux spécialisés, les protections maternelles infantiles (PMI) et les institutions publiques (sociales et médico-sociales, les écoles et les crèches) et par la pluridisciplinarité des équipes (composées de psychologues, d'IDE, d'un psychomotricien, d'éducateurs, etc.) qui est permanente⁶⁶. De plus, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) facilitent les liens avec les institutions publiques et la déstigmatisation des familles.

b) Les difficultés du territoire

Les difficultés du territoire sont de deux ordres, d'une part le sous-effectif médical, d'autre part l'insuffisance des structures médico-sociales.

Les CMP, qui constituent le point d'entrée dans le dispositif avant une éventuelle orientation en HDJ ou en CATTP, sont ouverts seulement du lundi au vendredi. Seul le CMP de Céret

⁶⁵ CRIAVS : centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

⁶⁶ La fermeture des structures pendant les congés d'été et la moitié des vacances scolaires est imposée, afin de garantir la permanence de la prise en charge pluridisciplinaire.

propose des consultations sans rendez-vous (le dispositif a toutefois été suspendu pendant la période de la crise sanitaire). Le sous-effectif de médecins pédopsychiatres ne permet pas de faire évoluer les dispositifs vers une ouverture le week-end et lors de certaines soirées. Seuls 2 des 4 ETP sont pourvus dans le PIJ Nord, et 2,6 des 5 ETP dans le PIJ Sud. Les pédopsychiatres du PIJ ne participent donc aux astreintes de pédopsychiatrie que les week-ends et les jours fériés (plutôt que sept jours sur sept), depuis deux ans.

Les psychologues reçoivent les familles en première intention dans les CMP, afin de répondre à leurs besoins et d'éviter de constituer des listes d'attente, puis l'orientation vers la consultation la plus pertinente est décidée en équipe.

Par ailleurs, le département est confronté à une saturation des dispositifs médico-sociaux (disposant seulement de trois instituts médico-éducatifs) et les intégrations scolaires pour les enfants présentant un handicap psychique, en particulier les troubles du spectre autistique (TSA), sont inadaptées. Les suivis dans les CMP se prolongent donc pour ces enfants particulièrement vulnérables, afin d'éviter une rupture de prise en charge. Un projet de soins est néanmoins élaboré pour chaque enfant et un référent est désigné pour chaque famille. Par ailleurs, une équipe mobile de diagnostic précoce des TSA, localisée dans le département des Pyrénées-Orientales, est commune avec le département de l'Aude.

En outre, les deux pôles (PSM et PIJ) rencontrent des difficultés de travail partenarial avec l'aide sociale à l'enfance (ASE), malgré l'intervention d'une équipe de pédopsychiatrie de liaison dans le cadre du Réseau Ado 66. En effet, la tendance de l'ASE à se désengager de la prise en charge des enfants suivis en pédopsychiatrie est un constat partagé entre le PIJ et le SMPA. Lorsqu'un enfant est placé, le PIJ rencontre systématiquement le travailleur social référent avant de rencontrer l'enfant, pour proposer une ébauche de travail en réseau. L'ASE exerce une forte pression pour obtenir l'hospitalisation complète des adolescents qui présentent une crise clastique, ce qui complique le partenariat.

c) L'augmentation de l'activité

Le rapport d'activité de l'année 2021⁶⁷ montre que le PIJ (sur ses deux secteurs) et le SMPA pour la prise en charge des adolescents connaissent une file active en augmentation⁶⁸.

Le nombre d'actes de soins dans le pôle santé mentale au bénéfice des adolescents pour l'année 2021 a été marqué par une augmentation de 29 %, probablement liée à l'impact de la crise sanitaire sur cette population particulièrement fragile et au déménagement dans les nouveaux locaux.

Le nombre total d'actes de soins réalisés dans le pôle de pédopsychiatrie est en augmentation de 2 %. Tous les CMP connaissent une progression du nombre d'actes de soins réalisés sauf le CMP Fernand Léger à Perpignan (-3 %) et celui de Céret (-13 %).

Le PTSM de 2018-2022 prévoyait le renforcement de la prise en charge des adolescents, au regard de l'augmentation des demandes de prise en charge depuis plusieurs années, principalement appuyé sur deux projets :

⁶⁷ Rapport de gestion du CHS Thuir pour l'année 2021 (partie activité).

⁶⁸ Pour la file active du PIJ elle est de 2728 patients en 2020 pour 2818 en 2021 et pour le SMPA de 936 patients en 2020 pour 1199 en 2021.

- la création de la « maison des adolescents et des jeunes adultes⁶⁹ (MDA) », en activité au moment du contrôle, visant un public âgé de 11 à 25 ans et proposant des consultations gratuites et sans rendez-vous à Perpignan, Céret et Saint-Paul de Fenouillet, concernant toutes les thématiques intéressant le public concerné (les addictions, le logement, la sexualité, le mal-être, etc.), étant précisé qu'un psychologue du CHS intervient à la MDA dans le cadre du Réseau Ado 66 ;
- la création d'une équipe mobile de soins pour les adolescents, visant à intervenir auprès des jeunes de 11 à 17 ans scolarisés au collège ou lycée, public et privé, présentant une souffrance psychologique pour laquelle aucune démarche de soin n'est engagée, et à répondre à des situations préoccupant les professionnels de l'éducation nationale.

Cette dernière équipe n'était toujours pas mise en œuvre lors du contrôle, faute de moyens alloués (le projet étant soumis à l'ARS depuis quatre années sans résultat), alors que des IDE volontaires exerçant en CMP sont mobilisables.

RECOMMANDATION 34

Les adolescents souffrant de troubles psychiques dans le département des Pyrénées-Orientales doivent bénéficier de la mise en œuvre de l'équipe mobile de soins pour les adolescents, prévue dans le PTSM 2018-2022 et pertinente pour pallier l'insuffisance du repérage et de la prévention de la souffrance psychologique de ce public particulièrement vulnérable.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le CHT va de nouveau répondre à l'appel à projet de l'ARS pour obtenir le financement d'une équipe mobile dédiée au repérage et à la prévention de la souffrance psychologique des adolescents. Le dossier est en cours de finalisation ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Le PIJ a, par ailleurs, obtenu le financement par l'ARS, au mois de janvier 2022, en répondant à un appel à projet « 1000 premiers jours », d'une équipe mobile en périnatalité, afin de favoriser le repérage des situations de fragilité et l'accompagnement des parents en évitant les ruptures tout au long des 1000 premiers jours.

10.2.2 La prise en charge à l'unité pour adolescents La Solane

a) Les locaux

L'unité intersectorielle La Solane, auparavant située dans les locaux de l'unité accueillant les personnes âgées sur le site du CHT, a déménagé au mois de mai 2021 vers ceux d'un bâtiment neuf sur l'emprise du CH de Perpignan, au 2^{ème} étage, afin d'aborder la prise en charge des mineurs au cœur de la cité. La Solane est une unité fermée, les mineurs n'étant pas autorisés à en sortir seuls.

Le SPP est situé au même étage (cf. § 4.1), un CMP et un HDJ pour les adolescents sont situés au 3^{ème} étage du même bâtiment.

⁶⁹ Co-pilotage du Conseil Départemental et de l'Agence Régionale de Santé



*Bâtiment abritant La Solane, l'HDJ et le
CMP*



Vue de la salle de vie

La partie hébergement comprend deux zones (deux couloirs) de huit lits chacune dans la perspective de l'ouverture d'une unité pour adolescents et jeunes adultes de 16 à 20 ans⁷⁰. Des salles d'activités et une cuisine thérapeutique situées au 3^{ème} étage sont partagées avec l'HDJ. Les patients s'y rendent accompagnés d'un soignant. La Solane dispose notamment de deux salles d'activités, d'un salon de télévision, d'un réfectoire (cf. c) pour les autres lieux).



Salle d'activité



Salon TV



Terrasse

La terrasse est accessible de façon continue jusqu'à 21h45 la semaine et les dimanches et jusqu'à 22h30 les vendredis et les samedis et veilles de jours fériés.

Les seize chambres individuelles sont de superficie identique, lumineuses, très propres, équipées d'un lit, d'une table de chevet mobile, d'une chaise et d'une table, d'un placard spacieux muni d'un coffre à code pour les objets de valeur, et d'une salle de douche individuelle à l'italienne avec WC. Les mineurs doivent solliciter les soignants pour la fermeture à clé du placard. Les portes des chambres sont pleines et équipées d'un verrou de confort permettant de préserver l'intimité des mineurs.

⁷⁰ La tranche d'âge n'est pas stabilisée.



Chambre



Placard



Salle de douche

Les chambres sont munies de trois boutons d'appel (un près du lit, un près de la porte et un dans la salle de douche) et les portes sont équipées d'un système d'alerte en cas d'ouverture la nuit. Un système de détection de présence dans les couloirs déclenche la lumière électrique le soir et la nuit facilitant la surveillance par l'équipe de nuit.

b) La prise en charge

i) L'activité

La Solane a vocation à accueillir des mineurs âgés de 12 à 16 ans, mais prend en charge en pratique des enfants à partir de 8 ans. Les patients présentent des situations complexes sur les plans sociaux, familiaux et scolaires. Au moment du contrôle, cinq patients âgés entre 12 ans et 16 ans étaient hospitalisés.

La durée moyenne de séjour varie entre 15 et 21 jours. Les hospitalisations plus longues sont souvent en lien avec l'impossibilité pour le mineur de retourner en famille ou dans le lieu de placement initial, et la nécessité de rechercher une structure d'accueil adaptée. Les patients sont principalement orientés par les urgences psychiatriques et les CMP en urgence ou pour des hospitalisations programmées.

Soixante-huit mineurs ont été hospitalisés en SL, dont soixante-cinq âgés de moins de 16 ans, pendant l'année 2020 ; deux mineurs l'ont été en SDRE et quatre-vingt-un en SL, dont quatre-vingt âgés de moins de 16 ans, pendant 2021 ; et vingt-cinq mineurs l'ont été en SL dont vingt-trois ont moins de 16 ans, depuis le 1^{er} janvier 2022.

Des accueils séquentiels peuvent être organisés, d'une durée comprise entre trois et six semaines.

Le SPP, qui réserve en théorie deux lits pour les adolescents, a accueilli près de 50 % de mineurs en grande souffrance psychique (notamment en lien avec des problématiques de déscolarisation), pendant la période de la crise sanitaire.

ii) L'équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluridisciplinaire est composée de 10,6 ETP d'IDE, 6 ETP d'AS, 3 ETP d'éducateurs, 5 ETP d'ASH et 1 ETP de CS. Certains professionnels de l'HDJ interviennent également à La Solane (deux assistantes de service social, un enseignant détaché de l'éducation nationale, un psychologue, deux psychomotriciens, trois médecins pédopsychiatres). Le chef de service du SPP assure aussi l'intérim de la chefferie de la Solane, depuis le décès de son responsable, au début de l'année 2022.

L'équipe de nuit est composée de deux IDE (dont un intervient dans tout le bâtiment) et d'un AS⁷¹. La permanence des soins est assurée la nuit et le week-end par une astreinte médicale qui se déplace en cas d'urgence.

Un médecin généraliste intervient les mercredis après-midi et les vendredis matin pour garantir l'accès aux soins somatiques. En cas d'urgence en dehors de ces créneaux horaires de consultation, le mineur est accompagné par un soignant au service des urgences pédiatriques. Les transmissions des IDE ont lieu entre 6h45 et 7h00, 13h30 et 14h30, 21h et 21h15. Des staffs médicaux se tiennent tous les matins de la semaine, afin de faire le point sur la situation de chaque patient.

iii) L'admission

Lorsque l'hospitalisation est programmée, le mineur et les titulaires de l'autorité parentale sont reçus dans le cadre d'un entretien de pré admission à l'HDJ, une semaine avant la date de l'admission, et une visite de l'unité est organisée.

Lorsque le mineur est hospitalisé depuis un service des urgences, les titulaires de l'autorité parentale sont invités à se présenter avant le transfert, pour la signature des documents administratifs.

Un défaut d'homogénéité des documents remis aux titulaires de l'autorité parentale à l'admission à La Solane et dans les unités pour adultes a été constaté.

La CSS est engagée dans un travail d'actualisation des documents mais se heurte à la vacance de poste au sein de la cellule juridique du CHT. Des documents différents concernant les autorisations parentales devraient être remis en fonction de l'âge de l'enfant (moins et plus de 16 ans).

Le règlement intérieur, qui énonce les principales règles de vie présentées sur une feuille A4 recto verso en noir et blanc, est remis au mineur mais, bien que lisible, n'est pas adapté au jeune public. De plus, une autorisation préalable de placement en CI et/ou sous contention est soumise à la signature des parents. Or ce document n'a aucune valeur juridique, et la législation actuelle⁷² ne permet pas d'isoler un mineur en soins libres.

RECOMMANDATION 35

Les documents relatifs à l'admission du mineur, à son hospitalisation et aux autorisations parentales doivent être actualisés et la présentation du livret d'accueil remis au mineur hospitalisé doit être adaptée au jeune public.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, fait valoir : « Un travail d'harmonisation des pratiques a été réalisé et un nouveau support dédié à l'admission des

⁷¹ L'équipe est composée de deux AS et de deux IDE, dont le service est organisé en petite semaine et grande semaine.

⁷² Article L3222-5-1 alinéa 1 du I : « I. L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical. »

mineurs a été diffusé le 11 août 2022 (communiqué dans le courrier contradictoire). La présentation du livret d'accueil remis au mineur hospitalisé sera adaptée, en lien avec la CDU et les équipes de pédopsychiatrie et des adolescents ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

A l'arrivée, une période de quarante-huit heures pendant laquelle aucun contact avec l'extérieur n'est autorisé, permet au mineur de se poser, de s'intégrer au groupe et d'exprimer ses attentes quant aux objectifs de l'hospitalisation.

Une autorisation parentale est nécessaire pour la consommation de tabac qui est limitée à quatre cigarettes par jour sans individualisation.

RECOMMANDATION 36

Les restrictions relatives à l'utilisation du tabac doivent être justifiées par la situation clinique de l'enfant et une action d'éducation thérapeutique doit être proposée aux mineurs dans le cadre d'un sevrage ou d'une réduction de sa consommation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le nouveau protocole d'admission des mineurs permettra de mettre fin à cette pratique spécifique à l'unité d'hospitalisation pour adolescents. Il a été diffusé à l'ensemble de la communauté hospitalière le 11 août 2022 ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Un inventaire contradictoire des effets est effectué, signé par le mineur et le soignant (sans remise de copie) et les objets dangereux (les rasoirs, les ciseaux, les aérosols inflammables, les briquets...), ainsi que les chargeurs de batteries sont retirés systématiquement, le retrait éventuel d'autres objets étant individualisé.

Les téléphones portables ne sont autorisés que pendant les temps en chambre de 9h30 à 10h30, quinze minutes avant le déjeuner et le dîner, et sont remis sans carte SIM (confiée aux parents). Les appels téléphoniques sont systématiquement médiatisés.

RECO PRISE EN COMPTE 10

La médiatisation des appels téléphoniques des mineurs ne doit pas être systématique mais mise en œuvre uniquement si leur sécurité psychologique n'est pas assurée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « La gestion des appels téléphoniques sera désormais discutée le matin au cours du staff ce qui permettra une réévaluation en fonction de l'état clinique de l'adolescent ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

iv) L'organisation de la prise en charge

L'emploi du temps, individualisé pour chaque mineur en fonction de ses besoins et de ses appétences, selon des consignes médicales, est affiché dans la salle de vie centrale (la réunion staff tous les matins de 9h15 à 9h45, la visite médicale à 9h45, le temps en chambre après les activités du matin de 11h45 à 12h, le déjeuner de 12h à 13h30, le deuxième temps en chambre de 13h30 à 14h30 avant la reprise des activités, le goûter à 16h30, le troisième temps en

chambre de 19h45 à 19h, le dîner, le coucher à 21h45 en semaine et le dimanche et à 23h30 les vendredi et samedi et les veilles de jour férié).

Chaque jour de la semaine, de nombreuses activités sont proposées, notamment, l'atelier cuisine, la pâtisserie, les activités physiques et de relaxation, les sorties à l'extérieur, l'équithérapie, les activités ludiques, la psychomotricité, les ateliers créatifs.

Une réunion hebdomadaire d'une demi-heure dénommée « Vie à La Solane » permet aux mineurs de s'exprimer sur les questions relatives à la vie du groupe, en présence de soignants.

Les mineurs bénéficient, comme les adultes, de séances d'équithérapies et les mercredis après-midi de séances de sport animées par un éducateur sportif au sein du gymnase du CHT.

Les activités à l'extérieur sont limitées lors du contrôle car la crise sanitaire n'a pas permis de diversifier l'offre dans le cadre d'un réseau partenarial encore en construction, notamment avec la mairie de Perpignan.

La Solane ne peut pas solliciter l'intervention de l'équipe Escape (cf. 3.2) pour les adolescents suivis en raison de sa sectorisation, mais la contacte si nécessaire, afin de permettre le recensement des besoins sur le département.

La dispensation des traitements est réalisée dans le poste de soins de manière individuelle et la porte fermée, dans le respect de la confidentialité. Les relations avec la pharmacie du CHT sont de bonne qualité.

Les sorties sont autorisées le week-end selon une consigne médicale. Les jeunes patients rencontrent leurs parents dans le cadre d'entretiens thérapeutiques médiatisés dans le service et lors des autorisations de sortie. Des sorties à la journée peuvent également être autorisées, sur consigne médicale, avec les membres de la famille ou un soignant.

c) La gestion des émotions et de la crise

Un document nommé « *Recueil des émotions et de leurs gestions* » est remis au mineur lors de son arrivée, articulé autour de trois questions afin d'adapter au mieux les réponses à ses difficultés dans la gestion de ses émotions : « *quelles sont les émotions et/ou les situations qui peuvent te faire perdre ton calme ou te perturber ?* », « *que fais-tu quand tu es perturbé ?* », « *si tu n'arrives pas à retrouver ton calme par toi-même, par quels moyens veux-tu qu'on t'aide à t'apaiser ?* ».

La Solane est dotée de trois lieux distincts de gestion des émotions et de la crise. La salle d'apaisement est utilisée, à la demande du mineur ou de l'équipe, pour la gestion de la montée en tension. La salle de décharge, utilisée selon un protocole interne garantissant l'harmonisation des pratiques, a été aménagée pour permettre la canalisation des pulsions de passage à l'acte dans un cadre rassurant et contenant, est proposée par un IDE mais peut être sollicitée par le patient, l'IDE en validant la nécessité thérapeutique. Son utilisation dure 15 min (10 min de décharge et 5 de portage, soit de repos sur un matelas), puis le mineur est raccompagné en chambre pour un temps de transition d'une durée de 15 min, favorisant la verbalisation des affects et des ressentis avant son retour dans le service. La salle de décharge peut être proposée en alternative à l'isolement, aux patients se trouvant en CI, ainsi qu'à ceux suivis à l'HDJ lors d'une consultation.

BONNE PRATIQUE 17

La salle d'apaisement et la salle de décharge constituent des alternatives pertinentes au placement des mineurs en chambre d'isolement.



Salle d'apaisement



Salle de décharge



Chambre d'isolement

La Solane dispose également de deux CI (une dans chaque zone d'hébergement) distribuées par un sas et équipées d'un épais matelas de mousse, d'un bouton d'appel, de portes munies d'un hublot, d'une salle de douche à l'italienne attenante avec un WC et un lavabo en inox qui jouxte la CI. Une horloge à aiguilles présente dans le placard de rangement situé dans le sas n'est pas installée, ce qui est regrettable, le mineur isolé devant avoir accès à un repère temporel (date et heure). Les CI sont équipées d'une caméra, alors qu'il a été indiqué aux contrôleurs que la surveillance humaine était constante (cf. § sur les CI et reco sur leur équipement).

Certains professionnels ont indiqué ne pas pratiquer d'enfermement en chambre hôtelière mais le règlement intérieur précise que « *l'isolement en chambre d'hospitalisation peut s'avérer nécessaire en cas de mise en danger des autres ou de soi-même* ». Les données communiquées par le DIM révèlent un enfermement en chambre hôtelière, quatre « mises en sécurité » au cours de l'année 2020 et six en 2021.

Les mesures d'isolement et de contention sont exceptionnelles selon les informations recueillies et les données du registre.

Les décisions d'isolement ont concerné dix mineurs (pour une file active de 68) pendant l'année 2020 et six mineurs (pour une file active de 83) pendant 2021. Leurs durées ont varié de quelques heures à toute une nuit. L'examen des données a révélé l'isolement de cinq mineurs en 2021 hospitalisés en SL, ce que la législation actuelle proscriit.

Une décision de contention a été prise pour un mineur (FA de 68 mineurs) au cours de l'année 2020 et huit pour deux mineurs (FA de 83 mineurs) en 2021.

Les mineurs isolés ne sont pas contraints au port du pyjama institutionnel, dont le service n'est d'ailleurs pas doté.

Les titulaires de l'autorité parentale sont immédiatement informés de la mesure.

RECOMMANDATION 37

L'isolement d'un mineur, hors SPDRE, est actuellement proscrit par la législation. L'enfermement d'un mineur dans un espace non dédié est une mesure d'isolement qui doit être tracée dans le registre de l'isolement et qui est soumis aux mêmes règles de renouvellement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Dans l'attente de l'ouverture des 8 lits du Pôle Santé Mentale dédiés à la prise en soins des mineurs de seize/dix-huit ans, les adolescents de cette tranche d'âge sont hospitalisés en unité de psychiatrie pour adultes. Les unités d'admission accueillant des patients en crise, une mise en sécurité des mineurs est souvent prescrite pour protéger les seize/dix-huit ans hospitalisés en unité adultes. Cette pratique cessera dès que les moyens nécessaires pourront faire l'objet d'un financement et que l'unité dédiée sera alors mise en service ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Si les titulaires de l'autorité parentale s'opposent à une mise en isolement, le mineur est placé en « chambre blanche », soit dans sa chambre d'hospitalisation vidée de ses meubles sans être enfermé, dans la mesure où la présence des soignants est permanente.

Enfin, l'organisation du service permet la présence d'un éducateur jusqu'à 18 heures et d'un deuxième jusqu'à 21 heures, afin de contribuer à l'apaisement des périodes anxiogènes que constituent les débuts de soirée.

10.2.3 La prise en charge en unité pour adultes

Comme constaté lors de la première visite de l'année 2011, des mineurs âgés de 16 ans et plus sont hospitalisés au sein des unités pour adultes. Ce type de prise en charge est inadapté pour les patients et met en difficulté les équipes. Dans certaines unités, des mises en sécurité (enfermement en chambre des mineurs) sont systématiques au nom de leur protection (cf. 7.3.4).

Depuis l'année 2020, neuf mineurs ont été hospitalisés en SDRE (dont deux à La Solane). Un mineur de moins de 16 ans et soixante-trois mineurs de 16 ans et plus, dont quarante-deux au SPP, ont été hospitalisés en unités pour adultes pendant l'année 2020.

Neuf mineurs âgés de moins de 16 ans ont été hospitalisés en unités pour adultes, dont quatre au SPP, et soixante-dix-huit mineurs âgés d'au moins 16 ans, dont cinquante-cinq au SPP, pendant 2021. Enfin, deux mineurs âgés de moins de moins de 16 ans ont été hospitalisés en unités pour adultes et neuf de plus de 16 ans, depuis le début de l'année 2022.

Les mineurs de 16 à 18 ans peuvent par ailleurs être transférés depuis les urgences pédiatriques vers les urgences générales, en fonction des pathologies et de l'état clinique.

40% des patients hospitalisés au SPP pendant l'année 2021 étant âgés entre 16 et 21 ans, l'ouverture des huit lits réservés à l'hospitalisation de patients âgés de 16 à 20 ans paraît être une priorité, dont la responsabilité incombe aux autorités de tutelle. Le SMPA a évoqué des besoins supplémentaires de ressources humaines (8 ETP d'IDE supplémentaires, 2 ETP d'éducateurs et 2 ETP d'AS), pour ce faire.

RECOMMANDATION 38

Un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes. L'unité pour adolescents et jeunes adultes doit impérativement ouvrir, afin de garantir la prise en charge adaptée et spécifique de ce public vulnérable.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « L'ouverture des huit lits dédiés à l'hospitalisation des mineurs de seize à dix-huit ans nécessite un financement spécifique conséquent (équipe dédiée) et un renforcement des effectifs médicaux, nettement insuffisant à ce jour. Cela reste néanmoins une priorité de l'établissement régulièrement partagée avec l'ARS Occitanie ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Par ailleurs, la reprise des réunions d'un groupe de transition (deux en 2021) associant les pôles de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie a été annoncée aux contrôleurs, afin de faciliter le transfert des jeunes patients entre les deux pôles et d'éviter les ruptures de leur prise en charge.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, ajoute : « La prochaine réunion est fixée au 20 septembre 2022 ».

10.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS PORTE ATTEINTE A LEUR DIGNITE ET NE GARANTIT PAS LE RESPECT DE LEURS DROITS FONDAMENTAUX

Les personnes détenues sont admises au CHT en SDRE, au titre de l'article L.3214-3 du code de la santé publique (CSP) et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale (CPP). Elles proviennent toutes du centre pénitentiaire (CP) de Perpignan. Le nombre d'hospitalisations au CHT s'élève à 24 pour l'année 2020, 12 pour 2021 et 7 jusqu'au jour de la visite de 2022.

A ce jour, la prise en charge des personnes détenues est prévue dans le protocole cadre établi entre le CP de Perpignan, le CH de Perpignan et le CHT signé le 1^{er} juillet 2021 mais rien n'est précisé concernant le transport des personnes détenues et leurs modalités d'hospitalisation au CHT.

Le circuit de leur admission implique la mise en relation des médecins du SMPR⁷³ avec ceux de l'unité C, pour la transmission des éléments de l'état clinique de la personne, avant son accueil dans cette unité, exclusivement.

10.3.1 Le transport et l'admission des patients

Le CS de l'unité C prévoit un équipage composé de deux soignants et d'un ambulancier qui va chercher le patient détenu au CP, afin d'accompagner son acheminement vers l'hôpital. Le patient-détenu, autorisé à emporter des effets personnels (des vêtements, des cigarettes), est ensuite installé dans l'ambulance sur le brancard, et systématiquement soumis à une contention, même en l'absence de tout état d'agitation, pour la totalité du trajet d'une vingtaine de kilomètres. Les soignants ont rapporté l'impossibilité d'obtenir une escorte de police pour sécuriser le transport, en raison du manque d'effectif des forces de l'ordre.

⁷³ Service médico psychologique régional : il s'agit d'une unité de soin en santé mentale de l'hôpital, délocalisée au sein de l'établissement pénitentiaire.

L'objectif de sécurité affiché par les professionnels de santé, qui craignent un risque d'évasion, constitue un détournement du cadre légal de l'exercice de la mesure de contention.

RECOMMANDATION 39

La mise sous contention systématique, pour des raisons sécuritaires, d'un patient détenu, lors de son transport entre le centre pénitentiaire de Perpignan et le centre hospitalier de Thuir est attentatoire à sa dignité, ne respecte pas les dispositions légales et doit cesser sans délai.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « La nomination imminente de référents isolement et contention (médecin et IDE) grâce au financement dédié obtenu de la part de l'ARS Occitanie, permettra l'accompagnement renforcé des équipes et l'amélioration des pratiques en la matière ».

Le préfet, dans sa réponse contradictoire, développe et précise : « Il s'agit d'un sujet de difficulté récurrent faisant intervenir le CHT (unité adaptée), le centre pénitentiaire de Perpignan et les forces de sécurité intérieure (gendarmerie) qui a donné lieu à deux réunions tenues les 19 juin 2019 et 11 juin 2020, à des saisines du ministère de l'intérieur (DLPAJ) et à une lettre adressée aux ministères de la Justice et des Solidarités et de la Santé le 28 juillet 2020.

L'article L. 3214-1 du code de la santé publique (CSP) dispose que les personnes détenues souffrant de troubles mentaux rendant impossible leur consentement sont hospitalisées dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 32221 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée. Par ailleurs, toutes les dispositions réglementaires du CSP relatives aux soins sans consentement des détenus font référence pour l'accueil, la garde, le séjour, le transfert et escorte aux seules UHSA. Le CSP pose ainsi le principe d'une hospitalisation en UHSA. Ce principe est repris par la circulaire santé justice intérieur du 18 mars 2011, ainsi que dans le guide de prise en charge des personnes placées sous main de justice élaboré par le ministère de la justice.

Ce principe pose un problème : le manque de place en UHSA. En 2012, le territoire national comptait 9 UHSA totalisant 440 places ce qui est insuffisant compte tenu de la demande.

Le CHT, unité adaptée, peut accueillir un maximum de trois détenus de manière simultanée. Ces détenus qui, outre des problèmes psychiatriques, présentent par ailleurs d'autres pathologies, nécessitent bien souvent des soins somatiques en centre hospitalier. Compte tenu des difficultés rencontrées en 2019 lors des transferts entre le CHT et le CH de Perpignan en termes notamment d'escorte, il a été décidé lors de la réunion du 19 juin 2019 de n'accueillir au CHT que les détenus ne présentant pas de caractère de dangerosité attesté par le centre pénitentiaire.

En ce qui concerne l'escorte, le code de la santé publique, lorsqu'il aborde l'escorte dans sa partie réglementaire, ne le fait que sous l'angle d'une admission en UHSA. Il est muet sur le sujet s'agissant d'une admission en unité adaptée, telle que le CHT. Sur ce point, lors de la réunion du 19 juin 2019, le colonel commandant le groupement de gendarmerie départementale (seule concernée) a clairement fait part de son refus d'assurer une escorte systématique des détenus, comme c'était le cas auparavant, entre le CP, le CHT et le CH de Perpignan. Il a prôné une application stricte des dispositions du code de la santé publique applicables aux soins en UHSA à savoir que le transport sera réalisé par une escorte pénitentiaire :

- pour les transports entre le CP, l'UHSA (donc unité adaptée) et l'établissement de santé pour soins somatiques ;
- avec un renfort des forces de sécurité intérieure (FSI) s'il s'agit d'un détenu particulièrement signalé ;
- avec l'appui des FSI, décidé conjointement par la direction de l'administration pénitentiaire et les directions générales de la police et de la gendarmerie nationales, s'il s'agit d'un détenu présentant un risque d'atteinte très grave à l'ordre public, identifié par les FSI, à titre exceptionnel.

L'absence d'UHSA dans le département, le manque de place dans les UHSA, le statut d'unité adaptée du CHT et le cadre légal font que le directeur du CP ne met pas en place des escortes assurées par du personnel pénitentiaire lorsqu'elles lui sont demandées par le CT.

Sur ce point, la direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ), lorsque nous l'avons saisie du problème en 2019, avait considéré que les dispositions du CSP applicables aux UHSA en matière d'escorte était tout à fait déclinables aux unités adaptées.

Il a donc été nécessaire de rappeler au directeur du CP qu'il doit assurer l'escorte des détenus et que ses refus ont conduit le préfet à refuser l'hospitalisation au CHT des patients les plus dangereux au profit de l'UHSA.

C'est dans ce contexte bien particulier que vos collaborateurs ont effectué les constatations objet de la recommandation n° 50.

Cette problématique risque de s'accroître avec la construction, à Perpignan, d'ici à 2027, d'une maison d'arrêt de 500 places dans le cadre du plan de l'immobilier pénitentiaire. La localisation d'une UHSA dans les Pyrénées-Orientales me paraissait donc prioritaire. Cependant le directeur général de l'ARS Occitanie m'a indiqué que celle-ci sera construite à Montpellier ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

10.3.2 Les modalités d'hospitalisation

Lors de la visite des contrôleurs, un patient détenu était hospitalisé dans la CI de l'unité C.

Dans le document intitulé « logigramme admission via le SMPR », la procédure relative au circuit des admissions précise que : « le patient est installé dans une chambre d'isolement pour un temps d'observation de 24 heures minimum (à l'issue de laquelle il pourra réintégrer une chambre normale) ». Or dans la pratique, le patient détenu effectue l'intégralité de son temps d'hospitalisation en CI.

RECOMMANDATION 40

Le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée, autrement que par son état clinique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, réitère : « La nomination imminente de référents isolement et contention (médecin et IDE) grâce au financement dédié obtenu de la part de l'ARS Occitanie, permettra l'accompagnement renforcé des équipes et l'amélioration des pratiques en la matière ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

L'envoi d'un mail contenant la fiche pénale par le bureau des placements au médecin référent et au CS de l'unité C a été rapporté aux contrôleurs, alors que ces soignants ne sont pas habilités à connaître le motif de l'incarcération du patient. L'envoi au médecin et au cadre de la fiche d'escorte permettrait à ces derniers de connaître les risques inhérents au patient détenu, sans être avisé de la ou des infractions pour lesquelles le patient détenu est prévenu ou condamné.

RECO PRISE EN COMPTE 11

L'infraction à l'origine de l'incarcération du patient détenu est une information confidentielle qui ne doit pas être portée à la connaissance du personnel du centre hospitalier. Seules les informations relatives au degré de risque inhérent à la personne détenue doivent être partagées entre les administrations pénitentiaire et hospitalière.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, fait valoir : « La recommandation est prise en compte et appliquée depuis le 8 août 2022 comme en atteste la consigne transmise par le directeur des affaires financières et de l'activité hospitalière, en charge du service des soins sans consentement (jointe au courrier contradictoire). Il convient de préciser que l'ARS Occitanie demande systématiquement la fiche pénale pour préparer l'arrêt préfectoral ».

Le CGLPL considère sa recommandation prise en compte.

Le document intitulé « logigramme admission via le SMPR » indique par ailleurs qu'une fiche d'autorisation des appels téléphoniques est faxée à l'unité C par l'équipe du SMPR, alors que la pratique révèle le contraire, le patient détenu n'étant jamais autorisé à appeler à ses proches. L'interdiction des visites, également précisée dans le document, est respectée mais porte atteinte aux droits fondamentaux, privant la personne de la jouissance des mêmes droits qu'au sein de l'établissement pénitentiaire.

RECOMMANDATION 41

Tout patient détenu hospitalisé doit bénéficier du maintien de l'exercice des droits dont il jouit au centre pénitentiaire, s'agissant des visites, du téléphone et du courrier, même si la durée d'hospitalisation est courte, afin de permettre le maintien de ses liens familiaux. Les modalités d'application de la loi (articles 35, 39 et 40 de la loi pénitentiaire du 24 novembre

2009) doivent être intégrées dans un nouveau protocole, impliquant les différentes institutions qui interviennent dans ce processus.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Une réflexion de l'équipe va être menée à la rentrée afin d'adapter les modalités de prise en charge dans le strict respect des droits du patient détenu. Une procédure spécifique sera établie en ce sens. Par ailleurs, un groupe de travail, en lien avec le SMPR, sera mis en place dès le mois de septembre 2022. Il sera animé par la cadre supérieure du pôle Perpignan et par le psychiatre responsable de l'unité fermée ».

Le CGLPL maintient sa recommandation.

Des « bons de cantinage » peuvent être renseignés par le patient détenu, permettant au SMPR de lui procurer des cigarettes en 48 heures, avec l'accord de l'administration pénitentiaire.

BONNE PRATIQUE 18

La mise en œuvre de « bons de cantinage », permettant au patient détenu de pouvoir se procurer des cigarettes durant son séjour à l'hôpital, lui évite un sevrage qu'il n'a pas sollicité.

Lors de son admission, le patient détenu doit se défaire de sa tenue civile, qui est rangée dans une armoire fermée à clefs du sas de la CI, pour revêtir le pyjama institutionnel. Le patient détenu n'a aucun contact avec les autres, ne peut participer à aucune activité mais peut se rendre dans la cour des CI, selon l'autorisation du psychiatre.

Lors de sa sortie, le patient peut être transféré vers l'UHSA, dont les agents assurent l'accompagnement (un patient en 2020, aucun en 2021 ni en 2022 au jour de la visite), ou être reconduit au CP par les agents pénitentiaires.

10.4 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME EST PARTICULIEREMENT RENFORCEE

L'unité intersectorielle des Campilles, créée en 1997, est la seule structure sanitaire à prendre les patients adultes atteints de troubles du spectre de l'autisme (TSA) déficitaires pouvant présenter des difficultés de comportement. Le dispositif intéresse l'ensemble de la population du département des Pyrénées-Orientales. Lors de la visite des contrôleurs, l'admission au sein des Campilles se faisait *via* le CMP implanté à l'entrée de l'unité qui dispose de bureaux de consultation. Outre le psychiatre, un infirmier y reçoit les patients pour une évaluation et les oriente vers un suivi ambulatoire ou avec une équipe mobile (composée de quatre IDE et d'un CS) ou vers une hospitalisation en cas de besoin. Les personnes peuvent être adressées par le secteur médico-social ou sanitaire ou par les familles. Le projet d'implantation d'un hôpital de jour sur le même site était en cours de formalisation.

10.4.1 Les locaux

Le service dispose de seize chambres partagées en deux ailes de capacité identique. L'une est dite « test » et accueille plutôt de jeunes patients, la seconde accueille des patients vieillissants, dont l'orientation dans une autre structure n'est pas envisageable. Aucune chambre d'isolement n'y est aménagée mais une chambre d'apaisement était occupée par un patient depuis la veille lors de la visite. Un diagnostic architectural a été réalisé et a donné lieu

à des modifications des locaux, notamment s'agissant des couleurs, auxquelles ces patients sont très sensibles, et des régulateurs de lumière. Un placard fermant à clé est aménagé dans chaque chambre ; les patients ne disposent cependant pas de la clé.

10.4.2 Le personnel en intra et extrahospitalier

L'unité, dont le médecin référent est aussi la présidente de la CME, est dotée de moyens en personnel importants en raison de la complexité de la pathologie des patients hospitalisés.

Pour un total de 56,5 ETP, trois CS encadrent vingt IDE, vingt AS, onze ASH, un moniteur d'atelier, un moniteur éducateur, un éducateur et un assistant administratif. L'équipe ne bénéficie cependant que d'un mi-temps d'assistante de service social et d'un mi-temps de psychologue, trop limités selon les propos recueillis pour l'ensemble de l'hospitalisation complète, du CMP et de l'hôpital de jour.

Un IDE et un AS assurent une présence en matinée dans chaque aile ; la même composition est organisée l'après-midi et un IDE et un AS sont mobilisés en journée. L'équipe de nuit est spécifique et comprend un IDE et un AS. Chaque patient dispose d'un binôme de référence composé d'un IDE et un AS.

Un médecin généraliste intervient à mi-temps, tous les après-midis.

Les patients ont accès à la plate-forme médicotechnique (cf. 9.2).

10.4.3 Les personnes accueillies

Les personnes accueillies, uniquement en SL, sont des patients autistes âgées au minimum de 16 ans, ayant été diagnostiqués de manière tardive. Peu d'entre eux ont accès à la communication verbale. Par ailleurs, ils présentent des altérations des perceptions sensorielles engendrant divers troubles.

L'âge moyen était de 36 ans pendant l'année 2021. La durée de séjour est supérieure à deux ans.

Lors de la visite des contrôleurs, quinze patients étaient présents dont onze hommes et quatre femmes. Le plus jeune avait dix-neuf ans, le plus âgé soixante-trois ans. Tous bénéficiaient d'une mesure de protection. L'un des patients était hospitalisé depuis le mois de décembre 1997, soit depuis vingt-quatre ans.

10.4.4 Les modalités de prise en charge

L'équipe a connu une phase d'audit pendant l'année 2019, qui a permis aux professionnels une remise en question, s'agissant de l'accompagnement des personnes autistes au centre du parcours personnalisé de la personne.

Tous les professionnels des Campilles ont bénéficié, au cours de l'année 2020, des mêmes formations de sensibilisation pour avoir une vision et des connaissances partagées sur la personne autiste. Des formations spécifiques ont été suivies au cours de l'année 2020 (l'autisme, le handicap et la sexualité, l'immersion dans la pensée autistique, mieux communiquer pour mieux travailler ensemble, les particularités sensorielles de l'autisme, l'approche cohérente des troubles du comportement des personnes autistes). L'équipe a ainsi pris du recul s'agissant de ses pratiques.

Le projet de soins 2021-2025, issu de cet audit, doit permettre un travail de changement des pratiques, au bénéfice d'une prise en charge cohérente et bienveillante de la personne autiste.

L'objectif est de travailler le parcours de la personne autiste pour éviter les ruptures dans le parcours d'accompagnement.

Le parcours personnalisé, construit en trois étapes, consiste à soutenir les capacités à développer une forme d'autonomie dans le quotidien. Chaque patient dispose de deux référents qui construisent et enrichissent une fiche dont l'objectif, après avoir décrit les particularités du patient, consiste à lister les actions à mener dans son quotidien et les comportements à adopter avec lui. Un paragraphe relatif aux comportements difficiles avec des « trucs et des astuces » pour les gérer y prend une place importante. Par ailleurs, un guide d'accompagnement a été établi, qui recense à chaque moment de la journée, les habitudes, les plaisirs, les habiletés, les comportements observés la nuit et lors des sorties.

Les temps d'échanges sont privilégiés pour que l'évaluation de chaque situation bénéficie des regards croisés de chaque catégorie de professionnels. Les tuteurs, avec lesquels le lien est maintenu par l'assistante de service social, sont invités aux synthèses.

La déclaration d'EI est pratiquée dans cette unité mais certains des soignants rencontrés estiment que les agressions physiques relèvent de la pathologie de ces patients et parfois d'un moyen de communication. Une AS est en invalidité à la suite d'une agression particulièrement violente, il y a plusieurs années.

10.4.5 Les restrictions de liberté

Dans cette unité très spécifique, la circulation s'effectue distinctement dans chaque aile et pour certains accompagnée. Les rythmes ne sont pas imposés. Aucun patient ne portait de pyjama. Tous pouvaient bénéficier de sorties accompagnées. L'accès au jardin est possible en journée, excepté les jours de pluie. La question du tabac ne se pose pas, aucun des patients n'est fumeur. Le téléphone est autorisé mais aucun des patients ne dispose d'un téléphone portable. La sexualité est évoquée et des pratiques individuelles sont admises à condition qu'elles ne s'exercent pas en public. Les familles se présentent peu mais téléphonent (quatre familles des huit patients de l'aile « test » se déplacent ; chez les plus âgés, on note moins de visites et trois des patients en sont dépourvus).

Il n'existe pas de pratique d'isolement mais la mise en œuvre d'une chambre d'apaisement permet aux soignants, après la réalisation de tentatives d'entretiens et d'apaisement en chambre, de permettre un calme qui n'est pas possible au sein de l'unité.

10.4.6 Les activités proposées

Les patients bénéficient d'une salle de télévision mais ne disposent pas de la télécommande. Sont diffusés essentiellement ce qu'ils aiment, des dessins animés.

Des activités thérapeutiques sont organisées de manière régulière, soutenues par un budget conséquent. A l'interne, les activités sont centrées autour de la relaxation, de bains thérapeutiques, de jeux de motricité, du dessin et d'un atelier cuisine pour certains avec la réalisation des courses en commun. Un repas groupé est organisé une fois par mois.

Les sorties (à la plage, à la montagne, pour un pique-nique ou la visite de lieux hébergeant des animaux) s'effectuent en bus et concernent quatre patients, accompagnés de l'IDE et l'AS de journée ainsi que d'un éducateur. Lors de la visite des contrôleurs, quatre personnes étaient parties en randonnée.

11. CONCLUSION

Le CHT met en œuvre une politique volontaire, qui soutient un investissement des professionnels dans tous les domaines de la pratique des soins psychiatriques, et s'appuie sur une collaboration synergique entre le personnel soignant et administratif, au service des patients du département qui présentent une souffrance psychique. Dans le contexte de la perte de sa situation dérogatoire et de son intégration dans le groupement hospitalier de territoire, dont le CH de Perpignan constitue l'hôpital support, de nombreux projets pertinents du CHT restent sans réponse des autorités de tutelle, s'agissant notamment du financement de l'ouverture des huit lits de la Solane et des six lits du SPP, en cohérence avec les besoins de la population.

L'analyse de la formation du personnel, concernant les droits fondamentaux des patients en SSC, montre des insuffisances et appelle un développement, une dispensation annuelle, et une priorisation, afin que les soignants inscrits puissent être dégagés de leurs obligations de service pour en bénéficier.

Les pratiques d'isolement et de contention appellent de multiples améliorations en raison d'un décalage, net et inadapté, par rapport à la politique mise en œuvre d'alternatives et de réduction des mesures, soucieuse de leur adaptation aux évolutions législatives. L'exercice des droits fondamentaux des patients ne présente pas de points saillants négatifs majeurs par ailleurs.

Les soins psychiatriques sont organisés dans la mesure des ressources soignantes disponibles et les patients bénéficient d'activités thérapeutiques diversifiées et de qualité, d'un service d'ECT qui intègre la recherche systématique du consentement du patient, d'une équipe de pharmaciennes investies dans l'éducation thérapeutique du patient et d'un circuit du médicament automatisé performant. Les soins somatiques sont assurés dans toutes les unités par les médecins généralistes, disponibles et coopératifs.

L'hospitalisation des mineurs est émaillée de prises en charge inadéquates, dans les unités réservées aux adultes, et l'accueil des patients détenus est systématiquement opéré en chambre d'isolement, sans respect de leur dignité ni du cadre légal.

Malgré toutes ces difficultés, les contrôleurs ont rencontré des équipes prioritairement soucieuses d'apporter des soins de qualité aux patients dont elles ont la charge et qui ont paru en capacité de recevoir les recommandations émises dans ce rapport, afin d'y répondre avec la créativité dont elles font déjà la preuve.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19

www.cglpl.fr