



Rapport de visite :

10 au 14 janvier 2022 – 2^e visite

Centre hospitalier spécialisé

Pierre Lôo à La-Charité-sur-

Loire

(Nièvre)



SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Pierre Léo de la Charité-sur-Loire (Nièvre) du 10 au 14 janvier 2022. Il s'agissait d'un second contrôle, le premier ayant été effectué en 2010.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 21 juin 2022 à la directrice de l'établissement, à l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, au préfet de la Nièvre ainsi qu'au président du tribunal judiciaire de Nevers et au procureur de la République près ce tribunal. Les deux premiers destinataires ont communiqué leurs observations sur le rapport provisoire, lesquelles ont été intégrées dans le présent rapport de visite ainsi que les éléments des nombreux documents fournis à leur appui. Le préfet de la Nièvre a fait savoir que ce rapport n'appelait pas d'observation de sa part.

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Nièvre, réunit tous les établissements de santé du département autour du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers (CHAN), site de référence. Parmi ceux-là, le CHSPL assure seul l'offre publique de soins en santé mentale et la prise en charge des patients admis en soins sans consentement pour les trois secteurs psychiatriques du département. La direction du CHSPL est assurée par un directeur délégué par celui du CHAN. Concrètement, le poste est occupé depuis décembre 2021 après deux ans de gestion assurée par des intérimaires. L'établissement dispose de 155 lits d'hospitalisation complète pour adultes répartis dans sept unités et organise un dispositif de prise en charge ambulatoire (médicopsychologiques, hôpitaux de jour et centres d'activités thérapeutiques à temps partiel) qui maille finement l'ensemble du territoire. Lors de la visite, deux unités d'admission, celles des secteurs Sud et de Nevers, étaient installées sur le site du Pré-Poitiers, à proximité du CHAN, les cinq autres ainsi que les bâtiments administratifs et techniques sont réunis sur le site historique de La Charité-sur-Loire situé à une trentaine de kilomètres au nord de Nevers.

La clinique du Château du Tremblay, propriété du groupe Ramsay-Générale de santé, complète cette offre de soins avec 93 lits destinés à des patients en soins libres, dont quinze pour des mineurs, la prise en charge ambulatoire de ces derniers restant gérée par le CHAN. L'ARS a prévu que 15 de ces lits pourraient accueillir des patients en soins sans consentement.

Les moyens du CHSPL et l'implication de ses professionnels lui permettent d'offrir des conditions d'hébergement dignes et confortables et de dispenser des soins de qualité.

Toutes les chambres sont individuelles avec une salle d'eau attenante, le mobilier est agréable et adapté aux pathologies, notamment en gérontopsychiatrie ; les locaux collectifs sont nombreux et équipés de matériels permettant des activités thérapeutiques très diversifiées dont la mise en œuvre reste toutefois dépendante de la disponibilité des soignants de chaque unité à défaut d'équipe spécifique suffisante. Les bâtiments du site de La Charité-sur-Loire sont dispersés dans un vaste parc arboré, étagés sur une colline dominant la Loire. L'ensemble des locaux est bien entretenu y compris ceux des unités du site du Pré-Poitiers pourtant destinées à être rapatriées à La Charité-sur-Loire.

Si l'effectif théorique de personnel paramédical est insuffisant, les postes sont pourvus et les agents bénéficient tous d'une formation certifiante en psychiatrie.

Malgré la pénurie préoccupante de psychiatres, à laquelle le CHSPL n'échappe pas plus que les autres EPSM du territoire, les patients ont facilement accès à leur médecin référent. La permanence des soins psychiatriques est assurée grâce au professionnalisme et aux bonnes volontés : les médecins affectés à chaque secteur partagent leur service entre les structures extrahospitalières et les unités, y revenant s'il le faut après leurs consultations ambulatoires, assurant ainsi la présence d'un psychiatre chaque jour dans chaque unité.

Il n'en était pas de même pour la prise en charge somatique lors de la visite, faute de praticien généraliste en poste, ce qui a été corrigé depuis.

Une démarche d'implication du patient dans son parcours de soins est engagée, de façon plus ou moins intense ou formalisée selon les unités. Elle se traduit par l'élaboration d'un projet de soins, toutefois jamais rédigé, ou le possible recueil de directives anticipées pour sa prise en charge.

Enfin, sous l'impulsion du pharmacien de l'établissement, des actions d'éducation thérapeutiques, individuelles et collectives, aux thèmes variés – effets des traitements, équilibre nutritionnel, gestion de la douleur, etc. – sont largement développées à l'attention tant des patients hospitalisés que de ceux pris en charge en ambulatoire. En pratique, outre les rencontres des patients avec le pharmacien, des ateliers collectifs sont animés par des agents formés : infirmiers, psychologues, assistants de service social ou cadres.

La procédure d'admission en soins sans consentement manque de rigueur dans l'élaboration des décisions et dans leur application, ce au détriment du respect des droits des patients.

En premier lieu, cette faiblesse touche plusieurs étapes de la procédure d'admission : le passage par les services d'urgence des hôpitaux généraux du département conduit ceux-ci à recourir largement à la procédure prévue en cas de péril imminent. La proportion importante de recours à cette procédure, en principe exceptionnelle, moins protectrice des droits des patients, appelle un contrôle plus rigoureux de la motivation d'un péril ou de son imminence, lesquels doivent être précisément circonstanciés dans le certificat d'admission. La délégation de signature des décisions d'admission en hospitalisation en soins sans consentement est donnée aux agents chargés de l'instruction des dossiers ou de l'élaboration des documents administratifs et qui n'appartiennent pas à l'équipe de direction. Ces décisions ne sont pas signées dès leur mise en œuvre, notamment lorsque celle-ci intervient au cours d'un week-end ou d'un jour férié, elles sont alors antidatées et, *ipso facto*, illégales.

L'information des patients en soins sans consentement sur leur statut et leurs droits est mal assurée : si la décision de la mesure leur est remise, ni le certificat médical d'admission, ni les suivants ne leur sont transmis, alors que le premier fonde la décision d'admission et que ses termes ne sont repris ni dans la décision du directeur, ni dans les arrêtés municipaux ou préfectoraux qui, tous, se bornent à le viser. Leurs droits ne sont notifiés qu'aux patients admis sur décision du préfet.

Des restrictions sont apportées aux libertés des patients – usage du tabac, liberté d'aller et venir, communications téléphoniques – sans que le statut d'admission ne le justifie ni l'état clinique puisque ces restrictions ne sont pas individualisées et révisées en fonction de l'évolution du patient. Ainsi des unités sont fermées, même les patients en soins libres ne pouvant en sortir que si un soignant est disponible pour ouvrir la porte. Ces pratiques, qui ne sont pas réinterrogées par les équipes, ne sont pas identiques dans toutes les unités ; au demeurant les règles de vie ne sont pas affichées, les patients en sont seulement informés verbalement à leur admission. Ces

disparités sont une des conséquences d'une absence de réflexion institutionnelle sur les droits des patients.

Les pratiques d'isolement et de contention souffrent d'un même déficit de réflexion collective sur le respect de la dignité et des droits des patients.

Les chambres d'isolement offrent des conditions de confort matériel correctes mais l'aménagement de certaines d'entre elles est attentatoire à la dignité des occupants et des dispositifs et pratiques méconnaissent le bien-être de celui-ci : les chambres sont placées sous vidéosurveillance ne laissant aucune intimité au patient, de même des fenestrons donnent vue sur les toilettes ; la porte d'accès à la salle d'eau peut être verrouillée, empêchant tout accès aux toilettes ; certaines chambres sont dépourvues d'horloge et de dispositif d'appel.

La décision d'isolement n'est pas toujours prise par un psychiatre, notamment lorsqu'elle intervient en dehors des heures ouvrables, elle est en général validée par un sénior par téléphone. Le statut des patients admis en soins libres et qui font l'objet d'une mesure d'isolement n'est pas toujours modifié rapidement.

Le nombre des mesures d'isolement et de contention n'apparaît pas exagéré sur l'ensemble de l'établissement mais celles-ci se concentrent sur les unités des patients « chroniques » où l'on constate pour la file active totale des taux de 66 % d'isolement et de 30 % de contention. Dans les unités, il n'est pas ressorti de réelle réflexion collective sur le sujet. Le registre d'isolement et de contention, malgré son intérêt, n'est pas mis à profit pour évaluer les pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne la prévention ou la mise en œuvre de techniques de désescalade.

Sous l'impulsion de l'agence régionale de santé, un travail collectif à l'échelle du département est en cours sur le sujet. Il serait souhaitable qu'il soit relayé par une démarche institutionnelle plus soutenue dans l'établissement pour ne pas laisser persister la segmentation de la réflexion, limitée à l'échelle de chaque unité qui a été constatée lors de la visite.

Il doit être relevé positivement qu'il ressort de la procédure contradictoire conduite après le passage des contrôleurs qu'une partie des recommandations formulées lors de la réunion de fin de visite ou dans le rapport provisoire ont reçu un début de mise en œuvre, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement.

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 23

Une formation certifiante de psychiatrie est proposée aux infirmiers et aides-soignants.

BONNE PRATIQUE 2 54

À l'unité gérontopsychiatrie, après réflexion de l'équipe il a été décidé d'abandonner le recours au Sécuridrap™, utilisé pour empêcher les patients de déambuler la nuit, au profit d'une liberté de le faire sous surveillance de l'équipe de nuit, ceci par souci du respect de la liberté et du bien-être des patients.

BONNE PRATIQUE 3 59

L'établissement a mis à la disposition des représentants des usagers un téléphone portable dont le numéro est affiché dans les unités, permettant ainsi aux patients de joindre les représentants.

BONNE PRATIQUE 4 71

Les actions d'éducation thérapeutiques individuelles et collectives, aux thématiques variées, à l'attention des patients de l'intra et de l'extra-hospitalier sont un point fort de la prise en charge des patients au CHS. Leur déploiement doit être valorisé.

BONNE PRATIQUE 5 73

Le travail sur l'autonomisation du patient inclut le recueil des directives anticipées de celui-ci pour sa prise en charge.

BONNE PRATIQUE 6 78

Le fonctionnement de la pharmacie du CHS de La Charité-sur-Loire est exemplaire en ce qu'il garantit la sécurité du circuit du médicament, la vérification de 100 % des prescriptions médicales, la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient et un suivi des prescriptions si besoin.

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 21

L'organisation des soins, notamment les effectifs des équipes doit être adaptée aux besoins des patients en fonction des missions des soignants, précisées dans le projet médico-soignant.

RECOMMANDATION 2 23

Les médecins et soignants de psychiatrie doivent suivre des formations sur l'isolement et la contention.

RECOMMANDATION 3 27

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

RECOMMANDATION 4 29

Toute admission de patient présentant des troubles mentaux doit être précédée d'un passage par le service des urgences pour assurer leur évaluation et la pertinence de leur orientation.

RECOMMANDATION 5 30

Le service d'urgence doit disposer d'un espace d'apaisement destiné aux patients agités, avec du mobilier adapté, permettant d'éviter de les attacher. L'utilisation de contentions doit être tracée et mentionnée dans un registre spécifique permettant l'analyse, par l'ensemble de l'équipe soignante, des conditions de recours à ces mesures.

RECOMMANDATION 6 31

Les réflexions en cours sur le déploiement de dispositifs de gestion de la crise et de l'urgence et leur renforcement au niveau du département doivent trouver une traduction opérationnelle, s'agissant notamment des outils de prévention de l'hospitalisation complète.

RECOMMANDATION 7 34

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel. Ces procédures rapides, qui fondent l'admission sur un examen médical unique, lequel n'est pas toujours effectué par un psychiatre, sont moins protectrices des droits des patients.

RECOMMANDATION 8 35

Le livret d'accueil, qui précise notamment les conditions d'accès au dossier médical, doit être remis à tous les patients lors de leur admission.

Le document énonçant l'ensemble des règles de vie propres à chaque unité doit également être mis à disposition de tous les patients, par remise ou affichage dans les espaces communs.

RECOMMANDATION 9 36

Les patients admis en soins sans consentement doivent recevoir les pièces de la procédure d'admission dont ils sont l'objet (décision, certificats médicaux, avis) afin de pouvoir contrôler ou faire contrôler la régularité de cette procédure. Les droits dont ils bénéficient au titre de cette admission doivent leur être notifiés.

RECOMMANDATION 10 39

Des travaux de restructuration des bâtiments accueillant les unités USP1 et USP2 doivent être entrepris afin d'adapter ces locaux à l'accueil de leurs patients, de faciliter le travail des soignants et d'écartier tout risque de dangerosité pour les patients et professionnels.

RECOMMANDATION 11 43

Les patients doivent pouvoir prendre un repas dans un cadre collectif, en présence de soignants pour lesquels ces moments sont une occasion d'observations pertinentes des comportements. Une ou deux salles à manger doivent être aménagées dans les unités du Pré-Poitiers.

RECOMMANDATION 12 44

Les restrictions générales à la liberté d'aller et venir générales sont à proscrire. Elles doivent être individualisées, proportionnées, motivées par des considérations cliniques tracées dans le dossier médical et régulièrement réévaluées. En toute hypothèse, elles ne peuvent s'appliquer à des patients admis en soins libres.

RECOMMANDATION 13 45

Un plan de mise en sécurité des bâtiments qui ont reçu un avis défavorable de la commission de sécurité doit être mis en place et des exercices d'évacuation des personnes hospitalisées doivent être organisés.

RECOMMANDATION 14 46

Les restrictions à la possibilité de fumer doivent être individualisées, motivées par l'état clinique du patient ou sa situation économique pour financer les achats, et être régulièrement réexaminés. Leurs motifs doivent être tracés dans le dossier du patient.

RECOMMANDATION 15 47

La personne hospitalisée doit décider dès son admission ou dès que son état le permet si elle souhaite bénéficier de l'anonymat ou du secret de son hospitalisation à l'égard des tiers et si elle accepte de recevoir des appels téléphoniques.

RECOMMANDATION 16 50

L'équipement des chambres d'isolement doit être complété par l'installation d'un bouton d'appel, accessible en cas de contention, d'une horloge affichant l'heure et le jour et visible d'une personne attachée ainsi que par la mise en place, à l'USP 2, d'un rideau occultant la vitre donnant sur les toilettes. Le CGLPL rappelle sa position défavorable aux systèmes de vidéosurveillance, la surveillance devant être exclusivement visuelle, ce qui contribue à assurer le contact avec le patient. Dans le cadre du réaménagement du site de la Charité-sur-Loire, la localisation des chambres d'isolement de l'USP 2 doit être revue.

RECOMMANDATION 17 52

L'établissement doit poursuivre et intensifier la démarche de moindre recours à l'isolement et à la contention en investissant la formation des soignants, notamment aux techniques de désescalade, en améliorant les motivations d'un placement en chambre d'isolement, l'absence d'alternative à cette mesure ainsi que leur traçabilité, en procédant systématiquement à un bilan avec le patient à l'issue de chaque mesure ainsi qu'à des retours d'expérience au titre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 18 53

L'établissement doit mettre en place les moyens humains et l'organisation permettant, hors jours et heures ouvrables, la validation dans un délai d'une heure par un médecin psychiatre des décisions d'isolement et de contention après un examen physique et un échange entre ce dernier et le patient.

RECOMMANDATION 19 56

Le registre d'isolement et de contention, issu de l'enregistrement des décisions correspondantes, doit être mis à profit au sein des unités pour évaluer les pratiques professionnelles, ce qui au-delà des aspects légaux et réglementaires, correspond à son objet et à son intérêt.

RECOMMANDATION 20 59

La CDU doit établir chaque année un rapport d'activité soumis à délibération du conseil de surveillance puis transmis à l'ARS. L'établissement doit mettre à jour l'affichage concernant la CDU dans les unités.

RECOMMANDATION 21 60

La délégation de signature des décisions d'admission en hospitalisation en soins sans consentement ne doit pas être donnée aux agents chargés de l'instruction des dossiers ou de la préparation ou de l'élaboration des documents administratifs.

RECOMMANDATION 22 61

Les décisions d'admission en soins sans consentement prises au nom du directeur de l'établissement doivent être signées dès leur mise en œuvre y compris durant les week-ends et jours fériés. Les décisions antidatées sont *ipso facto* illégales.

RECOMMANDATION 23	61
Les dates de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L.3211-3 du code de la santé publique doivent figurer dans le registre de la loi.	
RECOMMANDATION 24	65
Chaque unité d'hospitalisation doit disposer d'un projet de service qui constitue un document de référence pour l'équipe soignante.	
RECOMMANDATION 25	66
L'organisation du temps médical dans les unités du PRI doit permettre de répondre aux besoins de l'état clinique dégradé des patients et d'apporter aux équipes soignantes un étayage médical.	
RECOMMANDATION 26	67
Des réunions soignants-soignés doivent être organisées à une fréquence régulière dans toutes les unités permettant notamment aux patients de s'exprimer sur leur prise en charge.	
RECOMMANDATION 27	67
Les conditions de dispensation du traitement médical doivent garantir la confidentialité et être propices à un échange avec le patient.	
RECOMMANDATION 28	67
Des séances de supervision ou d'analyse de pratique doivent être proposées au personnel soignant qui en exprime le besoin.	
RECOMMANDATION 29	70
Le CHS doit favoriser l'organisation d'activités thérapeutiques régulières et variées qui font partie intégrante des soins ainsi que d'activités occupationnelles.	
RECOMMANDATION 30	72
Faute de médecin somaticien sur le site de La Charité-sur-Loire, l'organisation des soins somatiques y est inadaptée et ne permet pas de répondre correctement aux besoins des patients hospitalisés. En particulier, les patients ne sont pas examinés systématiquement à leur arrivée ou lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement ce qui est inadmissible.	
RECOMMANDATION 31	74
Les services de la préfecture doivent répondre dans un délai raisonnable aux demandes de mainlevée d'hospitalisation complète des patients en SDRE et de modification de la prise en charge avec programme de soins.	
RECOMMANDATION 32	78
La mise en œuvre de prescriptions « si besoin », sans le consentement du patient, doit être prohibée. La prescription d'un traitement impose l'information du patient et la recherche de son consentement par le médecin prescripteur puis, la même recherche lors de l'administration et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant, en cas de refus, l'usage de la force pour cette administration.	

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	22
Le poste de médecin spécialiste en médecine générale doit être pourvu par un médecin ayant la qualification professionnelle pour exercer cette spécialité.	

RECO PRISE EN COMPTE 2 56

Le statut d'admission des patients en soins libres faisant l'objet d'une mesure d'isolement doit être modifié en admission en soins sans consentement lorsque la durée de l'isolement dépasse douze heures.

RECO PRISE EN COMPTE 3 58

L'absence d'activité pendant plus de trois ans de la commission départementale des soins psychiatriques constitue une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes admises en soins sans consentement.

SOMMAIRE

SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	12
1. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	12
1.1 S'agissant de la procédure de soins sans consentement	13
1.2 Sur les restrictions imposées aux patients	13
2. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2.1 Sur le fonctionnement institutionnel	14
2.2 Sur les soins	14
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
3.1 La prise en charge psychiatrique dans la Nièvre repose essentiellement sur les structures du centre hospitalier Pierre Léo.....	15
3.2 La situation saine des finances de l'établissement permet à celui-ci de conduire son projet de réorganisation	18
3.3 Les effectifs de soignants ne permettent pas l'exercice de toutes les missions de psychiatrie.....	19
3.5 Les travaux du comité d'éthique sont connus des soignants qui le saisissent rarement.....	26
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	27
4.1 L'intervention aux urgences du CH de Nevers de l'équipe de psychiatrie de liaison garantit une évaluation et une orientation pertinente des patients	27
4.2 Les modalités d'admission des patients en soins sans consentement montre un fort recours aux procédures exceptionnelles.....	31
4.3 L'information des patients, quel que soit leur statut d'admission, est insuffisante	34
5. LES CONDITIONS DE VIE.....	37
5.1 L'hébergement est confortable dans l'ensemble mais la structure de certains locaux est inadaptée à la patientèle qu'ils accueillent.....	37
5.2 L'hygiène est convenablement assurée	39
5.3 La procédure de gestion des biens est protectrice des droits des patients	41
5.4 La qualité des repas satisfait les rationnaires, en goût comme en quantité	42
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	43
6.1 Les restrictions à la liberté d'aller et venir sont excessives	43
6.2 L'usage du tabac connaît des restrictions diverses selon les unités	45
6.3 Le droit au maintien des liens avec les proches est respecté	46
6.4 La prise en considération du droit de vote est limitée à une information sur les procurations.....	47
6.5 La pratique d'un culte est possible mais très rarement souhaitée	48

6.6	La question de la sexualité des patients est traitée dans les services	48
7.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	48
7.1	L'aménagement des chambres d'isolement est incomplet avec une localisation fonctionnellement inadaptée à l'USP 2	48
7.2	L'établissement affiche l'ambition d'une politique de moindre recours à l'isolement qui ne se traduit pas encore dans les faits	51
7.3	L'alimentation et la production du registre sont effectives mais celui-ci n'est pas utilisé comme outil d'analyse des pratiques	54
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	58
8.1	La place des usagers dans la vie de l'établissement est organisée mais leurs représentants, en nombre insuffisant, ne peuvent influencer sur la prise en charge des patients	58
8.2	La qualité de la tenue du registre de la loi permet le contrôle de la régularité des procédures.....	60
8.3	L'organisation mise en place par l'établissement et le tribunal permet l'accès au juge des libertés et de la détention	62
9.	LES SOINS.....	65
9.1	La permanence des soins psychiatriques est globalement garantie malgré la pénurie médicale	65
9.2	La surveillance somatique est inégale selon les sites, réduite au minimum pour les unités de La Charité-sur-Loire	71
9.3	La préparation à la sortie se heurte à une offre insuffisante de places en structures médico-sociales	73
9.4	Le fonctionnement de la pharmacie est exemplaire.....	75
10.	CONCLUSION.....	79

Rapport

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Jean-François Carrillo ;
- Thierry Chantegret ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Candice Daghestani ;
- Agnès Lafay ;
- Rabah Yahiaoui.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Pierre Léo de la Charité-sur-Loire (Nièvre) du 10 au 14 janvier 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 10 janvier 2022 à 11h45. Ils l'ont quitté le 14 janvier à 12h30.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le directeur de cabinet du préfet de Nevers, la présidente du tribunal judiciaire de Nevers ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice accompagnée de la directrice des soins. Une réunion de présentation de la mission a été organisée à 14h, à laquelle ont participé la directrice déléguée, la directrice des soins, les psychiatres chefs des pôles Sud et Nord et du pôle intersectoriel de réadaptation, le pharmacien chef du service de pharmacie et d'éducation thérapeutique, deux psychiatres intervenant dans ces pôles, escadres supérieurs de santé, la responsable des admissions, la secrétaire de direction et la secrétaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

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.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et ont pu, à cette occasion, s'entretenir avec ce dernier.

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

Une réunion de restitution a eu lieu, le 14 janvier 2022, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation ainsi que la représentante des usagers.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 21 juin 2022 à la directrice de l'établissement, à l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, au préfet de la Nièvre ainsi qu'au président du tribunal judiciaire de Nevers et au procureur de la République près ce tribunal. Les deux premiers destinataires ont communiqué leurs observations sur le rapport provisoire, lesquelles ont été intégrées dans le présent rapport de visite. Le préfet de la Nièvre a fait savoir que ce rapport n'appelait pas d'observation de sa part.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

À l'issue de la précédente visite, en septembre 2010, les contrôleurs avaient formulé des observations reprises en caractères italiques dans le texte ci-dessous.

2.1 S'AGISSANT DE LA PROCEDURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT

- *Il est regrettable que du fait de la pénurie de médecins dans le département de la Nièvre, l'admission d'un patient en HDT se fasse au titre du péril imminent, disposition qui ne requiert qu'un seul certificat se référant à l'article L.3212-3 du code de la santé publique. De surcroît, il n'est pas acceptable que ce certificat soit parfois établi par un médecin du CHS ;*
- *Les délais d'acheminement des documents concernant les patients admis sans leur consentement doivent parvenir dans les plus brefs délais à la clinique du Pré-Poitiers ;*
- *Les certificats médicaux prévus par la loi sur les soins sans consentement doivent respecter l'échéancier ;*
- *Il est inacceptable que les certificats de quinzaine et mensuels puissent être rédigés sans voir les patients.*

La situation est identique s'agissant du recours au mode d'admission pour motif de péril imminent. Les certificats médicaux prévus par la procédure applicable depuis l'intervention de la loi du 5 juillet 2011 sont produits dans les délais prévus après entretien avec les patients.

2.2 SUR LES RESTRICTIONS IMPOSEES AUX PATIENTS

- *Il serait nécessaire d'harmoniser les pratiques concernant l'usage du téléphone portable, notamment dans les deux unités de la clinique du Pré-Poitiers ;*
- *La liberté d'aller et venir doit être garantie pour les patients admis en hospitalisation libre ;*
- *Aucune limitation de l'usage du tabac ne devrait être imposée aux patients, sous réserve que ceux-ci fument dans les lieux prévus à cet effet. Des auvents protégeant les patients des intempéries et du soleil devraient y être installés.*

Situations améliorées s'agissant des auvents.

2.3 SUR LE FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL

- *Il est regrettable qu'un des médecins du CHS soit également membre de la CDHP ; il n'est pas acceptable qu'il siège même quand la demande d'un de ses patients est examinée en commission. Cette position de « juge et partie » ne peut manquer d'influencer les travaux de celle-ci ;*

Cette situation n'est plus d'actualité.

- *Il est souhaitable de créer une permanence de la commission des relations avec les usagers (CRU) pour recevoir les patients qui désireraient faire une réclamation et éviter que des plaintes ne soient pas transmises ;*

Situation améliorée.

- *Les relations entre l'ensemble des personnels soignants et les familles devraient être améliorée. Le livret d'accueil devrait mentionner l'existence de l'association des familles de patients ;*

Situation améliorée.

2.4 SUR LES SOINS

- *Le temps imparti aux médecins généralistes ne leur permet pas d'effectuer le suivi systématique des patients placés en chambre d'isolement ou sous contention ;*

Situation dégradée sur le site de La Charité-sur-Loire.

- *Il serait nécessaire de prévoir la mise en place de soins dentaires adaptés aux patients difficiles qui n'acceptent pas les soins dans un cabinet libéral ;*

Situation inchangée.

- *Pour diminuer le temps de communication des résultats des analyses, il est nécessaire d'améliorer la transmission d'informations entre le centre hospitalier de Nevers et le CHS ;*

Situation améliorée.

- *Il est regrettable, que, faute de moyens, les salles d'activités de la clinique du Pré-Poitiers ne soient pas aménagées ;*
- *Il est regrettable qu'aucune chambre ne soit conçue pour les personnes à mobilité réduite dans un bâtiment neuf tel que la clinique du Pré-Poitiers ;*
- *L'insuffisance de la présence médicale a été soulignée par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, les patients et les contrôleurs ;*

Situations inchangées.

- *Il est à souligner une initiative visant à mieux assurer la continuité des soins : le médecin-chef a décidé de laisser ouvert l'hôpital de jour de Nevers tous les samedis et dimanches ;*

Situation dégradée.

- *Il est inacceptable qu'aucun service d'urgence public ou privé ne soit à même de recevoir des mineurs présentant des problèmes psychiatriques.*

Aucune liaison de pédopsychiatrie n'est organisée avec les différents services d'urgence.

- *Il est anormal de constater un nombre très élevé de patients mis en chambre d'isolement alors qu'ils ont été admis en hospitalisation libre : cette pratique est attentatoire à la liberté de ces patients.*

Situation inchangée.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo indique : « Conformément aux recommandations de bonnes pratiques HAS de 2017, si un patient en soins libres doit être placé en isolement, son mode d'hospitalisation est modifié lorsque l'isolement est reconduit au-delà de 12h ou la contention au-delà de 6h. Cette donnée a été objectivée par l'audit flash d'avril 2022 cela est le cas dans 92 % des situations le nécessitant. »

Cependant, les documents fournis relatifs à cette enquête, ne permettent pas d'établir la réalité de cette affirmation.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DANS LA NIEVRE REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR LES STRUCTURES DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE LEO

3.1.1 L'organisation de l'offre de soins

Le département de la Nièvre se caractérise par une forte ruralité – la moitié de ses 200 000 habitants résident hors des zones d'influence des villes. Nevers concentre 17 % de sa population, marquée par de profondes inégalités sociales. La densité de population est faible (32 habitants au km² comparée à 52 habitants au km² en Bourgogne et 112 pour l'ensemble du territoire métropolitain), les indicateurs épidémiologiques de mortalité générale montrent une situation de mortalité supérieure aux taux rencontrés en France.

L'action sanitaire auprès de cette population repose essentiellement sur le groupement hospitalier de territoire (GHT), auquel appartient le centre hospitalier spécialisé Pierre Léo (CHSPL), qui réunit tous les établissements de santé de la Nièvre autour du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers (CHAN), site de référence. Le GHT comprend un institut de formation des soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation des aides-soignants (IFAS).

S'agissant de la santé mentale, l'offre publique de soins de la Nièvre est exclusivement assurée par le CHSPL. Elle est complétée par celle de la clinique du Château du Tremblay, située à Chaulgnes distante de 5 km de Pougues-les-Eaux, propriété du groupe Ramsay-Générale de santé, qui dispose de 93 lits destinés aux patients en soins libres, dont quinze pour des mineurs. L'ARS a prévu que 15 de ces lits pourraient accueillir des patients en soins sans consentement.

Le CHSPL souffre, comme tous les établissements non universitaires de France d'une pénurie préoccupante de psychiatres que le secteur privé ne compense pas avec trois psychiatres libéraux exerçant dans le département. La clinique connaît la même difficulté, un praticien se partage entre les deux établissements.

Le département de la Nièvre est divisé en trois secteurs de psychiatrie : les secteurs Nord et Sud, qui correspondent approximativement à la partition géographique du département selon une ligne horizontale passant 10 km au Nord de Nevers, et le secteur de Nevers qui couvre ce chef-lieu et ses environs. Le Nord et Sud sont des secteurs à dominante rurale prononcée avec une population

vieillissante, socialement modeste et présentant une faible densité d'habitation. À chacun de ces secteurs correspond un pôle d'activité médicale (PAM) auquel s'ajoute un pôle de réadaptation intersectoriel (PRI).

Les locaux d'hospitalisation du CHSPL sont répartis sur deux sites : le site historique de La-Charité sur-Loire et celui du Pré-Poitiers distant de 32 km, ce dernier étant situé à proximité du CHAN ; les unités d'hospitalisation des secteurs Sud et Nevers y sont installées dans un bâtiment moderne, ouvert en 2010.

Chacun des pôles offre une ou plusieurs unités d'hospitalisation temps plein de vingt-cinq lits et des services extrahospitaliers pour les pôles sectoriels ainsi répartis :

- pôle du secteur Nord : une unité d'admission, trois centres médico-psychologiques (CMP) et deux hôpitaux de jour (HJ) à La Charité-sur-Loire, Cosne-sur-Loire et Clamecy, quatre centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), dans les mêmes villes et le quatrième à Corbigny ainsi qu'une antenne ;
- pôle du secteur Sud : un CMP, cinq CATTP, un HDJ (Chaque CATTP du secteur SUD propose des consultations : psychiatres, psychologues, infirmiers et des RDV sociaux) ainsi que deux antennes (Luzy et Château-Chinon) ;
- pôle du secteur de Nevers : une unité d'admission, un CMP, un CATTP et un HJ ;
- pôle de réadaptation intersectoriel :
 - deux unités de soins prolongés (USP) pour patients non stabilisés avec troubles du comportement, USP1 et USP2 ;
 - une unité d'évaluation et de réadaptation (UER) pour patients stabilisés devant conforter un projet de vie ;
 - une unité de psychogériatrie ;
 - un HJ.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo informe qu'en conformité avec le Projet Médical Partagé et la nomination d'un chef de Pôle inter-établissements le 11 mars 2022, les pôles du CH Pierre Loo ont été transformés en services. Nonobstant, le présent rapport définitif maintient la dénomination qui était en usage lors de la visite des contrôleurs.

Toutes les unités admettent des patients en soins sans consentement hormis l'USP1 et l'UER, toutes deux unités ouvertes et sans chambre d'isolement. Elles n'ont pas été visitées par les contrôleurs. À l'exception de l'unité de gérontopsychiatrie, les autres unités sont fermées (cf. § 6.1).

Enfin, le CHSPL regroupe également une offre médico-sociale avec une maison d'accueil spécialisée (MAS) de 74 résidents répartis dans six unités, dont une dédiée aux résidents porteurs de troubles du spectre autistique, et pour les enfants et adolescents, un institut médico-éducatif comportant un foyer. Les quinze lits de pédopsychiatrie du département sont affectés à la clinique du Château-du-Tremblay (cf. ci-dessous) qui, actuellement, n'a pas d'habilitation pour les patients en soins sans consentement ; un mineur sous ce statut d'admission devrait donc être pris en charge dans une unité pour majeur du CHSLP.

Dans sa réponse, la directrice rappelle que le centre hospitalier Pierre Lôo « ne dispose pas d'une autorisation de prise en charge des enfants en pédopsychiatrie sur le territoire. Le CH Pierre Lôo n'a donc pas vocation à prendre en charge des mineurs. Toutefois, des liens se forment entre le CH Pierre Lôo et le service pédopsychiatrie du CH de Nevers comme le démontre la dernière Commission

Médicale d'Établissement avec la présence des Docteurs CARLIER et VAILLANT (médecins psychiatres service pédopsychiatrie). »

Les HJ totalisent 80 places, les unités d'hospitalisation 155 lits.

Le dispositif extrahospitalier assure un maillage d'autant plus serré qu'aux structures s'ajoutent une psychiatrie de liaison (notamment avec les structures médico-sociales) et des antennes qui totalisent vingt-cinq lieux d'intervention et de liaison pour le secteur Nord, trente-et-un pour le secteur Sud et sept pour celui de Nevers.

La richesse de l'offre extrahospitalière est un point fort de l'établissement et le socle de sa politique de prise en charge. Celle-ci tient à maintenir la logique de secteur, tous les psychiatres intervenant en intra et en extra et les échanges entre les équipes soignantes de chacune des structures étant assurés par des réunions régulières (cf. § 9.1.7).

3.1.2 Le pilotage de l'établissement

La dynamique du pilotage de l'établissement est stoppée depuis le départ du dernier directeur intervenu deux ans avant la visite. Depuis, des directeurs intérimaires ont assuré la gestion courante et ce n'est que le 15 décembre 2021 qu'a été affectée une directrice déléguée, placée sous la hiérarchie du directeur du centre hospitalier de Nevers (CHAN). Elle est secondée par une équipe constituée d'une directrice des soins, d'attachés assurant la gestion des ressources humaines, de la logistique, du budget, d'un ingénieur qualité et de deux autres pour l'informatique et pour les travaux.

La vie des instances est perturbée par cette absence de gouvernance stable. Aucun projet d'établissement n'a été présenté aux contrôleurs et aucune démarche d'élaboration n'est encore engagée ; le projet médical porte sur une période qui s'achève – 2018-2022 – un nouveau devra également être élaboré en articulation avec le projet d'établissement à venir. Ce contexte d'absence de directives et de références partagées, ajoutée à la répartition des unités d'hospitalisation sur deux sites éloignés, a permis que perdure un fonctionnement « en silos » des secteurs¹, au détriment d'une réflexion institutionnelle sur la prise en charge. Échappent toutefois à ce phénomène les actions d'éducation thérapeutique portées par le pharmacien (cf. § 9.1.8 b).

De même, les réunions de crise Covid ont bien fonctionné, l'établissement n'a pas déploré de foyer infectieux, le personnel a été atteint mais les absences des agents ont été gérées de façon à ne pas dégrader la qualité de la prise en charge ; notamment le choix a été fait de ne pas fermer les structures ambulatoires. Quelques lits ont été affectés à une unité Covid au pré-Poitiers et à l'unité Nord lors des confinements, ils ont été utilisés plusieurs fois.

Le regroupement de toutes les unités d'hospitalisation sur le site de La Charité-sur-Loire figure dans le projet médical en cours, ce projet est toujours à l'ordre du jour, il a été validé en CHSCT et la nouvelle direction entend le réaliser. Ce regroupement permet de répondre aux difficultés causées par la démographie médicale décroissante. Il est attendu, en effet, de la réunion de tous les patients sur un même site, de rationaliser l'organisation de la permanence des soins et, par suite, d'améliorer

¹ Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo tient à apporter la nuance suivante : « Les EPP, notamment celles déployées depuis 2019 en relation avec le projet médical 2018/2022 l'ont été à l'échelle de l'établissement (et non en silos par secteurs) : Y ont participé des professionnels de chaque secteur, et les plans d'actions en découlant ont été appliqués partout. »

celle-ci. Il en est également attendu une harmonisation des pratiques soignantes, ce qui suppose un travail de réflexion institutionnelle qui n'est manifestement pas encore à l'œuvre.

Le projet médical en cours préconise également un renforcement des capacités du pôle de réadaptation pour tenir compte de l'évolution démographique du département – vieillissement de la patientèle – et de l'insuffisance de l'offre d'accompagnement médico-social. Il s'agirait de créer une deuxième unité de psychogériatrie, une deuxième unité d'évaluation et de réadaptation et de développer une offre de postcure psychiatrique. La pertinence de ces adaptations, doit être réévaluée cinq ans après leur proposition et les conditions de leur éventuelle mise en œuvre repensées.

L'élaboration d'un projet d'établissement constitue, dans ce contexte, l'autre chantier de la direction. Dans le cadre du fonctionnement de l'établissement, tel que constaté lors de la visite, les modalités de son élaboration constituent des enjeux décisifs : elles doivent permettre faire émerger une réflexion commune sur les pratiques soignantes, actuellement très diverses selon les unités et de faire adhérer l'ensemble de la communauté aux décisions prises en application. Or, actuellement, la conception des droits des patients n'est pas perçue par tous les professionnels comme élément d'un cadre légal. Le respect de ces droits est loin d'être partout intégré comme critère de qualité de la prise en charge, élément constitutif de l'alliance thérapeutique et, par suite, une condition de l'efficacité de soins au long d'un parcours que le patient doit s'approprier.

Le projet d'établissement doit également permettre une mise en œuvre harmonieuse de la réintégration des unités du Pré-Poitiers sur le site historique par une participation des soignants à la conception de projets médico-soignants des services traduits ensuite dans la réalisation architecturale et organisationnelle. Cette implication assurera une meilleure adhésion à des changements dont les conséquences sur les conditions de travail – notamment sur les trajets des professionnels et l'organisation de leur journée – restent à évaluer précisément.

3.2 LA SITUATION Saine DES FINANCES DE L'ETABLISSEMENT PERMET A CELUI-CI DE CONDUIRE SON PROJET DE REORGANISATION

Le CHSPL bénéficie d'une situation financière qui lui permet, aujourd'hui, d'assurer ses missions et de mettre en œuvre son projet de réorganisation.

L'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD), au titre du budget principal, fait apparaître pour l'année 2021, des dépenses à hauteur de 37 761 022 € et des recettes s'élevant à 37 711 022 €, soit un résultat prévisionnel en déficit de 50 000 € (0,13 %). Le rapport infra-annuel au 31 décembre 2021 (RIA 1) établit la prévision de déficit à 395 860 € à un niveau supérieur à la précédente évaluation compte tenu de l'évolution des dépenses et des recettes (1,05 %). L'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) pour 2022, en cours d'examen à l'agence régionale de santé, prévoit un niveau de dépenses de 38 642 539 € pour 38 135 939 € de recettes soit un résultat prévisionnel en déficit de 506 600 € (1,31 %). Les charges de dépenses de personnel progressent de 937 063 € (3,09 %) et les recettes de sécurité sociale de 2 %. L'établissement évite le recours à l'intérim tant pour assurer la maîtrise budgétaire que pour privilégier une politique de recrutement visant à la fidélisation du personnel soignant. Cependant, pour le personnel médical il y a été recouru à quatre reprises en 2021 pour un montant de 221 059 euros en comptant les charges patronales.

Les budgets annexes² sont présentés à l'équilibre pour les deux années.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2021-2025, approuvé par l'ARS, se traduisait par une situation favorable avec un fonds de roulement positif jusqu'à son terme. Le projet de PGFP 2022-2026 devrait suivre la même trajectoire. Pour 2022, la capacité d'autofinancement permettra de couvrir le remboursement de la dette en dégageant un solde positif, l'essentiel des ressources destinées à financer les investissements provenant de l'emprunt et d'un prélèvement sur le fonds de roulement.

Sur la période considérée, grâce à sa capacité d'autofinancement et au recours à l'emprunt, l'établissement apparaît ainsi en capacité de conduire à terme ses trois projets d'investissement majeurs pour un montant prévisionnel de 16,9 M€. Il s'agit du regroupement des unités d'entrants avec la construction de soixante lits sur le site de la Charité-sur-Loire³, de la restructuration de l'activité ambulatoire sur le site du Pré-Poitiers⁴ ainsi que du regroupement de l'activité ambulatoire à Cosne-sur-Loire⁵. Les contrôleurs observent cependant qu'aucun financement n'est prévu, à court ou moyen terme, pour des travaux de restructuration-rénovation des UPS 1 et UPS 2 (*cf. infra* § 5.1, Les locaux).

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo apporte la précision suivante : « L'établissement est en train de réfléchir à une réorganisation architecturale des locaux à proposer à l'ARS dans le cadre de l'appel à projets FIOP pour septembre 2022 ».

Dans le cadre du « Ségur de la santé » et de la relance de l'investissement dans les établissements de santé⁶, le centre hospitalier Pierre Léo a obtenu 3 719 520€⁷.

Ce bilan globalement positif comporte cependant des incertitudes pour l'avenir quant à la dotation globale annuelle de fonctionnement qui lui sera attribuée par l'ARS. En effet, une réforme sur le financement en cours de déploiement devrait produire ses pleins effets après 2022. Il s'agit donc d'un point de vigilance qui concerne l'ensemble des établissements.

3.3 LES EFFECTIFS DE SOIGNANTS NE PERMETTENT PAS L'EXERCICE DE TOUTES LES MISSIONS DE PSYCHIATRIE

3.3.1 Les effectifs

L'établissement de santé compte au total en 2019, 15,49 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) de médecins (pour dix-sept médecins) et 372,85 ETPR d'infirmiers et aides-soignants (AS), pour 215 infirmiers et 171 aides-soignants. Il en comptait respectivement 14,78 et 373,73 ETPR en 2017.

Le coût des rémunérations est passé de 1 292 475 euros en 2017 à 1 389 814 euros pour personnel médical (PM) et de 11 479 745 euros en 2017 à 11 612 302 euros pour les infirmier et AS.

L'absentéisme en 2019 s'élevait à 3,59 % pour les médecins et 8,1 % pour le personnel non médical.

² Maison d'accueil spécialisée (MAS), institut médico éducatif (IME), service social classifié Service d'éducation spécialisée de soins à domicile (SESSAD).

³ 14,5 M€, calendrier prévisionnel des travaux 2023-2024.

⁴ 1,2 M€, calendrier prévisionnel des travaux 2023-2024.

⁵ 1,2 M€, calendrier prévisionnel des travaux 2022-2023.

⁶ Article 50 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

⁷ 2 465 000 € au titre des projets structurants, 429 520 €, au titre de la reprise de la dette, et 825 000 € au titre de la deuxième tranche d'investissement.

a) Effectifs non médicaux

Les effectifs au 31 déc. 2021 comportent sur le pôle de psychiatrie :

- unité Nord : 9 AS, 17 infirmiers (jour et nuit) ;
- unité Nevers : 9 AS et aides médico psychologique (AMP), 18 infirmiers ;
- unité sud : 10 AS-AMP et 17 infirmiers ;
- USP 2 : 15 AS-AMP et 14 infirmiers ;
- gérontopsychiatrie : 12 AS-AMP et 11 infirmiers ;
- cafétéria du site de la Charité-sur-Loire : 2 AS-AMP

Les effectifs du pôle comprennent également des psychologues et des travailleurs sociaux qui interviennent à la fois sur l'intra et l'extrahospitalier (deux psychologues effectuent deux demi-journées au sein de l'unité Sud par exemple).

En revanche, le nombre de spécialistes de la rééducation (ergothérapeute, psychomotricien etc.) affectés aux secteurs du site de la Charité-sur-Loire est insuffisant, que ce soit au sein des services ou dans une mutualisation intersectorielle. Une seule art thérapeute intervient une demi-journée par semaine à l'unité Nord et n'avait qu'un patient au moment du contrôle et une musicothérapeute intervient sur les unités du Pré-Poitiers. Une psychomotricienne intervient à l'USP2 et dans les autres unités du PRI mais le poste d'ergothérapeute est vacant. Le poste de psychomotricien du site de Nevers a été supprimé. L'animateur des activités physiques est parti en retraite sans être remplacé⁸; ainsi faute de personnel pour conduire ces activités les patients hospitalisés sur site de la Charité-sur-Loire, n'ont aucun accès aux activités physiques (cf. § 9.1.8a)

Faute de réel projet médico-soignant, les effectifs d'infirmiers et d'AS n'ont pas été définis en fonction du besoin de personnel auprès des patients. L'organisation des soins au quotidien dans les services est faite uniquement sur la base d'un effectif « moyen » de fonctionnement, étant précisé que lorsque le nombre réel de soignants présents descend au niveau d'un effectif « cible » les cadres sollicitent les remplacements. L'effectif de fonctionnement a été fixé le plus souvent à trois infirmiers et un AS (deux infirmiers et deux AS à l'USP2) par unité matin et soir et l'effectif « cible » à deux infirmiers et un AS. L'encadrement est partout assuré.

Les effectifs « cible » nuit sur le site charitois sont de 11 agents (3 à l'UH Nord dont 1 infirmier). Il n'y a pas de cadre de nuit depuis 2017. Les soignants de nuit œuvrent au sein d'équipes spécifiques et sont placés sous l'autorité du cadre de nuit. L'analyse des plannings montre durant le mois d'octobre 2021, une moyenne de 4,58 agents (infirmier et AS) présents par demi-journée auprès des patients à l'unité Nord avec cependant des demi-journées où neuf agents sont présents (une fois) et d'autres trois (sept fois)⁹. La même demi-journée de la semaine est ainsi assurée par neuf agents une semaine et quatre la semaine suivante.

⁸ Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo précise : « il s'agit d'un infirmier référent du réseau "Sport en tête" inter-régional (3 rencontres annuelles au plus) qui restait sur des activités physiques PRINCIPALEMENT pour les deux HDJ du SRI non regroupés. »

⁹ Une fois 9 agents sur une demi-journée, 1 fois 8, 2 fois 7 agents, 4 fois 6 agents, 20 fois 5 agents 27 fois 4 agents et 7 fois 3 agents.

Au cours de ce même mois d'octobre, le nombre moyen d'agents (infirmier et AS) présents par demi-journée auprès des patients à l'unité l'USP 2 est de 3,79, auprès des quinze patients¹⁰, avec une variabilité de sept à deux agents.

Enfin, concernant l'unité Sud, cette moyenne était de 4,94 agents avec une variabilité de quatre à huit agents.

RECOMMANDATION 1

L'organisation des soins, notamment les effectifs des équipes doit être adaptée aux besoins des patients en fonction des missions des soignants, précisées dans le projet médico-soignant.

L'établissement a recours à un système de remplacement par les infirmiers des autres services volontaires pour revenir pendant leurs congés ou leurs jours repos. Il n'est pas fait appel à des vacataires extérieurs ou à l'intérim.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL précise : « L'analyse des membres de la visite sur des plannings d'effectifs paramédicaux non lissés est à nuancer. Les documents qui ont été remis aux visiteurs de la mission du CGLPL sont des photographies de plannings du logiciel I-gestor impliquant que : Les remplacements intra-sectoriels ou intersectoriels n'apparaissent pas. Certaines mentions type formations ou absence syndicales (appelées évènements) n'apparaissent pas sur une copie d'écran classique. (...)

Par ailleurs, la Direction déléguée et la Direction des soins s'assurent que les remplacements ne sont pas réalisés par la suppression de congés. »

Le recrutement de personnel paramédical ne présentait pas de difficulté particulière jusqu'à présent mais la situation commence à se tendre, 2021 est la première année qui présente un faible nombre de candidatures ; même l'IFSI et l'IFAS ne remplissent pas toutes leurs places.

b) Effectifs médicaux

Pour les trois secteurs, les effectifs médicaux comptent au 31 décembre 2021 :

- unité Nord : 4 médecins sur 3 ETP et 2 internes dont un docteur junior et un poste vacant ;
- unité Nevers : 4 médecins pour 2,5 ETP et 1 associé et 2 postes vacants ;
- unité sud : 3 médecins pour 2,8 ETP et 1 associé et 1 poste vacant ;
- PRI : 1 médecin (1 ETP) et 1 associé et 1 poste vacant ;
- médecine générale : 1 somaticien pourvu, 1 poste vacant .

Il ressort que 11,3 ETP sont pourvus par des titulaires, 3 ETP sont assurés par des médecins associés sur un total de 17,3 ETP théoriques ; trois postes sont vacants. La carence était de 29 % en 2021, réduite désormais à la suite du recrutement de deux psychiatres. Des recrutements sont en cours pour pourvoir les trois postes vacants par publication à cette fin qui était effectuée au moment du contrôle. Au cours du trimestre de la visite, un interne du CHU de Dijon était affecté au CHSPL ainsi qu'un médecin junior.

Aucun praticien hospitalier temps plein n'exerce une activité libérale.

Les missions de médecin généraliste sont temporairement exercées *a minima* par un médecin psychiatre ; celui-ci ne peut que donner des avis sur demande des services car il ne détient pas les

¹⁰ 2 fois sept agents, 4 fois six agents, 8 fois 5 agents, 18 fois 4 agents 25 fois 3 agents et 5 fois 2 agents.

qualifications nécessaires au plein exercice de la spécialité de médecine générale. Il remplit également les fonctions de médecin du travail pour les salariés de l'établissement, ce en totale méconnaissance de la réglementation de la médecine du travail.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le poste de médecin spécialiste en médecine générale doit être pourvu par un médecin ayant la qualification professionnelle pour exercer cette spécialité.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo fait savoir qu'un second médecin généraliste a été recruté le 2 mai 2022. Elle précise : « *le CH Pierre Lôo fait face, comme beaucoup d'établissements, à une pénurie de praticiens qualifiés dans la discipline. L'établissement a été en contact poussé avec une praticienne lauréate de la PAE sur liste complémentaire mais pour des raisons de limitations du nombre de postes ouverts, le poste n'a pu être priorisé par l'Agence Régionale de Santé par rapport à d'autres spécialités. La personne intéressée n'ayant pu candidater, s'est positionnée logiquement sur un autre poste.*

Afin d'assurer les missions préventives et curatives de la médecine du travail, le CH Pierre Loo conserve encore ce temps de praticien psychiatre, Faisant Fonction, qui dispose d'un Doctorat en Médecine Générale. »

3.3.2 Le tutorat, la formation, la supervision

À leur prise de poste, les soignants sans expérience en psychiatrie ou arrivant à l'établissement ne bénéficient pas d'un véritable tutorat mais d'un parcours d'intégration de quelques jours en doublure avec un autre agent du service.

Diverses formations continues sont proposées aux soignants et il a été constaté qu'elles sont suivies. Quarante-cinq infirmiers ont bénéficié d'une formation « *acquisition des savoirs cliniques pour exercer en psychiatrie* » en 2018 (durée de neuf à douze jours).

Des formations annuelles sur « *violence et agressivité* » se sont déroulées en 2017 et 2018 à destination des soignants (sur cinq jours) et des ASH (sur trois jours) ; elles ont concerné vingt agents (dont treize infirmiers) en 2017, sept ASH en 2018.

Une formation sur le droit des patients a concerné de 2017 à 2019, vingt-neuf soignants et vingt-neuf ASH elle s'est déroulée sur quatre jours pour les premiers et deux jours pour les ASH.

On relève également une formation en 2017 sur les soins esthétiques et une sur la musicothérapie, suivies par deux soignants des unités contrôlées. L'éducation thérapeutique du patient a été dispensée au cours d'une session par an entre 2017 et 2021 où ont été formés douze à quinze soignants par session ; la formation à la bientraitance concerne douze soignants.

Les formations aux gestes et soins d'urgences sont bien suivies : en 2018, sept agents en formation initiale et 28 en formation recyclage et en 2019, sept agents en initiale et 27 en recyclage.

Outre ces formations, une formation certifiante « *infirmier spécialiste en psychiatrie* » est en place depuis trois ans ; elle comprend 83 heures d'enseignement sur trois modules de trois jours sur site auxquelles s'ajoutent des cours en e-learning. Cette formation est assurée par le Grieps (organisme de formation continue pour le personnel de santé) et est ouverte depuis 2021 également aux aides-soignants. 105 agents ont ainsi déjà été formés dont 54 en 2019 et 44 en 2018.

BONNE PRATIQUE 1

Une formation certifiante de psychiatrie est proposée aux infirmiers et aides-soignants.

L'isolement et la contention n'ont en revanche pas été sujets de formation dans les dernières années, à l'exception d'une conférence « *zéro contention* » en 2018 à laquelle cinq soignants ont assisté. Une formation sur la contention est prévue pour 2022 et le plan de formation 2021 comprend la sexualité des personnes accueillies.

Enfin, deux infirmiers sont en cours de formation d'infirmier en pratique avancée (IPA) et un troisième l'a déjà terminée. Le développement personnel continu (DPC) n'est pas mis en œuvre par les médecins. Ils n'ont participé à aucune formation sur l'isolement et la contention. Quatre assistants généralistes de psychiatrie ont suivi depuis 2018, l'enseignement du diplôme interuniversitaire (DIU) de psychiatrie.

RECOMMANDATION 2

Les médecins et soignants de psychiatrie doivent suivre des formations sur l'isolement et la contention.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL informe que : « *Une grande partie du plan de formation 2022 a trait à l'isolement/contention, à la politique d'apaisement/de désescalade, aux droits du patients sous contrainte. (...) et « Violence et Agressivité » qui comportent des modules pédagogiques s'intéressant à l'isolement et à la contention.* »

Les contrôleurs prennent acte de cette initiative mais faute que le nombre de personnes, dont des médecins, ayant réellement suivi ces formations depuis le début de l'année ait été précisé, la recommandation doit être maintenue.

Le budget de la formation médicale continue n'est pas totalement utilisé et les formations renvoyées bénéficient du report de leurs crédits. L'établissement utilise exclusivement les crédits reversés par l'ANFH.

3.3.3 L'évaluation des pratiques professionnelles

Le tableau de bord des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) indique, parmi d'autres, les thématiques « *améliorer la prescription des traitements si besoin* » en 2016, le « *respect des libertés* » en 2019 et « *l'isolement et contention pratiques de dernier recours* » en 2019.

En août 2020, un rapport d'audit « *contention et isolement* » a été présenté, sur la base de l'étude de 95 dossiers de 2019. Ce rapport indique que le trouble présenté par le patient correspond dans 87 % des cas à une indication de mise en CI et que la traçabilité de la mise en place d'alternatives à la mise en CI est retrouvée dans 22 % des cas seulement. Ces mesures alternatives sont énumérées : entretien infirmier, entretien infirmier et traitement, traitement si besoin administré, gestion du tabac, mise en place d'un médiateur (jeux de société, musico, mandala, etc.), entretien médical. Or, l'entretien médical n'est pas une alternative à l'isolement mais obligatoire avant toute mise en CI pour en évaluer la pertinence ; quant aux traitements si besoin, ils ne sont pas autorisés sans la recherche du consentement du patient et donc sans qu'un médecin ne vienne rechercher ce consentement.

Le rapport indique aussi que 54 % des patients étaient en soins libres au moment de la mise en isolement sans préciser si le statut d'admission a été modifié après l'application de la mesure d'isolement.

Cette étude a finalement proposé quelques actions correctrices mais sans lien avec l'importance des carences soulevées.

Par ailleurs, une « *revue de pertinence* » afin d'améliorer les pratiques professionnelles est en place pour les unités USP 1 et 2. Elle a lieu le deuxième mercredi de chaque mois. Deux contrôleurs ont pu assister à celle du 12 janvier, animée par l'ingénieure qualité. Étaient présents le médecin chef du pôle, un cadre de santé des USP 1 et 2 et neuf soignants. L'ingénieure qualité a fait un bilan de l'année 2021 et présenté le plan d'action 2022. Le contenu d'une fiche de retour d'expérience relative à un incident survenu quelques semaines auparavant avec un patient difficile (un soignant victime d'une luxation à la suite de faits de violence) a été étudié et a permis l'expression des soignants sur les faits mais aussi sur leur appréhension du retour du patient qui avait lieu le jour même.

Enfin, aucune supervision (individuelle ou collective) n'est organisée avec un psychologue extérieur. À l'USP2, le psychologue du travail de l'établissement propose un temps d'échange et de réflexion, un vendredi par mois avec toute l'équipe, toutes professions confondues.

3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT ANALYSES DE MANIERE EXHAUSTIVE

La démarche qualité et la gestion des risques font intervenir plusieurs instances : un comité de pilotage stratégique proposant les orientations, les actions et assurant le suivi des indicateurs, et une commission qualité coordonnant les travaux des différents groupes de travail.

Par ailleurs, la coordination des risques associés aux soins (CRAS), animée par un médecin, est l'instance opérationnelle de la gestion des risques sur l'ensemble de l'établissement y compris ses établissements médico-sociaux. Elle relie la gestion des événements indésirables, l'analyse des situations complexes et la mise en place des mesures correctives. Lors de sa dernière réunion, le 7 décembre 2021, la CRAS a analysé les 49 événements indésirables signalés entre le 1^{er} septembre et le 15 novembre 2021.

3.4.1 Les événements indésirables

Les événements indésirables (EI) sont déclarés grâce à un nouveau logiciel Qualnet (commun au GHT) installé sur l'intranet, auquel tout agent a donc accès. Le logiciel Yes, utilisé auparavant, permettait de déclarer un événement de manière anonyme ce que ne permet pas Qualnet. Une « *charte de non-sanction dans le cadre des déclarations d'événements indésirables* » a été signée par le président de la CME et la directrice du centre hospitalier en décembre 2017 pour soutenir la déclaration d'EI. Elle concerne l'ensemble du personnel.

Un ingénieur qualité gère l'ensemble de la démarche qualité de l'établissement. En lien avec les membres de la coordination des risques associés aux soins (CRAS), il réceptionne tous les jours les fiches de déclaration et les oriente vers les services concernés. L'avancée du traitement de l'événement est accessible sur un tableau de bord par le déclarant ; le service traitant apporte obligatoirement une réponse.

Ces déclarations reçoivent ensuite deux niveaux de traitement. Pour celui du secteur, un comité de retour d'expérience (CREX) constitué de médecins, du cadre de service et d'un représentant de

chaque autre profession est réuni chaque trimestre. Il prend alors connaissance de l'ensemble des déclarations et élabore des réponses à celles qui sont insuffisamment traitées.

Ensuite, au niveau institutionnel, la CRAS réunit cinq fois par an l'ensemble des référents de risques (suicide, fugue, etc. ; quatorze risques sont pris en compte) et procède au traitement des événements qui ont un impact sur l'ensemble des services et demandent une réponse institutionnelle.

En 2020, 429 déclarations d'EI ont été recensées par la direction de la qualité. Leur nombre s'établissait à 570 pour 2019. La typologie des événements déclarés comportait dans l'ordre décroissant de leur nombre de déclaration, les agressions (100), les chutes (80), la sécurité dans l'établissement (intrusion, vol) (70) puis, la prise en charge du patient (50). Les contrôleurs ont été destinataires des fiches d'événements indésirables pour les six derniers mois de 2021 (113 fiches).

3.4.2 Les analyses de causes

Lors d'incidents graves, une information est adressée sans délai à l'agence régionale de santé et les événements indésirables graves sont intégralement présentés en commission des usagers (CDU). En 2021, ces événements ont concerné deux suicides (un suicide a également été constaté en 2020, aucun les années précédentes), et en 2020, une chute, une tentative de viol et une fausse route.

Les EIG font l'objet d'un travail d'analyse sous la forme de retours d'expérience et de consultations des dossiers des patients en cause. L'ensemble des professionnels concernés par les faits est réuni avec le médecin référent et l'ingénieur qualité.

Un CREX se réunit régulièrement dans chaque secteur pour permettre une analyse collective des événements indésirables survenus dans le service concerné. Un compte rendu est établi qui reprend les actions correctives proposées. Le dernier s'est tenu le 5 octobre 2021 et concernait le secteur Nord, pour les EI survenus entre le 1^{er} mai et le 19 septembre. Cinq CREX ont été réunis en 2020 et neuf en 2019.

3.4.3 Les violences

L'établissement s'est volontairement inscrit auprès de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) qui recueille depuis 2005 les signalements de faits de violence (dont les incivilités) commis contre les personnes et contre les biens.

Les déclarations d'événements indésirables "*violence*" des six derniers mois, concernent 28 situations : 3 de violences de patients à l'encontre de patients et 25 de violences de patients à l'encontre de soignants. La typologie de ces violences se répartit en 14 agressions verbales (+/- violences à l'encontre du matériel), 12 agressions physiques +/- verbales) et 2 agressions sexuelles. Toute violence fait l'objet d'une déclaration d'EI mais aucune plainte n'est jamais déposée. Le centre hospitalier rembourse aux soignants les éventuels dégradations (lunettes, vêtements). Sur le site de Nevers, les patients souhaitant déposer plaintes peuvent être accompagnés par les soignants au bureau d'aide aux victimes des urgences générales du centre hospitalier.

L'établissement n'a cependant pas encore conceptualisé un réel plan de prévention des violences sur la base des CREX qu'il réunit. Seule l'expérimentation d'un « bouclier d'enveloppement » destiné à entourer le patient pour le maîtriser et l'amener en CI a été testé dans les unités de la Charité-sur-Loire. Son utilisation nécessite d'avoir suivi une formation spécifique à la prévention de la violence.

3.4.4 Les plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations sont adressées par courrier à la direction du CHS. Les plaintes exprimées oralement peuvent être enregistrées sur Qualnet directement par les soignants des unités, l'ingénieur qualité transmettant dans ce cas la plainte au secrétariat de direction.

Celui-ci transmet les plaintes et réclamations au cadre supérieur de santé du service concerné qui les traite avec le médecin chef du service et fait un retour écrit à la direction.

Toutes les réclamations sont adressées, anonymisées, aux représentants des usagers de la CDU.

Vingt réclamations sont recensées pour 2020 (dix-neuf en 2019), dont quatorze émanent de patients et quatre de proches. Parmi ces réclamations, sept concernaient la prise en charge ou une demande de changement de service, deux les permissions de sortie et de visite, deux le vol ou la perte de biens, une le délai trop long pour la communication du dossier médical, une le non-respect du secret médical.

Le délai moyen de traitement des réclamations n'est pas connu.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo objecte : « Le délai moyen de traitement des réclamations est bien connu, contrairement à ce qu'il est indiqué ».

Aucun des rapports transmis aux contrôleurs n'indique ce délai qui n'est pas non plus précisé par la directrice dans sa réponse.

Les quinze demandes de dossiers médicaux ont été présentées par les patients pour neuf d'entre elles et six par un ayant droit.

3.5 LES TRAVAUX DU COMITE D'ETHIQUE SONT CONNUS DES SOIGNANTS QUI LE SAISISSENT RAREMENT

Le règlement intérieur du comité d'éthique (CE) installé en juin 2011 précise que celui-ci exerce une action de réflexion, de conseil et de pédagogie qui peut être à l'origine d'avis et de recommandations destinés à la communauté hospitalière.

Une équipe pluridisciplinaire de professionnels volontaires compose le CE. Actuellement, il est présidé par une psychologue du centre médico psychologique (CMP) de La Charité-sur-Loire et a pour membres des infirmières, des cadres de santé, un psychiatre, une aide-soignante, deux mandataires judiciaires, une responsable des ressources humaines ; y sont invités permanents un philosophe consultant et la directrice administrative du réseau Émeraude, laquelle a une formation de juriste.

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

Le CE organise tous les deux ans des journées thématiques ouvertes à tous publics ; elles ont porté en 2015 sur « Contrainte et liberté en psychiatrie », en 2017 sur « L'accueil de la demande en psychiatrie » et, en 2019, sur « Le courage, la norme et la loi. Qu'est qu'on risque en psychiatrie ? » avec une intervention sur la contention en psychiatrie. Le thème prévu pour mars 2022 porte sur « Confidences et transmissions, l'intime au risque du secret partagé ». Ces journées sont annoncées par distribution de dépliants, par affichage dans les locaux et par des encarts dans la presse.

Le CE se réunit tous les deux mois, répond aux éventuelles demandes du personnel et s'autosaisit de sujets particuliers.

La réunion du 3 mai 2021 a évoqué le courrier reçu d'une infirmière au sujet de l'obligation vaccinale, celle 28 octobre 2021 les problèmes liés à la réglementation de la chambre d'isolement après questionnement d'une aide-soignante et d'un médecin et celle du 6 décembre 2021 a porté sur l'organisation de la journée de conférence de mars 2022.

Le comité a émis des avis sur l'installation de caméras de surveillance dans l'enceinte de l'USP2, sur l'application du pass sanitaire pour l'accès aux lieux de soin en psychiatrie et sur les failles de confidentialité induites par l'usage du dossier patient dématérialisé.

Si le comité d'éthique est connu par tous les agents de l'établissement qui reçoivent les informations sur la boîte mail personnelle dont ils sont dotés, il n'est saisi qu'exceptionnellement.

RECOMMANDATION 3

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

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 L'INTERVENTION AUX URGENCES DU CH DE NEVERS DE L'EQUIPE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON GARANTIT UNE EVALUATION ET UNE ORIENTATION PERTINENTE DES PATIENTS

L'admission en hospitalisation complète dans les unités de psychiatrie s'effectue selon deux trajectoires : le passage par le service d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux territorialement compétents ou bien l'arrivée directe dans les unités à la suite d'une demande de CMP ou d'une unité de soins de suite qui constatent une décompensation.

4.1.1 La prise en charge aux urgences

En fonction des secteurs, les patients sont admis au CHS à partir des services urgences de l'hôpital de Clamecy (commune limitrophe du département de l'Yonne), de ceux du CH de Cosne-sur-Loire (essentiellement pour les patients du PAM Nord), du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers (CHAN), de l'hôpital de Decize (essentiellement pour le PAM Sud) et d'une unité d'accueil de premiers soins du CH de Château-Chinon.

Des infirmiers du CMP de Cosne-sur-Loire se rendent au service des urgences de l'hôpital deux heures par jour en semaine. Un temps de psychiatrie de liaison est effectué au centre hospitalier de Decize du lundi au vendredi de 13h à 15h. Par ailleurs, le service des urgences de l'hôpital de Clamecy peut solliciter si besoin l'intervention d'un infirmier du CMP.

Les services des urgences des hôpitaux de Decize et de Cosne-sur-Loire fonctionnent exclusivement avec des médecins intérimaires en raison de la pénurie médicale sur le département. Au CHAN, des PH interviennent aux côtés de médecins intérimaires fidélisés.

a) La mission d'évaluation et d'orientation du CESAM

Le CHS a détaché au CHAN une équipe infirmière de psychiatrie de liaison (consultations externes de soins et d'aides médicalisées – CESAM) placée sous l'autorité du médecin responsable, du cadre supérieur de santé et du cadre de santé du PAM Nevers. Elle est composée de 3,8 ETP d'infirmier et 0,3 ETP de cadre de santé et dispose d'un local se situant à proximité du service des urgences.

Le planning garantit une présence d'au moins un infirmier au CHAN du lundi au dimanche de 8h à 21h – selon un service de 7h54 à 15h30 et de 13h24 à 21h et lorsque le planning le permet un de journée de 8h30 à 16h06 soit 7h36 par jour. Ces infirmiers effectuent également des entretiens d'aide auprès des personnes hospitalisées présentant des symptômes psychiatriques. L'effectif réduit au regard de l'activité et des missions du CESAM ne permet pas toujours aux infirmiers de participer à des formations.

Les contrôleurs ont visité le service d'accueil et d'urgence (SAU) accompagnés de deux infirmiers de l'équipe du CESAM.

Les patients entrent par l'accueil des urgences lorsqu'ils se présentent d'eux-mêmes ou accompagnés d'un tiers. Une entrée spécifique pour les ambulances permet une arrivée par un sas protégé de la vue du public.

Les infirmiers du CESAM évaluent les personnes présentées aux services des urgences (du CHAN et de Decize), à la demande des praticiens de ces services, et les orientent en fonction de leurs symptômes. Il est arrivé que, faute de box disponible, ces entretiens aient lieu dans la salle de bains. La priorité énoncée par les professionnels rencontrés est de trouver des solutions alternatives à l'hospitalisation qui doit rester le dernier recours. Dans ce dernier cas, l'adhésion du patient est recherchée.

Si un patient se présente la nuit, seul le bilan somatique est réalisé et l'évaluation de l'état psychique est reportée à l'arrivée de l'infirmier du CESAM.

En cas de désaccord sur la nécessité d'une hospitalisation, un médecin psychiatre du pré-Poitiers peut être contacté téléphoniquement par les infirmiers ou le médecin urgentiste. Selon les informations recueillies, en cas de divergence de point de vue, la décision revient au médecin urgentiste. Néanmoins, il est rare que les médecins urgentistes ne suivent pas la préconisation de l'équipe CESAM.

Par ailleurs, il arrive que des patients se présentent aux urgences pour solliciter leur hospitalisation alors que leur état clinique ne le nécessite pas. Il s'agit essentiellement de personnes vivant dans une certaine précarité. Les coordonnées des structures ambulatoires leur sont alors communiquées ; néanmoins, ces structures ne disposent pas toujours de créneaux disponibles dans un délai raisonnable pour recevoir ces patients lorsqu'ils ne sont pas déjà connus ce qui est un point à améliorer pour répondre aux besoins de ces patients et éviter une hospitalisation préventive d'une dégradation de leur état.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo affirme s'agissant des entretiens infirmiers : « s'il y a besoin de rendez-vous infirmier, l'enquête flash réalisée pour la V2020 montre un délai moyen de 8 jours (Borne basse 24h — Borne haute 14 jours) hors situation d'urgence. Si urgence le délai est entre 24h (80 %) et 48h ».

Pour les patients relevant du secteur de Nevers, à la sortie du service des urgences, l'équipe mobile de ce secteur peut intervenir dans le cadre d'une visite à domicile ou proposer un entretien au patient dans les locaux du CMP dans l'attente de la prise en charge du patient par l'équipe du CMP.

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'infirmier du CESAM contacte directement un médecin psychiatre présent sur le site du pré-Poitiers lorsque le patient dépend des secteurs de Nevers et Sud et le cadre du service concerné sur le site de la Charité-sur-Loire. Les week-ends et jours fériés le médecin psychiatre de garde est contacté.

i) La prise en charge des patients en SSC

Les admissions sur décision du directeur : SDDE

L'infirmier du CESAM vérifie la conformité des certificats médicaux, le cas échéant la demande d'hospitalisation écrite présentée par un tiers et s'enquiert de ses liens avec le patient (famille, mandataire judiciaire) et, sinon, recherche un tiers. Un formulaire de recherche de tiers du CHS permet de tracer les diligences effectuées par les infirmiers du CESAM et de mentionner clairement si le tiers contacté refuse de présenter une demande d'hospitalisation ; ces recherches ne sont pas effectuées lorsque le SMUR intervient. De plus, au décours de leur entretien avec le patient, les infirmiers travaillent l'adhésion du patient à l'hospitalisation afin de privilégier une admission en soins libres.

Si une admission pour péril imminent est décidée, l'infirmier recherche un tiers pour l'informer de la mesure.

Il arrive que des patients soient amenés directement dans les unités par la police, les pompiers ou des ambulanciers sans avoir été examinés au préalable par un médecin et donc sans certificat médical (CM) initial. Dans ce cas, il est difficile de trouver un médecin extérieur à l'établissement pour examiner le patient et établir ce certificat, surtout la nuit. L'hospitalisation prend alors la forme d'une admission en soins sur demande d'un tiers en raison de l'urgence (SDTU) si l'on parvient à trouver un tiers et, dans le cas contraire, la décision du statut d'hospitalisation sans consentement sera prise au motif d'un péril imminent et attendra l'intervention d'un médecin de l'extérieur disponible pour rédiger un certificat médical.

Par ailleurs, des difficultés peuvent intervenir lorsque les médecins du SMUR rédigent à l'issue d'une intervention à domicile ou sur la voie publique des certificats tendant à l'hospitalisation d'une personne en SSC alors qu'elle ne relève pas forcément d'une hospitalisation complète.

RECOMMANDATION 4

Toute admission de patient présentant des troubles mentaux doit être précédée d'un passage par le service des urgences pour assurer leur évaluation et la pertinence de leur orientation.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo affirme que « ce n'est pas le rôle du Service d'Accueil des Urgences d'un établissement hospitalier sanitaire général, hormis pour une évaluation somatique. Ce dispositif alourdirait fortement la fluidité d'un service, déjà très menacé. L'avis du médecin traitant est également une évaluation. L'hospitalisation suite à une consultation auprès d'un psychiatre ne requiert pas passage au service d'accueil des urgences le plus proche pour l'avis d'un urgentiste. Toutes les hospitalisations proposées via l'équipe soignante en ambulatoire est validée par un psychiatre du CH Pierre Léo. »

Les contrôleurs considèrent que ce passage est nécessaire dans la mesure où un examen somatique n'est pas systématiquement opéré lors de l'admission sur le site de La Charité faute – lors de la visite –, comme il a été indiqué plus haut de médecin généraliste disponible pour l'effectuer. Par ailleurs, seuls les services d'urgences bénéficient d'un plateau technique d'imagerie et de biologie d'urgence.

Les admissions sur décision du représentant de l'État : SDRE,

L'infirmier du CESAM procède aux vérifications des certificats médicaux et arrêtés d'admission du maire ou du préfet.

Quel que soit le statut d'admission, les médecins urgentistes et les soignants l'expliquent succinctement aux patients. L'information complémentaire, la notification des droits et des recours ouverts est assurée par les médecins des unités.

ii) La gestion de la crise aiguë

Les patients peuvent, en fonction de la place disponible, séjourner dans des chambres dont l'une, au fond du couloir, est adaptée aux patients agités en ce qu'elle n'est meublée que d'un lit. Le service des urgences ne dispose pas de chambre d'isolement et les patients ne sont jamais enfermés en chambre.

Lorsque les patients sont agités, ou s'ils présentent un risque de chute ou encore de fugue, ils peuvent être attachés au brancard, dans un box ou dans la chambre sans meuble. Ces mesures ne sont pas tracées dans un registre spécifique. En pareil cas, le médecin urgentiste prescrit en général une sédation qui, elle, est tracée dans le dossier patient informatisé.

RECOMMANDATION 5

Le service d'urgence doit disposer d'un espace d'apaisement destiné aux patients agités, avec du mobilier adapté, permettant d'éviter de les attacher. L'utilisation de contentions doit être tracée et mentionnée dans un registre spécifique permettant l'analyse, par l'ensemble de l'équipe soignante, des conditions de recours à ces mesures.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo fait savoir que « Cette recommandation a été transmise au CH de Nevers qui a bien prévu de solliciter le CH Pierre Léo dans le cadre de la filière Urgence du PMP lors du projet de reconstruction de son service d'urgence. »

Les contrôleurs prennent acte de cette démarche.

iii) Le transport des patients

Le transport des patients en SDRE est assuré et organisé par le CHS. Il en est de même pour les patients en programme de soins réhospitalisés.

Les autres patients sont transportés par des ambulanciers privés prestataires du CHAN, ce du lundi au vendredi entre 6h30 et 17h/17h30. À partir de 20h, le transport est effectué par deux sociétés d'ambulance qui peuvent être également réquisitionnées par le SMUR pour des interventions. Les employés de ces dernières sociétés ne sont pas formés à la prise en charge des patients en psychiatrie. Entre 17h et 20h aucun transport ne peut être mobilisé, des patients restent donc aux urgences inutilement dans ce créneau horaire. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'à partir de 17h30 le délai d'attente pour assurer le transfert des patients depuis le service des urgences peut atteindre 6 heures, des attentes de 16h l'après-midi jusqu'à 3h la nuit suivante ont même été citées.

Enfin, selon les informations recueillies pendant la visite du service des urgences, la fermeture de lits dans les différents services du CHAN entraîne une saturation de ce service se traduisant par une augmentation de patients installés sur des brancards dans les couloirs du service comme il a été constaté lors de la visite des contrôleurs.

b) Les autres missions de la CESAM

L'équipe du CESAM a une mission plus large dans la mesure où elle intervient à la demande pour des consultations et des soins infirmiers psychiatriques auprès des personnes adultes accueillies dans les autres services du CHAN.

Elle fait le lien entre le CHAN et le CHS et assure le suivi des patients admis en unité de psychiatrie qui pendant ce séjour, sont hospitalisés au CHAN pour des soins somatiques.

Enfin, le projet médical 2018-2022 préconise le développement et le renforcement des dispositifs de gestion de la crise et de l'urgence, notamment par l'ouverture de tous les CMP et HDJ le week-end. Une réflexion sur une structure d'accueil type centre de crise est évoquée mais ne s'est pas traduite au moment du contrôle par un projet concret.

RECOMMANDATION 6

Les réflexions en cours sur le déploiement de dispositifs de gestion de la crise et de l'urgence et leur renforcement au niveau du département doivent trouver une traduction opérationnelle, s'agissant notamment des outils de prévention de l'hospitalisation complète.

4.1.2 L'arrivée du patient dans l'unité d'admission

Dans l'ensemble des unités, un infirmier accueille le patient à son arrivée, l'installe dans sa chambre et réalise la prise des constantes. Un examen somatique est systématiquement réalisé pour les patients arrivants dans les unités du pré-Poitiers mais seulement à la demande dans les autres unités faute de médecin somaticien attaché au site principal du CHS (cf. § 9.2).

L'infirmier dresse un inventaire contradictoire des effets du patient qui en reçoit un exemplaire. Les biens de valeur sont déposés dans un coffre commun aux deux unités Sud et Nevers, les autres unités disposent d'un coffre propre, que seuls les cadres peuvent ouvrir. Les week-ends, l'administrateur de permanence dispose du code et se déplace ou appelle le cadre de santé qui réside à proximité en cas d'urgence pour l'ouverture du coffre – comme, par exemple, la sortie définitive d'un patient.

Le principe prévaut de n'imposer aucune restriction au patient à son arrivée. Lorsque des contraintes sont décidées par le médecin, elles sont tracées dans le dossier patient ; elles sont individualisées dans les unités du pré-Poitiers. Ainsi, le patient arrivant peut conserver ses cigarettes son téléphone avec son chargeur et les câbles, etc. Seuls les objets dangereux sont systématiquement retirés (couteaux, aérosols, contenants en verre, etc.). En revanche, le patient arrivant à l'unité Nord et à l'USP2, se voit retirer son tabac et les câbles des chargeurs de téléphone.

Le livret d'accueil est remis au patient et un kit d'hygiène est à disposition dans la chambre. La visite du service est réalisée à l'arrivée ou le lendemain selon l'état du patient.

L'information sur le statut est délivrée aux urgences, réexpliquée par l'infirmier qui accueille et par le médecin de l'unité, lors de la consultation psychiatrique qui a lieu à l'arrivée par le médecin de l'unité ou le médecin de garde. Deux consultations avec un psychiatre ont lieu ultérieurement pour établir les certificats médicaux des 24 et 72h, les observations du patient sont tracées dans son dossier.

4.2 LES MODALITES D'ADMISSION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT MONTRE UN FORT RECOURS AUX PROCEDURES EXCEPTIONNELLES

4.2.1 L'activité

Mesurée en termes de file active (FA), l'activité de l'établissement a connu une baisse sensible et constante entre 2018 et 2020. Cette baisse atteint tous les aspects de la prise en charge,

ambulatoire, ambulatoire exclusive comme hospitalisation à temps complet ou à temps partiel ainsi que le montre le tableau suivant :

File Active	2018	2019	Évolution 2018/2019	2020	Évolution 2019/2020	%
Totale	7 682	7 596	-1,1 %	6 902	-694	-9,1
Ambulatoire	7 511	7 441	-0,9 %	6 771	-670	-9,0
Exclusivement ambulatoire	6 594	6 556	-0,6 %	5 935	-621	-9,5
Temps complet	971	931	-4,1 %	866	-65	-7,0
Temps partiel	249	238	-4,4 %	213	-25	-10,5

L'accentuation de la baisse en 2020 déjà constatée entre 2019 et 2018 est vraisemblablement imputable à l'épidémie de Covid-19.

Les données 2021 n'ont été fournies que pour les neuf premiers mois de l'année. Leur extrapolation sur l'année entière fait apparaître une FA totale de 8 020 patients, une FA ambulatoire totale de 7 829 patients, une FA exclusivement ambulatoire de 6 921 patients et une FA d'hospitalisation à temps complet de 983 patients. Si ces données sont exactes et les perspectives vérifiées, elles montrent une reprise de l'activité par rapport à 2020 mais également par rapport à 2019 avec, en comparaison de cette dernière année, des augmentations de 5,6 % de la FA totale, 5,2 % de la FA ambulatoire et 5,6 % de la FA d'hospitalisation à temps complet.

Les durées moyennes de séjour se sont accrues dans toutes les unités au cours de l'année 2020, les données – comparables en termes de typologie de patients – des trois unités d'entrée (Nord, Nevers et Sud) qui étaient sensiblement égales en 2018 (18,3 jours, 18,8 jours et 18,6 jours) marquent une divergence inexplicable en 2020 (18,0 jours, 17,0 jours et 21,1 jours).

4.2.2 Les patients admis en soins sans consentement

L'établissement a fourni les données suivantes portant sur les admissions en soins sans consentement :

	Nombre de mesures		Nombre de patients	
	2020	2021	2020	2021
Totalité des SDDE (1)	194	223	179	209
Dont SDT ordinaire	19	15	19	15
Dont SPDTU (2)	64	74	63	74
Dont SPI (3)	111	134	103	128
Totalité des SDRE (4)	52	46	48	43
Dont personnes détenues	12	9	10	7
Dont décision judiciaire	2	2	2	2
Dont transformation SDT en SDRE	0	0	0	1
Total des soins sans consentement	246	269	227	253

Hospitalisation Libre (HL)			785	779
Total des patients hospitalisés			866	880

- (1) soins sur décision du directeur de l'établissement.
- (2) soins sur demande d'un tiers en urgence (un seul certificat médical).
- (3) soins en cas de péril imminent (un seul certificat médical).
- (4) soins sur décision du représentant de l'État.

Il ressort de ces données que la proportion de patients admis en soins sans consentement par rapport au total des patients admis est passée de 29 % en 2020 à 32,5 % en 2021, proportion plus importante que celle que l'on constate sur l'ensemble du territoire qui est de l'ordre de 25 %.

Les admissions en SDRE sont également surreprésentées avec 21 % à comparer au taux de 16 % constaté à l'échelle nationale.

Les admissions sur décision du directeur de l'établissement sont majoritairement (57 % en 2020 et 58 % en 2021) opérées pour motif de péril imminent (2° du II de l'article L.3212-1 du code de la santé publique¹¹). Une telle proportion – au demeurant bien supérieure à celle de la France entière qui s'élève à 29 % – laisse perplexe sur la consistance et l'imminence du péril allégué dans les toutes les situations qu'elles concernent.

Cette proportion est rendue possible par la distinction juridique entre les hôpitaux des services des urgences qui orientent les patients et le CHSPL : les urgentistes, qui n'appartiennent pas au CHSPL, peuvent établir rapidement un premier certificat médical d'admission et la mesure peut être prise sans attendre le résultat de la recherche d'un tiers pouvant présenter une demande de soins et sans qu'un deuxième certificat médical après examen confirme les termes du premier si celui-ci fait état d'un péril imminent.

Les mesures d'admission prises sur le fondement de l'urgence sont également nombreuses, représentant le tiers des mesures alors que ce mode est prévu par l'article L.3212-3 du CSP comme exceptionnel¹².

Cette fréquence de recours à des modes d'admission qui offrent de moindres garanties sur la pertinence de l'orientation appréciée par un seul praticien qui n'est pas toujours psychiatre, doit conduire l'établissement à examiner les parcours d'admission.

¹¹ Article L.3212-1 II du code de la santé publique : « 2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. »

¹² Article L.3212-3 du code de la santé publique : « En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. »

RECOMMANDATION 7

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel. Ces procédures rapides, qui fondent l'admission sur un examen médical unique, lequel n'est pas toujours effectué par un psychiatre, sont moins protectrices des droits des patients.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo note : « ces procédures existent déjà mais qu'elles sont confrontées à la réalité de terrain ainsi qu'à la pénurie de psychiatres. L'orientation des patients en SPI par les urgences rejoint la problématique de pénurie de lits aux urgences, et ne peut être travaillée qu'avec le service d'accueil des urgences. À cet effet, un document d'information sur les procédures liées à l'hospitalisation des patients sans consentement a été réalisé ce printemps et est en cours de diffusion aux directeurs de garde des autres structures hospitalières du territoire, aux services d'accueil des urgences, aux CPTS, aux médecins libéraux etc. »

4.2.3 La suroccupation

Depuis la pandémie de Covid-19, les unités ne connaissent pas de situation de suroccupation. Au demeurant, seules les unités d'admission peuvent être touchées par une insuffisance de lits, les admissions dans les unités du PRI ne se faisant que lorsqu'un lit est disponible ; cette organisation conduit à maintenir en unité d'admission des patients dont l'état clinique, la pathologie ou l'âge appelle une prise en charge en PRI.

En cas de suroccupation de l'une des deux unités du Pré-Poitiers, les patients sont admis, en première intention, dans l'autre unité du site, ce qui permet un suivi par le psychiatre de l'unité de secteur. En cas d'impossibilité d'accueil au Pré-Poitiers, le patient transféré à l'unité Nord, situation exceptionnelle. Dans tous les cas, le retour dans l'unité de secteur est organisé dès que possible.

La capacité d'accueil de l'unité Nord correspond à ses besoins, mais son taux d'occupation avant la pandémie était néanmoins de 98 %.

4.3 L'INFORMATION DES PATIENTS, QUEL QUE SOIT LEUR STATUT D'ADMISSION, EST INSUFFISANTE

4.3.1 L'information générale

L'établissement dispose d'un livret d'accueil destiné à tous les patients hospitalisés. Ce document fournit l'ensemble des informations utiles pour le déroulement pratique du séjour (services matériels offerts, visites, courrier, etc.) mais également sur les droits dont dispose le patient (recours, protection juridique, personne de confiance, accès au dossier médical, protection de la vie privée). Le livret donne également des explications sur les formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète (HJ, CMP, CATTP, VAD, etc.). Les conditions d'accès au dossier médical y sont précisées.

Ce document est, en principe, remis à toute personne lors de son admission, donc dans les unités d'entrants ; en pratique, il n'est pas remis dans l'unité Sud. Il peut être de nouveau donné aux patients arrivant en unité de gérontopsychiatrie bien que ceux-ci soient déjà passés dans une unité d'entrants. Cette précaution se révèle utile pour ceux passés par l'unité Sud.

Le document expliquant les règles de vie propres à chaque unité n'est pas non plus systématiquement distribué. Il est n'est affiché que dans les deux unités de Nevers. Ces règles sont

toujours expliquées par les soignants à l'arrivée et rappelées plus tard si nécessaire mais, hormis à Nevers, les patients n'ont pas les moyens de s'y référer. De façon générale, l'affichage dans les unités est insuffisant avec des documents qui ne sont pas tous à jour (cf. § 8.1.3).

RECOMMANDATION 8

Le livret d'accueil, qui précise notamment les conditions d'accès au dossier médical, doit être remis à tous les patients lors de leur admission.

Le document énonçant l'ensemble des règles de vie propres à chaque unité doit également être mis à disposition de tous les patients, par remise ou affichage dans les espaces communs.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo annonce : « Le document concernant les règles de vie sera affiché dans chaque chambre (dès l'automne) et/ou inséré dans le livret d'accueil (UH Nord). Le document est affiché dans toutes les structures. (...) la refonte du livret d'accueil est en cours (...) un travail est actuellement en cours sur les procédures de soins sans consentement et documents d'infos associés (à la relecture d'un juriste). Le document d'info droits des patients en iso et recours est en application, dans Qualnet. »

Les contrôleurs prennent acte de ces initiatives et projets.

4.3.2 L'information des patients en soins sans consentement

Les patients dont l'admission en soins sans consentement est envisagée dès leur passage aux urgences, reçoivent alors une explication sur ce statut. Ils sont de nouveau informés par le psychiatre lors du premier entretien d'entrée dans l'unité. Ce statut et ses conséquences peuvent être réexpliqués au cours des entretiens médicaux ou infirmiers suivants. Les observations du patient doivent alors être recueillies ce qui n'a pas pu être vérifié car ces observations sont enregistrées dans la partie du dossier du patient protégée par le secret médical.

La copie de la décision d'admission – pour les patients en SDDE – ou celle de l'arrêté du maire ou du préfet – pour ceux en SDRE – est remise à l'intéressé.

Le certificat médical d'admission n'est pas remis au patient, hormis dans l'unité du pôle de Nevers, alors que ce certificat fonde la décision d'admission et que ses termes ne sont repris ni dans la décision du directeur, ni dans les arrêtés municipaux ou préfectoraux qui, tous, se bornent à le viser. À l'unité Nord, il est simplement donné en lecture à l'intéressé puis lui est repris.

Les certificats médicaux ultérieurs (24h, 72h) ou l'avis accompagnant la saisine du juge ne sont pas non plus communiqués à l'intéressé alors qu'il s'agit de pièces de la procédure dont il fait l'objet. Le patient est donc privé de la possibilité de contrôler ou de faire contrôler la régularité de cette procédure. Les professionnels se montrent réticents à la remise du certificat médical, ils privilégieraient l'option d'une motivation explicite des décisions, solution incohérente puisque le patient aura accès au dit certificat lors de l'audience devant le JLD, sans pouvoir alors s'entretenir sur ses termes avec le médecin qui en est l'auteur.

Enfin, aucun document indiquant les droits afférents au statut d'admission en soins sans consentement n'est remis aux patients en SDDE. Les patients admis en SDRE sont informés par l'énumération de leurs droits qui figure sur les arrêtés préfectoraux. Le service des admissions de l'établissement, alerté sur ce point par les contrôleurs, a élaboré un imprimé explicitant ces droits et va le transmettre aux unités pour notification.

La justification de la notification de la décision est tracée sur la décision elle-même.

La grande majorité des décisions sont notifiées le jour de leur édicition et dès que l'état du patient lui permet de le recevoir utilement le document.

RECOMMANDATION 9

Les patients admis en soins sans consentement doivent recevoir les pièces de la procédure d'admission dont ils sont l'objet (décision, certificats médicaux, avis) afin de pouvoir contrôler ou faire contrôler la régularité de cette procédure. Les droits dont ils bénéficient au titre de cette admission doivent leur être notifiés.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL indique : « *les certificats médicaux des patients sans consentement sont maintenant donnés à ces derniers sur le site du Pré-Poitiers. Les équipes soignantes et médicales recherchent continuellement la réponse adaptée au patient et à sa capacité à comprendre le certificat sans aggraver la problématique psychique.* »

Les contrôleurs prennent acte de cette modification mais la recommandation n'étant mise en œuvre que sur un seul site, elle est maintenue.

L'ARS, dans sa réponse, a fait savoir qu'elle a « *rappelé aux établissements de la région la législation en vigueur et notamment la nécessité de notifier aux patients les arrêtés préfectoraux accompagnés des certificats médicaux* » et qu'elle « *a également rappelé aux établissements l'obligation de notifier aux patients leurs droits ainsi que les voies de recours existantes. [S]es services ont ainsi transmis à l'ensemble des établissements de la région une maquette rappelant les droits des patients et les coordonnées du tribunal compétent pour statuer sur les mesures de soins sans consentement.* »

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 L'HEBERGEMENT EST CONFORTABLE DANS L'ENSEMBLE MAIS LA STRUCTURE DE CERTAINS LOCAUX EST INADAPTEE A LA PATIENTELE QU'ILS ACCUEILLENT

Le site de La-Charité-sur-Loire comporte plusieurs bâtiments d'hospitalisation : les unités de soins prolongés USP1 et USP2, l'unité secteur Nord, l'unité de gérontopsychiatrie et l'unité d'évaluation et de réadaptation (UER), soit un nombre total de quatre-vingts lits. La qualité de l'hébergement est inégale selon les unités.

Les locaux des deux unités du Pré-Poitiers sont récents et identiques dans leur organisation et leur conception.



Site du Pré-Poitiers



Patio commun aux deux unités du Pré-Poitiers

5.1.1 Les chambres

Les chambres sont pour la plupart individuelles, on ne compte qu'une chambre double à l'unité Nord et deux en gérontopsychiatrie.

Chaque chambre est meublée d'un lit (tous médicalisés en gérontopsychiatrie avec en outre, un lit antichute, abaissable jusqu'au sol), d'une armoire ou d'une penderie avec cintres, d'une table avec chaise, parfois d'un fauteuil et d'une table de chevet. Le mobilier est chaleureux (en partie en bois) et doublé dans les chambres doubles. Toutes les chambres disposent de prises de courant et d'une prise d'antenne pour téléviseur. L'éclairage (un plafonnier et une rampe de néon au-dessus du lit), est commandé par un interrupteur intérieur. Aucune chambre n'est équipée d'un bouton d'appel. Les fenêtres sont fermées à clef, seul le personnel soignant peut les ouvrir. En revanche, les patients peuvent accéder au volet roulant électrique.



*Chambre en gérontopsychiatrie avec lit
« antichute »*



Chambre de l'USP2

Une salle d'eau fermant par une porte pleine pourvue d'un système de fermeture est attenante à chaque chambre. Elle est équipée d'un lavabo au-dessus duquel est placé un miroir, d'une douche à l'italienne avec flexible et douchette qui peuvent être retirés en cas de danger, d'un WC (sans toujours de lunette, ni abattant) et d'un radiateur porte serviette. En gérontopsychiatrie, des barres d'appui sont fixées et une chaise en plastique permet de se doucher assis.

Les portes des chambres sont munies d'un verrou de confort qui permet à l'occupant de s'enfermer ; elles comportent une surface vitrée qui offre une vision de la chambre et du lit du patient. Pour préserver leur intimité, les patients obstruent ce fenestron à l'aide d'une serviette.



Portes des chambres avec fenestron

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL annonce : « des films occultants sont en commande et seront posés dès réception par les services techniques. »

5.1.2 Les locaux collectifs

Toutes les unités disposent d'un salon de télévision meublé de fauteuils de de tables basse. Des salles d'activité – salles de sport, musique, relaxation, activités manuelles, etc. – sont situées à

l'étage (unité Nord, gérontopsychiatrie, unités de Nevers) ce qui en rend l'intérêt limité pour les patients puisqu'ils n'y ont pas librement accès. Au Pré-Poitiers, les locaux collectifs sont communs aux deux unités.

Les patients peuvent accéder en journée à des espaces arborés, vastes cours comprenant une partie abritée des intempéries et disposant de tables et chaises, où ils peuvent fumer.

Si globalement les locaux sont satisfaisants, ceux du bâtiment de l'USP2 nécessitent des travaux. En effet, le revêtement des sols au premier étage, de type linoléum ancien, est dégradé à certains endroits (effritement). Dans l'une des chambres, le patient en avait consciencieusement décollé une partie (plusieurs carreaux). Cette situation est susceptible de poser un problème en termes de sécurité. En outre, la configuration des locaux avec les bureaux de chacun des cadres, en milieu de bâtiment des USP mais donnant côté USP 1. Alors que cette unité concentre les difficultés, l'accès à l'USP 2 depuis le bureau de son cadre se fait par deux portes de communication verrouillées pour éviter les interactions entre les deux unités, l'espace entre les deux nécessitant d'emprunter un escalier.

Aucune restructuration à court, voire à moyen terme, des locaux des USP1 et USP2 n'est envisagée. Le projet bâtementaire en cours concerne principalement le « rapatriement » du Pré-Poitiers.

RECOMMANDATION 10

Des travaux de restructuration des bâtiments accueillant les unités USP1 et USP2 doivent être entrepris afin d'adapter ces locaux à l'accueil de leurs patients, de faciliter le travail des soignants et d'écartier tout risque de dangerosité pour les patients et professionnels.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo précise : « *La restructuration-rénovation des USP1 et 2 fait également partie du schéma directeur immobilier. L'établissement est en train de réfléchir à une réorganisation architecturale des locaux à proposer à l'ARS dans le cadre de l'appel à projets FIOP pour septembre 2022.* »

5.2 L'HYGIENE EST CONVENABLEMENT ASSUREE

Ainsi qu'il a été décrit ci-dessus (cf. § 5.1.1) toutes les chambres ont une salle d'eau attenante. Certaines unités disposent d'une salle de bain accessible sur demande. À l'unité de gérontopsychiatrie, une salle de balnéothérapie est équipée d'une baignoire pour bains bouillonnants, d'un lit-douche, d'un WC et d'un lavabo.



Salle de balnéothérapie en gérontopsychiatrie

Deux serviettes et deux gants de toilette – ces derniers jetables – sont fournis aux arrivants. Un kit d'hygiène est prévu pour les patients démunis.

Les draps et les taies d'oreillers, ainsi que les serviettes de toilettes (personnelles ou fournies par l'établissement) sont lavés par la blanchisserie centrale. L'entretien du linge personnel est assuré de préférence par la famille mais à défaut, la blanchisserie du CHS lave gratuitement les vêtements personnels qui sont alors, marqués. Toutes les unités d'hospitalisation complète sont dotées d'un lave-linge et un d'un sèche-linge qui permettent de pallier l'urgence et l'indigence.

Un grand stock de vêtements, entreposé dans une grande pièce de la blanchisserie, est mis à disposition des unités afin de pallier l'indigence. Pour les cas d'urgence, notamment la nuit, des effets de rechange et des kits d'hygiène, sont mis à la disposition des unités dans une armoire placée devant l'entrée de la blanchisserie

Certaines unités sont pourvues d'un salon de coiffure généralement inutilisé. Seule l'unité gérontopsychiatrie fait appel, à la demande, à une coiffeuse extérieure rémunérée par le patient.



Salon de coiffure

Le ménage des locaux, globalement propres et bien entretenus, est assuré par les ASH. Les salles à manger, qui servent également de lieux d'activités, et les tables sont désinfectées avant et après chaque service.

5.3 LA PROCEDURE DE GESTION DES BIENS EST PROTECTRICE DES DROITS DES PATIENTS

Le livret d'accueil explique que l'établissement n'est pas responsable des valeurs et objets précieux conservés par les patients qui peuvent être déposés auprès du cadre soignant de l'unité.

Un inventaire contradictoire est fait à l'arrivée dont un exemplaire est remis au patient. Celui-ci peut conserver ses objets et effets personnels dans les chambres qui ferment à clés, hormis ceux qui sont dangereux (armes, objets potentiellement coupants, médicaments). Les patients sont invités à ne pas garder de sommes importantes ou de valeurs par devers eux ; ils peuvent néanmoins les conserver sous décharge de responsabilité du CHS.

Si les patients le souhaitent, les objets de valeurs et l'argent sont conservés dans un coffre commun aux deux unités sur le site de Pré-Poitiers dont les cadres de soins et les administrateurs de permanence ont le code de sorte que les propriétaires peuvent les récupérer même en cas de sortie durant le week-end. Sur le site de La charité, ces objets sont conservés dans un coffre situé dans le service d'admission. Les patients peuvent venir chercher ce qu'ils y ont fait déposer aux heures d'ouverture du service (8h à 12h, 13h à 17h). Le responsable du service a souligné que tout était organisé pour que les sorties définitives n'aient pas lieu le week-end.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL précise « Les sorties sont organisées également les week-ends. En ce cas, la restitution des objets de valeurs est organisée. »

Une bagagerie est à la disposition des patients dans l'unité de gérontopsychiatrie, dans les unités USP1 et USP2 ainsi que dans les unités Nevers et Sud.

À défaut de « banque des patients » ou de régie, le service hospitalier de la protection des majeurs a mis en place avec la Caisse d'épargne un système de cartes à retrait ainsi que l'ouverture de comptes à la cafetera sur le site de la Charité. Si les patients ne détiennent pas d'argent, pour les achats personnels, il est fait d'abord appel aux proches et, le cas échéant, au tuteur ou curateur. À défaut, s'ils ont un compte approvisionné et une carte de retrait, ils sont accompagnés à la banque, éventuellement par l'équipe mobile sur le site de Pré-Poitiers.

Les assistants de service social (ASS) des unités repèrent les besoins de protection en étroite liaison avec les soignants et les médecins traitants ; présents dans les réunions cliniques hebdomadaires, ils voient 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 tutelles et la mise en place de la mesure est de 15 jours quand une situation d'urgence est signalée, avec mise en place d'une sauvegarde de justice.

Les ASS et les soignants sont en contacts fréquents avec les mandataires judiciaires qui peuvent participer aux réunions de synthèse, leur présence étant variable. Les relations avec ceux-ci sont globalement fluides, au moins téléphoniquement, même si certains soignants se plaignent du manque de réactivité de quelques-uns d'entre eux et de l'absence de visite dans les unités. La présence des mandataires aux audiences du juge des libertés et de la détention est exceptionnelle.

Les tutelles externes de manière générale remplissent leur fonction. Leur diligence dépend du nombre de dossiers dont elles ont la charge. Elles sont joignables mais ne s'occupent pas de faire les achats nécessaires pour les patients. En général les mandataires adressent de l'argent et laissent l'équipe ou le patient se charger des achats. Depuis la crise sanitaire les patients utilisent des sites

commerciaux pour effectuer les achats en ligne. Les soignants peuvent dépanner pour l'achat de cigarettes.

5.4 LA QUALITE DES REPAS SATISFAIT LES RATIONNAIRES, EN GOUT COMME EN QUANTITE

Les repas sont préparés et livrés en liaison froide depuis la cuisine centrale de l'hôpital par fourgonnette frigorifique, y compris aux unités de Nevers, et réchauffés par le personnel au sein des unités. Ils sont pré-emballés dans des barquettes individuelles. Le repas est constitué d'un menu unique, cependant les régimes alimentaires particuliers prescrits médicalement sont respectés et lors des entretiens d'entrée, les soignants recueillent les déclarations d'aversion. Selon les propos recueillis auprès du responsable des cuisines, les livraisons des matières premières ne sont pas toujours effectuées dans les délais requis. De ce fait, les menus prévus ne sont pas toujours respectés et peuvent varier en raison des stocks disponibles.

La diététicienne se déplace régulièrement dans les unités et une semaine du goût est organisée environ une fois par an.

Lors de chaque livraison, un contrôle du nombre de barquettes et des différents régimes alimentaires est opéré par une aide-soignante qui vérifie que chaque patient bénéficie bien d'un repas adapté à ses besoins et signale les omissions à la cuisine centrale.

Dans les unités de la Charité-sur-Loire, les repas sont servis à des heures fixes, dans une salle à manger commune et exceptionnellement en chambre. Par mesure sanitaire liée à la pandémie, la distanciation sociale est de rigueur : chaque patient est seul à une table espacée des autres, mesure qui a conduit organiser plusieurs services. À l'USP2, à chaque déjeuner, un soignant et un patient mangent en vis-à-vis dans une des chambres reconvertie en salle à manger particulière, dans l'objectif de ménager un moment d'échange privilégié.

Le service est effectué par les aides-soignants. Selon les particularités du patient, et notamment dans l'unité USP 2, le repas est servi à l'assiette avec des couverts en inox ou en matière plastique avec des gobelets en carton.



Salle à manger de l'USP2

À l'inverse, faute de salle à manger pouvant accueillir tous les patients, dans les unités du Pré-Poitiers les repas sont systématiquement servis en chambre sur la table, le patient mange alors seul

face à un mur. Certains patients se plaignent de cette solitude. Cependant, le repas des patients nécessitant une surveillance leur est servi collectivement dans une petite salle.

L'après-midi, est servi un goûter (biscuits, lait et/ou chocolat chaud) et le soir une tisane.

La qualité nutritive, gustative et la quantité des repas satisfont les patients.

RECOMMANDATION 11

Les patients doivent pouvoir prendre un repas dans un cadre collectif, en présence de soignants pour lesquels ces moments sont une occasion d'observations pertinentes des comportements. Une ou deux salles à manger doivent être aménagées dans les unités du Pré-Poitiers.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo indique : « *Le futur projet architectural permettra de proposer des repas en espaces collectifs ou en chambre selon les souhaits et le projet de soins personnalisé du patient. Actuellement les patients du Pré-Poitiers ayant des difficultés peuvent déjeuner dans le salon visiteurs en petit groupe.* »

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SONT EXCESSIVES

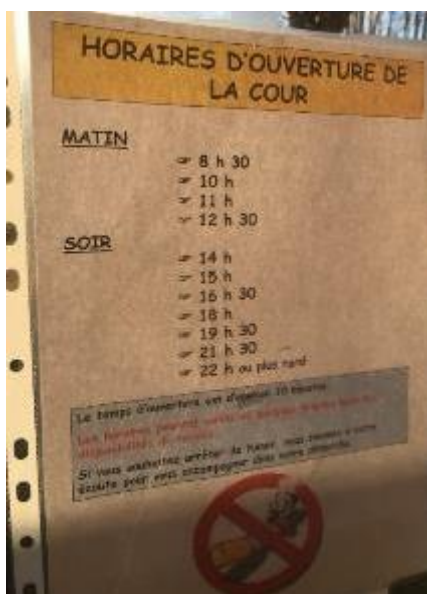
6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

La liberté d'aller et venir peut différemment s'exercer au sein des différents services, y compris entre les unités du site de la Charité-sur-Loire.

Ainsi, seuls certains patients en soins libres de l'unité USP1 et tous les patients de gérontopsychiatrie sont libres de sortir seuls dans le parc ou à l'extérieur de l'enceinte de l'établissement. Dans cette dernière unité, l'ouverture de la porte est commandée par un code communiqué à tous les patients quel que soit leur statut d'admission et même rappelé à ceux qui l'oublie afin qu'ils ne dépendent pas de la disponibilité d'un soignant pour sortir. Au moment du contrôle, aucun des patients de l'unité Nord ne peut sortir seul, pas même ceux admis en soins libres ; toute sortie de cette unité suppose donc un accompagnement par un soignant ou un proche.

Sur le site du Pré-Poitiers, la présence d'un des deux agents du poste d'accueil du bâtiment permet de filtrer les entrées et les passages vers les deux unités (Sud et Nevers) dont la porte d'accès commune est toujours fermée. Il faut donc solliciter un soignant pour sortir des unités puis, l'agent d'accueil pour sortir du bâtiment. Le médecin chef de service de l'unité Sud qui est le chef du pôle de psychiatrie est réticent à une ouverture complète de l'unité contrairement à celui du pôle de Nevers, ce qui aboutit en fait à une restriction appliquée aux patients des deux unités pour une meilleure unification des pratiques.

Des motifs d'ordre sanitaires à ce double enfermement sont avancés mais qui assimilent la sortie dans le parc à une sortie accompagnée ou non à l'extérieur de l'établissement. Les sorties à l'extérieur entraînent une obligation de test anti génique au départ, au retour et au septième jour.



Cour de l'unité Nord



Patio derrière la verrière, unité Nord

Outre la sortie de l'unité, la liberté de séjourner à l'air libre dans les patios clôturés des services est aussi très variablement respectée, allant de l'application la plus restrictive à l'unité Nord, où l'accès au patio est limité à dix minutes par heure (en journée) pour tous les patients, à l'USP2, dont le jardin intérieur est librement accessible à tous durant la journée, à la plus large en gérontopsychiatrie dont le « jardin » est ouvert en permanence y compris la nuit, pour que les patients puissent y fumer quand ils veulent ou y déambuler. Sur le site de Pré-Poitiers, les patients ont accès à une grande cour commune aux deux unités Nevers et Sud toute la journée de 7h à 23h et peuvent, à la demande, y accéder la nuit accompagnés d'un infirmier pour fumer (peu de patients sont informés de cette possibilité).

Globalement, ces restrictions constituent ainsi une atteinte généralisée à la liberté d'aller et venir qui n'est justifiée par aucune considération propre à chaque personne qui la subit.

RECOMMANDATION 12

Les restrictions générales à la liberté d'aller et venir générales sont à proscrire. Elles doivent être individualisées, proportionnées, motivées par des considérations cliniques tracées dans le dossier médical et régulièrement réévaluées. En toute hypothèse, elles ne peuvent s'appliquer à des patients admis en soins libres.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL affirme : « Les horaires d'accès à la cour notifiés pour l'UH Nord constituent des temps minimums. Il est fréquent qu'en été celle-ci soit accessible une bonne partie de la journée et de la nuit (Un éclairage nocturne a été installé en mars 2022). Idem, depuis mars 2022, un item « accès à la cour seul oui/non » a été ajouté dans le DPI. »

Pour un propos juste, il convient de distinguer les cours extérieures non fermées (USP2 et UH Nord) des patios totalement fermés du Pré-Poitiers et de la gérontopsychiatrie dont l'accès H24 est possible sur un espace totalement sécurisé. »

6.1.2 La gestion de la sécurité

Un agent technique est responsable des dispositifs de sécurité incendie des bâtiments des deux sites et du suivi des visites de maintenance de toutes les installations qui le nécessitent. Selon les derniers procès-verbaux de la commission de sécurité préfectorale, les deux bâtiments contrôlés (unité Nord et USP2) du site de la Charité-sur-Loire font l'objet d'un avis défavorable en date du 16 juin 2021 avec vingt-deux prescriptions pour un des bâtiments et dix-sept pour l'autre. Malgré cet avis, aucun plan de « mise en sécurité » des patients dans l'attente de la construction des nouveaux bâtiments n'a été élaboré. Des entreprises de contrôle et de maintenance des systèmes d'installation et équipement relatifs à la sécurité incendie sont mandatés au moment du contrôle pour proposer des adaptations.

Les deux accès véhicules du site de la Charité sur Loire, sont sous placés sous vidéosurveillance. Les images sont reportées sur des écrans installés au standard.

L'établissement n'a pas recours à des agents de sécurité ; le dispositif de PTI permet aux soignants de déclencher l'arrivée en renforts des collègues en cas de besoin. Les alarmes sont répercutées localement et sur le standard. En cas de problèmes de violence portant atteinte à la sécurité publique, il est fait appel aux gendarmes.

Les formations au secourisme sont assurées par des prestataires extérieurs ; aucun exercice réel d'évacuation en cas d'incendie n'est conduit alors même que deux départs de feu récents en ont rappelé la nécessité.

RECOMMANDATION 13

Un plan de mise en sécurité des bâtiments qui ont reçu un avis défavorable de la commission de sécurité doit être mis en place et des exercices d'évacuation des personnes hospitalisées doivent être organisés.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo indique : « *Les avis défavorables de l'USP 2 ont été levés. Concernant ceux de l'UH Nord, l'étude est en cours. Des exercices d'évacuation ont été effectués (3 et 7 juillet 2020).* »

6.2 L'USAGE DU TABAC CONNAIT DES RESTRICTIONS DIVERSES SELON LES UNITES

L'usage du tabac connaît des restrictions diverses selon les unités que leurs spécificités ne suffisent pas à justifier

Les patients des unités du Pré-Poitiers peuvent conserver leur tabac et le fumer librement puisqu'ils ont constamment accès au patio et conservent leur briquet. Il en est de même pour les patients de gérontopsychiatrie, hormis pour ceux qui n'ont pas la capacité cognitive de gérer leur consommation ; leur tabac est alors conservé par les soignants qui leur donnent des cigarettes à la demande, dans la limite de ce qu'ils possèdent ou de consommation excessive. Certains patients souhaitent également confier leur tabac aux soignants, par peur des vols ou se sachant incapables de s'autoréguler.

Les autres unités du site de La Charité-sur-Loire connaissent un régime plus restrictif : à l'unité Nord, les patients ne peuvent fumer qu'une fois par heure pendant 10 minutes, le tabac leur est distribué lors de l'ouverture de la porte du patio. De même, à l'UPS-2, le tabac est conservé et distribué par les soignants. La « boîte à tabac » sert aux distributions opérées à la porte d'accès à la cour. Dix cigarettes sont distribuées par jour, soit une par heure. L'octroi de cigarettes supplémentaires est

possible, au cas par cas, pour apaiser les angoisses et les tensions. Dans ces deux unités les patients ne disposent pas briquet et aucun allume-cigare n'est installé.

RECOMMANDATION 14

Les restrictions à la possibilité de fumer doivent être individualisées, motivées par l'état clinique du patient ou sa situation économique pour financer les achats, et être régulièrement réexaminés. Leurs motifs doivent être tracés dans le dossier du patient.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL fait savoir : « *Un briquet électronique est installé dans la cour de l'USP2 depuis février 2022. Deux briquets de ce type sont en commande pour la cour de l'USP1 et pour l'UH Nord. À l'UH Nord les patients peuvent fumer chaque fois que la cour est ouverte. Le groupe « usage du tabac au CHSPL » doit être remobilisé pour améliorer les conditions citées.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces évolutions.

6.3 LE DROIT AU MAINTIEN DES LIENS AVEC LES PROCHES EST RESPECTE

6.3.1 Le téléphone

Comme il est exposé dans le livret d'accueil, les patients disposent de plusieurs possibilités pour continuer à communiquer avec leurs proches.

Le téléphone portable est l'option la plus couramment utilisée. Il est laissé au patient dans toutes les unités, sauf exception décidée par le médecin et inscrite dans le dossier médical du patient. Tel est le cas notamment à l'USP2 où le principe est le maintien à disposition mais la pratique beaucoup plus restrictive avec des retraits ou des accès séquencés. Dans les autres unités, la majorité des patients présents au moment du contrôle disposaient de leur téléphone. Dans chaque unité un téléphone sans fil peut être prêté, les patients sont généralement autorisés à l'emporter dans leur chambre. Dans certaines unités, des points-phone sont installés dans un couloir du service, sur lequel les personnes peuvent se faire appeler, les conversations n'ayant alors aucune confidentialité. Seule l'unité Nord ne laisse pas le cordon du chargeur à tous les patients, obligeant ceux-ci à demander régulièrement aux soignants de recharger leur téléphone.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo indique : « *situation modifiée, le retrait est noté sur consignes médicales.* »

6.3.2 Le courrier

Les personnes hospitalisées peuvent également communiquer par courrier. Des enveloppes et timbres sont en vente à la cafétéria mais certaines unités fournissent gracieusement aux patients démunis du papier et des enveloppes et affranchissement le courrier. Aucun courrier reçu ou émis n'est lu par une autre personne que son destinataire. Toutefois, le contenu des colis est vérifié par les infirmiers en présence du patient.

6.3.3 Les visites

Avant la pandémie du coronavirus, les patients pouvaient recevoir les visites de leur famille dans leur chambre ; ils ne le peuvent plus. De ce fait, les visites s'effectuent dans des salons spécifiques ou dans des bureaux ou encore à l'extérieur – parc ou cafétéria.

Les créneaux horaires prévus sont amples, tous les jours l'après-midi ; néanmoins, les visites ne sont possibles que sur rendez-vous en raison de la crise sanitaire, avec une à deux personnes au maximum.

6.3.4 L'accès aux médias

Deux voire trois téléviseurs sont installés dans chaque unité, dans des salles librement accessibles. La télécommande est à disposition pour la sélection des chaînes. Quelques rares patients ont leur téléviseur personnel (ou un ordinateur) dans leur chambre. Dans certaines unités, les patients sont informellement amenés à regagner leur chambre vers 23h.

Aucune unité n'est abonnée à un journal national ou local ou équipée d'ordinateurs connectés à Internet. En l'absence de réseau wifi, les patients disent utiliser les réseaux 3G ou 4G de leur smartphone.

6.3.5 La confidentialité sur la présence

Si la procédure d'hospitalisation sous anonymat est connue des soignants et cadres, il n'est pas demandé au patient à son arrivée ou ultérieurement s'il souhaite l'anonymat de son hospitalisation ou que sa présence ne soit pas divulguée. Aucune procédure sur ces possibilités n'est formalisée ni tracée dans le dossier du patient.

En cas d'opposition du patient à des communications téléphoniques avec certaines personnes, l'appel téléphonique est transmis tout de même à l'unité dont les soignants répondent qu'aucun renseignement sur l'identité des patients ne peut être transmis par téléphone. Ceux-ci indiquent utiliser aussi parfois le contre appel pour être sûr de l'identité de la personne appelante.

RECOMMANDATION 15

La personne hospitalisée doit décider dès son admission ou dès que son état le permet si elle souhaite bénéficier de l'anonymat ou du secret de son hospitalisation à l'égard des tiers et si elle accepte de recevoir des appels téléphoniques.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo précise : « Une procédure de non-divulgaration de présence dans le cadre d'une PEC sous secret (DRO-PAT 10 C-1) existe dans Qualnet. L'équipe du standard a été rebriefée sur le sujet et dispose d'un protocole dédié ».

Il demeure que l'information sur cette faculté n'est pas systématiquement dispensée au patient. La recommandation est donc maintenue.

6.4 LA PRISE EN CONSIDERATION DU DROIT DE VOTE EST LIMITEE A UNE INFORMATION SUR LES PROCURATIONS

Le livret d'accueil ne donne aucune information sur les conditions d'exercice du droit de vote.

Avant chaque élection, le responsable du service des admissions envoie une note aux cadres de santé des unités précisant les modalités d'établissement des procurations et demandant au personnel de recenser les souhaits des patients d'exercer leur droit de vote. Contrairement à ce qui est indiqué dans cet écrit, les fonctionnaires de police ne se déplacent pas pour établir les procurations. Aucun affichage n'est prévu dans les unités mais les soignants donnent toutes les explications d'organisation pratique aux patients.

Il n'est pas prévu que des soignants accompagnent des patients au bureau de vote, mais les familles peuvent s'en charger sous réserve d'une permission de sortie.

Selon les renseignements recueillis, seuls trois patients ont manifesté le souhait d'exercer leur droit de vote lors des élections municipales des 15 mars et 28 juin 2020.

6.5 LA PRATIQUE D'UN CULTE EST POSSIBLE MAIS TRES RAREMENT SOUHAITEE

La liste des cultes représentés par des aumôniers figure dans le livret d'accueil, lequel indique les coordonnées téléphoniques de nombreux représentants : aumônerie catholique du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers, église réformée, centre évangélique protestant de Nevers, église évangélique de Fourchambault, église protestante unie de France à Cosne-Cours-sur-Loire et Sancerre, communauté orthodoxe, communauté israélite, communauté musulmane et communauté Alevi.

Sur le site de la Charité-sur-Loire, un local est destiné à la pratique des cultes mais il n'est plus utilisé ; son accès serait toutefois possible sur demande d'un patient.

La pratique collective d'un culte ne fait cependant l'objet d'aucune demande et, au moment du contrôle, aucun patient n'a recours aux aumôniers. Il ressort des observations des contrôleurs que s'il est permis, l'exercice du droit de culte est un sujet globalement peu discuté par les patients et soignants.

6.6 LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS EST TRAITEE DANS LES SERVICES

Les règles de vie n'interdisent pas les relations amoureuses ou intimes et l'existence d'un verrou de confort est indiqué comme permettant aussi des moments d'intimité entre conjoints lorsque les visites étaient possibles en chambre, avant l'épidémie de Covid.

En cas de rapprochement constaté, des échanges relatifs aux enjeux de la relation (consentement, contraception, infections sexuellement transmissibles) ont lieu entre patients et soignants. Des préservatifs sont par ailleurs disponibles gratuitement sur demande, auprès des infirmiers.

La question de la contraception est traitée de manière systématique à l'admission par le psychiatre lorsqu'il s'agit de renouveler une prescription ou par le médecin somaticien lors de l'entretien des patientes à leur arrivée. S'il s'agit pour une patiente d'instaurer une contraception, un rendez-vous est pris avec un gynécologue du centre hospitalier de Nevers.

À l'échelle de l'institution, la question de la sexualité n'est pas abordée de manière formalisée dans le cadre d'une réflexion collective et aucune activité d'éducation à la sexualité n'est conduite. Une formation des soignants sur ces questions est inscrite au plan de formation 2021.

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

7.1 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT EST INCOMPLET AVEC UNE LOCALISATION FONCTIONNELLEMENT INADAPTEE A L'USP 2

Le CHSPL compte sept chambres d'isolement, trois à la Charité-sur-Loire et quatre sur le site du Pré-Poitiers. Le terme de chambre de soins intensifs (CSI) est plus généralement utilisé par le personnel soignant.

À la Charité-sur-Loire, l'unité entrant Nord dispose d'une chambre, les deux autres étant à l'unité de soins prolongés n°2 (USP 2) au sein du pôle de réadaptation intersectoriel (PRI). Ces dernières,

sont localisées au premier étage, une d'elles jouxtant le bureau infirmier d'où peut être exercée une surveillance visuelle directe. Ce positionnement est mal adapté car il ne permet pas un accès à l'extérieur. Il est à l'image des locaux de cette unité, fonctionnellement mal distribués, ce qui est d'autant plus dommageable que cette unité est celle où l'isolement est le plus pratiqué.

Un sas dessert les deux chambres d'isolement et la salle d'eau attenante à chacune d'elles, ménageant une double entrée.

Les chambres sont placées sous vidéosurveillance, les images des caméras sont reportées sur un écran placé dans le bureau infirmier. Une fenêtre apporte un éclairage naturel, elle peut être masquée par un volet roulant. La salle d'eau est équipée d'un lavabo, d'un miroir, d'une douche à l'italienne et de toilettes ; la porte d'accès depuis la chambre peut être verrouillée sur décision médicale.

Un dispositif d'éclairage de faible intensité est implanté dans la partie inférieure des pièces. L'éclairage, les volets roulants ainsi que la climatisation sont commandés à partir du sas. Aucune horloge, ni bouton d'appel ne sont installés.

La vitre donnant, depuis le sas, sur les toilettes ne peut être masquée. L'ensemble des équipements, lors de la visite des contrôleurs était en bon état de propreté et de fonctionnement.



Chambres d'isolement de l'USP 2

La chambre d'isolement de l'unité entrant Nord, plus ancienne, a globalement les mêmes caractéristiques, sinon qu'elle se situe en rez-de-chaussée et que la surveillance est exclusivement visuelle à partir du bureau infirmier.

À Nevers, quatre chambres d'isolement sont aménagées dans un couloir éloigné des salles de soins. Elles sont utilisées indifféremment par les deux unités. Deux sas desservent chacun deux chambres et la salle d'eau attenante à chacune d'elles, configuration qui ménage une double entrée dans chaque chambre. Des étagères installées dans le sas permettent d'entreposer du linge. Une horloge à affichage analogique est fixée au mur du sas, non visible d'un patient contentonné. Comme à l'USP 2, un système de vidéosurveillance est en place dont les images sont reportées dans le poste de soins. Une différence appréciable est la possibilité d'accéder à un patio, commun aux quatre chambres, où les patients peuvent fumer.



Chambre d'isolement et patio au Pré-Poitiers

RECOMMANDATION 16

L'équipement des chambres d'isolement doit être complété par l'installation d'un bouton d'appel, accessible en cas de contention, d'une horloge affichant l'heure et le jour et visible d'une personne attachée ainsi que par la mise en place, à l'USP 2, d'un rideau occultant la vitre donnant sur les toilettes. Le CGLPL rappelle sa position défavorable aux systèmes de vidéosurveillance, la surveillance devant être exclusivement visuelle, ce qui contribue à assurer le contact avec le patient. Dans le cadre du réaménagement du site de la Charité-sur-Loire, la localisation des chambres d'isolement de l'USP 2 doit être revue.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL indique : « L'accès visuel de la CSI de l'USP2 dans le bureau infirmier est occulté par une persienne amovible. Pour l'USP2, un projet de reconfiguration architectural est en cours pour délocaliser les CSI. L'un des objectifs est de permettre un accès extérieur facile et sécurisé pour chaque CSI.

Une horloge-calendrier est en commande. Des films occultants sont également en attente de livraison. Un variateur de lumière a été installé pour chaque CSI.

USP2 - Il s'agit d'un « espace d'apaisement » et non d'une chambre d'apaisement : il n'y a pas de lit. Il est fonctionnel. Un projet co-construit avec l'équipe existe. Aucun dispositif de vidéosurveillance n'est prévu. »

Le matériel des chambres d'isolement a été adapté avec des matelas, sommiers et tables de chevet en mousse recouverts de similicuir. Un travail de conception de ces articles a été réalisé par le CHS associant le docteur en pharmacie responsable du matériel biomédical, l'ingénieur travaux et les équipes de soins. Le sommier en résine polyester et fibres de verre est fixé au sol. Il est doté d'un dispositif de fixation pour les sangles de contention, celles-ci étant installées en permanence au sein de l'USP 2 et dans une chambre d'isolement sur deux au Pré-Poitiers. Le moule qui a servi à réaliser ce sommier est la propriété de l'établissement.

Sur le site de La Charité-sur-Loire, un désamorçage de la crise et un moindre recours aux chambres d'isolement sont recherchés par la création d'une chambre d'apaisement au sein de l'USP 2. Celle-ci, sur la base de la transformation d'une chambre pour patient, est actuellement en travaux. L'accès à la salle d'eau a été conservé. Cet espace, pour lequel toutes les fonctionnalités et aménagements n'ont pas été arrêtés, pourrait disposer d'un éclairage avec variateur d'intensité, d'un diffuseur sonore et d'un diffuseur d'huiles essentielles, d'un téléviseur avec lecteur DVD ainsi que d'une

bibliothèque. Certains matériels d'aménagement, comme des tapis de sol et muraux, un canapé club et un fauteuil escargot ont été commandés. L'installation éventuelle d'une caméra est en cours de réflexion, étant observé que ce moyen ne figure pas dans les préconisations de la haute autorité de santé (HAS)¹³.

De manière plus générale, en termes de prévention de la crise et de désescalade, la conception des locaux de l'USP 2 interpelle, même en l'absence de connaissances spécialisées sur le sujet. En effet, la distribution des locaux sur deux niveaux qui ne favorise pas la présence des soignants aux côtés des patients, l'absence d'espace de retrait, hormis les chambres, le caractère ouvert des deux lieux servant de salle de télévision ne créent pas les conditions les plus favorables à la prise en charge de patients accueillis en soins prolongés.

7.2 L'ÉTABLISSEMENT AFFICHE L'AMBITION D'UNE POLITIQUE DE MOINDRE RECOURS A L'ISOLEMENT QUI NE SE TRADUIT PAS ENCORE DANS LES FAITS

L'exploitation du rapport contention-isolement pour l'année 2020 et certains entretiens traduisent une réflexion sur l'usage de l'isolement et de la contention ainsi que l'ambition d'un moindre recours à ces pratiques. De même, la commission médicale d'établissement (CME) a abordé cette thématique à l'occasion de plusieurs réunions dont les comptes rendus les plus récents ont été communiqués aux contrôleurs.

De manière liminaire, la terminologie utilisée au sein de l'établissement pour désigner les chambres d'isolement est celle de « chambres de soins intensifs » (CSI). Elle est employée par tous les interlocuteurs rencontrés. Ceux-ci, globalement, considèrent, selon la formule figurant au rapport précité : « que ce dispositif mis en place sur prescription médicale permet aux patients de bénéficier d'une surveillance très accrue de la part de l'équipe soignante ».

Concrètement les travaux menés ont conduit, sur le plan des aménagements, à la conception et à la réalisation de matériels spécifiques ainsi qu'à la conception d'une chambre d'apaisement dont l'aménagement doit désormais être finalisée (cf. § 7.1). Un deuxième axe s'est traduit par la constitution du registre d'isolement qui s'appuie sur le dossier du patient informatisé sous progiciel « Cariatides » (cf. § 7.3). Un troisième axe de travail consiste à mettre en place une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le rapport contention-isolement souligne que la crise sanitaire « n'a pas permis de poursuivre dans les délais que nous nous étions fixés l'EPP en cours ». Le rapport prévoyait, avant la fin de 2021, un audit concernant les pratiques professionnelles de mise en isolement auprès des soignants. Selon les informations communiquées, pour les raisons évoquées précédemment, il est reporté au premier trimestre 2022. Un bilan des points à améliorer, en termes d'actions médicales, sur la base des actions correctives proposées en 2019, assorti d'un point de situation en 2020, figure au rapport.

Au regard de leurs observations et de leurs échanges, les contrôleurs sont enclins à considérer que le placement à l'isolement et l'usage de la contention font l'objet de réflexions et de débat, avec des approches qui peuvent être différentes au sein même de l'établissement, comme le montrent certains comptes-rendus de la CME¹⁴. Si pour certains acteurs, ces pratiques relèvent d'une décision médicale, pour d'autres, dans leur expression, il s'agit d'une prescription avec une dimension

¹³ 15 programmes d'amélioration des pratiques, violence ne hospitalisation psychiatrique, Prévenir et gérer la crise, Outil 6 : mise en place d'espace d'apaisement.

¹⁴ Compte-rendu de la commission médicale d'établissement du 8 juin 2021.

thérapeutique. La recherche d'une alternative ne ressort pas toujours et, si tel est le cas elle n'est pas ou peu tracée. À Nevers, sur le site du Pré-Poitiers, il peut être proposé au patient d'évacuer sa tension sur un sac de frappe en l'accompagnant dans la salle d'activités. Selon les informations fournies, une reprise avec le patient de la situation ayant conduit à la mise en œuvre de la mesure est en général effectuée, selon des modalités variables. Le retour d'expérience apparaît peu pratiqué sinon pour des situations de violence. Face à certains patients aux pathologies lourdes, ce recours, en cas de crise ou de menaces, est prégnant, voire considéré comme inévitable, avec dans ce cas une dimension sécuritaire. Celle-ci est apparue significative, particulièrement à l'USP2. Elle s'est traduite, en accompagnement, par le déploiement dans les unités de boucliers d'intervention souples destinés à procéder à la maîtrise d'un patient violent par enveloppement. Leur emploi nécessite une formation. L'accent est peu mis sur les techniques de désescalade et les soignants, parfois jeunes et récemment sortis d'instituts de formation ne semblent pas toujours préparés à gérer des situations difficiles.

Dans les unités, il n'est pas ressorti, de réelle réflexion collective sur le sujet. Le registre d'isolement et de contention, malgré son intérêt, n'est pas, à ce stade, mis à profit pour évaluer les pratiques professionnelles (cf. § 7.3). Dans ces conditions, un usage trop fréquent du placement à l'isolement pour une décision qui doit rester exceptionnelle, est un risque qui perdure. Si une démarche pour un moindre recours est indéniablement lancée, du point de vue des contrôleurs, il reste désormais à l'investir davantage.

Ainsi, toute décision d'isolement, prise comme un ultime recours à défaut d'autres moyens, doit être motivée par des éléments objectifs. Améliorer la motivation et faire ressortir l'absence d'alternative de manière tracée et donc contrôlable, sont des actions qui contribuent à l'interrogation des soignants sur leurs pratiques et évitent la banalisation.

RECOMMANDATION 17

L'établissement doit poursuivre et intensifier la démarche de moindre recours à l'isolement et à la contention en investissant la formation des soignants, notamment aux techniques de désescalade, en améliorant les motivations d'un placement en chambre d'isolement, l'absence d'alternative à cette mesure ainsi que leur traçabilité, en procédant systématiquement à un bilan avec le patient à l'issue de chaque mesure ainsi qu'à des retours d'expérience au titre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo informe de diverses mesures et projets : « 3 formations Apaisement/désescalade, communication non violente dans le plan de formation 2022. Des projets de chambres d'apaisement sont en cours (1 en USP 2 et 2 au Pré-Poitiers. Ils ont été soumis dans le FMIS et remis dans le FIOP).

Sensibilisation à l'utilisation des boucliers enveloppants, à la mise en service de la chambre d'apaisement, suivi de son utilisation envisagée via un registre qui permettra de quantifier l'évolution du recours à la chambre d'apaisement VS chambre d'isolement. »

L'ARS confirme dans sa réponse que les demandes d'allocations budgétaires formulées par le CHSPL pour ces projets sont en cours d'arbitrage.

7.2.1 Les modalités de la décision

Les décisions d'isolement sont prises par un médecin psychiatre mais les modalités peuvent varier selon les sites et en fonction de l'heure. Ainsi, à La Charité-sur-Loire, hors des jours et heures ouvrables et hors cas particulier, en l'absence de médecin psychiatre présent dans le service ou dans l'établissement, la décision est prise par un psychiatre et par téléphone sur description des soignants. À l'USP 2, compte tenu des durées de séjour, il a été indiqué aux contrôleurs que les patients sont connus, motif allégué pour se dispenser d'un entretien avec un psychiatre pour toute décision d'isolement. Cependant, au besoin, une visite au service est effectuée, ce qui peut impliquer un déplacement depuis Nevers. Au Pré-Poitiers, la décision peut être prise par un interne ou un médecin non-psychiatre et validée téléphoniquement par un médecin senior de garde. Dans les deux unités du site, le praticien visite le patient isolé le matin et l'après-midi, en général deux fois par jour. Le passage du médecin somaticien n'est pas systématique et il intervient à la demande de soignants ou du patient.

À La Charité-sur-Loire, la situation du patient est réévaluée mais, plus spécialement à l'USP 2, le déficit en médecin psychiatre, l'absence d'interne et de médecin somaticien, entraîne une présence moins régulière et un cumul des deux fonctions.

RECOMMANDATION 18

L'établissement doit mettre en place les moyens humains et l'organisation permettant, hors jours et heures ouvrables, la validation dans un délai d'une heure par un médecin psychiatre des décisions d'isolement et de contention après un examen physique et un échange entre ce dernier et le patient.

Pour sa part, le rapport contention-isolement précité avait identifié parmi les points d'amélioration : la validation de la décision de mise en isolement et/ou sous contention par un médecin senior, la réévaluation systématique du mode de placement des patients au-delà de douze heures en chambre d'isolement ainsi que la systématisation des deux visites médicales par jour en chambre d'isolement.

La traçabilité des actes réalisés dont la surveillance horaire figure dans le dossier du patient informatisé (DPI).

7.2.2 Le déroulement de la mesure

Les patients en chambre d'isolement conservent leur chambre hospitalière. Ils portent le pyjama et prennent leur repas sur un cylindre en mousse servant de table.

À Nevers, en cas de sortie progressive (isolement séquentiel), le repas peut être pris dans le salon des familles ; les patients peuvent être conduits dans le patio qui fait face aux chambres pour y fumer. Des livres et journaux peuvent être fournis, ce qui n'est pas le cas à La Charité-sur-Loire où la possibilité de fumer est, de même, rarement offerte aux patients isolés. Sur les deux sites, il n'est pas prévu d'accès à la télévision, à la radio et au téléphone ou de visite de proches.

Les contrôleurs n'ont pas observé durant leur présence à l'établissement de pratiques de contention hors chambre d'isolement. Il est cependant ressorti que le recours à l'usage de moyens privant un patient de sa liberté de mouvement s'était produit dans le passé mais qu'il n'aurait plus cours. L'attention est appelée sur le fait que maintenir un patient par un dispositif d'entraves, l'empêchant

de se mouvoir librement, que ce soit sur un lit ou un fauteuil, est une contention. Il s'agit donc d'un point de vigilance pour l'établissement.

BONNE PRATIQUE 2

À l'unité gérontopsychiatrie, après réflexion de l'équipe il a été décidé d'abandonner le recours au Sécuridrap™, utilisé pour empêcher les patients de déambuler la nuit, au profit d'une liberté de le faire sous surveillance de l'équipe de nuit, ceci par souci du respect de la liberté et du bien-être des patients.

Le centre hospitalier Pierre Léo s'est approprié les dispositions introduites par le nouvel article L.3222-5-1 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article 84). Le dossier du patient informatisé a été adapté au début du mois d'août 2021. Deux nouvelles fiches de procédure à l'usage de soignants, assorties d'un logigramme, ont également été réalisées pour expliciter la procédure à mettre en œuvre à leur niveau¹⁵. L'une d'entre elles intègre l'information et la saisine du JLD par le bureau des entrées ou l'administrateur de garde pour les isolements d'une durée supérieure à 48 heures et les contentions supérieures à 24 heures. À cet égard, il convient de souligner qu'elles viennent compléter des documents similaires déjà existants, sous le timbre de la cellule qualité, qui décrivent clairement les conditions, les limites et le processus d'une décision d'isolement et, le cas échéant, de contention¹⁶.

7.3 L'ALIMENTATION ET LA PRODUCTION DU REGISTRE SONT EFFECTIVES MAIS CELUI-CI N'EST PAS UTILISÉ COMME OUTIL D'ANALYSE DES PRATIQUES

Les décisions d'isolement et de contention qui apparaissent dans le dossier du patient informatisé sous progiciel « Cariatides » sont enregistrées. Le processus d'enregistrement a été mis en place le 1^{er} janvier 2018 et permet la constitution du registre d'isolement et de contention prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Ce document a été mis à disposition des contrôleurs ainsi que des extractions demandées. Il ressort des échanges conduits lors d'une réunion avec le médecin du département de l'information médicale (DIM), l'assistante médico-administrative de ce même département et le directeur des systèmes d'information et des documents fournis, que l'établissement dispose d'un outil de suivi et d'analyse opérationnel et adapté dont les acteurs en charge de sa production en maîtrisent l'architecture et l'alimentation. Ce constat n'est pas si fréquent et mérite d'être souligné.

Le tableau ci-dessous résume les données du registre fournies pour l'année 2021, pour l'ensemble du CHSPL (et entre parenthèses les données de l'année 2020) et déclinées par unité :

¹⁵ Isolement supérieur à 48h ou suspension supérieure à 24h (30/09/2021) ; demande de dépôt de requête sur une mesure d'isolement et/ou de contention (30/09/2021).

¹⁶ Prescription initiale de mise en chambre d'isolement et/ou contention - repris hors cartouche sous le titre Décision initiale de mise en chambre d'isolement et/ou contention (05/2017) ; Mise en chambre d'isolement (05/2017) ; Surveillance journalière et/ou sortie d'un patient en chambre d'isolement (05/2015).

Année 2021	CHSPL (2020)	Nevers	Sud	Nord	USP2- PRI
File active	948 (866)	299	277	321	51
Nombre de patients isolés	172 (103)	62	40	36	34
Ratio de la FA	18 % (12 %)	21 %	14,5 %	11,5 %	67 %
Nombre de mesures	370 (204)	105	55	61	149
Durée maximale (en jours)	54,5* (27)	54,5	18	29	7,5
Durée moyenne	2 (2,5)	4 j	2	2,5	1
Durée médiane	1,5 (1,5)	2 j	1	2	0,5
Nb de patients contentonnés	80 (43)	28	15	21	16
Ratio de la FA	8,4 % (5 %)	9 %	5 %	6,5 %	31 %
Ratio des patients isolés	46,5 % (41 %)	45 %	37 %	58 %	47 %
Nb de mesures de contention	169	51	21	30	67
Durée moyenne de contention	21h (28h)	37h	21h	20h	9,5h
Durée médiane de contention	6h (18h)	18h	18h	15h	6h

*54,5 jours soit 1 308 h.

En 2021, deux patients ont été isolés en dehors d'une chambre d'isolement (unité Nord et unité Sud) dont un avec des contentions associées pour une durée de 11 heures (unité Sud)¹⁷.

Pour l'USP 2, 38 décisions concernent trois patients, dont un pour un total de 19 mesures dont la durée a varié de 30 mn à 16 heures. Pour l'ensemble des patients, la durée moyenne a été de 9 heures et 30 minutes et la durée médiane de 6 heures. Les durées moyenne et médiane concernent l'ensemble des mesures comme pour les autres unités.

Ces aspects statistiques permettent de dégager une tendance au sein de l'établissement. Comparativement à l'année 2020, le CHSPL a eu davantage recours à l'isolement et à la contention en 2021, étant observé que les durées moyenne et médiane sont plus courtes, principalement pour les mesures de contention. Les unités Nevers et l'USP 2 sont celles où le recours à l'isolement est le plus important tant en pourcentage de la file active qu'en nombre de décisions prises. L'USP 2 concentre 40 % des décisions mais avec les durées moyenne et médiane les plus faibles. En matière de contention, cette pratique touche, dans deux unités sur quatre (Nevers et USP 2), quasiment la moitié des patients faisant l'objet d'une décision d'isolement, plus d'un tiers dans une autre (Sud) et plus de la moitié à l'unité Nord. C'est à l'USP 2 que les durées moyenne et médiane sont les plus faibles alors que c'est dans les unités Nevers et Sud qu'elles apparaissent les plus élevées.

Par ailleurs, sur 132 mesures d'isolement décidées alors que le patient était en soins libres, sur la base des tableaux fournis par unité, vingt-cinq n'ont pas conduit à un changement de statut d'admission alors que leur durée a été supérieure à douze heures. Cela concerne principalement l'USP 2 (vingt).

¹⁷ Décision prise de nuit, patient sous le statut de péril imminent.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le statut d'admission des patients en soins libres faisant l'objet d'une mesure d'isolement doit être modifié en admission en soins sans consentement lorsque la durée de l'isolement dépasse douze heures.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo informe : « *Le CH Pierre Léo a en a pris acte. Le passage du patient en SSC après 12h d'isolement est maintenant systématique* ».

Ces données quantitatives nécessiteraient d'être complétées par l'examen des situations rencontrées et des dossiers des patients afin d'obtenir une analyse plus fine. Elles doivent cependant conduire à interroger les pratiques et permettre d'atteindre l'objectif affiché par l'établissement d'un moindre recours à l'isolement et à la contention (cf. § 6.2). Or, à l'occasion des visites dans les unités, il n'est pas apparu que le registre soit utilisé pour analyser les pratiques, même si son existence était connue de certains. Il a notamment été constaté que les soignants affectés à l'USP 2 sont jeunes, majoritairement inexpérimentés sur les pathologies des patients en demande d'accompagnement par le médecin, et « *le nez dans le guidon* ». Il s'ensuit un faible niveau de questionnement et beaucoup de banalisation.

RECOMMANDATION 19

Le registre d'isolement et de contention, issu de l'enregistrement des décisions correspondantes, doit être mis à profit au sein des unités pour évaluer les pratiques professionnelles, ce qui au-delà des aspects légaux et réglementaires, correspond à son objet et à son intérêt.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo fait savoir que : « *Le registre d'isolement et de contention est utilisé pour élaborer le rapport annuel d'isolement-contention. Le plan d'action permet d'améliorer les prises en charge et les pratiques professionnelles médicales et paramédicales* », que « *L'audit ciblé iso/contention a bien été réalisé en avril 2022 et a nourri le rapport issu du registre, et adressé à l'ARS fin juin 2022* » ; cet audit a montré que « *si un patient en soins libres doit être placé en isolement, son mode d'hospitalisation est modifié lorsque l'isolement est reconduit au-delà de 12h ou la contention au-delà de 6h. Cette donnée a été objectivée par l'audit flash d'avril 2022 cela est le cas dans 92 % des situations le nécessitant* » et « *qu'il est retrouvé 2 visites médicales par 24h quel que soit le site de la CSI (84 % de situations conformes)* ».

Les contrôleurs prennent acte du constat de ces modifications de pratiques.

Par ailleurs, l'ARS a indiqué que « *Le parcours santé mentale de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté, soucieux du respect des bonnes pratiques en matière de recours à l'isolement et à la contention, a animé depuis le mois de novembre 2020 cinq groupes de travail associant l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie de la région. Les équipes médicales et administratives du centre hospitalier Pierre Léo ont été investies dans ce travail collectif et ont manifesté la volonté de faire évoluer les pratiques tant médicales qu'administratives. Ce travail collectif a permis de produire un format commun de rapport annuel isolement et contention assorti d'indicateurs partagés avec pour objectif de faciliter l'évaluation de l'évolution du recours à l'isolement et à la contention dans la région. Ce groupe de travail a permis de favoriser les échanges de bonnes pratiques ainsi qu'une émulation entre les établissements avec pour objectif de faire de la réduction du recours à l'isolement et à la contention un axe essentiel de travail avec les équipes au sein des projets d'établissements. Ce travail s'inscrit également dans une logique d'amélioration continue type démarche qualité pour les*

établissements. L'ARS va poursuivre la mobilisation de ce groupe de travail régional annuellement en partageant le retour des rapports annuels isolement et contention ainsi que des axes d'amélioration individuels par établissement et collectifs pour la région. »

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA PLACE DES USAGERS DANS LA VIE DE L'ETABLISSEMENT EST ORGANISEE MAIS LEURS REPRESENTANTS, EN NOMBRE INSUFFISANT, NE PEUVENT INFLUER SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

8.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

Le livret d'accueil mentionne l'existence de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la possibilité pour le patient de demander à être entendu par ses membres. L'affichage constaté dans les unités est ancien et évoque l'existence de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) devenue CDSP depuis la loi du 5 juillet 2011.

La commission départementale des soins psychiatriques de la Nièvre ne s'est pas réunie depuis le 19 mars 2018, l'arrêté préfectoral désignant ses membres prévoyant la fin de leur mission le 28 mai 2018, et n'a exercé depuis cette date aucune des prérogatives que l'article L3223-1 du code de la santé publique lui confère. Selon les renseignements recueillis, l'agence régionale de santé (ARS) Bourgogne-Franche-Comté, qui assure le secrétariat de la commission, ne l'a pas réunie en raison d'un problème de restructuration interne. Il a été produit aux contrôleurs un arrêté préfectoral daté du 25 février 2021 portant composition de la commission qui n'a, néanmoins, pas eu pour effet une reprise de son activité.

RECO PRISE EN COMPTE 3

L'absence d'activité pendant plus de trois ans de la commission départementale des soins psychiatriques constitue une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes admises en soins sans consentement.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo indique que : « *La Commission départementale des soins psychiatriques est venue au CH Pierre Lôo le 12 mai 2022* ».

L'ARS précise dans sa réponse : « *La CDSP de la Nièvre ne s'est pas réunie entre 2018 et 2021, faute de pouvoir renouveler les membres qui la composent. Celle-ci a finalement été renouvelée par un arrêté signé en date du 24 février 2021 par le Préfet de la Nièvre. Néanmoins, en raison de la crise sanitaire, cette dernière n'a pas pu se réunir en 2021. La première réunion de cette CDSP renouvelée s'est tenue le 12 mai 2022, lui permettant ainsi d'exercer à nouveau les prérogatives qui lui incombent. Les membres se sont félicités de cette reprise d'activité et la prochaine réunion est d'ores et déjà fixée au 15 septembre 2022.* »

8.1.2 Les représentants des usagers

Le livret d'accueil mentionne la liste, les coordonnées et les missions des différentes associations d'usagers (UNAFAM, UDAF et ADAPEI).

Il précise que « *les représentants des usagers mettent à la disposition des patients et de leur entourage une messagerie vocale où ils pourront déposer toutes leurs remarques et suggestions. Les représentants des usagers pourront les rappeler pour les accompagner dans leurs demandes* ».

Depuis le mois de décembre 2021, un téléphone portable, dont le numéro est affiché dans les unités, a été mis à leur disposition par le centre hospitalier mais il ne reçoit que très peu d'appel.

BONNE PRATIQUE 3

L'établissement a mis à la disposition des représentants des usagers un téléphone portable dont le numéro est affiché dans les unités, permettant ainsi aux patients de joindre les représentants.

Selon les renseignements recueillis, l'établissement encourage les représentants des usagers à intervenir dans les différentes instances et ils peuvent obtenir toutes les informations nécessaires. Le service qualité organise régulièrement des réunions d'information sur la vie de l'établissement.

8.1.3 La commission des usagers

Le livret d'accueil mentionne l'existence de la commission des usagers (CDU) et précise qu'elle « a pour tâche d'examiner les réclamations formulées par toute personne qui s'estime lésée dans ses droits d'usager du fait de l'activité générale de l'établissement ou du fonctionnement quelconque de ses services ».

Là encore, l'affichage existant dans les unités n'est nullement à jour puisqu'il prévoit en cas de réclamation la possibilité de saisir la commission de relations des usagers et la qualité de la prise en charge (CRPUQPC), dénomination de la CDU antérieure à la loi du 26 janvier 2016.

Le règlement intérieur communiqué aux contrôleurs, qui date du 1^{er} avril 2011, mentionne toujours l'ancienne dénomination. Cependant le compte-rendu de la réunion de la CDU du 3 novembre 2021 fait état d'une actualisation de ce règlement.

Les contrôleurs estiment que ces affichages désuets démontrent un manque d'attention de l'établissement à la nécessité de délivrer une information suffisante aux patients.

La CDU ne rédige pas annuellement de rapport d'activité, ce en contravention des dispositions de l'article L.1112-3 du CSP alors qu'elle se réunit régulièrement, quatre fois par an. Le dernier rapport, qui date de 2018, mentionne que la commission est présidée par la directrice, la vice-présidente étant une représentante des usagers et les membres votants : un médiateur médical, un médiateur non médical, deux représentants des usagers et un représentant du comité technique d'établissement.

RECOMMANDATION 20

La CDU doit établir chaque année un rapport d'activité soumis à délibération du conseil de surveillance puis transmis à l'ARS. L'établissement doit mettre à jour l'affichage concernant la CDU dans les unités.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo indique que : « *Le numéro fournis aux représentants des usagers a été affiché sous forme de note d'information, dans les services. Les affichages concernant la CDU ont été mis à jour. De plus, un bilan d'activité 2021 a bien été réalisé puis envoyé à l'ARS. Toutes les réclamations ont été présentées.* »

Les comptes-rendus des réunions de la CDU sont envoyés aux représentants des usagers ainsi que la liste des réclamations qui seront examinées à la réunion suivante ; elle n'examine donc pas la totalité des réclamations présentées.

La représentante des usagers rencontrée par les contrôleurs estime qu'ils ne sont pas en nombre suffisant pour exercer réellement leurs missions, notamment pour procéder à un examen anticipé des registres des réclamations mis à leur disposition par l'établissement. La commission se contente

donc, dans la plupart des cas, de valider les réponses déjà apportées par l'établissement. Le taux de participation des représentants à la CDU a été de 50 % en 2019 et de 58 % en 2020.

L'ordre du jour des réunions est sensiblement le même à chaque séance avec un point fait par l'ingénieur qualité sur les événements indésirables puis l'examen de certaines des réclamations et plaintes des patients.

La lecture des comptes-rendus d'activité montre la volonté de l'ingénieur qualité d'informer les représentants des usagers et de les associer aux groupes de travail mis en place pour améliorer la qualité de la prise en charge

8.1.4 Le questionnaire de satisfaction

Les questionnaires de satisfaction sont remis aux patients par les soignants à leur sortie.

Le taux de retour a été de 24,18 % en 2020 et de 26,49 % en 2019.

Le taux de satisfaction globale des usagers en hospitalisation complète a été de 89,10 % en 2020 et de 88 % en 2019 mais doit être relativisé compte tenu du faible taux de retour des questionnaires.

8.2 LA QUALITE DE LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI PERMET LE CONTROLE DE LA REGULARITE DES PROCEDURES

Le registre de la loi est tenu par le service des admissions composé de cinq agents qui gèrent les admissions des patients en soins sans consentement ; ils n'ont reçu aucune formation juridique à cette fin.

Durant les heures d'ouverture du service, du lundi au vendredi de 8h à 17h, le responsable du service réceptionne les documents envoyés par le secrétariat des unités permettant de constituer le dossier d'un nouvel arrivant, en contrôle la régularité, prépare la décision d'admission et la signe.

En l'absence de la directrice de l'établissement, la délégation de signature est donnée à trois attachés d'administration, à l'ingénieur de la cellule travaux et équipement, à la directrice des soins et au responsable du service d'admission. Dans la réalité, c'est ce dernier qui signe systématiquement les décisions. Les contrôleurs s'interrogent sur cette double responsabilité qui lui est confiée, à savoir : l'élaboration de la décision d'admission et la signature du document pour le directeur général.

RECOMMANDATION 21

La délégation de signature des décisions d'admission en hospitalisation en soins sans consentement ne doit pas être donnée aux agents chargés de l'instruction des dossiers ou de la préparation ou de l'élaboration des documents administratifs.

Durant les fins de semaine et les jours fériés, les administrateurs de permanence ne se déplacent pas et ne formalisent pas la décision portant admission des soins sans consentement de sorte que celle-ci peut être formellement prise plus de 48 heures après l'admission réelle et est donc antidatée pour couvrir ce retard.

RECOMMANDATION 22

Les décisions d'admission en soins sans consentement prises au nom du directeur de l'établissement doivent être signées dès leur mise en œuvre y compris durant les week-ends et jours fériés. Les décisions antidatées sont *ipso facto* illégales.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo apporte l'information suivante : « *Modification des pratiques en cours concernant la signature des décisions d'admission. L'intégration dans le système d'information Cariatides des documents nécessaires aux administrateurs de garde pour signer en temps réel durant le week-end les décisions d'admission en soins sans consentement prises au nom du Directeur a été faite le 18 juillet 2022.*

Formation à venir pour le bureau des entrées, suite à la formation des nouveaux administrateurs de garde ».

D'un modèle standard, les registres comportent 150 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils ne sont pas distincts selon le statut d'hospitalisation. Une double page est consacrée à chaque patient admis en soins sans son consentement. Y sont collées par ordre chronologique des copies en format réduit des certificats médicaux – lesquels ne sont pas horodatés – et des décisions administratives.

Les rubriques sont remplies avec soin, les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à huit des neuf exigences prévues par le code de la santé publique. Seule manque la mention de la date de délivrance aux patients concernés des informations énumérées à l'article L. 3211-3 du code de la santé, leurs droits, notamment, n'étant pas portées à leur connaissance sauf à ceux admis en SDRE (cf. § 4.3).

RECOMMANDATION 23

Les dates de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L.3211-3 du code de la santé publique doivent figurer dans le registre de la loi.

Renseignés par dates d'admission avec un numéro de folio pour chaque nouvelle entrée, les registres permettent un suivi des procédures relatives aux patients dont la prise en charge en programmes de soins ou en hospitalisation complète perdure, par l'ajout de feuilles intercalaires collées.

Les contrôleurs ont pu observer que le contenu des certificats médicaux est, le plus souvent, suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante et il n'a été constaté que rarement l'usage de certificat-type ou de « copier-coller » et sur des mesures anciennes. Le juge des libertés rencontré a indiqué que ces pratiques n'avaient plus cours. Aucun report n'est effectué sur les certificats des éventuels dires des patients recueillis avant leur édiction. Les certificats concernant les programmes de soins sont joints.

Les contrôleurs ont constaté qu'un certificat médical concernant un patient avait été collé dans la rubrique d'une autre personne. L'agent administratif a précisé qu'il avait dû rectifier de nombreuses erreurs faites par un étudiant embauché durant les vacances. Les contrôleurs s'étonnent que la tâche de renseigner les registres soit confiée à une personne à statut précaire.

Le service des soins sans consentement vérifie la date du certificat médical ainsi que leur contenu et appelle les médecins en cas de problème.

En fin de registre, les noms des patients sont listés par ordre d'entrée avec mention du numéro de folio.

Le registre est visé une fois par an par le préfet et le procureur de la République.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), qui accomplissait cette démarche régulièrement, n'a pas visité l'établissement depuis (cf. § 8.1.3).

Le maire de la commune de La Charité-sur-Loire atteste en début de registre du nombre de pages qu'il contient et le paraphe lorsqu'il est terminé.

8.3 L'ORGANISATION MISE EN PLACE PAR L'ETABLISSEMENT ET LE TRIBUNAL PERMET L'ACCES AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

8.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Une convention, signée le 21 mai 2014 entre l'agence régionale de santé (ARS) de Dijon, la procureure et le président près le tribunal de Grande Instance de Nevers, en présence de la directrice de l'établissement et du bâtonnier, prévoit l'organisation de la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) et la mise à disposition par l'établissement hospitalier d'une salle pour les audiences relatives au contentieux de l'hospitalisation sous contrainte.

Une audience se déroule au sein de l'hôpital sur le site de Pré-Poitiers tous les jeudis à 14h. Les patients du site de La Charité-sur-Loire y sont conduits dans un véhicule de l'établissement en compagnie d'un soignant. Ce transport ne pose aucune difficulté et, selon les renseignements recueillis auprès du JLD, n'a pas pour conséquence des absences non justifiées à l'audience. Les soignants estiment que la rencontre avec le juge est un moment important et ils expliquent son rôle tant au moment de l'admission qu'en remettant la convocation.

Le bureau des admissions prépare l'acte de saisine et tous les documents nécessaires sont transmis par mail non crypté au greffe du tribunal au plus tard le lundi pour l'audience du jeudi. L'avis motivé du médecin est envoyé le mercredi.

Le greffe du tribunal se charge de l'édition des convocations qui sont remises au patient par les soignants. Il convoque les mandataires de justice qui sont très rarement présents et avise, le cas échéant, les tiers ayant demandé la mise en place de la mesure.

Durant la semaine, les secrétaires des unités transmettent au bureau des admissions, et aux administrateurs de garde en dehors des heures d'ouverture, les décisions de mise à l'isolement lorsque la durée de la mesure dépasse 48h et celle de mise en contention dont la durée dépasse 24h. La fiche de procédure établie par l'établissement, mentionne « prescription » et non décision.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo fournit des documents établis postérieurement à la visite et mentionnant désormais « décision » du psychiatre.

Ces documents sont envoyés au JLD. Il convient de rappeler que la visite de l'établissement est antérieure à l'entrée en vigueur de la loi du 22 janvier 2022 modifiant les dispositions de l'article L.322-5-1 du code de la santé publique.

Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans les unités mais les patients sont avisés au moment de la remise de la convocation de la possibilité de bénéficier de l'assistance d'un avocat d'office ou d'en choisir un.

L'audience se tient dans la salle de réunion commune aux unités Nevers et Sud et le parcours pour y accéder est signalisé.

L'accueil est géré par l'agent posté dans le hall du site de Pré-Poitiers où se trouve une salle d'attente permettant de recevoir les patients accompagnés des soignants et les proches.

Les avocats peuvent s'entretenir avec leurs clients en toute confidentialité dans un bureau. Le barreau organise une permanence d'avocats, tous volontaires pour intervenir dans cette matière mais qui ne bénéficient pas d'une formation particulière pour être inscrit sur la liste pénale. Les avocats consultent les dossiers au greffe du tribunal qui les avise par mail de leur arrivée.

Le JLD accorde systématiquement le bénéfice de l'aide juridictionnelle. Cependant, les frais d'avocat restent à la charge de la personne hospitalisée si ses ressources dépassent le plafond ouvrant droit à cette aide, le bureau d'aide juridictionnelle ne faisant pas, selon les renseignements recueillis, application des dispositions de l'article 6 de la loi du 10 juillet 1991 prévoyant l'attribution de l'aide juridique si la situation du demandeur « apparaît particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet du litige ou des charges prévisibles du procès ».



Salle d'audience



Bureau des avocats

8.3.2 La tenue de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 13 janvier 2022.

Le magistrat et le greffier ne portent pas leur robe contrairement aux avocats.

Les patients, qui ne viennent jamais en pyjama, sont accompagnés d'un soignant qui assiste à l'audience. La salle d'audience est bruyante car sa porte reste ouverte sur un couloir où les passages sont nombreux, au cœur du bâtiment hébergeant les services administratifs. Le magistrat expose calmement quel est son rôle mais ne mentionne pas les termes des certificats médicaux. Il écoute attentivement le patient, se renseigne sur la qualité de la prise en charge, puis donne la parole à l'avocat.

Il met systématiquement l'affaire en délibéré au lendemain et explique au patient quelles sont les voies de recours.

Les décisions sont notifiées dans les unités par les soignants.

Aucun responsable de l'administration n'est présent et selon les renseignements recueillis, le représentant de la préfecture n'assiste pas à l'audience.

Les tuteurs et les curateurs régulièrement convoqués sont rarement présents.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir à l'issue de l'audience avec le JLD et le greffier. Les relations avec l'hôpital sont qualifiées de bonnes.

8.3.3 Les décisions rendues

Le magistrat n'a jamais été saisi par un patient ou un tiers depuis l'application de la loi sur l'isolement et la contention et ne s'est jamais saisi d'office à l'occasion d'un examen systématique de la décision de placement en soins sans consentement.

Au cours de l'année 2020, 207 dossiers ont été examinés, 201 décisions ont maintenu la mesure et 6 ont ordonné la mainlevée. Huit appels ont été relevés et deux placements ont été levés.

En 2021, sur 225 présentations à l'audience, 223 décisions ont maintenu le placement et 2 l'ont levé. Sur 10 appels, un seul a abouti à une décision de mainlevée.

Les décisions de mainlevée ont été motivées : par des incohérences entre les constatations du certificat médical et ses conclusions, par l'incertitude sur la date de l'admission en soins psychiatriques, par le constat à l'audience que l'état du patient ne nécessite pas un maintien de la mesure, par la contradiction entre les différents certificats médicaux, par l'état du patient compatible avec une prise en charge à la maison d'arrêt, par l'absence de décision de réadmission après réintégration programme de soins, par le contenu de l'avis médical ne concluant pas au maintien de la mesure, par l'évolution de l'état de santé du patient.

9. LES SOINS

9.1 LA PERMANENCE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST GLOBALEMENT GARANTIE MALGRE LA PENURIE MEDICALE

9.1.1 Les projets de service

Au moment du contrôle, le projet médical 2018-2022 du CHS, d'une part, le projet médical et le projet de soins partagés du GHT de la Nièvre, d'autre part, constituaient les documents de référence au niveau de l'établissement. En revanche, le projet médico-soignant et les projets de service étaient en cours d'élaboration.

RECOMMANDATION 24

Chaque unité d'hospitalisation doit disposer d'un projet de service qui constitue un document de référence pour l'équipe soignante.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo approuve en ces termes « *avis partagé, démarche intégrative au projet d'établissement qui est en cours. Une dynamique institutionnelle est impulsée par la Directrice déléguée et le PCME pour construire le Projet d'Établissement et ses volets réglementaires. Le Directoire a validé un projet médico-soignant porté par le médecin chef du pôle inter établissement (GHT) et la Directrice des soins. Impulsée par la direction des soins, un Projet de Soins Partagés co-construit avec chaque patient est en cours d'élaboration. Cette action est soutenue par un sous-groupe de travail issu de la démarche de certification V2020 (Chapitre 1 : le patient — critère 1.1-3). La formalisation du PSP est intégré au DPI mentionnant les entretiens avec le patient et son adhésion au projet. Une fiche information concernant la personne de confiance et à destination des professionnels, est portée par un sous-groupe V2020 (Chapitre 2 : les équipes de soins — critère 2.1-5). Elle sera validée aux prochaines instances CME et CSIRMT de la rentrée.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces démarches en cours.

9.1.2 Les modalités de la prise en charge psychiatrique

Malgré la pénurie médicale préoccupante, le patient a accès au médecin psychiatre, la permanence des soins psychiatriques est assurée grâce au professionnalisme et aux bonnes volontés : les médecins affectés à chaque secteur partagent leur service entre les structures extrahospitalières et les unités, y revenant s'il le faut après leurs consultations ambulatoires, assurant la présence d'un médecin chaque jour dans chaque unité. Ils sont facilement joignables par les équipes. En cas d'urgence dans une unité, le médecin psychiatre présent dans une autre unité intervient.

Les lignes de garde sont habituellement assurées par des internes, des assistants spécialisés ou des médecins associés, la ligne d'astreinte est assurée par des PH seniors. Les unités du CHS étant sur deux sites, deux lignes de garde doivent être organisées ce qui a contraint les PH à prendre des gardes entre le 1^{er} novembre 2020 et le 1^{er} novembre 2021.

Chaque patient a un médecin référent et deux infirmiers référents dans les unités Nevers et Sud, un seul infirmier référent à l'unité Nord. Le patient est reçu au moins une fois par semaine en consultation par le médecin psychiatre de son unité, en présence d'un infirmier. En théorie, le libre

choix du médecin référent est possible mais compte tenu de la pénurie médicale, les demandes de changement de médecin ne peuvent pas toujours recevoir de réponse favorable.

Les psychologues reçoivent les patients en entretiens individuels, à leur demande ou bien à la suite de propositions émises en réunions pluridisciplinaires.

Les médecins des différentes unités s'organisent pour que les certificats médicaux (CM) à 24h et 72h soient établis par deux médecins différents. Le certificat médical n'est pas remis au patient (cf. § 4.3). Les observations de celui-ci ne sont pas mentionnées dans le CM mais enregistrées dans le dossier patient informatisé (DPI) au même titre que les observations médicales.

Par ailleurs, selon des formats variables, chaque unité organise des réunions cliniques hebdomadaires, des réunions avec l'extra hospitalier pour la préparation des projets de sortie, des réunions « staff » parfois journalières, des synthèses sur la situation de certains patients. Comme les médecins psychiatres, certains psychologues et les assistants de service social interviennent à l'intra et à l'extra hospitalier ce qui favorise la continuité de la prise en charge.

Pour les unités du PRI (USP1 et surtout USP2), le constat est moins positif. En effet, il a été relevé un défaut d'étayage médical des équipes soignantes, ces unités étant moins dotées en temps médical en raison de la pénurie et des activités annexes du médecin chef de service (médecin du travail et remplacement du médecin somaticien sur le site principal du CHS, cf. § soins somatiques). L'organisation de la présence médicale ne répond pas aux besoins des patients au profil complexe (chimio résistance, psychose chronique et schizophrénie). De plus, la plupart des trente-quatre patients qui sont hospitalisés depuis plus de 290 jours sont hébergés au PRI. Ainsi, ces patients ne rencontrent-ils un psychiatre qu'à leur demande ou sur indication des soignants. Certains entretiens seraient délégués au psychologue présent sur les deux USP alors que son intervention est normalement complémentaire de celle du médecin psychiatre.

Dans le cadre des objectifs 2022, l'ingénieure qualité a conclu à la nécessité d'une augmentation de temps de présence des médecins en unité.

RECOMMANDATION 25

L'organisation du temps médical dans les unités du PRI doit permettre de répondre aux besoins de l'état clinique dégradé des patients et d'apporter aux équipes soignantes un étayage médical.

9.1.3 Le projet de soins individualisé

Le patient est impliqué dans le projet de soin individualisé qui n'est en revanche pas contractualisé au sens où celui-ci n'est pas rédigé dans un document dont l'intéressé recevrait une copie. Il est expliqué au patient et réévalué régulièrement.

À l'unité Sud, par exemple, l'ensemble des professionnels intervenant dans les unités et à l'extra hospitalier élaborent ces projets ou les réévaluent lors des réunions hebdomadaires. Les familles y sont également associées.

Néanmoins, des patients se sont plaints de ce que certains médecins reçoivent leur famille sans les informer eux-mêmes de la teneur des échanges. Par ailleurs, le patient connaît son traitement, la recherche du consentement est une préoccupation des médecins et des équipes soignantes.

Au moment du contrôle les trois quarts des patients hospitalisés avaient désigné une personne de confiance qui est avisée de sa désignation par courrier afin de tracer son acceptation – pratique constatée uniquement dans les unités du pré-Poitiers. Elle n'est associée à la prise en charge que

s'il s'agit d'un membre de la famille ou d'un mandataire. Cependant, dans la pratique, plusieurs soignants n'identifient pas précisément son rôle.

9.1.4 Les réunions soignants-soignés

À l'unité Nevers, la psychologue organisait avant la crise sanitaire des groupes de paroles avec les patients associant ponctuellement une IDE. À l'unité Nord et à l'USP2, un groupe de parole composé de cinq patients, animé par le psychologue seul fait office de réunion d'expression collective. À l'unité Sud, aucune réunion soignants-soignés n'est organisée.

RECOMMANDATION 26

Des réunions soignants-soignés doivent être organisées à une fréquence régulière dans toutes les unités permettant notamment aux patients de s'exprimer sur leur prise en charge.

9.1.5 La distribution des traitements

Les piluliers sont constitués par deux automates (un pour les traitements *per os* et un pour les traitements par gouttes, cf. § 9.4) et vérifiés puis distribués par un infirmier au moment du repas. Selon les unités, il peut être dispensé en chambre – hormis les injections qui sont toujours administrées dans le poste de soins – et dans d'autres il peut être distribué dans le réfectoire devant les autres patients sans confidentialité ni temps d'échange possible.

RECOMMANDATION 27

Les conditions de dispensation du traitement médical doivent garantir la confidentialité et être propices à un échange avec le patient.

9.1.6 La supervision et l'analyse des pratiques

Aucune équipe de l'intra-hospitalier ne participe à des séances de supervision ou d'analyse des pratiques.

Un psychologue de l'extra-hospitalier du service Sud organise une fois par mois un « café psycho » où, à partir de la clinique d'un patient, les difficultés rencontrées dans sa prise en charge sont discutées.

Au service Nord, une réunion hebdomadaire concerne exclusivement les médecins du service et les internes pour échanger sur les dernières données de la science.

RECOMMANDATION 28

Des séances de supervision ou d'analyse de pratique doivent être proposées au personnel soignant qui en exprime le besoin.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Lôo relève : « *Les besoins de recours à des temps d'analyse de pratiques ou à des supervisions (qui constituent deux soutiens différents) sont identifiés depuis plusieurs années. Ils ne sont pas mis en place faute de moyens financiers (ce ne sont pas des actions de « formation » reconnues par l'ANFH).* »

9.1.7 La dynamique inter-services

Tous les médecins participent à la CME.

Le collège médical permet d'organiser les soins notamment les plannings de garde. Les échanges inter-services dans les différentes instances n'abordent pas les pratiques professionnelles mises en œuvre dans les unités ni les règles de fonctionnement. Les pôles fonctionnent donc en silos ce qui est peu favorable à la réflexion institutionnelle.



Salle de garde du pré-Poitiers

Par ailleurs, des échanges informels nommés « causerie du jeudi » organisés par le médecin chef de service de l'unité Nevers, sont ouverts à tous les membres du personnel. Ils se tiennent par visioconférence sur les deux sites et portent sur des thèmes divers : « le fantôme soignant », « la bataille de Buffalo ou le totem sans tabou, un essai de d'ethnopsychiatrie amérindienne », « recommandation pratique dans la dépression résistante », « réhabilitation psycho-sociale », « le syndrome de Diogène ».

Enfin, les psychiatres rencontrés déplorent une absence de travail avec le secteur de pédopsychiatrie géré par le CHAN, difficulté avivée par la décision de l'ARS d'attribuer les lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie à la clinique privée du Château du Tremblay alors que celle-ci ne prend plus en charge les mineurs devenus majeurs. Aucun travail sur le parcours de soins n'a pu être mis en place au détriment des jeunes patients et malgré la sensibilité du passage à la majorité.

9.1.8 Les activités

a) Les activités occupationnelles et thérapeutiques au sein des unités

Les unités disposent d'un budget par service pour les activités (environ 2 000 euros par pôle pour l'année). Les interlocuteurs ont témoigné ne pas rencontrer de difficulté pour obtenir du matériel ou financer des sorties thérapeutiques.

Si toutes les unités disposent de salles d'activité, parfois équipées de baby-foot ou de table de ping-pong, l'organisation réelle d'activités est réduite, notamment depuis que l'équipe, composée de deux AS et deux AMP, qui animait des activités a été supprimée lors du début de la crise sanitaire. La conduite d'activités dépend désormais des disponibilités des soignants.

Le site du Pré-Poitiers, qui ne dispose pas de cafétéria contrairement à celui de La Charité-sur-Loire, offre à l'étage du bâtiment plusieurs salles d'activités bien aménagées mais peu utilisées, une salle de musicothérapie, une salle de sport, une salle d'activités, une salle de soins esthétiques et relaxation, tous lieux qui ne sont accessibles qu'accompagné d'un soignant. Des séances de relaxation et de gestion des émotions sont animées par une infirmière. Les patients des deux unités bénéficient également de l'intervention d'une musicothérapeute qui occupe un poste à 80 % réparti

sur les deux secteurs ; les patients y participent sur indication médicale en petit groupe de quatre à cinq patients ou en séance individuelle. L'intervenante rédige des comptes rendus et participe aux réunions des équipes. Les patients rencontrés évoquent positivement cet atelier leur permettant notamment d'exprimer leurs émotions. Il est ainsi regrettable qu'une offre similaire ou alternative ne soit pas proposée aux patients hébergés sur le site principal du CHS.

Par ailleurs, une salle de bains commune aux deux unités permet d'organiser des séances de balnéothérapie.



Salle de balnéothérapie et d'activité



Salle de sport et salle de soins esthétiques et de relaxation

Lors du contrôle, pour les patients des USP 1 et 2, un atelier randonnée était organisé le mercredi matin consistant en une marche dans l'enceinte de l'établissement ainsi qu'un atelier sport le mercredi après-midi, et un atelier chant animé par un soignant le jeudi matin. Une petite salle de sport est en attente de mise en fonctionnement ; elle ne pourra pas accueillir simultanément plus de deux ou trois patients. L'arrivée d'une nouvelle cadre venant du milieu socio-éducatif au PRI devrait permettre de reprendre des activités variées ce d'autant plus que cinq chambres de l'USP1 devraient être transformées en salles d'activités sur le modèle du site du Pré-Poitiers.

Aucune activité n'est organisée à l'unité Nord à l'exception d'un groupe de parole hebdomadaire animé par le psychologue et de l'intervention hebdomadaire d'une art-thérapeute – un seul patient en bénéficiait au moment du contrôle. La table de ping-pong était pliée. Il était déploré l'absence de remplacement de l'éducateur sportif parti à la retraite qui intervenait dans la salle polyvalente et l'absence d'intervention d'ergothérapeute, de psychomotricien, de partenaires extérieurs (équithérapie, médiation animale, etc.).

Selon des témoignages, au fil du temps, avec la réduction des effectifs et l'évolution des pratiques au sein de l'établissement, il est constaté un amoindrissement de la vie institutionnelle locale (séjours thérapeutiques associant des patients de différentes unités, activités associant soignants et soignés, projection de films en salle de cinéma de l'établissement) alors que le matériel et les locaux ne manquent pas.

RECOMMANDATION 29

Le CHS doit favoriser l'organisation d'activités thérapeutiques régulières et variées qui font partie intégrante des soins ainsi que d'activités occupationnelles.

Dans sa réponse, la directrice du CHSPL fait savoir que : « Pour mieux répondre aux besoins des patients, une cartographie des activités de soins est en cours de finalisation et est portée par un sous-groupe V2020 (Chapitre 1 : le patient –critère 1.4-04). Cette carte pourrait permettre le développement de l'offre de soins par partenariat ou mutualisation. »

Les contrôleurs prennent acte de cette démarche.

b) Les actions d'éducation thérapeutique

Les actions d'éducation thérapeutique initiées par l'ancien pharmacien ont été développées par le pharmacien en poste au moment du contrôle et une cadre de l'extra-hospitalier. Elles sont de deux types :

- Des actions individuelles sont proposées, à la demande des patients – informés au préalable par l'équipe soignante et par affichage dans les unités – ou à celle de l'équipe éducative et menées sur l'ensemble du CHS en intra et extra-hospitalier. Le pharmacien se déplace dans l'unité pour rencontrer le patient. Les effets des traitements sur tous les aspects de la vie du patient sont abordés (sexualité, conduite d'un véhicule, transformation physique, etc.). Ses bilans somatiques lui sont expliqués. Des supports de suivi du traitement en prévision de la sortie lui sont remis afin de l'autonomiser et lui permettre de mieux vivre avec son traitement (carnet de suivi des RDV, d'évaluation des effets du traitement, information sur une application Android possible). Les contrôleurs ont assisté à un atelier à l'attention d'une patiente sortante ; le pharmacien a fait preuve de pédagogie, d'humanité, d'accessibilité et de transparence sur la durée à vie du traitement. La patiente a pu poser toutes les questions qu'elle souhaitait sur son traitement, ses effets, sa compatibilité avec ses projets. Par ailleurs, le pharmacien propose des interventions du même type en groupe ou individuelles, aux patients des structures ambulatoires par le biais de la visioconférence sur le modèle de la téléconsultation (Covalia).
- D'autre part, des actions collectives sont dispensées par des agents du CHS spécialement formés (40 heures de formation) – 48 infirmiers sont formés, ainsi que des ASS, des psychologues et des cadres intervenant en intra ou extra hospitalier – sur les thématiques suivantes :
 - « Vivre mieux son traitement » (ou atelier du médicament) ;
 - « Équilibre et nutrition » (avec la diététicienne) ;
 - « Mieux gérer sa douleur » ;
 - « Moi et la bipolarité » (pour cet atelier un atelier groupe de parole des aidants a été mis en place).

Ces actions, qui s'étendent sur une durée de trois à dix-huit semaines, s'adressent principalement aux patients stabilisés.

Sont en projet, le déploiement d'un atelier sur la schizophrénie (arrêté en raison de la crise sanitaire) et un projet « patient pair aidant » à construire. Un candidat venant de la région Rhône-Alpes devait être rencontré par le pharmacien et la cadre de santé.

Un même patient peut participer à plusieurs ateliers et plusieurs fois au même. Les ateliers favorisent l'échange d'expérience entre les patients sur leur pathologie, leur vécu du traitement notamment. Par ailleurs, les soignants qui les animent consignent des observations sur l'effet de l'atelier sur le patient. Les ateliers sont évalués par les patients qui y ont participé.

BONNE PRATIQUE 4

Les actions d'éducation thérapeutiques individuelles et collectives, aux thématiques variées, à l'attention des patients de l'intra et de l'extra-hospitalier sont un point fort de la prise en charge des patients au CHS. Leur déploiement doit être valorisé.

9.2 LA SURVEILLANCE SOMATIQUE EST INEGALE SELON LES SITES, REDUITE AU MINIMUM POUR LES UNITES DE LA CHARITE-SUR-LOIRE

9.2.1 Les consultations de médecine générale

La situation est très différente sur les deux sites.

Les deux unités relevant des services Nevers et Sud sur le site du Pré-Poitiers bénéficient, au moment du contrôle, de l'intervention d'un médecin somaticien. Elle est présente trois demi-journées par semaine dans chaque unité, donc chaque jour sur le site, et intervient deux demi-journées à l'institut médico-éducatif du Mouron dépendant du CHS. Elle coordonne également les risques associés aux soins avec l'ingénieur qualité.

Elle rencontre systématiquement les nouveaux patients, pas dans le délai de 24h lorsqu'ils sont passés par le service des urgences mais rapidement. Elle fait réaliser des bilans, et reçoit les patients systématiquement à réception des résultats. La proximité du site avec le CHAN facilite son travail. Elle ajuste le rythme du suivi aux problèmes somatiques du patient, rencontrant donc à un rythme plus intense les patients psychotiques lesquels présentent plus de troubles somatiques. Elle participe selon ses disponibilités aux réunions de service des unités et aux transmissions. Il ressort des différents témoignages que les relations sont fluides entre la médecin somaticien, les équipes soignantes et les médecins psychiatres. Lorsqu'elle est absente ou en congé, les patients attendent son retour et, en cas d'urgence, il est fait appel au 15.

En revanche, les patients des unités situées sur le site principal à la Charité-sur-Loire ne bénéficient plus de l'intervention d'un médecin somaticien depuis dix-huit mois avant le contrôle. Le médecin chef du PRI, sur la base du volontariat, fait office de médecin somaticien pour le site, et également de médecin du travail pour le personnel en sus de sa charge de médecin psychiatre, ce qui laisse perplexe, notamment au regard de la lourdeur des prises en charge des patients hébergés dans les deux USP. En outre, cette situation porte atteinte aux droits de ceux-ci : ainsi, l'examen somatique devant être pratiqué dans les 24 heures de l'arrivée des patients n'est pas toujours réalisé dans ces unités. Les autres examens somatiques le sont sur demande et des priorisations sont effectuées lorsque les demandes sont nombreuses. L'examen somatique des patients en CI est également réduit aux indications de l'équipe soignante et n'est pas systématique.

La permanence de l'accès aux soins somatiques n'est, ainsi, pas assurée et la qualité des soins dispensés est discutable, l'actualisation des connaissances du médecin psychiatre intervenant en qualité de médecin somaticien n'étant pas garantie, vérifiée ou encore exigée par l'établissement.

RECOMMANDATION 30

Faute de médecin somaticien sur le site de La Charité-sur-Loire, l'organisation des soins somatiques y est inadaptée et ne permet pas de répondre correctement aux besoins des patients hospitalisés. En particulier, les patients ne sont pas examinés systématiquement à leur arrivée ou lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement ce qui est inadmissible.

Dans sa réponse, la directrice du centre hospitalier Pierre Léo estime que cette recommandation n'a plus lieu d'être dès lors qu'un médecin généraliste a été recruté. Cependant, il n'est pas établi que ce recrutement ait conduit à l'organisation d'un examen systématique à l'arrivée du patient ou lors d'un placement en chambre d'isolement. La recommandation est donc maintenue.

L'ARS dans sa réponse suggère : « Il conviendra de rappeler au centre hospitalier Pierre Léo les dispositions de l'article cité supra [L3211-2-2 du code de la santé publique] afin que l'examen somatique soit réalisé dans les vingt-quatre heures suivant l'admission. Il faut néanmoins relever que le département de la Nièvre fait face à une pénurie particulièrement importante de médecin généraliste.

Pour éviter qu'un doute persiste sur la réalisation de cet examen, il pourrait être suggéré à l'établissement de faire figurer cette information dans les certificats de 24 heures ou 72 heures prévus à l'article L3211-2-2 du CSP.

Cet examen devra être réalisé pour tous les patients y compris ceux placés en chambre d'isolement. »

Enfin, la pénurie de médecins somaticiens ne permet pas l'organisation d'actions d'éducation à la santé ou la collaboration avec le réseau des médecins de ville même si certains secteurs y parviennent notamment à La Charité-sur-Loire (réunion trimestrielle) ou encore à Clamecy (réunion mensuelle).

Dans sa réponse, la directrice de l'établissement fait savoir qu'un second médecin généraliste a été recruté le 2 mai 2022.

9.2.2 Les consultations spécialisées et les hospitalisations

Pour les patients hébergés sur le site du Pré-Poitiers, l'accès à la médecine spécialisée est facilité par la proximité avec le CHAN que le déménagement pourrait remettre en question. En effet, sans que cette procédure soit formalisée, il arrive que des médecins spécialistes se déplacent dans les unités à la demande de la généraliste du pôle. Par ailleurs, lorsque la prise en charge revêt un caractère urgent celle-ci se met en lien avec ses confrères qui prennent alors en charge le patient rapidement. Hors urgence, les délais d'attente restent raisonnables, entre deux semaines et un mois, selon les spécialités. La généraliste peut également solliciter auprès des médecins spécialisés des conseils sur la prise en charge la mieux adaptée dans l'attente du rendez-vous avec le spécialiste.

Pour les unités du site de La Charité-sur-Loire, l'accès à la médecine spécialisée est globalement garanti à l'exception de la dermatologie pour laquelle les patients doivent consulter dans le département du Cher. Un kinésithérapeute intervient trois fois par semaine à l'unité de gérontopsychiatrie et un pédicure y intervient régulièrement. Des analyses biologiques peuvent être adressées au CHAN quotidiennement avec un retour des résultats dans la journée par courriel.

Le délai de rendez-vous chez un dentiste dépend du secteur d'hospitalisation compte tenu de la pénurie de ces spécialistes sur le département.

Une dentiste stomatologue intervient au CHAN pour les patients relevant d'une prise en charge en lien avec un handicap ; par exemple tous les patients de la MAS peuvent bénéficier de ses

consultations et certains patients des unités également. Par ailleurs, un centre mutualiste à Nevers propose des soins dentaires.

Pour les prises en charge en addictologie, une orientation au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est privilégiée en l'absence d'équipe d'addictologie de liaison.

Pour les hospitalisations, il n'a pas été repéré de stigmatisation de la part des médecins spécialistes et en tout état de cause, une attention est portée à la compatibilité de l'état clinique du patient à cette forme de prise en charge.

9.3 LA PREPARATION A LA SORTIE SE HEURTE A UNE OFFRE INSUFFISANTE DE PLACES EN STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

9.3.1 Les actions de préparation

Dans la majorité des unités, les projets de sortie sont travaillés en amont en équipe pluridisciplinaire et en lien étroit avec l'extra-hospitalier. L'ensemble des professionnels intervenant en intra et en extra-hospitalier sont associés à la réflexion lors de réunions hebdomadaires organisées à cet effet.

Les mandataires sont conviés aux synthèses individuelles et impliqués dans les projets de sortie tout comme les membres de la famille ou la personne de confiance avec l'accord du patient. Lorsqu'ils sont un membre de la famille les mandataires seraient davantage présents que les mandataires institutionnels.

Dès lors que l'état clinique du patient hospitalisé est stabilisé, les médecins accordent des permissions de sortie (PS) dont les premières sont accompagnées, afin d'évaluer le comportement du patient hors de l'unité, de renforcer son autonomie et de l'associer aux diverses démarches en vue de préparer sa sortie. Le travail sur l'autonomisation du patient inclut l'utilisation du dispositif « GPS guide prévention et soins »¹⁸ permettant notamment le recueil des directives anticipées en psychiatrie ; le CHS a le projet de développer son propre outil. Les équipes soignantes s'efforcent d'assurer, parfois difficilement en fonction des plannings, l'accompagnement à l'extérieur des patients, permettant de les confronter à une réalité à laquelle ils ne sont pas toujours préparés – appartement insalubre ou encore prise de conscience du manque d'autonomie remettant en question le retour au domicile.

BONNE PRATIQUE 5

Le travail sur l'autonomisation du patient inclut le recueil des directives anticipées de celui-ci pour sa prise en charge.

Le préfet oppose rarement un refus pour les sorties de courte durée pour les patients en SDRE mais il demande systématiquement un second avis pour les demandes de levée de mesure de soins sans consentement. Par ailleurs, pour plusieurs patients, l'absence de réponse du préfet aux demandes

¹⁸ Le guide se présente sous la forme d'un livret à remplir soi-même, avec des questions, des lignes à compléter et des cases à cocher. Il a été créé pour et avec des personnes qui vivent avec un trouble psychique. Il permet à chaque personne d'exprimer ses souhaits, pour le cas où elle traverserait une période de crise durant laquelle il lui serait difficile de faire connaître ses besoins. La personne y indique par exemple : "Ce qui m'aide quand je ne vais pas bien", ou "ce que je veux que l'on respecte si je suis hospitalisé-e". Ce document pourra guider les proches et les professionnels de la santé mentale, si la personne n'était plus en mesure de donner un consentement aux soins lors d'une crise.

de mainlevée de la mesure et aux demandes de passage en programme de soins (surtout pour les patients de l'unité Nord) bloque la mise en place effective des projets de sortie préparés en amont.

RECOMMANDATION 31

Les services de la préfecture doivent répondre dans un délai raisonnable aux demandes de mainlevée d'hospitalisation complète des patients en SDRE et de modification de la prise en charge avec programme de soins.

Dans sa réponse, l'ARS fait valoir qu'en application de l'article L.3213-9-1 du code de la santé publique : « *Le Préfet du département dispose ainsi d'un délai de trois jours francs afin de statuer sur la demande de levée ou la modification de la forme de prise en charge. Le préfet peut ordonner la mainlevée au moyen du certificat médical établi par le psychiatre participant à la prise en charge du patient, toutefois, [cet article] lui laisse la possibilité de refuser la levée de la mesure de soins et d'en informer le Directeur de l'établissement qui doit alors demander l'examen par un autre psychiatre de l'établissement.* »

Les contrôleurs maintiennent leur constat que le délai de trois jours n'est pas toujours respecté.

Les médecins initient des programmes de soins (PDS) qui sont exclusivement ambulatoires. Le collège des professionnels de santé est connu et se réunit de manière effective. Le patient est reçu par un médecin psychiatre qui ne le suit pas.

9.3.2 Les modalités de sortie

Certains projets de sortie nécessitent un placement dans une structure adaptée telle que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), ou des foyers d'hébergement. À l'instar de nombreux établissements, l'hôpital est confronté au déficit de places compte tenu du nombre insuffisant de structures sur le territoire national et de la réticence de certains établissements, notamment les EPHAD, à accueillir des personnes prises en charge en psychiatrie. De plus, au moment du contrôle, l'établissement ne disposait plus que d'une seule famille d'accueil thérapeutique ; ce dispositif devait être redynamisé.

Or, les patients hébergés au sein des unités de soins prolongés et plus particulièrement à l'USP2 qui sont pour la grande majorité des patients psychotiques chroniques au parcours institutionnel lourd et dont les troubles sont résistants aux traitements thérapeutiques, sont confrontés à des difficultés de mise en place de leur projet de sortie. L'objectif de leur prise en charge est donc de les installer dans un lieu de vie adapté à leurs capacités, à leurs difficultés et sécurisant pour eux-mêmes et pour autrui, ce qui est rendu difficile par l'offre insuffisante de places et l'inadaptation de nombreuses structures à leur problématique. Selon les informations transmises, à l'USP2, sur quatorze patients présents, cinq bénéficient d'une orientation en MAS décidée par la MDPH et trois patients sont en attente d'un foyer de vie. Ainsi, un patient atteint d'un trouble autistique sévère attendait une nouvelle intégration dans une maison d'accueil spécialisée (MAS), un précédent séjour ayant échoué faute d'un espace adapté à la spécificité de ses troubles. Un autre patient, en attente de transfert vers une unité pour malade difficile (UMD) revenait d'un long séjour en CI (6 semaines) sur le site du Pré-Poitiers à la suite de l'agression d'un infirmier. Peu après son retour, il était à nouveau placé en CI à la suite d'une nouvelle agression d'un soignant. Enfin, un patient l'USP 1, victime d'un traumatisme crânien avec ablation d'une partie du lobe frontal n'a pas pu être orienté vers un foyer

des Paralysés de France faute de place disponible, une demande auprès d'une MAS devait être émise en intégrant un délai d'attente long.

Malgré ces difficultés, un projet de sortie est déterminé pour tous les patients en SSC ; la principale préoccupation de l'équipe étant de déterminer le moment adapté de la sortie effective qui est forcément progressive. Le transfert à l'USP 1 après le changement du statut d'hospitalisation du patient – unité d'hospitalisation au long cours – constitue alors une étape permettant, le cas échéant, un passage à l'UER qui propose notamment des médiations cognitives avant d'envisager une sortie définitive.

Enfin, le CHS dispose dans tous les secteurs de structures ambulatoires classiques : CMP, HJ, CATT et d'une équipe mobile précarité sur le secteur Nevers. L'hôpital de jour de ce secteur est ouvert sept jours sur sept alors que sur le secteur Nord, le CMP de Corbigny était ouvert trois jours au lieu de cinq au moment du contrôle, faute d'un effectif de soignants suffisant. Le maillage de ces structures et le lien relationnel étroit de chacune avec les unités d'hospitalisation du secteur assurent une continuité solide de la prise en charge après la sortie. Cependant, le département présente une offre faible de moyens de transport en commun qui n'est pas compensée par un nombre suffisant de véhicules sanitaires légers pour assurer les déplacements des patients. Ces carences restreignent l'accès des patients résidant en zone rurale à un suivi ambulatoire en sortie d'hospitalisation.

9.4 LE FONCTIONNEMENT DE LA PHARMACIE EST EXEMPLAIRE

9.4.1 Les moyens

Les locaux de la pharmacie sont toujours situés dans l'aile administrative du CHS, comme lors de la précédente visite et son fonctionnement qualifié alors de remarquable s'est encore amélioré.

Le personnel affecté à ce service comprend :

- 1 ETP de pharmacien et 1 ETP d'assistant en pharmacie ; l'agent qui occupe ce dernier arrivé à l'été 2021, le pharmacien est resté 18 mois sans assistant ;
- 4,8 ETP de préparateurs en pharmacie ;
- un agent administratif ;
- une personne exerçant à temps plein les fonctions de magasinier ;
- un ASH (en arrêt au moment du contrôle).

Une astreinte de sécurité est en place en semaine (information par téléphone) tandis qu'une astreinte est opérationnelle (déplacement auprès du patient si nécessaire) du samedi après-midi au lundi matin ce qui permet de répondre aux besoins d'un patient admis les week-ends et jours fériés. Toutes les prescriptions de médicaments sont informatisées. Les pharmaciens disposent d'un système original de préparation à délivrance nominative des médicaments grâce à la mise en place entre 2002 et 2005 d'un premier automate expérimental de préparation des médicaments sous forme liquide, puis d'un automate définitif en 2006 et depuis la même année d'un automate de préparation des comprimés.

L'automate pour les gouttes fabrique entre 200 et 300 doses en une heure et traite les besoins d'une unité en dix minutes. Depuis un an, la pharmacie a remplacé son automate par un nouvel appareil qui assure une sécurité optimale du dosage des liquides (dosage en fonction du poids), commandé par le pharmacien auprès d'une société française qui a répondu à un cahier des charges déterminé par la pharmacie du CHS. Le logiciel intégré génère un rapport de conformité.

9.4.2 Le fonctionnement

Le médecin rédige sa prescription de manière informatisée et l'automate fabrique la dose. L'automate reçoit les prescriptions par unité tant pour les gouttes que pour les comprimés. Chaque unité dispose d'un code. À la sortie de l'automate, sur le flacon sont indiqués : le nom du patient et l'initiale de son prénom, le moment de la prise (matin, midi ou soir), le nom du médicament, la posologie en mg ou en gouttes. La traçabilité est optimale.



Empaquetage du traitement par gouttes

L'automate qui fabrique les sachets de comprimés en confectionne cinquante par minute. Depuis 2018, un système permet le contrôle de la totalité des piluliers. Chaque pilulier est pris en photo et une alerte est émise par le logiciel si l'écran de contrôle constate une erreur. Les préparateurs en pharmacie opèrent ensuite un contrôle manuel afin de débloquer le système. Les photographies sont conservées pendant une année et sont archivées.



Vue rapprochée de l'automate et du système de distribution des gouttes



Automate pour les traitements par comprimés et écran de contrôle optique des erreurs

Chaque matin, les pharmaciens vérifient les prescriptions effectuées après 18h30, notamment en ce qui concerne les associations et les co-prescriptions de médicaments et les contre-indications. L'analyse des prescriptions est effectuée plusieurs fois par jour. Les doses nominatives buvables et en sachets sont produites pour 24h et pour 72h avant le week-end. Les patients du Pré-Poitiers bénéficient du même dispositif de dispensation.

Les ordonnances de sortie sont également informatisées et restent dans le dossier médical du patient ce qui peut s'avérer utile dans le cas d'une réadmission. De plus, pour vérifier les bonnes pratiques, la pharmacie utilise un requêteur *data mining* qui permet de recueillir dans les dossiers patients informatisés des données favorisant l'évaluation des pratiques selon des indicateurs du comité du médicament.

Ce système garantit la sécurisation du circuit du médicament et les prescriptions sont analysées à 100 % ce qui permet le suivi régulier d'indicateurs aux étapes critiques du circuit du médicament et permet d'évaluer et donc de lutter efficacement contre l'iatrogénie¹⁹.

Les stocks sont gérés par le logiciel HOSPISTOCK qui génère des alertes ce qui permet d'anticiper les besoins et de passer les commandes

9.4.3 Les examens biologiques

Les examens biologiques sont désormais complètement externalisés. Contrairement à ce qui avait été constaté lors de la précédente visite, tous les patients bénéficient d'un bilan pendant leur séjour.

¹⁹ Maladie induite par les médicaments ou leur mésusage.

9.4.4 Les contrôles de la prescription et de la délivrance

Si le pharmacien a accès au dossier du patient, il n'a pas la possibilité de savoir si une prescription (notamment de sédation) est associée à une mesure d'isolement et, le cas échéant, de contention, ce qui prive les professionnels d'une donnée supplémentaire d'analyse des pratiques.

Les traitements somatiques pris à l'extérieur avant l'admission des patients, sont colligés – prise de contact si besoin avec le médecin traitant par le service des admissions à la demande de la pharmacie) et intégrés dans le dossier médical. Ce dernier est mis à jour au fur et à mesure des nouvelles prescriptions, y compris celles de sortie. La pharmacie assure donc une conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie ce qui est particulièrement remarquable. De plus, le pharmacien organise des réunions régulières avec les médecins généralistes de secteur.

Par ailleurs, la pharmacie met à disposition des équipes soignantes et des médecins psychiatres, sur l'intranet du CHS, une base documentaire régulièrement actualisée des dernières données de la science et un manuel d'utilisation de la dispensation nominative. De plus, il participe aux « causeries du jeudi » (cf. § 9.1.7) ; il est notamment intervenu sur le thème « test de résistance génique au traitement » au mois d'octobre 2021.

La pharmacie assure également un suivi des prescriptions si besoin et de leur durée, en particulier des injections afin d'interpeller les médecins lorsque la prescription n'apparaît pas régulièrement réévaluée. Il ressort des bilans transmis aux contrôleurs qu'un nombre important de prescriptions si besoin (toutes modalités d'administration) ne sont pas réévaluées régulièrement.

De plus, il est constaté chez certains médecins une confusion sur les modalités de l'utilisation de prescriptions injectables « si besoin ». En effet, ils ne recherchent pas toujours au préalable le consentement du patient au traitement *per os* « si besoin », avant l'administration de l'injectable « si besoin », ce au motif que le patient est en soins sans consentement. Pourtant, le statut du patient n'est pas exclusif de la recherche de son consentement à la prise du traitement.

RECOMMANDATION 32

La mise en œuvre de prescriptions « si besoin », sans le consentement du patient, doit être prohibée. La prescription d'un traitement impose l'information du patient et la recherche de son consentement par le médecin prescripteur puis, la même recherche lors de l'administration et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant, en cas de refus, l'usage de la force pour cette administration.

Enfin, dans le cadre de la CME, le pharmacien chef de service, impulse une dynamique de réflexion sur les pratiques médicales en plus d'assurer des actions d'éducation thérapeutiques à l'attention des patients (cf. § 9.1.8).

BONNE PRATIQUE 6

Le fonctionnement de la pharmacie du CHS de La Charité-sur-Loire est exemplaire en ce qu'il garantit la sécurité du circuit du médicament, la vérification de 100 % des prescriptions médicales, la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient et un suivi des prescriptions si besoin.

10. CONCLUSION

Au moment de la visite des contrôleurs, l'absence de gouvernance stable du CHSPL pèse très sensiblement sur un fonctionnement global dont l'évolution depuis la précédente visite est peu perceptible. Les aspects positifs sont demeurés, les plus négatifs également.

Les conditions matérielles d'hébergement restent confortables : toutes les chambres sont individuelles avec une salle d'eau attenante, le mobilier est agréable et adapté aux pathologies, notamment en gérontopsychiatrie. Néanmoins, l'organisation des locaux est souvent mal adaptée à leur mission avec des salles d'activité en étage, l'absence de salle à manger au Pré-Poitiers ou une distribution qui complique le travail de soignants comme à l'USP où ils sont, de plus, dégradés.

Les ressources humaines sont suffisantes. Certes, comme tous les CHS du territoire français, l'établissement souffre d'un déficit de psychiatres mais celui-ci reste contenu et la disponibilité des praticiens permet d'assurer la continuité des soins et un accès facile des patients à leur médecin référent. L'absence de généralistes sur le site de La Charité-sur-Loire est plus problématique, notamment pour les examens à l'admission qui ne sont pas toujours effectués et le suivi des pathologies chroniques.

Les postes d'infirmiers et aides-soignants sont suffisants et pourvus ; tous ces agents bénéficient d'une formation certifiante de psychiatrie qui devrait favoriser une dynamique collective fondée sur un socle commun. Mais l'organisation des équipes – avec des effectifs très variables selon les jours, des affectations non voulues dans des unités difficiles et sans étayage médical, le non-remplacement du personnel en charge des activités thérapeutiques font perdre une partie du bénéfice de ces investissements

Enfin, la qualité du service assuré par la pharmacie envers les professionnels et les patients est remarquable comme le sont les activités d'éducation thérapeutiques que le pharmacien anime pour tous les patients – hospitalisés comme en ambulatoire – en dispensant une formation relais auprès des soignants.

Ainsi, l'organisation générale de la prise en charge médicale apparaît soucieuse, au niveau institutionnel comme individuel, de respect des droits des patients admis en soins sans consentement mais, faute notamment de formation des professionnels sur le cadre juridique de ces admissions, le résultat n'est pas à la hauteur de ces intentions.

La liberté d'aller et venir est méconnue pour tous les patients avec des unités fermées et même parfois des accès limités aux patios. La justification tirée de l'épidémie de Covid est douteuse et, en toute hypothèse, n'a pas été réexaminée avec l'évolution des règles sanitaires nationales. Les restrictions (tabac, téléphone) sont imposées par des règles de fonctionnement donc sans individualisation au regard de la clinique de la personne auxquelles elles sont imposées et sans révision en fonction de l'évolution de celle-ci. La mise en œuvre de prescriptions « si besoin » sans la recherche du consentement du patient traduit encore une conception restrictive de ses droits. Ces règles demeurent impensées dans leur application générale sauf à l'unité de psychogériatrie, où une réflexion collective sur l'individualisation des pratiques selon la clinique des patients est à l'œuvre.

L'information des patients en soins sans consentement sur leurs droits est inexistante lors de la visite, les documents de la procédure dont ils font l'objet ne leur sont pas communiqués.

Le recours à l'isolement est raisonnable, les mesures sont réalisées dans des conditions matérielles correctes mais leur mise en œuvre par les équipes est attentatoire à la dignité et à l'intimité des

patients : surveillance par caméra, accès limité aux sanitaires – visibles de l’extérieur–, impossibilité de fumer dans certaines unités, repérage dans le temps difficile, faute d’horloge visible par les patients attachés. Le registre d’isolement est tenu et un rapport annuel est communiqué à la CME.

L’absence de gouvernance stable depuis deux ans est permissive de la perpétuation d’un fonctionnement en silos où personne ne va trop regarder, ni critiquer ce qui se passe à côté mais personne ne va non plus s’interroger sur la pertinence et les effets des différences de fonctionnement, tant pour les patients que pour les soignants. Le déficit de travail institutionnel induit par cette vacance prive d’une stimulation et d’une réflexion collective, déficit dommageable pour le patient dont la prise en charge, sans raison particulière, va connaître des restrictions plus ou moins fortes, peu favorables à l’alliance thérapeutique ou à l’appropriation du parcours de soins.

La nomination récente d’une directrice, la démarche d’élaboration pluriprofessionnelle d’un projet d’établissement qui fera référence, la mise en œuvre du rapatriement de toutes les unités sur un seul site devraient permettre de repenser collectivement une prise en charge plus respectueuse d’un patient sujet de droits plus qu’objet de soins.