



Rapport de visite :

6 au 17 mars 2023 - 2^{ème} visite

Centre hospitalier Camille

Claudiel de La Couronne

(Charente)



SYNTHESE

Huit contrôleurs ont effectué une visite, annoncée la semaine précédente, du centre hospitalier Camille Claudel (CHCC) de Couronne, banlieue proche d'Angoulême (Charente) du 6 au 17 mars 2023. L'établissement avait déjà été contrôlé en 2008.

Le CHCC est l'unique établissement public de santé mentale du département de la Charente ; il accueille 15 000 patients par an dans ses unités d'hospitalisation ou dans ses structures de consultation.

Le secteur intra-hospitalier a été récemment restructuré en supprimant quatre-vingts lits avec en parallèle le passage de quatre à deux pôles de soins associant un pôle adulte et un pôle « enfant/adolescent ».

Le CHCC a désormais une capacité de 157 lits adultes et 8 lits adolescents. L'établissement se compose pour la filière de la psychiatrie adulte d'une unité d'accueil et d'orientation et de deux unités d'admissions fermées pour les personnes souffrant de troubles du spectre de l'autisme (TSA), d'une unité d'admissions ouvertes pour ce même profil de patients, d'une unité d'admission fermée, d'une unité ouverte de moyen et long séjour, d'une unité fermée de moyen et long séjour.

L'établissement dispose de nombreux centres médico-pédagogiques (CMP) et d'équipes mobiles permettant notamment la prise en charge des personnes présentant un TSA, les patients âgés, ceux souffrant d'addictions ou en situation de précarité et également d'un centre de réhabilitation psychosociale et d'une unité d'hospitalisation à domicile (HAD).

La filière de la pédopsychiatrie est organisée autour d'une unité de soins de périnatalité et petite enfance (0 à 3 ans), d'une unité d'hospitalisation de jour/CMP (pour les 3 à 8 ans), d'un hôpital de jour (pour les 8 à 12 ans), d'un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), d'une maison « des ados » et d'une unité de soins aux adolescents (12-18 ans).

Parmi les 80 lits supprimés, figurent les 10 lits de l'unité d'accueil et d'observation (UAO) en raison d'un manque d'effectif médical or cela n'est pas sans impact sur le taux d'occupation dans les unités d'admission. Ainsi, pendant les six derniers mois, l'établissement a connu plusieurs épisodes de tensions capacitaires avec des transfèremments de patients d'une unité à une autre, y compris la nuit, pour libérer des lits d'accueil. La recherche de nouveaux psychiatres doit constituer une priorité absolue de l'établissement auquel il manque déjà 17 médecins dans cette spécialité. L'effectif de somaticiens est également insuffisant, ce qui les oblige à intervenir prioritairement auprès des patients hospitalisés au détriment de ceux suivis en ambulatoire. Pour autant, l'établissement n'a pas cédé à la facilité du recrutement médical par intérim ce qui doit être souligné. Malgré les quinze postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) manquant également, l'effectif de sécurité de soignants est toujours respecté.

L'établissement a également réussi à maintenir un nombre important d'activités thérapeutiques et occupationnelles, notamment en moyen séjour et pour les adolescents, ce qui est indispensable car elles sont une composante à part entière du soin. Un travail intéressant a été relevé concernant l'autonomie des patients avec le centre de réhabilitation psychosociale de proximité (CREHAB) ou le *case manager*¹.

¹ Chargé de l'accompagnement des parcours complexes

L'attention portée aux usagers apparaît dans les documents dès la lecture du projet d'établissement. Cette impression est renforcée par le fait que la commission des usagers est fonctionnelle et active.

Concernant les droits des patients en soins sans consentement (SSC), le rétablissement du fonctionnement de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), interrompu depuis 2019, constitue une urgence, s'agissant des voies de recours des patients pour l'examen de leur mesure de SSC.

Le registre de la loi est bien tenu malgré des manquements concernant le suivi de l'information des patients et de la notification des décisions. Le cadre et l'organisation de l'audience du JLD ont paru adaptés et la présence de l'établissement à l'audience est vu comme une bonne pratique.

L'information des patients est assurée *via* le règlement intérieur très complet. Les règles de vie dans toutes les unités sont à jour, sauf à Dali, et bien expliquées par les soignants. L'information relative à la procédure de soins sans consentement est également effectuée de façon satisfaisante bien que les soignants n'aient pas été spécifiquement formés.

L'établissement ne présente pas un système de sécurité excessif, néanmoins il s'est ajouté un certain nombre de règles, notamment pour les patients en soins sans consentement. Ainsi, il est demandé l'autorisation à la préfecture pour que le patient se rende seul à la cafétéria du site.

Concernant l'isolement et la contention, l'établissement s'est organisé pour répondre aux exigences de la loi de 2022. Néanmoins il n'existe pas de registre d'isolement-contention adapté permettant de calculer les durées d'isolement et de contention : il est nécessaire de mettre en œuvre une organisation de la certification assurant le respect des délais légaux et permettant de réaliser les extractions nécessaires aux analyses. Des patients en soins libres (SL) sont isolés, le juge n'est notamment pas saisi de l'isolement ou de la contention des personnes souffrant de TSA. L'utilisation du bouclier de protection comme outil de contention est un mésusage. *A contrario*, la création d'une équipe spécialisée pour la prise en charge des isolements et contentions (l'EPIC), est une très bonne pratique, tout comme la volonté de mettre en place des salons d'apaisement dans toutes les unités.

Enfin, l'état des bâtiments est très disparate et certaines unités nécessitent des travaux urgents. Le rapport relatif à cette visite a fait l'objet d'échanges contradictoires avec le chef d'établissement, dont les observations ont été prises en compte, ainsi qu'avec la présidente et la procureure de la République du président du tribunal judiciaire d'Angoulême, le directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle Aquitaine et la préfète de Charente qui n'ont pas fait valoir d'observation.

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 33

La mise à disposition d'un service d'interprétariat par téléphone permet aux patients non francophones de mieux comprendre leurs droits.

BONNE PRATIQUE 2 41

Le CHCC organise deux fois par an, au sein de la cafeteria « les Arcades », une braderie où les patients peuvent choisir des vêtements, sans contrepartie financière.

Un atelier de couture au sein de la lingerie peut effectuer gratuitement les retouches qui s'avèrent nécessaires.

BONNE PRATIQUE 3 42

L'utilisation de la carte bancaire interne permet aux patients de rester acteurs de la gestion de leur compte tout en évitant les risques de perte ou de vol d'espèces.

BONNE PRATIQUE 4 49

Une permanence d'avocats a lieu une fois par mois au sein de la Maison de Camille, pour aider les patients et leurs proches dans leurs différentes démarches.

BONNE PRATIQUE 5 58

Lorsqu'il est attesté par le personnel soignant que le patient isolé et éventuellement contenu n'a pas été en mesure de s'exprimer sur son souhait d'être assisté d'un avocat, le JLD en désigne un d'office.

BONNE PRATIQUE 6 62

Le parlement des usagers permet à des patients de s'exprimer et d'échanger directement avec la direction de l'établissement, et à ce dernier d'initier des projets concrets et participatifs, contribuant à la qualité de la prise en charge.

BONNE PRATIQUE 7 71

La diversité de l'offre de soin du CREHAB'16 constitue un atout particulier pour la qualité de l'accompagnement des patients concernés. Le recrutement d'un médiateur de santé pair et de deux pairs aidants, qui constituent une charnière pertinente entre le statut de patient et le système hospitalier psychiatrique, favorise le processus d'alliance thérapeutique et la prévention des réhospitalisations. L'accueil des patients en soins sans consentement concernés constitue un accès adapté et déstigmatisant aux outils de soins de la psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 8 76

L'intervention d'un infirmier coordinateur de parcours (« case manager ») contribue à l'organisation des sorties, à une prise de relais adaptée en milieu extrahospitalier et par les établissements d'accueil d'aval. Elle contribue à la prévention des ruptures de prise en charge et de nouvelles admissions en hospitalisation complète.

BONNE PRATIQUE 9 79

L'organisation totalement automatisée de la confection des piluliers nominatifs et l'investissement notable de l'équipe de la pharmacie dans les séances d'éducation thérapeutique contribuent à la qualité des soins dispensés.

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 17

La fermeture préoccupante des lits de psychiatrie ne doit pas priver les patients souffrant de troubles mentaux d'une offre de soins de qualité, adaptée à leurs besoins.

RECOMMANDATION 2 18

L'application de la réforme du financement des activités de psychiatrie du mois de janvier 2022 doit permettre à l'établissement une visibilité budgétaire et l'obtention de notifications de crédits concernant des postes qu'il a priorisés, au service des patients dont il a la responsabilité des soins.

RECOMMANDATION 3 18

L'établissement devrait valoriser une dynamique de réponse aux appels à projet de l'ARS, au bénéfice des patients dont il a la charge des soins.

RECOMMANDATION 4 20

L'établissement doit mener une politique active, soutenue par l'agence régionale de santé, pour pallier le problème de recrutement des psychiatres. L'accueil des internes et médecins juniors de manière à les inciter à postuler ultérieurement ne peut être suffisant pour résoudre le déficit de praticiens hospitaliers.

RECOMMANDATION 5 24

Tous les membres du personnel présents au sein des unités pour patients souffrant d'un trouble du spectre autistique doivent être spécifiquement formés pour leur prise en charge.

RECOMMANDATION 6 24

Les équipes soignantes doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles animées par des intervenants extérieurs.

RECOMMANDATION 7 24

Les formations permettant d'acquérir ou développer des connaissances nécessaires à la prise en charge des patients admis en soins sans consentement doivent revêtir un caractère obligatoire pour tous les soignants des unités les accueillant. Les formations portant sur le cadre légal des soins sans consentement ou sur la notification des décisions d'admission doivent concerner le personnel soignant comme le personnel administratif.

RECOMMANDATION 8 28

La prise en charge dans le service des urgences du Centre hospitalier d'Angoulême d'un patient relevant de soins psychiatriques requiert une discussion systématique entre l'urgentiste et le psychiatre, afin de déterminer la liste des examens complémentaires nécessaires.

RECOMMANDATION 9 28

Avant tout placement en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, le patient doit faire l'objet d'une double évaluation, de la part de deux psychiatres. Ces derniers rédigent ensuite chacun un certificat médical circonstancié s'ils estiment que la personne doit être placée en soins à la demande d'un tiers.

RECOMMANDATION 10 29

L'admission dans l'établissement des patients pris en charge dans le service des urgences de l'hôpital d'Angoulême et faisant l'objet d'une procédure de soins sans consentement ne doit pas être retardée en raison d'une insuffisante disponibilité des ambulances de garde la nuit.

- RECOMMANDATION 11 29**
Les mesures de contention doivent rester de dernier recours et ne sauraient être employées pour prévenir un risque de fugue dans le service d'accueil des urgences d'un hôpital général. Leur traçabilité doit faire l'objet d'un recueil dans un registre spécifique.
- RECOMMANDATION 12 31**
Tout patient faisant l'objet d'une décision d'admission en soins sans consentement doit en recevoir notification contre signature, et se voir remettre la copie de cette décision et des certificats médicaux l'ayant motivée. Le patient doit être informé du nom de l'éventuel tiers demandeur.
- RECOMMANDATION 13 31**
Un inventaire des effets du patient contradictoirement signé doit être systématiquement réalisé dans les unités d'admission et de moyen séjour.
- RECOMMANDATION 14 32**
Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.
- RECOMMANDATION 15 36**
Les personnes à mobilité réduite doivent bénéficier de conditions d'accueil dignes, adaptées à leur handicap et permettant un accès aux soins équivalent à celui de tout patient.
- RECOMMANDATION 16 37**
Des travaux urgents permettant un accueil digne des patients dans les unités de la filière relative au trouble du spectre autistique doivent être mis en œuvre.
- RECOMMANDATION 17 38**
Toutes les chambres doivent être dotées d'une possibilité d'appeler un soignant et le mobilier doit être uniformisé, le cas échéant complété, et faire l'objet d'un remplacement en cas de vétusté.
- RECOMMANDATION 18 38**
Le nouveau projet d'implantation de la vidéoprotection dans l'enceinte de l'établissement doit faire l'objet d'une charte d'utilisation précisant ses finalités et la plus-value dans la prise en charge des patients.
- RECOMMANDATION 19 40**
Un plan d'actions doit prévoir à court terme de doter chaque chambre de sanitaires individuels directement accessibles et respectueux de l'intimité des patients
- RECOMMANDATION 20 41**
Le poste d'infirmier hygiéniste dont dispose le CHCC doit être pourvu à nouveau, pour s'assurer de la déclinaison des protocoles d'hygiène sur les différentes unités et uniformiser les pratiques.
- RECOMMANDATION 21 42**
Dans les unités qui assurent la garde des valeurs des patients, les dépôts et retraits doivent faire l'objet d'un inventaire contradictoire signé à chaque opération.
- RECOMMANDATION 22 44**
La liberté d'aller et venir des patients en soins libres doit être garantie. Les patients en soins sans consentement ne doivent pas être soumis à un régime d'autorisation pour se rendre dans un lieu interne à l'établissement.
- RECOMMANDATION 23 46**
Les patients doivent disposer d'un accès à Internet et d'un accompagnement pédagogique de son utilisation lors de la réalisation de démarches spécifiques.

RECOMMANDATION 24	49
Le projet de créer une salle multi-activités dans un ancien moulin désaffecté doit être encouragé en vue de créer un espace ressources pour les patients.	
RECOMMANDATION 25	51
Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé aux patients dès l'admission et ne doit pas être respecté uniquement dans le seul cadre de l'hospitalisation « sous X ». Cette possibilité doit également être mentionnée dans le livret d'accueil.	
RECOMMANDATION 26	51
L'établissement doit garantir l'information et l'organisation nécessaires à l'exercice du droit de vote par les patients.	
RECOMMANDATION 27	53
La mention de l'interdiction des relations sexuelles dans le règlement intérieur et les règles de vie de certaines unités doit être supprimée et une réflexion collective menée au sein de l'établissement.	
RECOMMANDATION 28	55
Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure, également accessibles pendant les phases de contention, ainsi que d'un interrupteur d'éclairage et d'un siège pour le patient comme pour le soignant.	
RECOMMANDATION 29	56
Le projet, en cours, d'installation d'espaces d'apaisement dans toutes les unités doit être finalisé dans les plus brefs délais.	
RECOMMANDATION 30	58
Le médecin, lorsqu'il renouvelle l'isolement au-delà de vingt-quatre heures, doit en aviser le proche.	
RECOMMANDATION 31	59
Après mainlevée de la mesure par le juge des libertés et de la détention, toute nouvelle mesure prise avant le délai de 48 heures doit être justifiée par un élément nouveau et le JLD doit en être informé sans délai conformément aux dispositions de l'article 3222-5-1 du Code de la santé publique.	
RECOMMANDATION 32	59
Toutes les décisions de mesures d'isolement et de contention prises en chambre hôtelière doivent être tracées et faire l'objet d'une information et d'une saisine du JLD en cas de dépassement des délais légaux.	
RECOMMANDATION 33	59
L'établissement doit se doter rapidement d'un logiciel adapté en matière d'isolement et de contention afin de répondre aux exigences légales et de garantir les droits des patients.	
RECOMMANDATION 34	60
L'utilisation du bouclier de protection doit être limitée aux situations de violence et tracée. L'usage du matériel de contention amovible FIXEO doit lui aussi être tracé et le temps de contention doit être renseigné comme tel dans le registre spécifique.	
RECOMMANDATION 35	62
Les patients doivent recevoir une information pertinente concernant la commission des usagers et bénéficier d'un accompagnement adapté au renseignement du questionnaire de satisfaction.	
RECOMMANDATION 36	63
La commission départementale des soins psychiatriques doit être rétablie sans délai pour exercer effectivement l'ensemble de ses missions, et répondre aux éventuelles saisines et demandes d'entretiens de patients de l'établissement.	

RECOMMANDATION 37	64
L'ensemble des documents et informations visés par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique doivent figurer au registre de la loi. La délivrance et la consignation des informations relatives aux décisions d'admission, prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge doivent faire l'objet d'une formalisation et d'une vigilance renforcée. Les personnes et autorités habilitées doivent procéder régulièrement au contrôle du registre.	
RECOMMANDATION 38	65
Tuteurs et curateurs doivent être régulièrement présents dès lors que convoqués aux audiences devant le juge des libertés et de la détention.	
RECOMMANDATION 39	66
Les décisions du juge des libertés et de la détention doivent, comme celles du directeur d'établissement, être notifiées aux patients par des membres du personnel spécifiquement formés.	
RECOMMANDATION 40	67
Les soignants doivent connaître le contenu du projet médical d'établissement et des projets spécifiques d'unité devraient être formalisés.	
RECOMMANDATION 41	67
Les patients doivent bénéficier de soins psychiatriques de qualité équivalente dans toutes les unités, qui permettent de répondre à la conduite adaptée des projets de soins.	
RECOMMANDATION 42	68
Les patients doivent avoir accès à un psychologue dans toutes les unités d'admission et de moyen séjour.	
RECOMMANDATION 43	68
L'évaluation des projets de soins doit faire l'objet de réunions en équipe pluriprofessionnelle à une périodicité conforme au projet d'unité et qui permette un suivi effectif du patient.	
RECOMMANDATION 44	69
Les patients doivent bénéficier, dans toutes les unités d'admission, de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective et la prise en compte de leur parole pendant leur parcours de soins hospitaliers.	
RECOMMANDATION 45	69
Les patients doivent bénéficier dans toutes les unités d'un matériel adapté, entretenu et renouvelé leur permettant la pratique d'activités occupationnelles diversifiées, et un accès à la presse écrite.	
RECOMMANDATION 46	70
L'accès des patients à des activités thérapeutiques doit être diversifié et équivalent entre les unités d'admission et les unités de moyen séjour. Les activités thérapeutiques doivent faire l'objet d'un affichage, d'une animation par des intervenants spécialisés, et d'une articulation cohérente avec les pathologies, les projets de soins et de sortie des patients dans toutes les unités.	
RECOMMANDATION 47	71
Les locaux du centre de réhabilitation psychosociale doivent être adaptés à l'accueil de personnes à mobilité réduite et leur insonorisation doit garantir la confidentialité des échanges lors des entretiens.	
RECOMMANDATION 48	73
Le centre hospitalier Camille Claudel doit développer le recours aux soins en extrahospitalier et trouver des solutions afin que l'accès de ses patients aux spécialistes soit plus aisé.	

RECOMMANDATION 49 75

L'ensemble des patients s'apprêtant à quitter l'établissement, et notamment ceux dont la situation nécessite une poursuite des soins en milieu extrahospitalier, doivent pouvoir bénéficier d'un véritable entretien de sortie et se voir remettre une lettre de liaison ainsi que l'ensemble des informations utiles à la suite de leur parcours.

RECOMMANDATION 50 77

Le collège des professionnels de santé doit procéder à une évaluation médicale approfondie de l'état des patients, à laquelle l'éventuel maintien des soins est subordonné. Il doit se réunir effectivement et recueillir l'avis des patients concernés.

RECOMMANDATION 51 77

Le consentement des patients doit être recherché lors de toutes les étapes de leur projet de soins. Celui des patients qui éprouvent des difficultés de compréhension ou d'expression doit l'être par des soignants spécifiquement formés.

RECOMMANDATION 52 78

Les soignants doivent recevoir une formation concernant l'existence et le rôle de la personne de confiance, qui doit faire l'objet d'une désignation tracée lors de l'admission, d'une information de cette désignation et d'une association au projet de soins.

RECOMMANDATION 53 78

La formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs doivent être mis en œuvre, afin de permettre leur intervention dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 54 78

Chaque patient doit pouvoir choisir de rédiger un plan de prévention partagé.

RECOMMANDATION 55 79

La confidentialité de la distribution des médicaments doit être garantie dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 56 79

L'administration de de traitements « si besoin » à visée sédatrice sous forme injectable doit faire systématiquement l'objet d'une évaluation médicale et d'une prescription précisant le contexte clinique de cette nécessité thérapeutique.

RECOMMANDATION 57 81

Les chambres de l'unité pour adolescents doivent être équipées de manière adaptée et disposer de sanitaires individuels.

RECOMMANDATION 58 82

Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés et consentir au projet thérapeutique individualisé élaboré pour leur enfant et ce par la signature d'un document spécifique.

La recherche du consentement du mineur doit être systématique.

RECOMMANDATION 59 83

Les patients adolescents enfermés doivent avoir un accès permanent à l'air libre en journée.

RECOMMANDATION 60 84

La liberté d'aller et venir et la liberté de communiquer ne doivent pas faire l'objet d'une interdiction générale applicable à tous les enfants et adolescents indistinctement, sans prise en compte de chaque situation clinique.

RECOMMANDATION 61 84

L'unité pour adolescents doit développer une procédure concernant la gestion du tabac qui prenne en compte les différents aspects liés à cette problématique : la place du tabac pour les patients lors

de l'hospitalisation qui correspond souvent à une situation de crise peu propice au sevrage, le respect des droits des personnes, la possibilité d'accéder à l'extérieur, l'approche globale des déterminants de la santé pour des personnes vulnérables et les conditions de prise en charge d'un sevrage tabagique, qui ne peut se résumer à une simple interdiction de la consommation.

RECOMMANDATION 62 85

Une réflexion institutionnelle sur l'accès à la sexualité des adolescents et le respect de l'intimité doit être engagée.

RECOMMANDATION 63 85

L'isolement et la contention d'un patient mineur sont dépourvus de fondement légal, sauf si celui-ci est placé sous le régime de soins sur décision du représentant de l'Etat. Même en ce cas, ils doivent être évités par tout moyen.

Si de telles mesures sont néanmoins mises en œuvre, à titre exceptionnel, elles doivent être décidées par un médecin psychiatre pour une durée brève et régulièrement réévaluée, rigoureusement tracées dans un registre ad hoc, analysées par les soignants et présentées aux instances de l'établissement.

Les mineurs ne sauraient bénéficier de moins de droits que les patients majeurs. En conséquence, toutes décisions les concernant doivent être portées à la connaissance et au contrôle du juge ; les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés et disposer d'une voie de recours, quel que soit le statut d'hospitalisation de l'enfant.

RECOMMANDATION 64 87

Les patients détenus doivent bénéficier tout long de leur hospitalisation des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins consentement.

Pour ce faire, l'établissement pénitentiaire et le centre hospitalier doivent définir un protocole définissant les modalités de transport, les effets personnels autorisés, les conditions de séjour et de mise en œuvre des droits des patients détenus relatifs notamment aux permis de visite et autorisations de téléphoner.

Aucun patient ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique, pour un motif sécuritaire. Toutes restrictions de droits et libertés doivent être médicalement justifiées, adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient, régulièrement réévalué. Les conditions posées par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique, qui définit le placement en chambre d'isolement comme pratique de dernier recours, s'appliquent également aux patients détenus.

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
2.1 La politique et l'organisation de l'établissement prennent en compte la diversité des profils cliniques des patients.....	15
2.2 Le budget est à l'équilibre dans le contexte préoccupant d'une pénurie marquée de personnel et d'une diminution historique du nombre de lits	16
2.3 Les difficultés de recrutement des psychiatres nuisent à une prise en charge médicale de qualité	20
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	27
3.1 L'organisation de la prise en charge des urgences et les modalités d'accueil dans les unités souffrent des conséquences de la fermeture des lits	27
3.2 Des situations de tension capacitaire portent préjudice à la qualité des soins ..	31
3.3 Les supports d'information sont à jour mais la traçabilité des notifications des décisions insuffisante	32
4. LES CONDITIONS DE VIE	34
4.1 L'état des unités d'hébergement est hétérogène	34
4.2 La gestion des biens du patient est adaptée et, dans l'ensemble, sécurisée	42
4.3 La restauration est qualifiée de satisfaisante par les patients	42
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	44
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses.....	45
5.3 Les communications avec l'extérieur sont fluides, mais font peu appel aux nouvelles technologies	45
5.4 La confidentialité liée à l'hospitalisation n'est pas garantie	50
5.5 L'accès au vote est possible mais l'information des patients insuffisante.....	51
5.6 L'aumônerie catholique est bien identifiée par les patients, mais aucun autre culte n'est représenté au sein de la structure.....	52
5.7 La question de la sexualité des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	52
6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	54
6.1 L'équipement des chambres d'isolement respecte insuffisamment la dignité du patient.....	54
6.2 L'alternative à l'isolement et la contention est recherchée mais le nombre de mesures d'isolement et de contention continue de croître	56
6.3 Le registre d'isolement et contention n'est plus adapté aux évolutions législatives	59

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	61
7.1 L'expression et la consultation des usagers sont recherchées et valorisées par l'établissement	61
7.2 La tenue du registre de la loi est incomplète	63
7.3 L'accès au juge et à l'avocat sont garantis	64
8. LES SOINS.....	67
8.1 La qualité des soins psychiatriques est hétérogène et pâtit du manque de médecins dans certaines unités	67
8.2 Le nombre insuffisant de médecins généralistes ne permet pas une prise en charge élargie à l'extra hospitalier	72
8.3 Plusieurs dispositifs et pratiques permettent d'anticiper les sorties et favorisent une continuité dans les soins	74
8.4 Les outils de recherche du consentement sont insuffisamment mis en œuvre	77
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	80
9.1 La prise en charge des personnes âgées est résolument tournée vers l'extra hospitalier	80
9.2 La prise en charge des patients mineurs est obérée par des restrictions de liberté non individualisées et des atteintes aux droits	80
9.3 La prise en charge des patients détenus ne garantit pas le respect de leurs droits fondamentaux	85

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Maud Dayet, chef de mission ;
- Alexandre Baillon ;
- Hélène Baron ;
- Chantal Baysse ;
- Anne Bruslon ;
- Rémy Bordes ;
- Antoine Meyer ;
- Julien Starkman.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une deuxième visite du centre hospitalier Camille Claudel (CHCC) de Couronne (proche d'Angoulême, Charente) du 6 au 17 mars 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 mars à 14h00 et l'ont quitté le 17 mars à 11h00. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction et durant la visite à la directrice de cabinet du préfet de la Charente et à la directrice de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de la Charente. La présidente du tribunal judiciaire (TJ) d'Angoulême ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisées de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur, pour une réunion de présentation en présence de nombreux cadres administratifs, médicaux et soignants.

Une salle de travail et l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités, à destination des personnes privées de liberté, de leur famille et du personnel.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont notamment rencontré le président du conseil de surveillance. Un entretien téléphonique a été organisé avec la directrice de la délégation territoriale de l'ARS de la Charente et la procureure de la République du TJ d'Angoulême.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD). Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien. Elles ont été reçues pour l'une le 9 mars et l'autre le 14 mars 2023.

Une réunion de restitution a eu lieu le 17 mars 2023 à 9h00, en présence des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation, hormis le directeur et le directeur adjoint en charge des ressources humaines qui étaient empêchés.

L'établissement ayant été contrôlé du 12 au 14 novembre 2008, il ne sera pas fait référence aux précédentes observations, trop anciennes.

Un rapport provisoire de visite a été adressé, le 12 juillet 2023, au chef d'établissement du CHCC, à la présidente et la procureure du tribunal judiciaire d'Angoulême, au directeur général de l'ARS de la Charente et à la préfète de la Charente. Seul le directeur du CHCC a fait part de ses observations, par courrier en date du 14 septembre 2023, intégrées dans le présent rapport définitif (encadrés grisés).

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA POLITIQUE ET L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT PRENNENT EN COMPTE LA DIVERSITE DES PROFILS CLINIQUES DES PATIENTS

2.1.1 La politique et le projet de l'établissement

Le CHCC se compose de bâtiments datant de son ouverture en 1865 et de bâtiments récents, situés dans un vaste parc arboré de 68 hectares. Le CHCC, seul établissement public de santé mentale du département de la Charente, est situé sur la commune de La Couronne, périphérie immédiate d'Angoulême et il est accessible de la gare SNCF. Depuis 2018, il a rejoint le groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Charente réunissant sept centres hospitaliers du département.

Son projet d'établissement (PE) 2021-2025 a été travaillé par les professionnels mais également avec les patients et les aidants, ce qui est suffisamment rare pour être souligné. Trois enjeux en ressortent :

- l'attractivité pour les professionnels médicaux et paramédicaux ;
- le développement de l'extra-hospitalier ;
- la mise en place de plans d'action liés aux filières de prise en charge.

L'établissement prend en charge l'ensemble des pathologies psychiatriques, à tous les âges de la vie, et dispose de nombreuses structures extra-hospitalières en 32 implantations, qui maillent tout le département. L'établissement reçoit 15 000 personnes par an dans ses unités d'hospitalisation ou dans ses structures de consultations.

Les structures intra-hospitalières ont une capacité de 157 lits adultes et 8 lits adolescents. Il dispose d'une habilitation pour l'accueil de patients souffrant de pathologies psychiatriques en soins libres (SL) et sans consentement (SSC). L'établissement a dû récemment se restructurer et fermer 80 lits, avec en parallèle la réorganisation de quatre à deux pôles de soins associant un pôle adulte et un pôle enfant/adolescent, nécessaire simplification du parcours de soins hospitaliers en raison des difficultés d'effectif médical.

Dans ces 80 lits, la suppression des dix lits de l'unité d'accueil et d'observation (UAO), en raison d'un manque d'effectif médical, n'est pas sans impact sur le taux d'occupation dans les unités d'admission. Ainsi, sur les six derniers mois, l'établissement a connu plusieurs tensions capacitaires avec des déplacements de patients d'une unité à une autre.

Un projet à l'horizon 2025/2026 est en cours de réflexions avec le centre hospitalier d'Angoulême (CHA), afin de mettre en œuvre un accueil psychiatrique aux urgences avec des lits permettant de prendre en charge les patients jusqu'à 72 heures. A plus court terme, l'établissement veut rouvrir, à l'UAO, 5 lits d'hospitalisations sous condition que l'établissement réussisse à recruter pour ce faire 1,2 ETP de psychiatre.

2.1.2 La structuration de l'établissement

L'établissement est désormais structuré en 5 pôles :

- accueil, orientations, addictions et autismes ;
- santé mentale adultes ;
- santé mentale enfants et adolescents ;
- pharmacie ;
- administratif.

Dans le cadre de l'hospitalisation, les filières se substituent à la sectorisation.

L'hôpital dispose au titre de la psychiatrie adulte, en sus des unités ci-dessous répertoriées, de nombreux CMP et équipes mobiles permettant notamment la prise en charge des TSA, de la psychiatrie du sujet âgé, de difficultés liées à l'addictologie ou à la précarité mais également d'un centre de réhabilitation psychosociale et d'hospitalisation à domicile.

Les unités de l'intra hospitalier se composent de :

- l'UAO (unité d'accueil et d'orientation) ;
- Henri Ey (unité d'admissions ouverte) ;
- Moreau de Tours (unité d'admissions fermée) ;
- Dali (unité d'admissions fermée) ;
- Escape (unité de moyen et long séjour ouverte) ;
- Odyssée (unité de long et moyen séjour ouverte) ;
- Calypso (unité de moyen et long séjour fermée).
- Janet (unité de liaison et unité de crise TSA) ;
- Sésame (unité de long séjour TSA) ;
- Le logis (unité de long séjour TSA).

La pédopsychiatrie dispose d'une unité de soins de périnatalité et petite enfance (0 à 3 ans), d'hospitalisation de jour (HDJ)/CMP (pour les 3 à 8 ans), d'un hôpital de jour (pour les 8 à 12 ans), d'un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), d'une maison « des ados » et de l'unité Mikado (soins aux adolescents 12-18 ans).

2.2 LE BUDGET EST A L'EQUILIBRE DANS LE CONTEXTE PREOCCUPANT D'UNE PENURIE MARQUEE DE PERSONNEL ET D'UNE DIMINUTION HISTORIQUE DU NOMBRE DE LITS

La situation financière de l'établissement, régionalement considéré comme bien doté, est décrite comme stable. Le budget comprend 50,57 millions d'euros au titre de la DAF² ; 1,18 à celui du MCO³, 1,28 d'aide à la contractualisation, 0,5 au titre du FIR⁴, 0,13 à celui du MIG⁵.

La pénurie de personnel médical et non médical, avec 17 et 20 postes vacants respectivement, a toutefois nécessité la fermeture historique de presque 80 lits, comprenant celle de trois unités (le centre de crise, une unité d'admission et une de moyen séjour).

² DAF : dotation annuelle de fonctionnement.

³ MCO : médecine chirurgie obstétrique, concerne les sevrages complexes de l'activité d'addictologie.

⁴ FIR : fond d'intervention régional.

⁵ MIG : mission d'intérêt général, concerne le financement des postes d'internes.

Tableau : Fermeture des lits par unité pendant la période 2018-2023

Unité	Date fermeture	Lits installés au 01.12.18	Lits installés au 01.01.23	Nombre de lits fermés
Esquirol	Juin 2021	23	0	23
Matisse	Décembre 2021	24	0	24
Centre de crise	Juin 2022	10	0	10
Sésame	NC	15	10	5
Janet	NC	12	6	6
Le logis	NC	14	10	4
Henri Ey	NC	24	23	1
Moreau de tours	NC	25	21	4
Dali	NC	24	23	1
Total	-	171	93	78

NC : non communiqué.

Cette fermeture a été effectuée sans diminution de l'effectif du personnel, qui a été redéployé (cf. § 2.3.2b). La masse salariale a augmenté avec l'ouverture de 30 postes de personnel non médical (PNM), majoritairement soignant, entre 2020 et 2022.

Cette fermeture a pour conséquence des périodes récurrentes de tension capacitaire, reflet d'une inadéquation des moyens de la psychiatrie aux besoins des patients porteurs de troubles mentaux (cf. § 3.2.2). Le déplacement de patients d'une unité à l'autre la nuit, pour répondre à la nécessité de libérer une place dans une unité d'admission a été rapportée.

RECOMMANDATION 1

La fermeture préoccupante des lits de psychiatrie ne doit pas priver les patients souffrant de troubles mentaux d'une offre de soins de qualité, adaptée à leurs besoins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « La fermeture des lits s'est accompagnée de redéploiement du personnel vers les structures extrahospitalières et les équipes mobiles afin de maintenir une offre de soins sur le territoire. Elles ont été accompagnées de l'ouverture de l'HAD. Toutes les fermetures de lits n'étaient pas contraintes par des vacances de postes, 23 lits ont été fermés en lien avec l'étude de l'observatoire des hospitalisations au long cours. En parallèle, des dispositifs associatifs (résidence inclusive, familles gouvernantes) ont permis à des patients de quitter l'hôpital alors que leurs séjours ne relevaient plus d'un besoin sanitaire. »

La pénurie de personnel médical constitue la principale cause de renoncement aux projets de l'établissement. L'exemple de celui de la réouverture de cinq lits à l'UAO (cf. § 3.1), qui nécessite le recrutement d'1,2 ETP de psychiatre, dans l'attente de la réalisation d'une unité d'accueil sur le site du CHA, en est une illustration.

L'établissement a rapporté une difficulté majeure de visibilité budgétaire⁶ en lien avec la mise en place de la réforme de financement du mois de janvier 2022⁷ et des notifications de crédit spécifiques de postes budgétaires non priorisés, au détriment de ceux qui le sont.

RECOMMANDATION 2

L'application de la réforme du financement des activités de psychiatrie du mois de janvier 2022 doit permettre à l'établissement une visibilité budgétaire et l'obtention de notifications de crédits concernant des postes qu'il a priorisés, au service des patients dont il a la responsabilité des soins.

L'établissement ne fait valoir aucune dynamique de réponse aux appels à projet de l'ARS, au titre du FIOP⁸.

RECOMMANDATION 3

L'établissement devrait valoriser une dynamique de réponse aux appels à projet de l'ARS, au bénéfice des patients dont il a la charge des soins.

Le PGFP⁹ 2023-2027 prévoit trois projets immobiliers d'importance, financés par l'emprunt en l'absence de subvention :

- le regroupement de toutes les structures de pédopsychiatrie et de l'ITEP¹⁰ dans les locaux de la clinique Sainte-Marie d'Angoulême, qui bénéficiera de travaux effectués par un promoteur privé, pour un budget de 10 millions d'euros ;
- l'extension de la maison d'accueil spécialisée (MAS) prévue pour 2025, au titre du secteur sanitaire avant sa reconversion médico-sociale, qui accueillera les patients de l'unité le Logis, dont la fermeture simultanée est prévue, pour un budget d'1,5 million d'euros ;
- l'installation du CSAPA¹¹ et de l'HDJ d'addictologie prévue pour 2025, dans les locaux d'une ancienne caserne d'Angoulême, pour un budget d'1,5 million d'euros.

Enfin, le PGFP prévoit également la réhabilitation de l'unité Moreau de Tours, incendiée au mois d'avril 2022. *A contrario*, le devenir des unités déjà fermées (telles que l'UAO ou le bâtiment Esquirol) ou de celles qui sont appelées à l'être, comme l'unité « Le logis » après le départ des patients, n'est pas actuellement évoqué par le schéma immobilier. La difficulté de recruter des praticiens freine la réflexion qui pourrait être menée sur le devenir de certaines structures.

Les pôles bénéficient d'un budget « vie sociale », considéré comme répondant aux besoins, en l'absence de demande d'augmentation.

⁶ L'établissement présentait un déficit de 1 million d'euros au mois de novembre 2022, puis un excédent de 2 millions dans les suites d'une nouvelle circulaire budgétaire avec un octroi de 3 millions au mois de décembre 2022, enfin un déficit de 199 000 euros à la date de la visite.

⁷ Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021, relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

⁸ FIOP : Fond d'innovation organisationnel en psychiatrie.

⁹ PGFP : plan global de financement pluriannuel.

¹⁰ ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique.

¹¹ CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Le CPOM¹², signé avec l'ARS, présente un indicateur spécifique des droits et des libertés des usagers et un indicateur des mesures d'isolement et de contention.

¹² CPOM : contrat prévisionnel d'objectif et de moyen.

2.3 LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DES PSYCHIATRES NUISENT A UNE PRISE EN CHARGE MEDICALE DE QUALITE

2.3.1 Le personnel médical

Le recrutement de psychiatres est rendu difficile en raison de la démographie médicale dans cette spécialité et de la faible attractivité du CHCC.

Au total, cumulant l'intra et l'extrahospitalier, l'établissement compte 19 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres sur les 36 ETP budgétés, soit 17 ETP manquants¹³ (11 en psychiatrie adultes et 6 en pédopsychiatrie). Dans un contexte de pénurie médicale, les effectifs se sont relativement maintenus grâce à la présence de quatre praticiens en cumul emploi-retraite.

Dans un contexte de concurrence accrue dans le secteur de la psychiatrie, l'établissement a noué des liens avec l'Université de Poitiers et accueille internes (dix actuellement) et médecins juniors (cinq) qu'il espère fidéliser. L'un des médecins juniors a été recruté sous forme contractuelle et l'établissement envisage le recrutement des quatre autres qui terminent leur formation cette année. Toutefois, pour le recrutement de ces médecins et pour les rémunérer sous la forme de contrats attractifs¹⁴, le CHCC doit obtenir de l'agence régionale de santé (ARS) l'inscription d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Un courrier a été adressé dans ce sens au directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine le 10 mars 2023.

Le CHCC ne fait pas appel à des médecins intérimaires. Les recrutements se font essentiellement par la voie de mutations, les multiples annonces dans le journal « Le quotidien du médecin » n'aboutissant pas.

En intrahospitalier, l'évolution des effectifs médicaux au sein des unités confirme la désaffection indiquée par la direction.

Dix médecins et huit internes, exercent dans les unités en intrahospitalier pour un total de 14,7 ETP.

Ils sont répartis de la manière suivante : deux praticiens hospitaliers pour 0,7 ETP exercent au sein du pôle accueil-addictions-autismes, 1 ETP n'est pas pourvu tandis qu'au pôle santé mentale adultes six praticiens, un associé et cinq internes pourvoient à 10,4 ETP pour 4 ETP non pourvus.

Le pôle enfants adolescents dispose d'un praticien et de trois internes pour 3,6 ETP, laissant 0,6 ETP non pourvus (cf. § 9.2).

Les ETP non pourvus en intrahospitalier, de l'ordre de 5,06 sont ainsi répartis dans les trois pôles.

RECOMMANDATION 4

L'établissement doit mener une politique active, soutenue par l'agence régionale de santé, pour pallier le problème de recrutement des psychiatres. L'accueil des internes et médecins juniors de manière à les inciter à postuler ultérieurement ne peut être suffisant pour résoudre le déficit de praticiens hospitaliers.

¹³ Données fournies par la direction des ressources humaines à partir du logiciel CIMAISE.

¹⁴ Articles R.6152-334 à R.6152-394 du code de la santé publique : contrats de praticiens contractuels de motif 2.

Le pôle pharmacie, médecins généralistes et département d'information médicale (DIM) regroupe 3 praticiens hospitaliers, les 4 médecins généralistes et 1 interne.

Sur les 5 ETP de médecins généralistes, l'établissement ne dispose que de 4 médecins correspondant à 3,6 ETP (cf. § 8.2). Un point positif mérite d'être mis en évidence, la profession de pharmacien n'est pas en tension et n'occasionne pas de difficulté de recrutement.

L'organisation de la permanence des soins est formalisée par des règles de présence ainsi qu'un système de garde, définis afin d'assurer la permanence des soins 24 heures sur 24.

La permanence des soins est assurée par les psychiatres seniors et les internes. Il y a deux lignes de garde. Pour les seniors, la garde débute à 18h30 jusqu'à 8h30 le lendemain matin, sauf le dimanche et les jours fériés où est en place une garde de 24 heures. Les internes sont de garde pour 24 heures sachant qu'en journée, il s'agit d'une référence de contact en première intention lorsque le praticien du service est dans une autre unité et que la nuit ils sont chargés de la prise en charge somatique. Le repos de sécurité est assuré.

Cependant, la pénurie médicale perturbe la continuité des soins (manque de praticiens, absentéisme lié à la Covid-19, etc.) et le remplacement à prévoir pour les gardes et permanences est fréquent. S'agissant de la pharmacie, sur sollicitation du cadre de santé de permanence, un pharmacien d'astreinte se déplace.

Le plateau médico-technique du CHA est accessible relativement facilement d'autant qu'il s'agit de l'établissement support du GHT auquel appartient le CHCC.

2.3.2 Le personnel non médical

a) Le recrutement

L'établissement organise le recrutement des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de manière permanente. Les IDE sont embauchés dans le cadre de contrats à durée déterminée de six mois avant une évaluation des compétences.

Les mobilités internes sont privilégiées avant les recrutements de professionnels extérieurs à l'établissement. Les postes sont publiés par le biais d'intranet.

b) Le personnel non médical au sein de l'établissement (intra et extrahospitalier)

Les fermetures de lits (cf. § 2.1), sans suppression de postes, ont permis de renforcer tant l'intra que l'extrahospitalier notamment par la création de l'équipe de prévention de l'isolement et de la contention (EPIC)¹⁵, d'un emploi de *Case manager*¹⁶ d'une équipe de deux agents pour les transferts en interne, l'hospitalisation à domicile (HAD), l'équipe mobile pour les personnes âgées ou encore la mise à disposition d'un IDE pour la médiation animale.

Le tableau des emplois des catégories professionnelles travaillant auprès des patients révèle que parmi les 778 membres du personnel non médical, on compte 335 (IDE) pour 319,4 ETP ; 19 ETP sont vacants. S'agissant des aides-soignants (AS), seul un poste n'est pas pourvu ; 96,9 ETP sont répartis dans les trois pôles. Les postes d'agents de service hospitalier (ASH) sont également pourvus régulièrement à hauteur de 70,65 ETP, aucun poste n'est vacant. Sur les 10 ETP prévus d'assistantes

¹⁵ L'équipe de prévention de l'isolement et de la contention est constituée de trois soignants, un cadre de santé et une secrétaire médicale.

¹⁶ Au sein des trois unités de moyens séjours, le case manager en lien avec les assistantes de service social assure la fluidification du parcours de sortie.

de service social (ASS), on compte 7,1 ETP ; il manque un ETP extrahospitalier à la suite d'un départ récent. Un poste est vacant au sein du personnel socioéducatif mais 77,9 ETP sont couverts, l'essentiel des professionnels étant positionné au pôle enfants-adolescents. Les 46 psychologues représentent 40,9 ETP (3,75 ETP ne sont pas pourvus majoritairement sur le pôle enfants et adolescents).

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'absence ou les effectifs réduits de certaines des catégories professionnelles (onze psychomotriciens, cinq ergothérapeutes, cinq orthophonistes, aucun kinésithérapeute) seraient le résultat de difficultés de recrutement et non pas de problématique budgétaire.

Les cadres supérieurs, au nombre de cinq (intra et extra), sont pour trois d'entre eux intégrés aux services tandis que deux assurent des missions transversales à la direction des soins et au service des ressources humaines.

Les vingt-deux cadres de santé sont répartis dans les services en intra et extrahospitalier : 2 postes sont vacants, l'un en intrahospitalier à l'unité d'admission Janet du pôle autisme, l'autre en extrahospitalier au pôle enfants-adolescents. Les trois cadres de santé de nuit sont placés sous la direction du cadre supérieur positionné à la direction des soins.

Quatre enseignants en éducation adaptée exercent leurs fonctions sur trois des pôles pour 3,8 ETP (pôle enfants, pôle TSA et pôle adultes).

Enfin, deux médiateurs de santé pairs exercent en extrahospitalier, un au CSAPA, l'autre au CREHAB (cf. § 8.4).

c) Le fonctionnement des équipes soignantes

Les postes d'IDE qui restent vacants sont essentiellement situés en intrahospitalier : 15 ETP sur les 19 vacants au sein de l'établissement. Le seul poste d'AS vacant est situé en intra au pôle accueil-addictions-autisme.

La prise en charge des patients est assurée par une équipe pluridisciplinaire, coordonnée par un cadre supérieur de santé (CSS) et un cadre de santé (CS), sous la responsabilité médicale du psychiatre référent de l'unité.

Les horaires de travail des IDE et des AS sont organisés de la manière suivante : le matin de 6h45 à 14h15, en journée de 9h à 17h, le soir de 13h30 à 21h et un soignant de 13h45 à 21h15 afin d'assurer les transmissions avec l'équipe de nuit qui intervient de 21h à 7h.

Les ASH travaillent de 6h45 à 14h15 ou de 12h30 à 20h.

Des maquettes organisationnelles ont été établies, qui fixent un effectif de fonctionnement de référence du personnel soignant, modulable selon les unités et le nombre de lits.

Les postes vacants sont essentiellement localisés dans les unités du pôle Accueil-Autisme (5 postes à l'unité Janet et 2 au Logis). S'y ajoutent deux postes vacants à l'EPIC, deux au pool de remplacement et trois à l'unité enfants et adolescents.

L'effectif de sécurité est fixé pour toutes les unités à trois soignants le matin, trois l'après-midi et deux la nuit y compris les week-ends ; les soignants de l'extrahospitalier sont sollicités si besoin.

L'établissement a fourni aux contrôleurs les plannings des IDE et AS. L'examen de ces plannings, notamment pendant des périodes de fêtes ou de vacances scolaires, révèle qu'aucune unité n'a fonctionné hors effectif de sécurité. L'effectif journalier, parfois enrichi d'un membre du pool de remplacement, varie entre 7 et 12 soignants par jour (matin, journée, après-midi). L'effectif de nuit est toujours de deux soignants correspondant à l'effectif minimum.

Un pool de remplacement prend en charge les absences de journée dès lors qu'elles ne peuvent être comblées par un membre de l'équipe ou du pôle (cf. *infra*). Aucun dispositif de remplacement n'est prévu la nuit mais trois AS supplémentaires ont été affectés à cette équipe ; une d'entre elles est présente en surplus dans une unité pour répondre à des absences inopinées. Le cadre de nuit arrive comme son équipe à 21h et rencontre le cadre de santé de permanence (permanence organisée tous les jours de 17h à 21h15).

2.3.3 L'absentéisme et les remplacements

a) L'absentéisme

Le taux d'absentéisme des soignants en 2019 s'établissait à 7,56 %. Il a atteint 9,55 % en 2021, en raison de la pandémie de la Covid-19. En 2022, le taux est resté stable en raison d'un absentéisme important au mois de février et mars 2022 du fait d'une recrudescence de la Covid-19.

Au 10 janvier 2023, il est constaté une forte tension sur les effectifs en raison d'un grand nombre d'arrêts maladie à la suite d'une nouvelle recrudescence de cas de Covid-19. Au 1^{er} février 2023, des professionnels de l'extrahospitalier ont dû être appelés pour pallier les absences dans les unités. La situation globale restait tendue du fait notamment d'un *cluster* toujours en cours dans une unité d'admission. Néanmoins, lors de la visite des contrôleurs, l'établissement ne connaissait plus de tensions particulières.

b) Le dispositif de remplacement

En cas d'absence inopinée, les cadres recherchent, en premier lieu, parmi les soignants de leur propre unité, celui qui serait disponible pour se substituer au professionnel absent de même catégorie. En cas d'insuccès, la recherche est adressée à l'ensemble des professionnels du pôle avant que la demande soit adressée au pool de remplacement. Aucun intérimaire n'est jamais sollicité.

Le pool de remplacement est dénommé « service infirmier de compensation et de suppléance » (SICS). Il permet de compenser les absences de courte ou de longue durée dans l'intrahospitalier. Il est composé de sept infirmiers, huit AS et deux ASH.

Ces soignants, affectés en surplus sur une unité, renforcent l'équipe lorsqu'il n'y a pas de remplacement à effectuer.

2.3.4 La formation

Le plan annuel de formation proposé s'inscrit dans le dispositif national de développement professionnel continu. Le plan consulté par les contrôleurs propose de nombreuses formations selon des thématiques variées grâce à un volume financier en hausse. 63 % du personnel a bénéficié de formations en 2022.

Un parcours d'adaptation à l'emploi a été rendu obligatoire pour les nouveaux arrivants IDE après un court temps dans les services. Trois modules sont prévus : psychopathologie, entretien infirmier et OMEGA^{®17}. Un suivi des jeunes professionnels est prévu, par le biais d'entretiens avec les cadres à dates fixes, mais il n'y a pas de véritable tutorat, l'établissement est en cours de réflexion sur cette question.

¹⁷ Formation sur la gestion de la violence.

Parmi les formations, certaines correspondent à des axes institutionnels définis par pôle ; par exemple l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) dont le niveau initial est traité à l'IFSI ou à l'IFAS et pour la filière TSA, une formation dispensée par un centre de ressources à Niort sur la connaissance de ces pathologies spécifiques. Cette formation a été suivie par 19 personnes en 2022 dont 12 appartenant aux unités TSA.

RECOMMANDATION 5

Tous les membres du personnel présents au sein des unités pour patients souffrant d'un trouble du spectre autistique doivent être spécifiquement formés pour leur prise en charge.

Dans d'autres pôles, des formations sont conseillées en cohérence avec la prise en charge des patients. L'analyse des pratiques, la régulation et la supervision ont été accessibles au personnel dans trois services en 2022 (unité de thérapie familiale, CSAPA, CMP judiciaire) mais dans les unités de l'intra, de nombreux professionnels ont regretté de ne pas en bénéficier.

RECOMMANDATION 6

Les équipes soignantes doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles animées par des intervenants extérieurs.

L'établissement favorise les études promotionnelles par la prise en charge financière de la formation de cadre de santé ainsi que du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée (IPA). Deux IDE sont en formation IPA, ils réintégreront le CHCC au mois de septembre 2023. Deux sont partis en formation en 2022 et deux débiteront cette formation en septembre 2023.

En 2022, 1 581 formations ont été dispensées à l'égal de celles offertes en 2020. Parmi celles-ci, la formation OMEGA® reste peu accessible : 25 professionnels toutes catégories confondues en ont bénéficié en 2022. Quatre sessions de 12 personnes sont prévues en 2023 (dont bénéficieront en priorité les nouveaux arrivants), toutefois, 80 soignants sont inscrits sur la liste d'attente. Les soignants ont décrit dans la majorité des unités une insuffisance de leur formation s'agissant des SSC, de leur cadre légal, et des procédures de notifications des décisions d'admission. Le thème des droits des patients est peu développé, seules les lois de 2011 et 2016 ont été intégrées à une formation concernant les droits des patients en général. Aucune formation n'est proposée concernant le recours à l'isolement et les mesures contentives en 2023.

RECOMMANDATION 7

Les formations permettant d'acquérir ou développer des connaissances nécessaires à la prise en charge des patients admis en soins sans consentement doivent revêtir un caractère obligatoire pour tous les soignants des unités les accueillant. Les formations portant sur le cadre légal des soins sans consentement ou sur la notification des décisions d'admission doivent concerner le personnel soignant comme le personnel administratif.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « des formations sur les isolements et contentions réalisées par l'EPIC sont programmées. »

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT GERES DE FAÇON REACTIVE

La direction qualité gestion des risques, en lien avec la direction des soins, gère les outils d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, dont les événements indésirables (EI), procède à l'analyse des données et sensibilise le personnel à une bonne remontée des incidents dans le but de travailler à l'obtention d'un haut niveau de qualité. Afin d'encourager à la déclaration des EI, et à ce que l'établissement appelle « le presque-accident », l'établissement s'est engagé sur une charte de confiance et précise que « l'analyse des déclarations n'a pas pour but de rechercher des responsabilités (...) sauf en cas de manquements délibérés ou répétés ».

La déclaration peut être effectuée par tout agent sur l'intranet de l'hôpital. Un retour d'information est fait à tout déclarant (pas de possibilité de déclaration anonyme). Le nombre d'EI est relativement stable, environ 600 par an (585 en 2020, 617 en 2022 et l'établissement a connu un pic en 2021 avec 733 EI). Néanmoins, les déclarations restent sous-évaluées ; en effet, les soignants banalisent certains incidents en indiquant que la violence « fait partie de la pathologie » et ne déclarent pas une agression qu'ils ne jugent « pas trop grave ».

La cellule d'analyse des événements indésirables se réunit mensuellement. Elle est animée par l'ingénieure chargée de la direction de la qualité, de la gestion des risques et de la coordination des filières de soins et se compose des cadres supérieurs de santé, des directeurs, d'un pharmacien et du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et du psychologue du travail et effectue une revue de tous les EI du mois passé.

En 2022, la typologie d'EI la plus importante concernait les agressions physiques 29 %, puis les matériels défectueux ou dangereux 9,4 %.

Chaque fois que l'établissement considère qu'il est face à un événement indésirable grave (EIG), il effectue une analyse approfondie des causes. En sus, cinq comités de retour d'expérience (CREX) relatifs à la psychiatrie adulte, la psychiatrie enfant/adolescent, l'accueil, le médicament et l'isolement et la contention se réunissent trois à quatre fois par an pour évoquer des sujets qui peuvent être du ressort des EI. Par exemple le CREX sur l'isolement et la contention s'est réuni autour du sujet du bouclier de contention. De plus, les EIG ainsi que les actions réalisées sont également présentés chaque trimestre en commission des usagers (cf. § 7.1.1). L'idée de l'établissement est de diffuser largement ses EI et ses EIG afin de développer la culture de la sécurité au sein de l'établissement.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST TRES DYNAMIQUE MAIS PEU SOLLICITE PAR LES UNITES DE SOINS

La réflexion éthique est très ancrée au sein de l'établissement et a commencé à se structurer sous la dénomination de groupe de réflexion éthique en 2008. En 2019, ce groupe a pris le nom de comité d'éthique (CE). Il s'agit d'un groupe ouvert qui accueille tous les professionnels qui souhaitent y participer. Certaines unités ont des référents éthiques, volontaires, peu importe leur corps d'appartenance.

Le CE peut être saisi par les professionnels de l'établissement, les patients, les accompagnants et les partenaires. Si les professionnels des unités indiquent connaître le CE, ils n'ont pas le réflexe de le saisir concernant les préoccupations éthiques. De plus, les soignants disent ne pas assister aux travaux ou manifestations du comité d'éthique qui sont souvent organisés en soirée. L'ensemble des comptes-rendus de travaux sont diffusés sur l'intranet de l'établissement.

En 2022, le comité d'éthique a travaillé les questions suivantes :

- « quand la crise psychotique nous échappe » (avec l'intervention des professeurs Roger Gil et Nemaat Jaafari) ;
- « le circuit d'orientation des patients et le mésusage de la psychiatrie » ;
- « réflexion sur l'identito-vigilance au sein de l'établissement » ;
- « le handicap psychique ».

Le CE a également proposé en 2022 un café éthique sur la thématique « l'environnement et la santé mentale » et un autre café éthique lui a été demandé par l'ADAPEI¹⁸ sur « la bientraitance et la bienveillance ».

Le CE de l'établissement travaille en lien avec d'autres partenaires comme le CE des établissements de santé de Confolens, de Civay (clinique de l'Oregon), de Ruffec et de La Rochefoucauld (CEESCORR), il participe aux semaines d'information sur la santé mentale (SISM) et se montre ouvert pour toutes les questions éthiques qui peuvent se poser dans l'établissement et leur prise en charge.

¹⁸ Association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET LES MODALITES D'ACCUEIL DANS LES UNITES SOUFFRENT DES CONSEQUENCES DE LA FERMETURE DES LITS

3.1.1 La prise en charge des urgences

a) L'antenne psychiatrique du CHA

L'unité de consultations médico-psychologiques (UCMP) dispose de locaux¹⁹ sans chambre d'isolement (CI) ni vestiaire, au sein du service des urgences du CHA. Les patients présentant une situation clinique complexe ou agités ont accès à un box réservé aux urgences, et peuvent être hospitalisés dans un lit de l'unité d'hospitalisation de courte durée, en cas de nécessité ou d'attente d'un transfert vers le CHCC.

Le projet de construction d'un service des urgences psychiatriques doté de lits sur le site du CHA est en cours d'élaboration, son délai de livraison, non déterminé, étant estimé à cinq ans. L'équipe a pu rencontrer les intervenants du projet pour évoquer leurs besoins concernant l'ergonomie architecturale.

L'UCMP accueille les patients tous les jours entre 8h30 et 20h30. Les médecins sont présents de 9h à 17h30 chaque jour en semaine, le médecin de garde étant joignable par téléphone à l'UAO le reste du temps. Les IDE assurent une présence quotidienne organisée en trois roulements²⁰ entre 8h30 et 20h30. Les observations des entretiens sont reportées de façon détaillée dans le logiciel du CHCC (*Crossway*®), et simplifiée dans celui du CHA (*Easily*®).

L'effectif²¹ de l'équipe lui permet de répondre à ses missions. Des difficultés ont été rapportées pour les prises en charge des patients complexes le week-end. La direction a été sollicitée par l'équipe pour obtenir le déplacement du psychiatre de garde à l'UAO vers les urgences, sujet resté sans réponse dans l'attente de son évocation en commission médicale d'établissement (CME).

Les patients proviennent de leur domicile ou de la rue, se présentent spontanément, sur orientation d'un médecin libéral ou d'une structure ambulatoire, ou parfois accompagnés des forces de l'ordre. Ils bénéficient systématiquement de l'examen clinique d'un urgentiste, et de la réalisation des examens complémentaires nécessaires. Des difficultés ont été rapportées concernant l'obtention d'un scanner encéphalique en urgence le week-end, lors du bilan de patients présentant un tableau clinique de première décompensation psychotique sans symptômes neurologiques. L'absence d'un psychiatre ayant examiné le patient sur place ne permet pas la discussion avec l'urgentiste, s'agissant de l'indication de la réalisation du scanner, discussion recommandée par la société française de médecine d'urgence (SFMU)²².

¹⁹ Les locaux se composent de trois bureaux d'entretien tous équipés d'un ordinateur, le troisième servant surtout de vestiaire, d'une grande salle de type « open space » équipée d'une grande table et de cinq ordinateurs, d'un secrétariat, et d'une salle d'attente avec un coin prévu pour les enfants.

²⁰ Une IDE est présente de 8h30 à 16h, une de 10h à 17h30, et une de 13h à 20h30.

²¹ L'effectif se compose de 0,8 ETP de psychiatre (pourvus par deux praticiens respectivement présents les lundi matin, mardi, mercredi matin, jeudi ; et mercredi après-midi, vendredi matin), de 0,8 ETP de médecin junior (présent du lundi au jeudi, en formation le vendredi), de 0,5 ETP d'interne (présent tous les matins sauf le jeudi), de 0,5 ETP de cadre de santé, de 6 ETP d'IDE (pourvus par six soignants), de 0,5 ETP de psychologue, et de 0,5 ETP de secrétaire.

²² SFMU, *Recommandations de bonne pratique clinique. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgence*, 2021, chapitre 3.2, p. 9.

RECOMMANDATION 8

La prise en charge dans le service des urgences du Centre hospitalier d'Angoulême d'un patient relevant de soins psychiatriques requiert une discussion systématique entre l'urgentiste et le psychiatre, afin de déterminer la liste des examens complémentaires nécessaires.

La prise en charge hospitalière en SL est toujours privilégiée. L'information concernant les modalités des SSC est donnée au patient si son état clinique permet sa compréhension. Le tiers est toujours recherché lorsqu'une procédure de soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) est mise en œuvre. La famille est systématiquement prévenue par téléphone ou mail et invitée à se déplacer vers le CHA dans ce cas et une temporisation est possible si le tiers contacté par mail n'est pas immédiatement disponible. Les tuteurs, associatifs comme institutionnels, le sont également. Les relations ont été décrites comme facilitantes avec les institutionnels mais « impossibles » avec les associatifs qui ne sont pas joignables, ne rappellent pas et ne se déplacent jamais. Le refus des familles de s'investir comme tiers, en cas de symptôme de persécution ou d'antécédent de prise en charge en SSC, a été rapporté.

L'équipe vérifie auprès des urgentistes que deux d'entre eux examinent distinctement le patient avant de rédiger les certificats, lors d'une procédure de soins à la demande d'un tiers (SDT). Toutefois, l'analyse des procédures a révélé des cas de certificats établis à la même heure ou à moins de cinq minutes d'intervalle, des motivations parfois sommaires ou très similaires entre les deux certificats, et un questionnement concernant l'effectivité d'une double évaluation dans la moitié des cas.

Le SAMU peut être sollicité pour signer le certificat initial, lorsqu'un patient faisant l'objet d'une procédure de SDT a été directement adressé à l'UAO.

RECOMMANDATION 9

Avant tout placement en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, le patient doit faire l'objet d'une double évaluation, de la part de deux psychiatres. Ces derniers rédigent ensuite chacun un certificat médical circonstancié s'ils estiment que la personne doit être placée en soins à la demande d'un tiers.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « *les SPDT doivent être signés par 2 médecins et non par 2 psychiatres.* »

Des difficultés de certification ont été rapportées lors des procédures de soins à la demande d'un tiers en cas de péril imminent (SDT PI), s'agissant de la rédaction du certificat par un praticien n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, en l'absence de médecin libéral ou de structure de type « SOS médecin » disponible dans le département. L'orientation du patient ambulatoire présentant un état de décompensation psychiatrique vers le service des urgences est alors obligatoire dans ce cas, celle directe vers le CHCC étant impossible, et s'en trouvant ainsi retardée.

Les patients faisant l'objet d'une procédure de SDRE ou de programmes de soins (PDS) sont accompagnés aux urgences par une équipe du CHCC qui reste à leurs côtés jusqu'au transfert vers le CHCC, en cas de nécessité de réalisation d'un examen et d'un bilan complémentaire dans le cadre d'un événement somatique ou toxique surajouté. Les procédures de SDRE sont très rarement initiées par l'équipe de l'UCMP.

Des difficultés d'acheminement ont également été rapportées s'agissant du transfert des patients la nuit du CHA vers le CHCC, en raison de l'insuffisante disponibilité des ambulances de garde²³. Les patients concernés sont contraints de rester la nuit dans l'UHCD du CHA.

L'équipe a signalé des difficultés régulières pour trouver une place d'accueil lors de l'orientation des patients vers le CHCC, depuis la fermeture des lits (cf. § 3.2).

RECOMMANDATION 10

L'admission dans l'établissement des patients pris en charge dans le service des urgences de l'hôpital d'Angoulême et faisant l'objet d'une procédure de soins sans consentement ne doit pas être retardée en raison d'une insuffisante disponibilité des ambulances de garde la nuit.

L'équipe peut solliciter des avis spécialisés, notamment celui d'un gériatologue ou d'un addictologue, via les urgentistes, en cas de besoin.

La contention est utilisée en dernier recours en cas d'agitation, après qu'une désescalade, un entretien, la proposition d'un traitement, voire d'un accompagnement pour fumer ont été mis en œuvre. L'indication de contention est exclusivement posée par les urgentistes, qui reportent une observation motivée dans le logiciel. L'équipe de l'UCMP est systématiquement sollicitée lors du retrait des contentions, lorsqu'elle est présente. Des situations de pose de contentions pour prévenir un risque de fugue ont été rapportées, contrairement aux dispositions légales²⁴ et aux recommandations de la SFMU²⁵. Aucun recueil spécifique ni registre des mesures de contention n'est tenu.

RECOMMANDATION 11

Les mesures de contention doivent rester de dernier recours et ne sauraient être employées pour prévenir un risque de fugue dans le service d'accueil des urgences d'un hôpital général. Leur traçabilité doit faire l'objet d'un recueil dans un registre spécifique.

L'équipe de l'UCMP s'est décrite comme bien repérée au sein du CHA, et entretenant des relations professionnelles confiantes avec celle du service des urgences.

b) L'unité d'accueil et d'orientation du CHCC

L'effectif²⁶ de l'équipe de l'UAO et ses locaux²⁷, très propres, répondent à l'exercice des missions de l'unité. Trois psychiatres assurent chacun leur tour une astreinte téléphonique entre 9h et 14h en semaine, l'ensemble des psychiatres une astreinte présenteielle entre 14h et 18h30, et le psychiatre

²³ Seules deux ambulances privées de garde sont disponibles pour le service des urgences, l'une pour les retours à domicile et l'autre pour les sorties SAMU.

²⁴ Art. L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

²⁵ SFMU, *Recommandations de bonne pratique clinique. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgence*, 2021, chapitre 8.4, p. 15.

²⁶ L'effectif de l'UAO se compose de 0,5 ETP de cadre de santé, de 10,8 ETP d'IDE de jour et 6 de nuit, de 0,1 ETP d'ASS, d'1,6 ETP de secrétaire, de 2 ETP d'ASH.

²⁷ Les locaux se composent d'un vaste hall d'entrée faisant également office de salle d'attente, d'un grand bureau IDE dont la baie vitrée donne sur le hall, de bureaux (quatre de consultations et un pour le CSS), de la chambre du psychiatre de garde, d'une salle de réunion, d'une salle à manger, de deux offices, de deux vestiaires, et de l'aile d'hospitalisation fermée.

de garde, qui dort sur place, un relais quotidien entre 18h30 et 9h. L'ASS intervient de façon très ponctuelle sur sollicitation de l'équipe et peut également recevoir des patients sur rendez-vous.

Des réunions de fonctionnement hebdomadaire et institutionnelles mensuelles sont tenues mais aucune concernant les situations des patients pris en charge.

L'UAO est ouverte tous les jours sans interruption mais ses missions sont actuellement limitées à une activité d'accueil et d'entretiens physiques ou téléphoniques (cf. § 2.1.1). Les IDE assurent le premier accueil du patient, contactent en cas de nécessité clinique le psychiatre, qui décide de la pertinence d'une consultation, et peut poser une indication d'hospitalisation. L'IDE doit alors trouver une place en unité d'admission²⁸ et organise le transfert du patient. Celui qui retourne à domicile à l'issue de l'évaluation à l'UAO est informé des coordonnées nécessaires à une éventuelle prise de rendez-vous pour un suivi ambulatoire. L'UAO assure également une prévention du risque suicidaire. Les patients concernés sont contactés par téléphone ou reçus pour une nouvelle évaluation huit jours après le premier accueil.

L'équipe de l'UAO a décrit les mêmes difficultés que l'UCMP depuis la fermeture des lits, notamment pour trouver une place dans l'établissement lors de l'hospitalisation d'un malade, qui peuvent impliquer la mutation d'un patient la nuit ou la mise en œuvre d'une sortie précoce (cf. § 2.2 et 3.2).

L'organisation de la certification est comparable à celle de l'UCMP et fait face aux mêmes difficultés (cf. § 3.1.1.a).

Le projet de la réouverture de cinq lits et de la CI, dans l'attente de la livraison de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques au CHA, a été évoqué mais implique le recrutement d'1,2 ETP de psychiatre pour la prise en charge des patients entre 9h et 18h30 (cf. § 2.1.1).

3.1.2 L'accueil dans les services

L'accueil des patients dans les unités d'admission (Janet incluse) et de moyen séjour, la visite des locaux et l'entretien initial sont effectués par les IDE, et par un trinôme référent de soignants à Odyssée. Le choix de la chambre est limité à celle disponible mais certaines équipes anticipent les écueils relationnels entre patients (Escape, Le logis), et adaptent le choix aux éventuels événements somatiques à surveiller (Escape). Les patients en situation de crise clinique sont parfois admis en CI. La commission de moyen séjour²⁹ remet à l'équipe d'accueil (Calypso, Escape, Odyssée) une synthèse de la prise en charge du patient accueilli et l'IDE de l'unité d'admission présente le projet du patient à l'unité de moyen séjour. Une réunion de synthèse entre les équipes et une visite de l'unité à la demande du patient, préalables au transfert, sont réalisées entre les unités Janet et Le logis.

La notification est réalisée oralement de façon non systématique, quand l'état clinique le permet, parfois le lendemain ou le surlendemain. L'accusé de réception du formulaire de notification, retourné au bureau de gestion des relations avec les usagers, n'est pas systématiquement signé par le patient et ce défaut n'est pas toujours clairement justifié par le soignant ayant fait la démarche. Les patients ne reçoivent pas la copie des certificats médicaux à l'origine de la demande de leur

²⁸ L'UAO reçoit un état des lits disponibles par mail à 14h chaque jour, et le cadre de permanence entre 17h et 21h15 renouvelle la vérification de cet état des lits.

²⁹ La commission de moyen séjour se compose du « case manager », des cadres de santé des trois unités concernées, des médecins et de l'assistante sociale.

admission en SSC, ni la communication du nom de l'éventuel tiers demandeur. Le livret d'accueil est remis.

RECOMMANDATION 12

Tout patient faisant l'objet d'une décision d'admission en soins sans consentement doit en recevoir notification contre signature, et se voir remettre la copie de cette décision et des certificats médicaux l'ayant motivée. Le patient doit être informé du nom de l'éventuel tiers demandeur.

Un inventaire contresigné des effets personnels est réalisé avec un soignant dans toutes les unités d'accueil, à l'exception de Henri Ey, et le patient ne s'en voit pas remettre la copie. Le numéraire est placé à la banque des usagers, ou gardé par le patient à Dali.

RECOMMANDATION 13

Un inventaire des effets du patient contradictoirement signé doit être systématiquement réalisé dans les unités d'admission et de moyen séjour.

Les mesures restrictives éventuellement appliquées lors de l'admission, notamment le retrait de certains objets personnels, le sont de façon individualisée et adaptée à l'état clinique. Les cigarettes sont parfois conservées par l'équipe pour prévenir les consommations inadaptées aux ressources et les emprunts abusifs.

Les patients sont rapidement reçus en entretien par le psychiatre, en présence d'un IDE, et les patients bénéficient d'un examen somatique dans les 24 heures de l'arrivée. Le psychiatre de l'UAO, ou celui de garde, peuvent être sollicités en cas d'admission en l'absence du psychiatre référent, qui évaluera le patient dans un deuxième temps. Un système de référent IDE, pas toujours bien repéré par les patients, est mis en œuvre dans toutes les unités.

Les certificats initiaux sont établis après un examen préalable dans toutes les unités d'admission, à l'exception de Janet, ils le sont par deux médecins distincts lorsque les dispositions légales l'exigent. Le repérage des patients bénéficiant d'une mesure de protection des biens ou le nécessitant est assuré.

3.2 DES SITUATIONS DE TENSION CAPACITAIRE PORTENT PREJUDICE A LA QUALITE DES SOINS

3.2.1 L'activité

La file active globale en psychiatrie adultes était de 12 177 patients en 2022 (11 895 en 2021), dont 1 088 patients en hospitalisation complète (1031 en 2021). La file active en psychiatrie enfants et adolescents était quant à elle de 2 318 patients en 2022 (2313 en 2021) dont 134 en hospitalisation complète (141 en 2021). Enfin la filière TED/TSA enregistrait une file active de 77 patients en 2022 (67 en 2021), tous en hospitalisation complète.

En 2022, les SL adultes représentaient 83 % des hospitalisations, soit 27 % de SSC ce qui est sensiblement identique à la moyenne nationale.

Parmi les 506 hospitalisations sans consentement réalisées en 2022 dans la filière de psychiatrie adultes :

- 94 mesures, soit 18,5 %, étaient prises à la demande du représentant de l'État (SDRE), dont 87 % émanant de maires ;
- 412 mesures, soit 81,5 %, étaient des admissions sur décision du directeur (SDDE). Parmi ces SDDE, 204 mesures avaient été prises en urgence (SDTU), soit 49,5 %, et 172 relevaient des soins psychiatriques pour péril imminent (SPI) soit 41,7 % ; 36 étaient prises selon la procédure classique de demande d'un tiers soit 8,7 % ;

On constate que la proportion des SPI, si elle reste élevée, a légèrement diminué entre 2022 (33 %) et 2021 (38 %). La durée moyenne de séjour en SSC était, en 2022, de 38 jours pour les unités adultes hors filière TSA, 23 jours dans les unités TSA et 45 jours pour la filière adolescents.

RECOMMANDATION 14

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.

3.2.2 La gestion de la suroccupation

Le taux d'occupation global de l'établissement était en 2022 de 84 % (74 % en 2021). Ce taux présente toutefois des disparités entre les filières et les unités. Il était ainsi de 85 % dans la filière de psychiatrie adulte et de 90 % dans l'unité d'admission Dali. Au sein de la filière TED/TSA le taux d'occupation était de 88 % alors que la filière du pôle santé mentale des adolescents présentait un taux de 52 %.

Le personnel de l'UAO oriente le patient vers une unité d'hospitalisation de l'établissement si son état le nécessite. Le bureau des entrées tient un tableau d'occupation des lits qui est envoyé chaque jour à l'administrateur de garde et dans toutes les unités. En cas de nécessité d'hospitaliser un patient et d'absence de place en unité d'admissions, il peut être demandé à l'une de ces unités de transférer un patient vers une unité de moyen séjour, parfois pour plusieurs semaines. Ces situations de tension capacitaire ont pu entraîner en 2022 des transferts de patients en soirée, de manière épisodique. Un événement indésirable rapporte aussi l'hospitalisation d'un patient en chambre d'isolement laissée ouverte faute de disponibilité en chambre hôtelière. S'il est tenu compte de l'état clinique des patients transférés, ces transferts déstabilisent les services de moyen séjour, nuisent à une prise en charge adaptée des patients et portent atteinte à leur dignité.

Cette situation de tension résulte notamment de la fermeture des lits de crise de l'UAO (cf. § 3.1.1. b).

3.3 LES SUPPORTS D'INFORMATION SONT A JOUR MAIS LA TRAÇABILITE DES NOTIFICATIONS DES DECISIONS INSUFFISANTE

Le règlement intérieur de l'établissement est très complet. Un livret d'accueil, commun à tous les services, est à disposition dans la chambre du patient lors de son admission en unité. On y retrouve les différents statuts du patient en SSC, avec les recours possibles, ainsi que les droits sur les données personnelles. Il n'est pas systématiquement lu par les patients, comme en témoignent des exemplaires non ouverts en chambre. Il est actualisé tous les 15 jours et imprimé par l'établissement. Les règles de vie spécifiques à chaque unité figurent dans un document simplifié, à jour (sauf dans l'unité Dali). Elles sont expliquées par les soignants, mais rarement le premier jour, au motif que la somme d'informations est trop importante au moment de l'admission.

L'établissement dispose d'une possibilité de recours à un interprétariat par téléphone pour les patients non francophones.

BONNE PRATIQUE 1

La mise à disposition d'un service d'interprétariat par téléphone permet aux patients non francophones de mieux comprendre leurs droits.

Dans les unités TSA, les règles de vie sont présentées sous formes de pictogrammes, ce qui favorise leur compréhension par les patients.

Les affichages dans les unités sont satisfaisants.

Dans le cadre des soins contraints, les convocations et les décisions du JLD, envoyées par le bureau des entrées à l'unité, sont remis aux patients par les IDE. La traçabilité des notifications figure dans le logiciel du bureau des entrées, mais la procédure de collecte des accusés de réception des notifications manque de rigueur. Certains de ceux retournés sont incomplets ou insatisfaisants (absence de signature ou de double signature certifiant l'impossibilité pour le patient de se voir immédiatement notifier les décisions, à raison de l'état clinique ; mentions sommaires par exemple « ne peut signer »). Surtout, le système actuel d'enregistrement ne permet pas de savoir si et quand la notification a pu être effectuée, en cas d'impossibilité de le faire immédiatement. Une formalisation de l'accusé-réception devrait contribuer à une pratique plus transparente et plus systématiquement adaptée. Si son état clinique le lui permet, il signe la notification de la remise du document. La mesure de soins sans consentement lui est notifiée par le médecin mais le reste de la procédure est expliquée par les IDE qui n'ont jamais été spécifiquement formés pour ce faire. Les soignants indiquent « *s'être débrouillés* » en apprenant « *sur le tas* ». Si des formations sur les droits fondamentaux des patients existent (cf. § 2.3.4) leur accès par les soignants nouvellement arrivés peut s'avérer long (cf. § 2.3.4).

Le patient peut demander par écrit au directeur d'établissement de consulter son dossier médical, le médecin sera sollicité afin de lui fournir des explications. Les photocopies sont payantes.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 L'ETAT DES UNITES D'HEBERGEMENT EST HETEROGENE

L'accueil et la prise en charge des patients se répartissent entre dix unités. Les caractéristiques architecturales (bâtiment ancien, voire historique, bâtiment rénové ou construction neuve) et le niveau d'équipement hétéroclites induisent un hébergement très différencié pour les patients accueillis. L'unité Mikado se situe en dehors de l'enceinte principale du CHCC.

4.1.1 Les caractéristiques des unités

a) Les unités d'admission

Le programme immobilier des cinq dernières années a privilégié les unités d'admission que sont Dali, Henry Ey, et Moreau de Tours. Au début de l'année 2022, elles étaient installées dans un bâtiment entièrement rénové (bâtiment D), en trois parties distinctes mais proches, permettant de faciliter la prise en charge. L'autorisation d'ouverture a été donnée le 15 décembre 2021 par la sous-commission de sécurité.

En avril 2022³⁰, un incendie est survenu de nuit dans l'unité Moreau de Tours, nécessitant l'évacuation totale des patients et leur réorientation vers l'unité disponible dans le bâtiment central (bâtiment A2). Ces nouvelles conditions sont sans impact notable sur la qualité de vie des patients ; en revanche, cette opération a retardé la mise en œuvre du schéma immobilier (cf. ci-dessous).

Ces trois unités comportent 55 chambres et 67 lits³¹. Elles sont donc majoritairement constituées de chambres individuelles vastes, bien éclairées et bien équipées. Elles sont systématiquement dotées de sanitaires individuels complets (lavabo, WC, douche) accessibles en permanence aux patients.



Entrée de l'unité Henry Ey

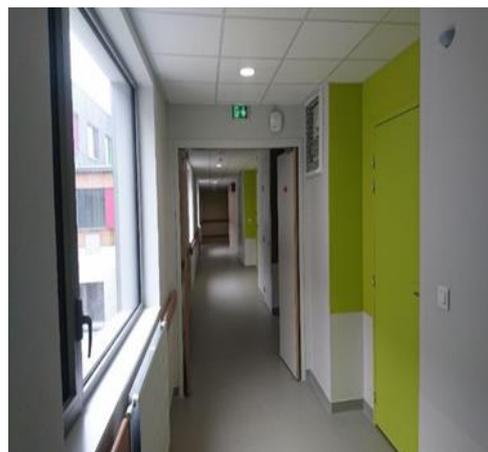
Les parties communes sont accueillantes et leur ergonomie répond aux besoins des patients. Les locaux sont en rez de chaussée ou accessibles par ascenseur.

³⁰ Incendie du 22/04/2022 à 4h10 du matin – Analyse des causes approfondies (ACA) établie le 24/05/2022.

³¹ Hors chambre d'isolement et chambre d'apaisement.



La tisanerie de l'unité Dali



Le couloir des chambres à Henry Ey

b) Les unités de moyen et long séjours

Depuis l'année 2021, trois unités constituent la filière des moyens et longs séjours. L'unité Calypso n'appelle pas d'observation particulière. Il s'agit d'une unité neuve, implantée de plain-pied, dans laquelle séjournent dix-neuf patients, exclusivement en chambre individuelle. L'unité comporte une chambre d'isolement, souvent utilisée pour des patients extérieurs à l'unité. C'est la seule unité fermée de la filière.

L'unité Odyssee est installée à l'étage du bâtiment central, dit « historique ». Elle se compose de douze chambres dont sept doubles qui sont le plus souvent utilisées car elles sont équipées de sanitaires complets. Il subsiste des sanitaires collectifs (cf. § 4.2).



Hall unité Calypso



Chambre de l'unité Calypso

En revanche, l'unité Escape suscite plusieurs interrogations. Son emplacement initial à l'extrémité Nord de l'enceinte, en bordure d'une route extérieure, était justifié initialement par son statut de préparation immédiate à la sortie. Actuellement, pour différentes raisons, les patients sont plutôt hébergés au long cours, parfois pendant plusieurs années ; de fait, cet emplacement exposé est plutôt un inconvénient et pose des problèmes de sécurité et de restrictions pour les patients.

Sans être insalubre, l'unité est dans un état d'entretien moyen. L'établissement explique ne pas être propriétaire des locaux qui sont régis par un bail emphytéotique. De plus, s'agissant d'une unité de deux étages sans ascenseur et sans escalier de secours extérieur (alors que les portes fenêtres sont fermées à clef³²), la question du respect des normes d'accessibilité et de protection contre l'incendie se pose, en dépit d'une chambre adaptée en rez-de-chaussée. Le dernier rapport de la sous-commission de sécurité du 2 mai 2019 n'a pas été transmis aux contrôleurs.



Salle de bains individuelle



Couloir du premier étage

RECOMMANDATION 15

Les personnes à mobilité réduite doivent bénéficier de conditions d'accueil dignes, adaptées à leur handicap et permettant un accès aux soins équivalent à celui de tout patient.

c) Les unités de la filière TED/TSA

La filière TED/TSA³³ est répartie entre trois unités qui se situent toutes dans des locaux anciens, soit isolés pour l'unité Le logis, soit au rez-de-chaussée du bâtiment central pour les deux autres unités (Sésame et Janet).

L'unité Le logis a plus particulièrement retenu l'attention des contrôleurs. Toutes les chambres se situent en étage, l'accès aux chambres nécessitant soit le recours à l'ascenseur plusieurs fois par jour, soit l'ouverture par des soignants d'un escalier fermé, pour les patients les plus valides. Par ailleurs, les installations sanitaires en étage sont inexistantes dans les chambres et limitées à une installation par aile (douche, WC et lavabo). Des chaises percées ont été trouvées dans la quasi-totalité des chambres qui sont toutes individuelles.

Il n'existe pas à l'étage de local pour les soignants, qui effectuent leur garde sur le palier.

Le déménagement de cette unité était prévu en 2022 dans le bâtiment central. Les locaux prévus ayant été réquisitionnés pour l'unité Moreau de Tours, l'opération a été reportée.

³² Par prévention du risque suicidaire néanmoins, il y a une possibilité d'écarteur.

³³ 25 patients actuellement.

RECOMMANDATION 16

Des travaux urgents permettant un accueil digne des patients dans les unités de la filière relative au trouble du spectre autistique doivent être mis en œuvre.

Toutefois, à l'exception de ces quelques points névralgiques, l'attention portée à la préservation de l'intimité et de l'autonomie des patients a été notée plutôt favorablement dans les différentes unités visitées, que ce soit dans les conceptions récentes ou les réhabilitations effectuées.

Les oculi des portes les plus anciennes ont été systématiquement opacifiés et la quasi-totalité des patients, sauf situation de crise clinique, disposent de verrous de confort, pour leur chambre et leurs sanitaires. A l'exception de quelques unités, les lits des chambres doubles sont séparés par des claustras. Les fenêtres offrent toutes la possibilité d'aérer la chambre et d'avoir une vue sur l'extérieur, avec des dispositifs parfois inventifs et colorés.

La possibilité de garder des biens et de les mettre en sécurité dans des placards fermés est la règle générale, sauf à être parfois déclinée par le patient.

L'accès à un espace extérieur est garanti dans toutes les unités, y compris tard dans la soirée pour fumer, le cas échéant dans des espaces dédiés.



Chaise percée de l'unité Le logis



Chambre double de l'unité Odysée

En revanche, les unités les plus anciennes ne sont pas dotées de boutons d'appel dans les chambres. Par ailleurs, bien qu'il existe un budget annuel pour le renouvellement des équipements non médicaux des hébergements, les lits et plus globalement le mobilier des chambres sont très disparates. Certains lits sont fixes, d'autres sur roulettes, certains avec possibilité de barrières, d'autres sans. La présence d'une table-bureau n'est pas systématique. Elle semble parfois relever de la demande du patient.

RECOMMANDATION 17

Toutes les chambres doivent être dotées d'une possibilité d'appeler un soignant et le mobilier doit être uniformisé, le cas échéant complété, et faire l'objet d'un remplacement en cas de vétusté.

4.1.2 La maintenance et la sécurisation du site

L'entretien courant des installations dans les bâtiments est assuré en régie par le service technique, assisté par quelques sous-traitants, en particulier pour l'entretien des chaufferies et des ventilations. L'établissement assure aussi l'entretien du parc.

Les unités saisissent leur demande d'intervention via une interface sur l'intranet. Chaque année, le budget dédié à la maintenance courante représente approximativement 1,5 millions d'euros. Les unités ont été trouvées dans un état satisfaisant d'entretien, mais dans les unités les plus anciennes, des difficultés subsistent pour la production d'eau chaude, voire le chauffage. De plus, dans ces unités, aucun dispositif de climatisation ne vient réguler les fortes chaleurs.

Actuellement, la sécurisation du site s'exerce à minima. Elle passe par l'équipe de sécurité présente à l'entrée de l'enceinte, de jour comme de nuit, et qui assure à la fois l'accueil, physique et téléphonique, la surveillance de l'établissement et la sécurité incendie.

Cette surveillance s'exerce sans aucun recours à la vidéoprotection. Les huit caméras positionnées à divers endroits ne fonctionnent plus. À la suite d'un audit de sécurité de l'établissement établi par les services de la police nationale, il est envisagé un projet d'implantation de 29 caméras en extérieur, pour surveiller le périmètre immédiat des unités de soins. Les délais de conservation des images sont ceux prévus par la réglementation.

Selon les propos tenus, un tel projet pourrait concourir à ouvrir plus largement les unités, du moins sur certaines tranches horaires. Il est important qu'une démarche éthique accompagne cette implantation afin de préserver la liberté d'aller et venir dont jouissent assez largement les patients et leur famille.

RECOMMANDATION 18

Le nouveau projet d'implantation de la vidéoprotection dans l'enceinte de l'établissement doit faire l'objet d'une charte d'utilisation précisant ses finalités et la plus-value dans la prise en charge des patients.

L'équipe responsable de la sécurité incendie opère la vérification et la relève des alarmes éventuelles, assure la formation permanente des soignants sur le maniement des dispositifs, ainsi que la préparation des visites de la commission de sécurité. Elle gère également le standard de l'établissement. L'analyse du RETEX de l'incendie survenu en avril dernier sur l'unité Moreau de Tours indique que le sinistre a été géré avec réactivité et professionnalisme, permettant en particulier d'éviter toute victime, chez les patients comme chez les soignants.

Cette équipe a connaissance en temps réel des patients placés en chambre d'isolement (CI), par l'EPIC ou par l'unité, mais pas des isolements réalisés en chambre hôtelière.

4.1.3 La création d'une chambre d'apaisement par unité

Les travaux qui peuvent être réalisés par le service technique, en conception comme en réalisation, le sont chaque année selon un programme annuel arrêté en fonction des besoins exprimés. Pour l'année 2023, la priorité sera donnée à la rénovation, ou à la création, pour chaque unité d'une chambre d'apaisement. Un cahier des charges préétabli garantira leur uniformité et la sécurité du patient. Actuellement, deux unités n'en sont pas dotées.



Chambre d'apaisement de l'unité Odysée

4.1.4 Le nettoyage des locaux

Quelles que soient les unités, neuves, rénovées, ou plus anciennes, les locaux sont très propres, qu'il s'agisse des hébergements des patients ou des parties communes.

L'entretien est effectué par les ASH, à raison d'un effectif de quatre à cinq par unité. Elles assurent les missions de nettoyage de l'unité (hors changement des linges), ainsi que la remise en température des repas. Elles participent au service des repas. Leur fiche de poste est élaborée par la direction des soins et leur action est supervisée par le cadre de santé.



Les couloirs de l'unité Sésame (située dans la partie ancienne des bâtiments)

4.1.5 L'entretien du linge

Le linge hôtelier (serviettes, tapis de bain, gants de toilette, bavoirs) est fourni aux patients qui en sont dépourvus. Les draps sont changés aussi souvent que nécessaire par les aides-soignantes.

Le remplacement du linge hôtelier est assuré tous les jours ouvrés, en distinguant ramassage du linge sale et distribution du linge propre pour respecter les normes d'hygiène hospitalière. Pour le lavage de leurs effets personnels, les patients ont plusieurs possibilités. Chaque unité dispose d'une laverie avec lave-linge et sèche-linge. Les patients sont plus ou moins aidés dans la démarche, en fonction de leur état clinique ou de la vocation de l'unité. Au sein d'Escape, les patients lavent leur linge sous la surveillance des ASH, pour favoriser le retour à l'autonomie.

La possibilité est également donnée, pour les effets personnels non fragiles, d'un lavage par l'établissement, avec un retour sous 48 à 72 heures.

À la suite des modernisations évoquées dans le paragraphe ci-dessus, une minorité de patients disposent désormais de l'accès à un sanitaire individuel (ou adapté en chambre double) comportant WC, douche et lavabo, le plus souvent doté d'un verrou de confort³⁴. Les sanitaires collectifs résiduels constatés par les contrôleurs, essentiellement dans les locaux de la filière TED/TSA, sont en général accessibles sans restriction particulière, sauf danger pour les patients. Ils ont été trouvés en bon état d'entretien et de propreté, mais ne sont pas adaptés aux patients très déficients nécessitant une aide à la toilette (cf. unité Le logis).

RECOMMANDATION 19

Un plan d'actions doit prévoir à court terme de doter chaque chambre de sanitaires individuels directement accessibles et respectueux de l'intimité des patients

Tous les produits nécessaires à la toilette (savon, dentifrice, gel douche, etc.) sont mis à la disposition des patients si cela est demandé, essentiellement au stade de l'admission. Chaque unité dispose pour ce faire de stocks tampons. Le CHCC fournit également gratuitement tous les consommables pour les patients qui le nécessitent : protections jetables, parapharmacie liée aux appareillages en particulier. La cafétéria vend quelques produits d'hygiène de première nécessité.

Il n'existe pas de salon de coiffure au sein de l'établissement. Les patients en SL se rendent à l'extérieur ; pour les prestations au sein de l'unité, des coiffeurs « à domicile » interviennent à la demande, la prestation étant payée par le patient ou par son tuteur.



Douche collective à l'unité Sésame



Produits d'hygiène à l'unité Henry Ey

³⁴ 95 chambres sur 140 en incluant les chambres de l'unité Mikado ne comportant aucun sanitaire individuel.

Le CHCC a totalement proscrit le port du pyjama et s'est doté des stocks importants de vêtements sauf déficit ponctuellement constaté (dotations neuves ou vêtements issus de dons des soins essentiellement) disponibles à la lingerie (sous-vêtements, linges de nuit, anoraks, sweat-shirts, jeans, etc.). Une procédure de mise à disposition est en place pour les admissions hors jours ouvrés. Pour les patients hospitalisés en SSC, il existe des « permissions de sortie vestiaires », dédiées à l'achat de vêtements, le plus souvent accompagnées.

En cas de surplus dans les stocks, ou pour aider les patients qui ont peu de ressources, une distribution gratuite est organisée deux fois par an, à l'occasion d'une manifestation festive.

Un atelier de couture situé au sein de la lingerie (dédié au marquage du linge) peut par ailleurs effectuer gratuitement les retouches qui s'avèrent nécessaires.

BONNE PRATIQUE 2

Le CHCC organise deux fois par an, au sein de la cafeteria « les Arcades », une braderie où les patients peuvent choisir des vêtements, sans contrepartie financière.

Un atelier de couture au sein de la lingerie peut effectuer gratuitement les retouches qui s'avèrent nécessaires.

4.1.6 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Le CLIN se réunit plusieurs fois par an, pour définir et contrôler le plan d'actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales. Le relais entre les décisions de cette instance et la pratique des unités incombe à un infirmier hygiéniste qui, par ailleurs, a vocation à animer de façon transversale et fonctionnelle le travail des ASH.

Ce poste est vacant depuis deux ans et la direction n'a pas désigné de cadre de santé responsable de la mission transversale d'encadrement des ASH, afin d'uniformiser les pratiques dans les unités. Or, selon les propos recueillis, l'encadrement craint un certain relâchement de la vigilance sur la prévention dans le cadre d'un effet « post-Covid » comme en témoigne par exemple la baisse du recours à certains produits tels que les gels hydroalcooliques. De plus, certaines ASH regrettent l'absence de ce référent, pour aider à la formation, répondre à certaines interrogations ou aider à faire progresser les pratiques professionnelles.

La direction a procédé à la désignation de « correspondants hygiène »³⁵ au sein de chaque unité, intra et extrahospitalière. Toutefois, à défaut d'une animation de la filière, ces désignations bien que clairement identifiées, risquent d'être sans effet notable.

RECOMMANDATION 20

Le poste d'infirmier hygiéniste dont dispose le CHCC doit être pourvu à nouveau, pour s'assurer de la déclinaison des protocoles d'hygiène sur les différentes unités et uniformiser les pratiques.

³⁵ Décision n°2023 – 033 du 25 janvier 2023.

4.2 LA GESTION DES BIENS DU PATIENT EST ADAPTEE ET, DANS L'ENSEMBLE, SECURISEE

A l'arrivée dans une unité, un inventaire des effets du patient est établi et signé de façon contradictoire par le soignant et le patient. A chaque ajout de vêtements ou d'équipements, un nouveau visa est requis. Si le patient est absent ou ne peut signer, c'est un second soignant qui paraphe l'inventaire. Suivant l'état du patient, certains équipements sont retirés ou, au contraire, laissés à sa disposition (briquets, rasoirs ou chargeurs de téléphone).

Les patients disposent, dans leur chambre, d'une armoire fermant à clé, dans laquelle ils peuvent déposer quelques euros, sous leur responsabilité. Dans l'unité Escape, ils peuvent conserver une somme allant jusqu'à 30 € dans une boîte individuelle entreposée dans le bureau des soignants, mais les retraits et dépôts ne font pas l'objet d'inventaire contradictoire. Pour les unités TSA, les espèces sont déposées à la banque des patients.

RECOMMANDATION 21

Dans les unités qui assurent la garde des valeurs des patients, les dépôts et retraits doivent faire l'objet d'un inventaire contradictoire signé à chaque opération.

Trois régies gèrent les biens des patients :

- la régie des comptes de patients, alimentée par les dépôts effectués à l'aide de valisettes et via un formulaire en trois feuillets, qu'il faut remplir à chaque retrait ou dépôt. Au-delà de 30 jours, les espèces sont transmises à la Trésorerie, et répertoriées au nom du patient ;
- la régie « bar », alimentant un compte spécifique du dépôt de fonds au Trésor public au nom de chaque patient, et permettant d'abonder une carte interne nominative utilisée pour effectuer des achats à la cafétéria des patients. Pour les patients sous tutelle, le tuteur peut effectuer un virement sur ce compte. Les agents de la régie créditent ainsi la carte interne ;

BONNE PRATIQUE 3

L'utilisation de la carte bancaire interne permet aux patients de rester acteurs de la gestion de leur compte tout en évitant les risques de perte ou de vol d'espèces.

- la régie « fonds de dépannage », qui peut procéder à des dons en espèces (jusqu'à 100 €), pour acheter par exemple un titre de transport au patient à l'occasion de sorties. Elle accorde également des prêts sans intérêt jusqu'à 1 500 € (ou des prêts non remboursables au maximum de 300 €), validés par une commission.

Les patients TSA sont généralement accompagnés pour se rendre au bar.

Les assistantes sociales reçoivent les patients sur demande et signalent les personnes qui auraient besoin d'une protection juridique.

Les tuteurs institutionnels des personnes protégées leur rendent rarement visite sur site, les seuls contacts avec les soignants s'effectuant par téléphone ou, plus rarement, par courriels. Ils créditent les comptes des patients au sein de la régie bar ou auprès des fournisseurs (buralistes ou magasins). Ils sont informés du projet de sortie par courriel.

4.3 LA RESTAURATION EST QUALIFIEE DE SATISFAISANTE PAR LES PATIENTS

Dans l'ensemble, les quantités de nourriture sont suffisantes, et les patients interrogés se sont déclarés satisfaits de la qualité. La prise de repas en collectif est la règle, celle en chambre se faisant

à l'initiative des soignants. D'une manière générale, les patients ne sont pas autorisés à consommer de la nourriture personnelle en chambre (dans le but d'éviter les fausses routes ou les absorptions massives d'aliments en particulier chez les patients TED-TSA). Le choix des places à table est libre, sauf si l'état clinique d'un patient nécessite son isolement dans la salle de restauration. Le petit-déjeuner a lieu entre 8h et 9h30, puis les autres repas ont lieu à 12h, 16h, et 19h. Les patients ont la possibilité de prendre une tisane jusqu'à 23h.

La commission des menus se réunit régulièrement et élabore un plan pour huit semaines. Les deux diététiciennes de l'établissement y participent. Les repas sont préparés 1,5 jour à l'avance et livrés dans les unités en milieu d'après-midi. Ils sont stockés dans les réfrigérateurs des unités et réchauffés au moment du service, par les ASH. Un seul menu est proposé, hormis ceux correspondant à une pathologie ou nécessitant d'être mixés. A ce propos, une adaptation des menus mixés pourrait permettre aux patients de bénéficier de certains desserts identiques à ceux du régime normal, plus appétissants.

Les soignants sont présents au moment des repas et aident les patients si besoin, en particulier chez les patients TSA.

Chaque unité dispose d'un référent nutrition, qui participe aux réunions mensuelles du comité de liaison alimentation, et fait remonter ainsi les observations des usagers.

Chaque mois, un repas à thème est proposé. La pratique des repas thérapeutiques a cependant été interrompue depuis la crise sanitaire et de la fermeture du bâtiment Esquirol, où se trouvait la cuisine commune pour les repas thérapeutiques. Au moment de la visite, certains patients pouvaient se rendre au restaurant de l'établissement, afin de prendre leur repas parmi les personnels du CHCC.

Régulièrement, des ateliers de préparation de repas festifs (salades de fruits, crêpes ou gaufres) sont organisés dans certaines unités.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE

Sur les trois unités d'admissions, seule l'unité Henri Ey est ouverte. Deux unités de moyen séjour sur les trois sont ouvertes. Les trois unités pour les patients TED/TSA, qui accueillent majoritairement des patients en SL, sont fermées.

Les patients en SL dans les unités ouvertes peuvent sortir librement de l'unité pour se rendre à la cafétéria ou à la maison des usagers et dans le parc du centre hospitalier. Néanmoins, la porte d'entrée de l'unité Odyssée est fermée pendant l'heure du petit-déjeuner (8h-9h15) et du dîner (18h45-19h45). Pour la nuit, la porte d'accès est fermée à 20h30.

En revanche, ces mêmes patients, à l'exception de ceux hospitalisés à l'unité Escape, sont contraints de solliciter une permission ou autorisation de sortie pour se rendre à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital. Il n'y a pas de formulaire-type à remplir, c'est un accord médical qui est sollicité. En pratique, l'équipe soignante transmet la demande du patient au psychiatre pour accord après vérification de l'absence de contre-indication. Dans l'unité de réhabilitation Escape la porte d'accès à l'unité est presque toujours fermée pour protéger les patients d'une intrusion extérieure étant donné la proximité de la route, selon l'explication donnée aux contrôleurs. En revanche, tous les patients sortent de l'unité, y compris ceux admis en SSC, dès lors que ces sorties relèvent du projet de soins et sont inscrites sur le planning. Les permissions restent soumises à l'autorisation préalable du psychiatre mais peuvent être planifiée au mois, voire plus.

Les patients en SL de l'unité fermée de moyen séjour Calypso disposent de créneaux de sortie, gérés à partir d'un tableau installé dans la salle des soignants en fonction des autorisations médicales. Pour les patients en SSC, c'est le régime de permissions de sortie qui s'applique mais qui permet aujourd'hui à un patient en SDRE, en attente de place dans une famille gouvernante, de sortir seul à l'extérieur de l'hôpital. Ils doivent néanmoins demander, comme tous les patients en SL des unités fermées, l'ouverture de la porte de l'unité pour sortir.

Pour les patients en SSC de l'unité Moreau de Tours, une autorisation de sortie est sollicitée auprès de la préfecture pour leur permettre de sortir dans le parc de l'établissement, de se rendre à la cafétéria ou à la banque des patients.

A l'exception de l'unité Henri Ey qui se situe à l'étage, et nécessite un badge donc un accompagnement pour accéder à l'ascenseur, toutes les unités disposent d'un patio voire d'un jardin où aller fumer, et dont l'accès est permanent. Néanmoins, les patients en SL des unités fermées doivent demander qu'on leur ouvre la porte d'accès de ces patios. A l'unité Le logis qui accueille des patients atteints de TSA, l'accès au jardin de l'unité ne se fait qu'en présence de soignants.

RECOMMANDATION 22

La liberté d'aller et venir des patients en soins libres doit être garantie. Les patients en soins sans consentement ne doivent pas être soumis à un régime d'autorisation pour se rendre dans un lieu interne à l'établissement.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU NOMBREUSES

5.2.1 Le rythme de vie

A l'exception de l'unité Escape où le rythme de la journée est fixé de manière rigide, les horaires des autres unités sont souples : lever entre 8h et 9h voire 9h30 pour l'unité Sésame, ou 10h pour l'unité Janet, et en « tenue adaptée » est-il précisé pour Sésame. Le coucher est au plus tard fixé à 23h mais en général les patients vont se coucher vers 20h, après le dîner. Pendant la journée, et sauf pendant les heures de ménage, les patients ont librement accès à leur chambre. L'unité Escape fait exception et, selon les règles de fonctionnement affichées, les portes d'accès aux chambres sont fermées à la demande du patient de 8h45 à 13h et de 15h à 20h pour éviter les vols. Des périodes d'hypostimulation ou sieste en chambre sont organisées dans certaines unités, le matin et l'après-midi. L'accès aux patio-jardins est possible toute la journée.

5.2.2 L'accès au tabac

L'accès au tabac est libre sauf si un protocole médical d'arrêt du tabac était déjà établi avant l'hospitalisation. Il peut néanmoins être contingenté pour des raisons médicales ou financières et, dans ce cas, les cigarettes sont distribuées par les soignants. Dans certaines unités, les patients peuvent conserver leur briquet dans la journée et dans celles qui ne disposent pas d'allume-cigarettes électronique dans le patio-jardin, les patients doivent demander du feu aux soignants.

5.2.3 Le port du pyjama

Le port du pyjama n'est imposé qu'en chambre d'isolement. Aucun patient ne circule dans le CHCC en pyjama.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FLUIDES, MAIS FONT PEU APPEL AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES

5.3.1 La correspondance et le téléphone

Le volume de la correspondance écrite est en nette diminution mais la confidentialité liée au traitement du courrier est respectée. Les colis et courriers recommandés sont remis directement et contre signature au patient par la vaguemestre qui consigne l'opération sur un registre. Pour les patients majeurs protégés, les courriers administratifs sont remis aux tuteurs, mais pas les correspondances privées.

Il n'existe pas de boîte de collecte de la Poste sur le site, comme cela a pu être constaté dans d'autres établissements de même configuration. Les patients ont la possibilité de déposer directement au service leurs envois ; plus couramment, il est remis aux soignants qui l'acheminent avec le courrier de l'unité sans aucun contrôle particulier. La gratuité du courrier prévue par les textes est appliquée³⁶ mais pas mentionnée dans le livret d'accueil ; pour les autres courriers, si le patient n'a pas de timbre, l'envoi sera pris en charge par l'hôpital. Des enveloppes et des timbres sont également en vente au sein de la cafétéria.

Le courrier est relevé par les services de la Poste du lundi au vendredi, vers 16h00.

La quasi-totalité des patients bénéficient du maintien de leur téléphone portable sans restriction particulière ou peuvent téléphoner à partir des cabines de l'unité. Les exceptions au maintien du

³⁶ Autorités judiciaires, Défenseur des droits, Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

téléphone portable ou smartphone concernant les admissions en crise aiguë, les patients de la filière TED/TSA qui ne peuvent communiquer seuls en raison de la pathologie, et la survenue d'incident majeur, tel que l'utilisation du téléphone pour des faits de harcèlement d'une personne extérieure au CHCC. Elles sont régulées et gérées par décision du corps médical.

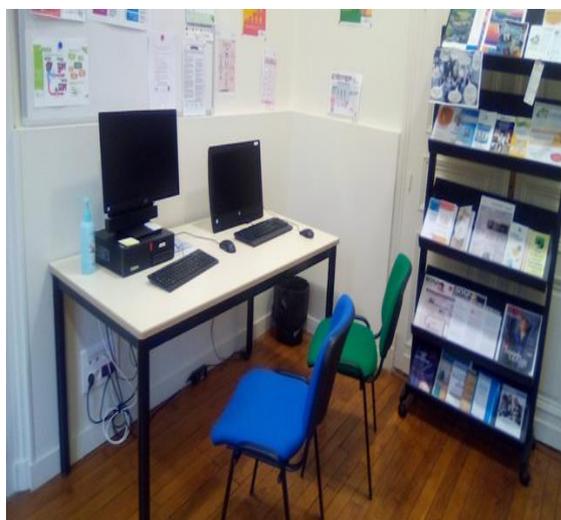
Il est également possible de passer des appels à partir des cabines téléphoniques de l'unité, la communication étant établie par les soignants. Leur installation garantit plus ou moins la confidentialité, selon la modernité des locaux. En revanche, la gratuité est totale pour le patient, y compris les communications vers l'étranger, contrairement à ce qui est indiqué dans le livret d'accueil.

Toutefois, l'accès à l'informatique, pour des applications bureautiques nécessaires par exemple aux formalités administratives, ou pour l'accès à Internet, est extrêmement restreint, voire inexistant.

Peu de patients possèdent une tablette ou un ordinateur. Les unités ne comportent pas de Wi-Fi accessible aux patients.



Cabine téléphonique de l'unité Dali



Deux ordinateurs en libre service à la Maison de Camille

Deux ordinateurs sont à la disposition des usagers et des accompagnants au sein de la MUA³⁷, mais leur utilisation reste limitée à quelques patients initiés, et leur accès est conditionné à la présence de l'encadrante du lieu, exerçant à mi-temps et non remplacée en cas d'absence. Durant les deux semaines du contrôle, aucune utilisation de cette salle n'a été constatée.

RECOMMANDATION 23

Les patients doivent disposer d'un accès à Internet et d'un accompagnement pédagogique de son utilisation lors de la réalisation de démarches spécifiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « Les patients disposent d'un accès à internet au sein de la maison des usagers et des accompagnants (« Maison de Camille ») avec un accompagnement réalisé par un professionnel de l'établissement. »

³⁷ Maison des usagers et des accompagnants.

5.3.2 L'accès à l'actualité

Les patients peuvent prendre connaissance de l'actualité par la presse écrite et la télévision. La quasi-totalité des unités, ainsi que la cafétéria des Arcades, bénéficient d'un abonnement au quotidien « La Charente libre ». Mais certaines unités indiquent ne pas le recevoir, et il aurait été supprimé pour les trois unités de la filière TED/TSA. Dans tous les cas, la présence de la presse dans les unités est peu valorisée, et aucune activité ou animation particulière ne vient stimuler les patients pour les sensibiliser aux actualités majeures.

L'initiative de l'unité Moreau de Tours, consistant en l'installation d'un petit « point presse », doit constituer un objectif minimal à reproduire dans les autres unités.



Coin presse à l'unité Moreau de Tours



Salon de télévision à l'unité Escape

La cafétéria vend des timbres mais pas de presse.

Toutes les unités sont dotées d'un salon de télévision, voire de deux dans les unités d'admission. Ils sont accessibles tard le soir (jusqu'à environ 23h30) mais sont peu fréquentés par les patients. La télévision de l'unité des Arcades est utilisée essentiellement pour la diffusion de DVD, choisis par les patients.

Aucune chambre n'est équipée de télévision.

5.3.3 Les relations avec les familles

Les représentants des familles et des aidants sont associés à la stratégie et au fonctionnement de l'établissement, et participent activement à la mise en place de solutions de sortie à l'issue de l'hospitalisation.

L'UNAFAM³⁸ tient une permanence mensuelle au sein de la MDUA, reçoit les familles dans le cadre de la commission des usagers (CDU) pour les plaintes et réalise des affichages dans toutes les unités. Son action est complétée par le dispositif « PROFAMILLE », financé par l'ARS, pour venir en aide aux familles de patients atteints de schizophrénie, avec des modules plus ou moins élaborés, qui se déroulent essentiellement au sein du CREHAB.

Durant l'hospitalisation, dès lors que les conditions sont réunies, des permissions de sortie sont organisées, y compris pour les patients en SCC. A la date du contrôle, 25 patients hospitalisés en SCC bénéficient de permissions de sortie régulières dans leur famille, dont neuf sans

³⁸ Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

accompagnement. Dans les unités de moyen et long séjour, des modalités de sortie sont autorisées sous forme de planning évitant de réitérer la procédure à chaque permission, sauf nouvel élément. En revanche, la configuration des unités ne permet pas d'accorder une place adaptée à la relation avec les familles des patients ou leurs proches. Plusieurs unités ne disposent pas de salon des familles identifiés comme tel. Par défaut, les salles d'activités ou les salons de télévision sont utilisés, ne garantissant pas toujours le niveau de confidentialité nécessaire, plus particulièrement dans la filière des moyens séjours.

Les visites sont autorisées de 14h00 à 18h30 mais des aménagements sont facilement accordés, notamment dans les phases d'admission. La présence des enfants n'est pas expressément interdite³⁹ mais déconseillée. Peu d'unités mettent en place des solutions réellement alternatives pour l'accueil des mineurs, excepté les promenades dans le parc ou l'orientation vers la cafétéria des Arcades. A l'arrière de la salle du bar, il existe un petit jardin avec un auvent réservé à cet effet.



Espace pour les familles aux Arcades

Aucun dispositif de visiophonie, en particulier pour les familles éloignées, n'existe.

Les réclamations fréquentes formulées auprès de la direction ou de la CDU concernent les sorties d'hospitalisation que certaines familles estiment prématurées, ou pour lesquelles elles s'estiment insuffisamment préparées. Cela semble renvoyer à une difficulté de pouvoir communiquer avec le corps médical et les personnels soignants pour disposer des informations relatives à la prise en charge. Effectivement, aucune information précise n'est délivrée sur ce sujet : créneau horaire, possibilité de rendez-vous, que ce soit par affichage ou dans le livret d'accueil.

5.3.4 La préservation du lien social

Les patients sont encouragés à maintenir un lien social avec l'extérieur de l'établissement. Les patients bénéficient de tickets de bus avec une réduction de 50 % (aide du CCAS⁴⁰) ou sont pris en charge par le CHCC, selon l'objet du déplacement. Plusieurs véhicules sont à disposition des unités pour effectuer des déplacements de groupes, dits « sorties-promenades ».

Au sein du CHCC, deux structures jouent un rôle important pour le déroulement des permanences et des activités :

³⁹ A l'exception des unités de la filière TED/TSA, pour les enfants de moins de 15 ans.

⁴⁰ Centre communal d'action sociale.

- la MDUA, dite « Maison de Camille », qui accueille un certain nombre de permanences dont la présence d’avocats une fois par mois⁴¹ ;

BONNE PRATIQUE 4

Une permanence d’avocats a lieu une fois par mois au sein de la Maison de Camille, pour aider les patients et leurs proches dans leurs différentes démarches.

- la cafétéria des Arcades, qui est ouverte tous les jours, y compris le week-end, de 10h00 à 11h30 et de 14h00 à 16h00.



La cafétéria les « Arcades »

Le bar est tenu par des patients issus des unités de réhabilitation psychosociale, pour lesquels cela constitue une activité thérapeutique évaluée.

Dans ces deux structures, des activités socioculturelles sont organisées (activité musicale en 2022 à la Maison de Camille, animation-dessin pour la cafétéria), mais elles restent toutefois assez ponctuelles, les lieux n’étant pas tout à fait adaptés et insuffisamment équipés.

Pour développer le volet activités, l’établissement manque d’un lieu-ressource dédié. Le projet de réhabiliter le moulin désaffecté à proximité immédiate de l’unité Escape en salle multi-activités, présenté au directoire du 25 novembre 2022, est intéressant. Il permettrait par ailleurs de faire disparaître un point d’insécurité notoire, dûment signalé au CHCC lors du contrôle.

RECOMMANDATION 24

Le projet de créer une salle multi-activités dans un ancien moulin désaffecté doit être encouragé en vue de créer un espace ressources pour les patients.

⁴¹ Hors prise en charge de la procédure individuelle concernant les SSC. Il s’agit de permanences de droit commun.



L'ancien moulin désaffecté

5.4 LA CONFIDENTIALITE LIEE A L'HOSPITALISATION N'EST PAS GARANTIE

Les personnels de l'établissement se déclarent soucieux de la préservation du secret professionnel et de la confidentialité des soins qui sont dues au patient. Toutefois, la note de procédure produite à l'appui de ces affirmations est ancienne⁴² et aucune formation récente pour les soignants, pour rappeler et protocoliser cette notion, n'a été organisée.

La confidentialité liée à l'hospitalisation, susceptible d'être demandée par tout patient lors de son admission, pour faire obstacle à la connaissance de son hospitalisation, ou la limiter, peut être gérée par le logiciel administratif « PASTEL ». Un item « confidentiel » peut être coché ; il génère ensuite un signal « d'identité protégée » lors de toute consultation du dossier, permettant d'alerter les personnels sur la restriction d'information demandée.

Cette fonction, pour être activée, nécessite que cette interrogation soit posée lors de l'admission, et qu'elle soit ensuite exploitée, sous forme de liste ou toute autre modalité, pour l'ensemble des personnels concernés : standard, bureau des entrées et des unités. Lors du contrôle, aucune démonstration concrète n'a pu être faite d'une telle mise en application et la liste des patients éventuellement concernés ne peut être produite.

Au CHCC, le standard est assuré par l'équipe d'accueil et sécurité qui travaille en avant-poste à l'entrée du parc. Plusieurs agents se relaient pour assurer un service continu. Les agents interrogés déclarent avoir accès à ce logiciel, mais les modalités de sa consultation, la chronologie entre les vérifications préalables et les réponses à apporter à l'interlocuteur extérieur, ne font l'objet d'aucun protocole clairement défini. Là encore, le fonctionnement est empirique. Dès lors que l'appelant est en mesure de donner l'unité de soins d'hospitalisation, la communication y est transférée, quand bien même cela ne présage pas obligatoirement de l'accord du patient. Dans le cas contraire, si la demande est peu circonstanciée ou suspecte, elle est transférée au bureau des usagers pendant les heures ouvrées, qui prend alors le relais en lien avec l'unité concernée.

Concernant l'hospitalisation sous anonymat total, dite « sous X », le CHCC la met en œuvre uniquement en cas d'impossibilité d'identification (personne étrangère ou SDF)⁴³, ou dans les unités d'addictologie.⁴⁴

⁴² Note de procédure n°RISQ Po 027 du 5/02/2013 relative au secret professionnel.

⁴³ Note de procédure CHCC/INF Po 015 du 21/10/2020.

⁴⁴ Notes de procédure CHCC/ INF Po 009 du 7/10/2021.

RECOMMANDATION 25

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

Cette possibilité doit également être mentionnée dans le livret d'accueil.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « les notions de confidentialité et d'anonymat renvoient à deux régimes différents. La confidentialité est respectée pour tous les patients, l'anonymat est réservé aux patients hospitalisés sous X (moins de une fois par an). »

La réorganisation du circuit relatif à l'admission du patient, et la redéfinition des missions entre le service des usagers et les unités, semble constituer à cet égard une opportunité.

A *contrario*, l'accès au règlement général des données personnelles fait l'objet d'une communication importante dans le livret d'accueil ainsi que par affichage dans les unités.

L'établissement a désigné un délégué à la protection des données (DPO) qui exerce cette fonction à la fois sur le CHA et sur le CHCC. Ses coordonnées détaillées (adresse mail et numéro de téléphone) figurent de façon explicite dans le livret d'accueil. Ce dernier déclare faire l'objet d'une trentaine de sollicitations par an en vue d'une consultation des données collectées.

5.5 L'ACCES AU VOTE EST POSSIBLE MAIS L'INFORMATION DES PATIENTS INSUFFISANTE

Pour l'exercice par les patients de leur droit de vote, l'accès au bureau de vote est privilégié par le CHCC chaque fois que cela est possible. Pour les patients en SL cela ne pose pas de difficulté particulière.

Pour les patients en SSC, une autorisation de sortie de courte durée est octroyée, et les patients sont accompagnés en tant que de besoin.

Pour les patients qui ne peuvent se déplacer, le vote par procuration est organisé, le commissariat d'Angoulême se déplaçant dans les unités dans lesquelles des demandes ont été préalablement recensées. Une dizaine de votes par procuration seraient enregistrés par scrutin.

L'exercice du droit de vote n'est pas encadré par une information adaptée des patients, ou de directives spécifiques dans les unités, hormis les consignes relatives aux possibilités de procuration. Le livret d'accueil remis au patient n'évoquait pas cette question. Dès lors, le déroulement des opérations relatives aux différents scrutins repose essentiellement sur les unités.

Sur les trois unités de moyen et long séjour, une seule avait la capacité de communiquer le nombre des patients ayant exercé leur droit de vote lors des dernières élections, à savoir 2 patients sur les 19 patients de l'unité. La filière des TED/TSA se déclare non concernée par cette question au regard de la pathologie des patients.

RECOMMANDATION 26

L'établissement doit garantir l'information et l'organisation nécessaires à l'exercice du droit de vote par les patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « des notes d'information sont publiées à chaque scrutin, un recueil des procurations est organisé en lien avec le commissariat d'Angoulême. »

De nombreux patients étant des majeurs protégés, les dispositions spécifiques qui les concernent⁴⁵ devront être précisées.

Par ailleurs, eu égard à la note interne⁴⁶ diffusée sur le vote par procuration, il est rappelé qu'aucun certificat médical ne peut être réclamé ou produit à l'appui d'une demande de procuration.

5.6 L'AUMONERIE CATHOLIQUE EST BIEN IDENTIFIEE PAR LES PATIENTS, MAIS AUCUN AUTRE CULTE N'EST REPRESENTE AU SEIN DE LA STRUCTURE

L'activité de l'aumônerie catholique a repris en septembre 2021, à l'issue d'une interruption d'activités de plusieurs mois due en partie à la crise sanitaire et au confinement. La nouvelle aumônière est rémunérée par le CHCC pour un exercice à 40 % de son temps (elle est présente à l'établissement quatre demi-journées par semaine).

Les locaux se composent de la chapelle, d'un bureau et d'une petite salle appelée à être prochainement rénovée et qui sert pour les entretiens individuels. Elle est également utilisée par les patients qui souhaitent se recueillir, quelle que soit leur confession.

Un office est organisé le mercredi à 10h30, et une messe est célébrée trois fois par an.

Le rapport d'activités 2022 de l'aumônerie mentionne que 160 patients différents ont établi un contact avec l'aumônerie, dont 10 % pour une fréquentation régulière.

Les autres cultes ne sont pas représentés au sein du CHCC. Les patients de confession musulmane autorisés à sortir peuvent se rendre au sein d'une mosquée qui se trouve non loin de l'établissement. Ils peuvent le cas échéant y être accompagnés par un soignant.

Si l'accès à l'aumônerie est apparu aux contrôleurs comme fluide, bien connu des patients et respectueux de leur pratique religieuse, les interventions de celles-ci dans les unités sont plus opaques.

Ainsi, chaque jeudi après-midi, un temps de réflexion se tient au sein de l'unité Le Logis, avec quatre ou cinq patients. Cette initiative est spécifique à cette unité. Elle semble essentiellement due à l'impossibilité d'accompagner les patients vers la chapelle. Or, de tels accompagnements ont été constatés pendant le contrôle, cette disparité étant vraisemblablement en lien avec la situation plus ou moins tendue des effectifs soignants.

Les informations sur les modalités de fonctionnement de l'aumônerie et son activité sont très variables entre les unités.

L'aumônière indique n'intervenir dans les unités qu'en lien strict avec les soignants.

Le lien direct entre l'aumônière et les cadres de santé, pour se présenter et définir les modalités de son intervention, n'avait eu lieu – à la date du contrôle – que pour cinq des onze unités.

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

L'article 35 du règlement intérieur de l'établissement énonce que les relations sexuelles ne sont pas compatibles avec la prise en charge hospitalière contrairement à la jurisprudence (cf. ci-dessous). Les règles de vie des unités Calypso, Henri Ey et Moreau de Tour reprennent ces dispositions et précisent qu'il n'est pas possible pour un patient d'inviter un autre patient dans sa chambre. Les

⁴⁵ Cf. article 11 de la loi du 23/03/2019 relative à la modernisation de la justice et l'article L. 72-1 du code électoral.

⁴⁶ Note d'information du 29/03/2022.

règles de vie des autres unités n'interdisent pas les relations amoureuses ou intimes, même si à l'unité Escape la position de l'équipe est d'amener les patients à vivre leur sexualité à l'extérieur, les permissions de sortie étant largement accordées.

Aucune unité n'a mis en place d'action d'éducation ou de prévention sur le sujet. Cependant, à l'unité Janet, la vie sexuelle des patients fait l'objet d'une réflexion en équipe. Celle-ci dispose de matériel permettant de dispenser des rudiments d'éducation sexuelle. Des préservatifs masculins sont par ailleurs disponibles sur demande, auprès des infirmiers dans la plupart des unités. Seules les unités Dali et Sésame n'en disposent pas.

La recherche du consentement des patients à la relation intime et la particulière vulnérabilité de certains est une préoccupation des équipes qui sont vigilantes quant à l'absence de mise en danger même si dans certaines unités cela conduit à des entretiens de recadrage (Henri Ey), voire des interdictions (Dali), alors que dans d'autres (Calypso et Janet) c'est un « accompagnement » qui est mis en place.

Dans les trois unités accueillant des patients TED/TSA qui sont susceptibles d'être très actifs dans une pratique individuelle de la sexualité, le souci de faire comprendre que cela relève de l'intimité est constant. Ainsi, à l'unité Sésame, un patient peut s'isoler dans sa chambre et apposer une affiche « sens interdit » sur la porte. Dans deux de ces unités, l'achat de magazines de charme, de DVD voire de sex-toys est autorisé.

Néanmoins, à l'échelle de l'établissement, la question de la sexualité n'est pas abordée de manière formalisée au sein d'une réflexion collective et aucune action d'éducation à la sexualité n'est mise en œuvre. Pourtant, en 2020 le comité d'éthique, après avoir rappelé que « *les relations sexuelles ne pouvaient être interdites dans un établissement hospitalier selon une jurisprudence de la cour d'appel de Bordeaux, expose que la sexualité peut faire elle-même partie du soin, qu'il y a lieu de sortir du tabou et de prendre garde à "ne pas juger de l'acceptabilité de la relation sexuelle".* »⁴⁷

RECOMMANDATION 27

La mention de l'interdiction des relations sexuelles dans le règlement intérieur et les règles de vie de certaines unités doit être supprimée et une réflexion collective menée au sein de l'établissement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « *le règlement intérieur dans sa version actuelle n'interdit pas les relations sexuelles.* »

⁴⁷ Cour administrative d'appel de Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790.

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

6.1 L'EQUIPEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT RESPECTE INSUFFISAMMENT LA DIGNITE DU PATIENT

Il existe cinq CI sur l'établissement réparties dans les unités Henri Ey, Moreau de Tours, Dali, Calypso et Janet. Elles sont toutes bien entretenues et lumineuses. Elles sont équipées d'un lit scellé au sol ; un sas permet aux soignants d'entrer et d'observer par un fenestron l'intérieur de la chambre. Les CI sont pourvues d'une salle de bain indépendante librement accessible par les patients, hormis dans l'unité Janet où la porte de la salle de bain est verrouillée. Les fenêtres sont équipées d'un film occultant lorsque la chambre est visible de l'extérieur. Un bouton d'appel est accessible du lit mais n'est pas atteignable si le patient est placé sous contention. Une horloge à affichage analogique est visible par le patient depuis son lit mais ne comporte pas de date. L'établissement a effectué une commande de nouvelles horloges horodatées.



Chambre d'isolement de l'unité Dali



Salle de bain de l'unité Moreau de Tours

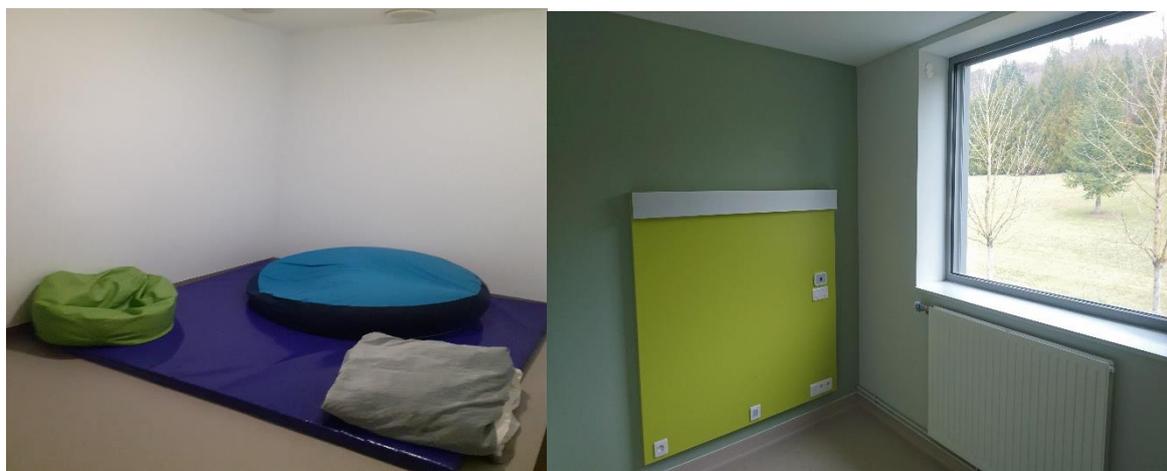
Les repas sont pris sur une table en mousse renforcée amovible, mise à la disposition des patients isolés, le patient s'asseyant alors sur son lit. Les patients isolés ne bénéficient pas d'un accès à l'extérieur et les pratiques divergent sur la possibilité de fumer (accompagnement à l'extérieur, autorisation de fumer à l'intérieur de la chambre si la fenêtre s'entrouvre). Tous les patients placés à l'isolement revêtent le pyjama de l'hôpital sans individualisation de la mesure.

Les unités disposant d'une CI sont susceptibles de recevoir un patient d'une autre unité. Les patients conservent leur chambre hôtelière durant la période d'isolement. Chaque placement en CI fait l'objet d'un signalement immédiat à l'équipe de sécurité/incendie. Un examen somatique est réalisé dans les 24 heures par un médecin somaticien et tracé dans le logiciel. Chaque unité disposant d'une CI possède une valise de contention et, tous les mois, l'équipement est vérifié. Le matériel comprend des sangles cinq points (quatre membres et abdomen en tissu à aimant).

RECOMMANDATION 28

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure, également accessibles pendant les phases de contention, ainsi que d'un interrupteur d'éclairage et d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

Des espaces d'apaisement existent dans les unités Janet, Sésame, Logis et Mikado et sont en cours d'aménagement dans les unités Dali, Moreau de Tours, Henri Ey, Calypso et Odysée. Des commandes de matériel ont été faites et les équipes se forment à la mise en œuvre d'activités spécifiques à l'apaisement dans ces espaces, à savoir : aromathérapie, balnéothérapie ou encore musicothérapie.



Espace d'apaisement de l'unité Mikado *Futur espace d'apaisement de l'unité Henry Ey*

Les unités TED/TSA sont déjà pourvues de matériel tel que : « igloos », lits monobloc en mousse, banquettes deux places, fauteuils « Laloo » et couvertures lestées. Il reste que les espaces sont encore peu aménagés et pas sécurisés. L'« igloo » prend par exemple toute la place dans l'espace d'apaisement de l'unité Janet et le chauffage n'est pas sécurisé. Des efforts conséquents doivent encore être faits pour parfaire l'aménagement de ces espaces.



Espace d'apaisement de l'unité Le Logis



Espace d'apaisement de l'unité Janet

RECOMMANDATION 29

Le projet, en cours, d'installation d'espaces d'apaisement dans toutes les unités doit être finalisé dans les plus brefs délais.

6.2 L'ALTERNATIVE A L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION EST RECHERCHEE MAIS LE NOMBRE DE MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION CONTINUE DE CROITRE

6.2.1 L'équipe de prévention et de gestion des isolements et contentions (EPIC)

L'établissement assure depuis 2007 un suivi statistique des mesures d'isolement et de contention des patients hospitalisés. Le projet d'établissement 2021/2025 fait état de l'objectif de « *mettre en place un dispositif institutionnel de repérage, d'alerte et de traitement des situations de mise en isolement ou contention dites longues* », ainsi que de promouvoir la formation des soignants.

Un service spécifique d'appui à la mise en œuvre des pratiques d'isolement et de contention a été mis en place au mois de janvier 2020, appelé l'EPIC. Ce service doté au départ uniquement d'un pôle administratif de deux agents s'est vu renforcé fin 2021 avec une équipe d'intervention de trois soignants. S'agissant de l'aspect administratif, l'EPIC a mis en œuvre un protocole sur la gestion de l'isolement et de la contention et veille ainsi à la sécurisation de la procédure juridique et à la saisine du JLD en cas de dépassement des délais légaux.

L'équipe d'intervention de l'EPIC est constituée d'un AS et de deux IDE qui interviennent dans les unités pour prévenir l'isolement. Les soignants de l'EPIC ont suivi la formation OMEGA® et demandent à devenir formateurs. Les équipes des unités n'hésitent pas à faire appel à eux en prévention d'un risque de violence, ce qui a pu être constaté à plusieurs reprises par les contrôleurs. Pour éviter la mesure d'isolement, les soignants de l'EPIC font des propositions thérapeutiques en prenant en compte le plan de prévention partagé, déployé récemment dans l'établissement pour intégrer le patient dans les choix d'alternative à l'isolement et à la contention. Ils agissent aussi en lien avec les référents « isolement et contention » des unités et participent aux réunions d'unité sur les cas complexes. Le professionnalisme de l'EPIC est reconnu par les soignants des unités lors de ses interventions.

6.2.2 L'analyse des chiffres de l'isolement et de la contention

Tableau réalisé par l'EPIC relatifs aux mesures d'isolement et de contention en 2022⁴⁸

	File active	Nb de PTT isolés	% file active isolés	Nb mesures d'Iso	Durée moyenne iso (heure)	Durée maximale (heure)	Nb patients contenus	Nb mesures de contention	Durée moyenne (heure)	Durée maximale (heure)
DALI	217	45	20,7 %	89	52.68	382	17	23	20.17	143.5
MDT	295	36	12,2 %	149	35.24	561	12	31	14.35	115.66
HENRI EY	522	21	4 %	39	42.37	258.18	8	9	22.53	96.25
CALYPSO	53	12	22,6 %	31	39.90	282.50	4	4	16.00	24.00
JANET (TSA)	39	13	33,3 %	80	15.49	76.83	11	27	13.86	44.5

⁴⁸ La CI de l'UAO a été fermée au cours du 1^{er} semestre 2022.

Le service qualité de l'établissement fournit une analyse annuelle du nombre de patients isolés et contentonnés, ce qui permet de mettre en perspective l'évolution du nombre de mesures sur plusieurs années. L'établissement s'adosse à ce travail pour mettre en œuvre une politique de limitation du recours aux mesures d'isolement/contention. La création de l'EPIC en est un exemple.

L'analyse des pratiques d'isolement et de contention, au regard de la diversité des unités (ouvertes, fermées, admissions et moyens séjours) et des importants mouvements de patients d'un service à l'autre pour l'utilisation des CI, requiert la prudence. En 2022, le nombre de mesures d'isolement dans la filière adulte, hors TED/TSA et UAO, était de 308 et 67 mesures de contention, 10 mesures d'isolement concernaient des patients hospitalisés en SL.

Ainsi, 10,4 % des patients de la file active de la psychiatrie adulte hors TSA et UAO ont fait l'objet d'une mesure d'isolement en 2022 et 6,1 % des patients placés en contention. Aucune mesure d'isolement n'a lieu en chambre non dédiée.

La durée moyenne des mesures d'isolement est de 41 heures et celle de contention de 18,16 heures.

Depuis 2018, le nombre de mesures d'isolement est en augmentation : 193 mesures en 2018, 232 en 2019, 272 en 2020 et 308 en 2022, alors même que la file active de patients en SSC diminue légèrement. L'année 2021 a connu un pic anormalement élevé de mesures d'isolement avec 662 mesures relevées. L'établissement explique que cette hausse est en lien avec une patiente qui a cumulé à elle seule 201 mesures d'isolement. L'analyse des tableaux annuels montre que le nombre de patients isolés baisse mais que le nombre de mesures par patients augmente : pour exemple, 3,21 mesures par patients en 2022 contre 1,53 mesures par patient en 2020, il en va de même pour les mesures de contention : 1,80 en 2022 contre 1,19 en 2020.

Ce décalage entre la politique de prévention menée par l'établissement et les chiffres relevés démontre la nécessité d'accroître les efforts de formation envers le personnel, d'analyser les pratiques et de déployer dans les plus brefs délais le matériel prévu pour les chambres d'apaisement. Tous les soignants arrivants sont désormais inscrits à la formation OMEGA® (cf. § 2.3.4) mais le personnel formé est encore peu nombreux et les unités font souvent face à un fort *turnover* du personnel ce qui ne facilite pas la prévention des crises des patients.

S'agissant de la filière TSA, le nombre de mesures d'isolement était en 2022 de 1376 et 442 mesures de contention (en 2021, 2684 dont 859 mesures de contention), 18 mesures d'isolement et 8 mesures de contention concernaient des patients hospitalisés en SL. Soit pour les patients souffrant de TSA, 92 % des mesures d'isolement et 91 % des mesures de contention étaient mises en œuvre hors CI. Il est constaté une très forte diminution du nombre de mesures d'isolement et de contention depuis 2021 dans la filière autistique.

Concernant les patients hospitalisés en SL, les pratiques d'isolement ont fortement baissé dans toutes les filières en 2022. Sur les 33 mesures prises en SL en psychiatrie adulte, 26 ont été transformées en soins SSC dans les 24 heures, ce qui démontre une volonté de l'établissement de se conformer aux dispositions légales sur l'isolement et la contention.

6.2.3 Contrôle des mesures d'isolement et de contention

Dans la filière de psychiatrie adulte, le contrôle du JLD est effectif (Cf. § 7.3.1) et le patient se voit notifier ses droits et les décisions judiciaires par les soignants des unités, en lien avec l'EPIC.

L'avis au proche est souvent effectué par les soignants de l'unité ou par le personnel de l'EPIC mais rarement par le médecin en infraction au code de la santé publique.

RECOMMANDATION 30

Le médecin, lorsqu'il renouvelle l'isolement au-delà de vingt-quatre heures, doit en aviser le proche.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « La loi prévoit une information des proches au bout de 48h00 pour les isolements et non 24h00. Le délai de 24h00 s'applique aux contentions. »

Les patients qui le souhaitent peuvent être entendus par le JLD par téléphone, ce qui, en pratique, n'intervient qu'exceptionnellement. Un avocat est systématiquement désigné par le JLD si le patient n'est pas en état d'être entendu et de se voir notifier ses droits, notamment celui d'être assisté d'un avocat, ce qui constitue une bonne pratique.

BONNE PRATIQUE 5

Lorsqu'il est attesté par le personnel soignant que le patient isolé et éventuellement contenu n'a pas été en mesure de s'exprimer sur son souhait d'être assisté d'un avocat, le JLD en désigne un d'office.

La requête transmise au JLD par l'EPIC est complète et a été travaillée avec les services du tribunal. En 2022, 100 saisines du JLD ont été effectuées, la plupart concernaient des isolements (93 – pour seulement 7 contentions).

27 levées ont été décidées par le JLD principalement pour des raisons de retard dans la décision médicale de prolongation de la mesure ou de manque de motivation du psychiatre. En cas de levée de la mesure par le JLD, des maintiens en CI sont parfois effectués sans justification par le médecin d'un élément nouveau dans la situation du patient rendant impossible d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Ces maintiens de mesures hors cadre légal doivent cesser.

RECOMMANDATION 31

Après mainlevée de la mesure par le juge des libertés et de la détention, toute nouvelle mesure prise avant le délai de 48 heures doit être justifiée par un élément nouveau et le JLD doit en être informé sans délai conformément aux dispositions de l'article 3222-5-1 du Code de la santé publique.

S'agissant de la filière TSA, si un effort significatif a été fait pour éviter l'isolement et la contention de patients en SL, il reste que les avis et saisines du JLD ne sont pas effectués conformément à la loi dans l'unité Sésame, lorsque les durées cumulées d'isolement et de contention sur quinze jours dépassent les délais légaux. Des pratiques d'isolement et de contention dans des chambres non dédiées des unités Le logis et Janet ne sont par ailleurs pas tracées et ne font pas non plus l'objet d'un avis au JLD.

RECOMMANDATION 32

Toutes les décisions de mesures d'isolement et de contention prises en chambre hôtelière doivent être tracées et faire l'objet d'une information et d'une saisine du JLD en cas de dépassement des délais légaux.

6.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET CONTENTION N'EST PLUS ADAPTE AUX EVOLUTIONS LEGISLATIVES

Le registre d'isolement et de contention (RIC) a été développé par le département d'information médicale (DIM) en 2019, avec la création d'un logiciel distinct du dossier patient informatisé (DPI). Seuls les soignants des unités disposant d'une CI, hormis Sésame, remplissent le RIC, lequel ne contient pas l'âge du patient concerné (ce qui est une obligation légale) ni les décisions de prolongation des mesures d'isolement et de contention prises par le psychiatre. Ce document Excel n'intègre pas de système de décompte déclenchant une alerte pour l'information et la saisine du JLD, le personnel de l'EPIC entre manuellement les données dans un autre fichier et veille au respect des dispositions légales.

L'établissement doit prochainement changer de logiciel pour la gestion du DPI et réfléchit à prendre une extension de ce logiciel relative à l'isolement et à la contention. Les pratiques actuelles apparaissent encore artisanales et ne permettent pas de répondre efficacement aux obligations légales concernant les pratiques d'isolement et de contention. L'analyse des décisions du JLD fait ressortir des retards réguliers des décisions de renouvellement à 12 heures ce qui démontre la nécessité d'une amélioration de la procédure actuelle par le déploiement d'un logiciel adapté.

RECOMMANDATION 33

L'établissement doit se doter rapidement d'un logiciel adapté en matière d'isolement et de contention afin de répondre aux exigences légales et de garantir les droits des patients.

Chaque unité dispose d'un « bouclier de protection » permettant selon la notice d'utilisation de protéger le personnel et de maîtriser un patient violent. Un dispositif de contention amovible Fixeo est à disposition de l'EPIC. Les contrôleurs ont constaté l'utilisation du bouclier pour se protéger d'un patient violent et le conduire en CI avec une phase de contention en bouclier pouvant durer plusieurs minutes, et ce même dans l'unité Mikado (cf. § 9.2).



Bouclier de protection



Matériel Fixeo

RECOMMANDATION 34

L'utilisation du bouclier de protection doit être limitée aux situations de violence et tracée. L'usage du matériel de contention amovible FIXEO doit lui aussi être tracé et le temps de contention doit être renseigné comme tel dans le registre spécifique.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 L'EXPRESSION ET LA CONSULTATION DES USAGERS SONT RECHERCHEES ET VALORISEES PAR L'ETABLISSEMENT

7.1.1 La place des usagers, la commission des usagers et les autres dispositifs d'expression et de consultation

Le projet d'établissement du CHCC (2021-2025) intègre la parole des usagers, notamment s'agissant de possibilités d'amélioration concrète des conditions de leur prise en charge. Il existe également un projet des usagers (2019-2023) dont la mise à jour est prévue.

La CDU est fonctionnelle et active. Elle se réunit de manière régulière et exerce effectivement ses missions (examen des plaintes et réclamations, des EIG, avis sur le rapport annuel isolement/contention, etc.). Ses travaux et comptes-rendus sont formalisés. Son rapport annuel est établi. La délibération, au moins annuelle, prévue au conseil de surveillance autour du rapport de la CDU relatifs aux droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge reste à entreprendre (article L.1112-3 du CSP).

La possibilité de saisir la CDU par courriel et de contacter directement la responsable du service de la gestion des patients et des relations avec les usagers sont effectivement mentionnées dans le livret d'accueil et affichées dans les unités mais la CDU, ne se déplace pas en tant que telle dans les unités. Selon l'enquête de satisfaction 2022, 49 % des patients des unités dites de « moyen séjour » n'avaient pas connaissance de cette instance.

L'UNAFAM, l'ADAPEI⁴⁹ et l'UDAF⁵⁰(suppléants) sont membres de la CDU, au titre des représentants des usagers, selon la composition arrêtée en décembre 2022. Une réflexion est souhaitable en amont des renouvellements futurs, sur la possibilité d'intégrer des personnes proposées par des associations agréées représentant plus directement des usagers, en complément des proches et des aidants.

Plusieurs autres dispositifs et espaces mis en place par le CHCC permettent une expression et une consultation directe des usagers. Ainsi, un « parlement des usagers », mis en place en 2021, se réunit plusieurs fois par an dans la salle des instances. Il associe plusieurs patients par filière de prise en charge (jusqu'à 6 à 8 à chaque session), représentants des usagers, direction de l'établissement (le directeur participant également) et service de gestion des patients et des relations avec les usagers. Ses travaux sont animés par l'IDE responsable de la Maison de Camille. Ils sont formalisés et suivis avec l'édition d'un plan d'action. Plusieurs initiatives ont pu voir récemment le jour à la suite de ses travaux, comme l'édition d'un journal des usagers ou le développement d'activités culturelles. Un conseil des usagers permet également à la direction de l'établissement d'échanger ponctuellement avec des patients sur l'organisation des filières de prise en charge ou sur de nouveaux dispositifs (par exemple sur l'HAD). On relèvera également que les patients sont informés de la possibilité de saisir directement le comité d'éthique (cf. § 4.5).

⁴⁹ Association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales.

⁵⁰ Union départementale des associations familiales.

BONNE PRATIQUE 6

Le parlement des usagers permet à des patients de s'exprimer et d'échanger directement avec la direction de l'établissement, et à ce dernier d'initier des projets concrets et participatifs, contribuant à la qualité de la prise en charge.

L'établissement implique également les patients dans l'évaluation de la qualité de la prise en charge et dans la recherche d'améliorations. Des questionnaires de sortie ont été récemment retravaillés, présentés et adaptés en CDU, et des enquêtes dans les unités de moyen séjour ont pu être menées ces dernières années. Le taux global de réponse au questionnaire de sortie dans les services d'admission est en baisse significative (33,9 % en 2022 contre 41,30 % en 2021), avec des écarts significatifs entre les unités (par exemple seulement 11,20 % pour l'unité Moreau de Tours, contre 36,3 % pour l'unité Dali). L'essentiel des réponses concerne des patients hospitalisés en SL (81 %).

Les méthodes du patient traceur et celle dite de l'expérience patient – avec formations de plusieurs salariés à l'Institut français de l'expérience patient (IFEP) – ont également été mobilisées à des fins d'évaluation de la qualité de la prise en charge, ainsi que dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consacrée à la sortie, en 2021 (cf. § 9.4). Plusieurs patients proches de la sortie ont ainsi été consultés sur leurs expériences et leurs attentes.

RECOMMANDATION 35

Les patients doivent recevoir une information pertinente concernant la commission des usagers et bénéficier d'un accompagnement adapté au renseignement du questionnaire de satisfaction.

7.1.2 La MDUA, les relations avec les GEM, et les médiateurs-pairs



Maison de Camille

La Maison de Camille, aisément localisable et accessible aux personnes à mobilité réduite, accueille les usagers du lundi au mercredi (14h00-17h00) et le jeudi (9h00-17h00). Y sont assurées une permanence d'assistante sociale bimensuelle, des consultations juridiques mensuelles gratuites, ainsi que des permanences de l'UNAFAM et de visiteurs bénévoles (VMEH). De nombreuses informations utiles aux patients y sont à disposition, de même qu'un accès Internet et une « BDthèque » (sélection officielle du festival d'Angoulême). Cet espace, présenté dans le livret d'accueil, est relativement connu des usagers (43 % de ceux des unités de moyen séjour interrogés en 2022 disaient la fréquenter, et 54 % en connaître l'existence). Son amplitude horaire d'ouverture pourrait être améliorée. Par ailleurs, la continuité de service n'est pas systématiquement assurée en cas d'absence de l'IDE référente.

Plusieurs Groupes d'entraide mutuelles (GEM) – Être Ensemble, Suis ton Ch'min, L'Echappée, L'espoir de Vie (basé à Cognac) –, actifs en Charente, y assurent en principe à tour de rôle, une permanence mensuelle ou des rencontres. Ces permanences ont été suspendues ces derniers mois. Il existe un besoin de clarifier les objectifs de ces permanences (accompagnement des patients, activités de socialisation), et de veiller aussi à la diffusion de l'information sur leur existence, au niveau des unités d'hospitalisation.

Le livret d'accueil de l'établissement mentionne la possibilité de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) par courrier, en précisant également ses coordonnées, ou d'être entendu(e) lors de ses visites de l'établissement.

Toutefois, cette commission n'est plus active depuis 2020, année du dernier rapport communiqué aux contrôleurs. Ce dernier se limite aux statistiques concernant les mesures d'hospitalisation mais sans bilan de l'utilisation des procédures de SDTPI⁵¹ et de SDTU⁵², ni synthèse concernant les éventuelles réclamations reçues ou constatations opérées lors de visites (cf. art. R. 3223-11 du CSP). Des échanges téléphoniques avec la délégation départementale de l'ARS, il ressort que les difficultés tiendraient essentiellement à l'identification d'un psychiatre extérieur à l'établissement d'une part et d'un médecin généraliste, d'autre part, pour y siéger. Le conseil de l'ordre des médecins a été contacté en ce sens cette année. Une réactivation de la commission et de ses travaux était envisagée pour le mois de septembre 2023.

L'absence de CDSP fonctionnelle est aujourd'hui problématique en termes de contrôle des hospitalisations en SSC et pour l'effectivité des droits des patients, pour laquelle elle constitue une voie de recours.

RECOMMANDATION 36

La commission départementale des soins psychiatriques doit être rétablie sans délai pour exercer effectivement l'ensemble de ses missions, et répondre aux éventuelles saisines et demandes d'entretiens de patients de l'établissement.

7.2 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLETE

L'établissement dispose de deux registres papier distincts, concernant les patients admis en SPDRÉ, d'une part, et ceux admis en SPDT, SPDTU et SPI, d'autre part.

Ils sont tenus à jour – dans un délai d'environ 48 heures (contre les 24 heures prévues par la législation) – et comportent l'essentiel des mentions prévues par le code de la santé publique (art. L. 3212-11). Font toutefois défaut, s'agissant de la situation des patients, la mention de la profession des personnes hospitalisées et la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice éventuellement initiée post-admission, information qui peut toutefois apparaître sur certains des certificats médicaux apposés dans le registre.

Les certificats médicaux mensuels – au contraire de ceux d'admission, (des 24h et 72h) ou des avis du collège des professionnels de santé – ne figurent pas au registre comme il se doit mais sont bien conservés et accessibles dans des dossiers individuels distincts (ce qui ne permet toutefois pas de

⁵¹ Soins à la demande d'un tiers en cas de péril imminent.

⁵² Soins à la demande d'un tiers en urgence.

suivre les procédures d'un seul tenant en consultant le registre). Il en va de même pour les décisions du directeur de l'établissement.

Les dates de délivrance des informations relatives aux décisions d'admission, prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge (cf. art. L3211-3 CSP) et aux droits et voies de recours s'y rapportant sont également tracées par ailleurs, sur un fichier Excel®, renseigné à partir des accusés-réception que retournent les soignants des unités d'hospitalisation, après notification et signature du patient (cf. § 3.3).

Les dates de délivrance des informations relatives aux décisions d'admission ou prononçant le maintien des SSC et aux droits et voies de recours s'y rapportant sont également tracées par ailleurs, sur un fichier Excel®, renseigné à partir des accusés-réception que retournent les soignants des unités d'hospitalisation, après notification et signature du patient

Le contrôle des registres par les personnes et autorités habilitées devant visiter annuellement l'établissement, est, en pratique, limité. Le visa le plus récent constaté est celui de la directrice de cabinet du préfet, en date 7 mars 2023 (2^{ème} jour du contrôle). Il est assorti de la mention « registre conforme ». Ceux recensés par l'établissement pour le procureur et le président du TJ datent respectivement du 13 juillet 2021 et du 15 janvier 2021. Les registres n'ont pas été signés par le maire dans une période récente, ni, logiquement, par la CDSP inactive depuis 2020.

RECOMMANDATION 37

L'ensemble des documents et informations visés par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique doivent figurer au registre de la loi. La délivrance et la consignation des informations relatives aux décisions d'admission, prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge doivent faire l'objet d'une formalisation et d'une vigilance renforcée. Les personnes et autorités habilitées doivent procéder régulièrement au contrôle du registre.

7.3 L'ACCES AU JUGE ET A L'AVOCAT SONT GARANTIS

7.3.1 Accès au juge et à l'avocat

L'accès au JLD est effectif, même si les saisines dites « facultatives » – autrement dit, à l'initiative de patients ou de tiers – restent limitées en nombre (13 en 2021, 6 en 2022, 1 au premier jour du contrôle en 2023). La possibilité de saisir le JLD est toutefois dûment spécifiée dans les décisions du directeur de l'établissement, comme dans le livret d'accueil. La JLD actuelle est en fonction depuis 2017.

L'accès à l'avocat est également garanti. Des permanences sont assurées à tour de rôle par une quarantaine d'avocats du barreau d'Angoulême. Les conseils rencontrés en marge des audiences par les contrôleurs font état de relations fluides avec le greffe et la magistrature en fonction. Un local à proximité immédiate de la salle d'audience, qui est aussi la salle de pause du personnel administratif, est systématiquement mis à disposition des avocats pour s'entretenir en amont avec les patients qu'ils assistent. La confidentialité des échanges y est assurée. L'affichage est toutefois à développer dans les unités quant à la possibilité de prendre l'attache directe du barreau et d'un avocat.

7.3.2 Locaux, organisation et déroulement des audiences

Les audiences se tiennent les mardis et vendredis matin sur site, dans une salle du bâtiment principal de l'administration de l'établissement mise à disposition du TJ d'Angoulême (convention tacitement renouvelée avec l'ARS depuis 2014). La signalisation est effective pour l'accès à la salle d'audience, depuis l'intérieur du site du CHCC. Les conditions matérielles y sont adaptées. La salle est suffisamment spacieuse et lumineuse. Magistrat, greffier à sa droite, patient et avocat sont au même niveau. La publicité de l'audience est effectivement assurée, la porte restant ouverte, sauf huis clos.



Salle d'audience

Les contrôleurs ont pu assister aux audiences les mardi 7 et vendredi 10 mars (respectivement 4 et 5 situations inscrites aux rôles). La plupart des patients étaient effectivement présents, comme cela semble être le cas habituellement. Ainsi, en 2022, plus de 86 % des patients dont la situation était examinée ont été entendus en audience (87 % sur les 2 premiers mois de l'année 2023). Les avis médicaux de non-compatibilité sont donc relativement limités en nombre, et, sauf exception sanctionnée, effectivement motivés.

Les patients sont généralement accompagnés par un soignant jusqu'à l'espace d'attente situé à proximité immédiate de la salle d'audience. A l'audience, la magistrat ne porte pas la robe.

Le parquet n'est que très exceptionnellement présent. L'établissement est régulièrement représenté par la responsable du service de gestion des patients, ce qui peut permettre d'éclairer aussi les débats avec des compléments d'information à jour quant à la prise en charge (par exemple sur des demandes d'autorisations de sortie en attente, ou des rendez-vous médicaux programmés, etc.). Cette présence pourrait être idéalement systématisée. Les tuteurs et curateurs, toujours convoqués, sont la plupart du temps absents.

RECOMMANDATION 38

Tuteurs et curateurs doivent être régulièrement présents dès lors que convoqués aux audiences devant le juge des libertés et de la détention.

A l'audience, la JLD fait preuve de pédagogie et rappelle en ouverture le cadre et le sens de son intervention. La parole est systématiquement donnée au patient, avec un véritable espace pour s'exprimer et être entendu. Il est fait mention des avis médicaux sur l'opportunité d'un maintien des soins et de l'avis du parquet. Les éventuelles observations de l'établissement sont sollicitées s'il est représenté, avant que le conseil du patient ne s'exprime en dernier.

7.3.3 Décisions et appels

A l'issue de l'audience, les décisions sont mises en délibéré, mais la JLD peut toutefois donner une première indication au patient, si elle l'estime nécessaire ou opportun. Les décisions sont

communiquées au bureau des entrées par le greffe le jour même, à 14h00. Elles sont ensuite notifiées par les équipes soignantes, dans les unités.

Les mainlevées d'hospitalisation sont limitées en nombre (0 sur les deux premiers mois en 2023 ; 10, soit 3,3 % du total des saisines en 2022 ; 10 également, soit 2,8 % du total en 2021). Les levées ordonnées en 2022 ont résulté d'un délai injustifié entre le certificat médical et la décision du directeur de l'établissement (4), de l'absence d'un patient à l'audience suite à l'octroi d'une permission de sortie, ou un avis médical d'incompatibilité non motivé (2), de la réadmission d'un patient en programme de soins en hospitalisation complète sans certificat médical motivé (1), d'un défaut de motivation d'arrêtés du maire et du préfet, s'agissant de l'ordre public (1), de l'absence d'éléments médicaux caractérisant la manifestation de troubles nécessitant le maintien de l'hospitalisation complète, pour des patients en SDRE (1) ou n'ayant pas réintégré l'établissement (1).

Les appels auprès de la Cour d'appel de Bordeaux sont relativement exceptionnels (4 en 2021 ; 4 en 2022 ; 2 sur les 2 premiers mois de 2023). Une mainlevée ordonnée par la JLD – la dernière précitée – a été infirmée en 2022, sur la base d'éléments médicaux complémentaires. Une autre l'a été en 2021, pour défaut d'accès à l'avocat avant audience, dans un contexte de *cluster* au sein de l'établissement. Un déficit de formation des équipes et d'information et d'accompagnement des patients sur les possibilités d'appel a pu là aussi être signalé. Un patient aurait ainsi été contraint de payer un taxi pour se rendre à la cour d'appel de Bordeaux.

RECOMMANDATION 39

Les décisions du juge des libertés et de la détention doivent, comme celles du directeur d'établissement, être notifiées aux patients par des membres du personnel spécifiquement formés.

8. LES SOINS

8.1 LA QUALITE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST HETEROGENE ET PATIT DU MANQUE DE MEDECINS DANS CERTAINES UNITES

8.1.1 L'organisation des soins

L'existence et le contenu du projet médico-soignant de l'établissement sont diversement connus des équipes de soins. Les projets d'unité sont rarement formalisés⁵³.

RECOMMANDATION 40

Les soignants doivent connaître le contenu du projet médical d'établissement et des projets spécifiques d'unité devraient être formalisés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : « *Le projet d'établissement est disponible dans l'intranet accessible à tous les agents, il y a une information de cette mise à disposition.* »

La pénurie de psychiatres affecte leur disponibilité et la régularité du suivi des patients est hétérogène entre les unités. Le rythme des entretiens avec le psychiatre, en présence d'un soignant, varie d'un à deux par semaine dans les unités d'admission. Des médecins ont signalé la chronophagie de leurs tâches administratives au détriment du temps consacré aux soins. La régularité des entretiens n'est pas assurée dans les unités de moyen séjour, deux demi-journées hebdomadaires à Calypso, à Odyssée, et à Escape où le psychiatre ne dispose pas d'un bureau spécifique. Le psychiatre d'une unité de moyen séjour a regretté : « *de ne pas avoir le temps de penser, se limiter à des réponses à l'urgence, ne pas avoir le temps de préparer les projets de sortie* ». L'enquête de satisfaction réalisée dans une deuxième unité a mis en évidence que 70 % des patients estimaient « *difficile* » le contact avec le psychiatre. Le manque de formalisation des projets de soins individualisés a été rapporté à Escape. La présence des psychiatres est très limitée dans les unités TED/TSA, deux demi-journées à Janet, une seule à Sésame et au Logis, où le psychiatre ne dispose pas de bureau d'entretien. Un membre de la communauté médicale a précisé : « *La qualité des soins n'est pas assurée en raison de la pénurie de psychiatres* ».

RECOMMANDATION 41

Les patients doivent bénéficier de soins psychiatriques de qualité équivalente dans toutes les unités, qui permettent de répondre à la conduite adaptée des projets de soins.

Les patients peuvent rencontrer un psychologue dans toutes les unités d'admission, de moyen séjour à l'exception d'Escape, et des unités TED/TSA. L'ASS et le *case manager* interviennent en binôme dans les unités de moyens séjour.

⁵³ Le document existe mais n'est pas finalisé à Henri Ey, existe sans être daté au Logis.

RECOMMANDATION 42

Les patients doivent avoir accès à un psychologue dans toutes les unités d'admission et de moyen séjour.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCC indique : «*toutes les unités d'hospitalisation disposent d'un temps de psychologue, au moment de la visite, un poste était vacant (recruté le 1er mai) et une psychologue était en congé maternité (nous n'avons pas trouvé de remplaçant), elle est de retour depuis.* »

Les réunions cliniques de synthèse des projets de soins en équipe pluriprofessionnelle sont tenues de façon hétérogène⁵⁴ entre les unités. Janet n'en tient pas.

RECOMMANDATION 43

L'évaluation des projets de soins doit faire l'objet de réunions en équipe pluriprofessionnelle à une périodicité conforme au projet d'unité et qui permette un suivi effectif du patient.

La fermeture des lits et l'insuffisance de structures d'aval spécifiques dans le département ont compliqué le parcours de soin des patients relevant d'une prise en charge sociale ou médico-sociale par des structures adaptées. Cinq d'entre eux sont notamment hospitalisés dans l'unité d'admission Moreau de Tours, ce qui diminue le nombre de lits réellement disponibles pour l'accueil de nouveaux patients.

L'accès au dossier médical est possible dans toutes les unités selon les dispositions légales.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients bénéficient de permissions de sortie, adaptées à leur état clinique, de courte durée pour des activités à l'extérieur mais aussi plus longues pour des week-ends à leur domicile ou en famille. Le tiers en est informé par le bureau des entrées qui lui adresse un courrier.

Des réunions patients-soignants sont tenues dans deux unités d'admission sur trois et dans celles de moyen séjour⁵⁵. Aucune réunion patient-soignant n'est tenue dans les unités TED/TSA, au motif de la proportion de patients non communicants présents. Le médecin de l'une d'entre elles a toutefois précisé la possibilité d'une mise en œuvre pour trois à quatre patients et l'insuffisance de temps pour ce faire.

⁵⁴ Dans les unités d'admission, une réunion hebdomadaire spécifique des projets de soins, et une mensuelle thématique, sont tenues à Henri Ey et à Dali ; une hebdomadaire à Moreau de Tour ; des réunions de synthèse pour la préparation des sorties à Henri Ey. Dans les unités de moyen séjour, une réunion bimensuelle est tenue à Calypso, et une mensuelle à Odysée. Dans les unités TED/TSA, une réunion hebdomadaire est tenue à Sésame, et une brève et irrégulière, hebdomadaire, au Logis en raison de l'insuffisance marquée de temps médical.

⁵⁵ Des réunions patients-soignants sont tenues de façon hebdomadaire à Dali et Odysée, bimensuelle à Calypso, mensuelle à Escape, et sous la forme d'un groupe de parole hebdomadaire animé par le psychologue et une IDE à Henri Ey. Moreau de Tours n'en tient pas.

RECOMMANDATION 44

Les patients doivent bénéficier, dans toutes les unités d'admission, de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective et la prise en compte de leur parole pendant leur parcours de soins hospitaliers.

Les unités d'admission et de moyen séjour disposent d'un salon de télévision, de livres et de jeux de société. Certaines sont équipées d'une table de ping-pong (Moreau de Tours, Henri Ey, Dali), et d'un filet extérieur pour jouer au badminton (Henri Ey). Le matériel à destination des activités occupationnelles dans les unités de moyen séjour n'est pas plus conséquent que celui des unités d'admission. L'un des patients de l'unité Le logis, lecteur quotidien du journal, s'en est vu privé lorsque la direction a supprimé l'abonnement ; un motif économique a été rapporté (cf. § 5.3.2).

RECOMMANDATION 45

Les patients doivent bénéficier dans toutes les unités d'un matériel adapté, entretenu et renouvelé leur permettant la pratique d'activités occupationnelles diversifiées, et un accès à la presse écrite.

Les patients des trois unités d'admission ne bénéficient pas d'un accès équivalent et suffisant aux activités thérapeutiques, en l'absence d'ergothérapeute et de psychomotricien dans les effectifs. Certains patients ont dit s'ennuyer. Les activités thérapeutiques sont modestement développées à Dali et Henri Ey, et ne le sont pas à Moreau de Tours⁵⁶ à l'exception d'une participation à la sociothérapie de la cafétéria.

Les patients des trois unités de moyen séjour dont les effectifs ne comptent pas non plus d'intervenant spécialisé, bénéficient quotidiennement mais sans équivalence, d'activités thérapeutiques, accessibles indépendamment du mode d'hospitalisation⁵⁷. La liberté d'aller et venir et l'autonomie sont très favorisées à cette occasion, les patients se déplaçant en bus et pouvant déjeuner à l'extérieur. Les activités font l'objet d'un affichage sur un grand tableau nominatif avec un code par couleurs à Escape mais d'aucun affichage à Calypso. Le manque d'objectifs évalués et d'articulation à des projets de sortie concrets, lors de la participation des patients d'Escape aux activités du foyer en réseau et du CREHAB 16 a été rapporté.

⁵⁶ Dali propose le « dixiludo » animé par le psychologue, des activités physiques adaptées, un groupe de parole, un accès à la médiation animale, des sorties accompagnées l'été (piscine, randonnée). Henri Ey propose un atelier thérapeutique (marche, relaxation, expression musicale) destiné à cinq/six patients le mercredi de 14h30 à 15h30 dans une salle spécifique.

⁵⁷ Calypso propose des ateliers hebdomadaires ou bimensuels (écoute et éveil musical, langage, cirque, piscine), une matinée de marche suivie d'un repas en ville et une demi-journée de sport, hebdomadaires ; la balnéothérapie (deux agents formés et matériel disponible) et la cuisine (local spécifique recherché) sont envisagées. Escape propose une implication dans les gestes de la vie quotidienne (mettre de la table, laver de son linge, faire son lit), une participation aux activités de la sociothérapie des arcades, du foyer en réseau, du CREHAB16, et du bénévolat à la banque alimentaire. Odyssee propose des activités sous la forme de séquences de dix séances avec une évaluation et un bilan, qui associent des ateliers (sport adapté, randonnée, jeux création pour le développement des interactions sociales, écoute musicale pour l'analyse des émotions, cirque, des accompagnements individuels à l'extérieur avec un repas à l'issue, médiation animale), un partenariat avec le CREHAB16 et des partenaires extérieurs (clubs, services d'animation).

Les patients des unités TED/TSA ont très insuffisamment accès à des activités thérapeutiques, qui ne sont pas animées par des agents formés à la prise en charge de cette population spécifique⁵⁸ (cf. § 2.3.4). Les difficultés de recrutement et le *turn over* des soignants dans ces unités compliquent encore les prises en charge thérapeutiques. Les activités sont assurées à Janet trois jours par semaine seulement par des aides médico-psychologiques. Des activités ont été arrêtées au Logis, notamment la balnéothérapie en raison de l'absence d'un soignant titulaire du brevet de secourisme, et l'activité « pêche » jugée trop coûteuse. Les quatre personnes à mobilité réduite (PMR) du Logis ne bénéficient d'aucune activité adaptée. L'asinothérapie, initialement pratiquée dans le sud de la Charente et récemment réinstallée sur le site, ne concerne plus qu'une seule patiente du Logis, au motif de sa mutualisation et de sa priorisation pour les patients du pôle de psychiatrie « adultes ». Les contrôleurs ont observé au Logis des patients errant dans l'unité, sans réel accompagnement thérapeutique soignant, ni sollicitation adaptée pour participer à des activités.

RECOMMANDATION 46

L'accès des patients à des activités thérapeutiques doit être diversifié et équivalent entre les unités d'admission et les unités de moyen séjour. Les activités thérapeutiques doivent faire l'objet d'un affichage, d'une animation par des intervenants spécialisés, et d'une articulation cohérente avec les pathologies, les projets de soins et de sortie des patients dans toutes les unités.

8.1.3 La réhabilitation psychosociale

Le CHCC a mis en œuvre le centre de réhabilitation psychosociale de proximité de la Charente (CREHAB'16), composé d'une équipe mobile et de trois unités dont les locaux occupent d'anciennes maisons de la ville d'Angoulême :

- l'équipe mobile de réhabilitation psychosociale (EMRP) qui assure le processus d'admission selon six étapes protocolisées : la réponse à une demande d'intervention dans un délai de 24 à 48h, la rencontre du patient concerné, le recueil de son consentement et la restitution de l'évaluation au patient comme à son adresseur, la présentation clinique du patient à la structure d'accueil, et son accompagnement vers cette structure ;
- le CMP/CATTP « le Tremplin », qui propose notamment la remédiation cognitive, la thérapie cognitive et comportementale, des ateliers thérapeutiques, l'éducation thérapeutique, la psychoéducation des aidants (programmes Bref et Profamille), des accompagnements individuels vers les partenaires de l'emploi et de groupe pour des activités physiques adaptées ;
- l'HDJ « La Passerelle » qui assure notamment des ateliers d'expression corporelle ou de médiation ;

⁵⁸ Janet ne propose qu'un atelier d'expression à médiation artistique, et une séance d'équithérapie bihebdomadaire pour une patiente. Le Logis propose un programme de dix séances, suivi d'une évaluation en équipe, avec des ateliers (« Snoezelen » hebdomadaire animé par un éducateur sportif dans un espace spécifique), et un partenariat très ponctuel avec l'HDJ La courte échelle (bowling, randonnée, sortie au restaurant ou au café) ; une éducatrice récemment recrutée a sollicité l'achat de jeux adaptés. Sésame propose un atelier conte animé par la psychologue, un repas thérapeutique consistant à accompagner un à deux patients déjeuner au self, et quelques activités extérieures (cynothérapie et asinothérapie, jardinage, sport adapté, visite ponctuelles de l'aquarium et sortie à la mer, accompagnement à la « Maison de Camille » pour voir des lapins).

- l'HDJ « Foyer en réseau » qui propose les prises en charge individuelles spécialisées des patients les plus fragiles ou déficitaires, centrées notamment sur l'autonomie dans la vie quotidienne et les habiletés sociales.

Les locaux du CREHAB'16 ne sont pas adaptés pour l'accueil de PMR, et l'isolation du bâtiment ne garantit pas la confidentialité des échanges lors des entretiens.

RECOMMANDATION 47

Les locaux du centre de réhabilitation psychosociale doivent être adaptés à l'accueil de personnes à mobilité réduite et leur insonorisation doit garantir la confidentialité des échanges lors des entretiens.

L'effectif⁵⁹ de l'équipe pluriprofessionnelle lui permet de répondre à ses missions⁶⁰. Le CGLPL souligne la pertinence du recrutement d'un médiateur de santé pair et de deux pairs aidants bénévoles.

Les personnes accueillies sont adressées par les équipes du CHCC, le secteur de la psychiatrie libérale, le secteur médicosocial, l'association Tempo (dans le cadre d'un partenariat concernant les mineurs de plus de 16 ans), mais peuvent aussi formuler une demande individuelle spontanée. Le CREHAB'16 est également ouvert aux patients en SSC, hospitalisés (SDDE, SDRE) et ambulatoire en PDS. S'agissant de la file active de 2023, l'EMRP a rencontré six patients en SSC du CHCC, l'HDJ « La Passerelle » accompagne onze patients en PDS, l'HDJ « Foyer en réseau » neuf patients en SSC dont quatre en PDS, et le CMP/CATTP « Le Tremplin », huit patients en PDS dont deux en hospitalisation complète⁶¹.

BONNE PRATIQUE 7

La diversité de l'offre de soin du CREHAB'16 constitue un atout particulier pour la qualité de l'accompagnement des patients concernés. Le recrutement d'un médiateur de santé pair et de deux pairs aidants, qui constituent une charnière pertinente entre le statut de patient et le système hospitalier psychiatrique, favorise le processus d'alliance thérapeutique et la prévention des réhospitalisations. L'accueil des patients en soins sans consentement concernés constitue un accès adapté et déstigmatisant aux outils de soins de la psychiatrie.

⁵⁹ L'effectif se compose de 0,7 ETP de psychiatre, d'un ETP de cadre de santé, de 16 ETP d'IDE, d'1 ETP de psychologue, d'1 ETP de neuropsychologue, de 2,8 ETP d'ergothérapeute, de 0,4 ETP d'ASS, de 0,5 ETP d'enseignant en activité physique adaptée, de 0,8 ETP de médiateur de santé pair, de 2 ETP de pair aidant bénévoles, de 1,6 ETP d'ASH, et d'1 ETP de secrétaire.

⁶⁰ Les missions associent la remédiation cognitive, l'évaluation et l'accompagnement en milieu écologique (ergothérapie), le soutien à l'insertion professionnelle, le soutien à l'insertion sociale par le logement, l'accès aux thérapies comportementales et cognitives, l'éducation thérapeutique du patient, l'animation d'atelier d'expression à visée thérapeutique, et la psychoéducation des aidants.

⁶¹ La file active de l'EMRP a concerné 100 patients en 2021 et 111 en 2022, celle du CMP/CATTP Tremplin 103 (dont 66 nouveaux patients, NP) en 2021 et 117 (dont 55 NP) en 2022, celle de l'HDJ La Passerelle 63 (dont 26 NP) en 2021 et 78 (dont 32 NP) en 2022, et celle de l'HDJ foyer en réseau 66 (dont 18 NP) en 2021 et 76 (dont 23 NP) en 2022.

8.2 LE NOMBRE INSUFFISANT DE MEDECINS GENERALISTES NE PERMET PAS UNE PRISE EN CHARGE ELARGIE A L'EXTRA HOSPITALIER

L'équipe de soins somatiques, rattachée au pôle « pharmacie, médecins généralistes, département d'information médicale (DIM) » est composée de quatre médecins généralistes assistés d'une secrétaire médicale à temps partiel.

Logés dans des locaux exigus et insuffisants au regard des professionnels présents, l'équipe compte un chef de service et trois médecins généralistes. Sur les 5 ETP prévus, le service n'est doté que de 3,6 ETP. La prise en charge somatique en intra-hospitalier est assurée du lundi au vendredi de 9h à 17h. L'un des médecins généralistes est d'astreinte jusqu'à 18h30, heure de la prise de garde des internes. Un médecin reste disponible pendant les congés de ses confrères.

Aucun bilan de l'activité somatique ne figure dans les rapports d'activité de l'établissement alors que le service la comptabilise. En 2022, les généralistes ont assuré 5 567 consultations.

Un projet de restructuration bâimentaire, porté par ces médecins, a été conçu dans l'objectif d'implanter un cabinet médical, doté du matériel médical complet, qui permettra à la fois de créer des bureaux médicaux, des salles de consultation, d'investir le champ du handicap et notamment d'améliorer la prise en charge globale intra et extrahospitalière des patients autistes. Un plateau technique y sera également implanté permettant des interventions de kinésithérapeutes, de dentistes et de gynécologues. Ce dispositif permettrait aux patients autorisés à sortir de leur unité d'hospitalisation, de se rendre de façon autonome chez le médecin et d'être ainsi acteurs de leur prise en charge.

8.2.1 La prise en charge somatique à l'arrivée des patients

Les médecins examinent toutes les personnes entrantes qu'elles soient passées ou non par le service des urgences. Selon les propos des professionnels de santé, la qualité de l'examen clinique réalisé au centre hospitalier dépend du médecin urgentiste en charge du patient. Ainsi, le patient peut être vu aux urgences assez rapidement sans être réellement examiné. Outre l'examen clinique, les médecins généralistes prescrivent un bilan biologique d'admission complet, un électrocardiogramme (ECG), recueillent les antécédents et les facteurs de risque. Une convention avec le centre hospitalier général garantit la réalisation des examens biologiques. Les prélèvements sont réalisés par les IDE de l'unité et les résultats sont consultables sur le dossier informatisé du patient. Concernant la prise en charge gynécologique, ils proposent, le cas échéant, des tests de grossesse et des contraceptifs pour les patientes qui en font la demande ainsi qu'un dépistage du cancer du sein par une mammographie. Par ailleurs, ces soignants sont fortement impliqués dans la vie de l'établissement assurant des missions transversales en gestion des risques, prévention des infections nosocomiales, des troubles nutritionnels, éducation thérapeutique, éthique, prévention de la douleur, du risque infectieux, commissions de cas complexes, etc.

8.2.2 Les consultations de suivi

Les praticiens hospitaliers consultent dans les services, chaque unité d'hospitalisation bénéficiant d'une plage de consultation suivant les pathologies des patients. Tous ont en charge une unité d'admission au sein de laquelle ils se déplacent quotidiennement dont l'unité pour enfants et adolescents. Les unités de moyens séjours bénéficient globalement de deux demi-journées de permanence par semaine et les unités TSA d'une demi-journée par semaine, sachant que les équipes soignantes peuvent contacter le médecin référent dès lors qu'un patient le nécessite. Certains patients, en raison de leur parcours de vie ou de leur pathologie psychiatrique, étant réfractaires

aux traitements et aux examens secondaires, les médecins sont attentifs à la question de l'adhésion aux soins. En cas d'urgence vitale, en accord avec le SAMU, les équipes de soignants font appel au centre 15. S'agissant des urgences non vitales, de jour, le médecin référent est sollicité, par défaut, l'interne de garde l'est après 18h30.

La sortie définitive est précédée d'une consultation systématique de sortie accompagnée d'un courrier au médecin traitant ou à celui de la structure de prise en charge d'aval.

Par ailleurs, les médecins généralistes interviennent de façon partielle en extrahospitalier (foyer, HAD, MAS, CMP intersectoriel), ce qu'ils déplorent. Selon les propos recueillis, des interventions de somaticiens dans les CMP pourraient éviter des hospitalisations en psychiatrie générées ou amplifiées par des pathologies somatiques évoluant vers des troubles psychotiques. Le recrutement d'un médecin supplémentaire et d'un interne est très attendu pour développer cette activité.

8.2.3 Les consultations de spécialité et les hospitalisations

S'agissant des spécialités et des examens, le CHCC fait appel en première intention au centre hospitalier d'Angoulême, situé à proximité. Cependant, les praticiens hospitaliers se tournent vers d'autres établissements si les délais d'attente sont incompatibles avec l'état clinique du patient : au centre hospitalier de Niort ou auprès de cliniques privées du ressort. Les centres hospitaliers universitaires de Poitiers ou Bordeaux peuvent être également sollicités si le plateau technique du CH d'Angoulême ne dispose pas de la spécialité requise. Une femme enceinte a ainsi été adressée au CHU de Bordeaux qui bénéficie d'une unité psychiatrique mère/bébé. Les prises de rendez-vous jusqu'alors réalisées par les équipes de soins des unités sont désormais centralisées par la secrétaire médicale de l'équipe somatique. Les patients ne bénéficient pas de priorité. Lorsqu'une difficulté particulière fait jour, le médecin-chef contacte le centre hospitalier général d'Angoulême pour obtenir un rendez-vous rapide.

Deux difficultés d'accès aux soins ont été recensées : des consultations d'ophtalmologie quasi-inexistantes et une très longue attente pour les soins dentaires dans la mesure où un seul dentiste exerce au centre hospitalier d'Angoulême. Les patients autistes y sont toutefois systématiquement conduits pour les soins bucco-dentaires puisqu'ils doivent être traités sous anesthésie générale. Les autres patients peuvent se rendre chez leur propre dentiste ou être conduits à la clinique de Soyaux qui dispose d'une stomatologue. Il n'existe pas de difficultés particulières pour faire hospitaliser un patient au CH. La présence d'un soignant du CHCC est toujours requise pour un patient faisant l'objet d'une mesure de SSC même si l'état clinique de ce dernier ne le justifie pas.

RECOMMANDATION 48

Le centre hospitalier Camille Claudel doit développer le recours aux soins en extrahospitalier et trouver des solutions afin que l'accès de ses patients aux spécialistes soit plus aisé.

8.2.1 La surveillance de l'isolement et la contention

Les décisions de placement en chambre d'isolement sont prises par le psychiatre référent du patient, à défaut par l'un des psychiatres présents à l'établissement. Les médecins généralistes interviennent dans les deux premières heures sur sollicitation de l'équipe soignante. De même, ils assurent la surveillance somatique des patients isolés quotidiennement.

8.3 PLUSIEURS DISPOSITIFS ET PRATIQUES PERMETTENT D'ANTICIPER LES SORTIES ET FAVORISENT UNE CONTINUITE DANS LES SOINS

8.3.1 Politique générale, pratiques et outils

L'établissement s'est engagé dans une réflexion sur les sorties d'hospitalisation complète et dans le développement d'outils permettant d'organiser et d'accompagner ces sorties. Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), ont ainsi été menés des travaux sur le sujet jusqu'en 2021 (cinq réunions). Ils ont été interrompus depuis mais leur réactivation était prévue au premier semestre 2023.

En pratique, la définition d'un véritable projet de sortie et sa préparation – au même titre que la mise en place de programmes de soins (PDS) alternatifs à l'hospitalisation complète, qui restent relativement peu nombreux – peuvent être freinés par le déficit de temps médical que connaît l'établissement ; les troubles persistants du comportement ou le déficit d'autonomie que connaissent certains patients, même si leur état clinique est stabilisé ; la difficulté à engager les tiers aidants et, tout particulièrement, les tuteurs/curateurs dans la réflexion et les démarches ; ainsi que le caractère limité des solutions d'aval (cf. § 8.3.2).

L'établissement offre globalement des possibilités de sorties régulières, et d'accompagnement dans ce cadre, sauf déficit de soignants (sorties de moins de 12 heures et de 24 à 48 heures, dans une moindre mesure). Ces sorties sont sollicitées également pour les patients en SDRE, avec des accords mais également des refus, pour des patients présentant des antécédents lourds. Un nombre non négligeable de patients a accès à des activités de réhabilitation psychosociale (cf. § 8.1.2). Des sorties d'essai sont aménagées pour les patients, avec une politique adaptée de conservation des lits des patients dans leur unité, d'un à trois mois.

Au sein des unités, les projets de sortie sont discutés en pluridisciplinarité, notamment dans le cadre des réunions dites « panoramiques » et synthèses, même si leur formalisation et la planification de la sortie est variable suivant les unités. Les assistants sociaux sont habituellement associés à ces réunions.

Le recueil d'expériences de plusieurs patients dans le cadre de l'EPP dédiée, en 2021, avait mis en exergue la nécessité de « *formaliser un entretien de sortie, permettant ainsi de fixer un moment avec le patient afin de répondre à tous ses questionnements et lui donner toutes les informations nécessaires pour la préparation de sa sortie* » (21.06.2021). Cette formalisation reste à l'ordre du jour pour 2023.

Une « check-list » de sortie a également été développée dans le cadre de l'EPP (sorte de pense-bête informatique recensant les démarches à anticiper avec le patient, les services en intra et extrahospitalier et autres interlocuteurs pertinents (médecin traitant, membre des familles, tuteur/curateur). Un audit ciblé récent suggère toutefois une utilisation déclinante de cet outil (25 % en 2022, contre 51 % en 2021 – cf. également score des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en établissement de santé en 2022). Il semble que cette « check-list » soit parfois davantage envisagée comme un outil de contrôle post-sortie « à remplir », et donc comme une contrainte administrative. Cette question nécessiterait une information et une formation renouvelée des équipes soignantes, sinon une adaptation de l'outil.

La solution Lifem^{®62} devait également être déployée afin d'améliorer la traçabilité de l'envoi de la lettre de liaison au médecin traitant. Le déploiement d'un outil numérique partagé permettant le suivi médical coordonné de personnes présentant une perte d'autonomie ou une maladie chronique est également à l'étude.

En pratique, les sorties définitives sont généralement évitées le week-end et il est veillé à ce que les patients ne soient pas sans solution d'hébergement. Tuteurs/curateurs et tiers familiaux sont régulièrement prévenus. Pour les patients en SDRE, et selon certains soignants, il semble que les demandes d'un second avis médical concernant des demandes de levées pourraient être croissantes, sans être toutefois systématiques.

RECOMMANDATION 49

L'ensemble des patients s'appêtant à quitter l'établissement, et notamment ceux dont la situation nécessite une poursuite des soins en milieu extrahospitalier, doivent pouvoir bénéficier d'un véritable entretien de sortie et se voir remettre une lettre de liaison ainsi que l'ensemble des informations utiles à la suite de leur parcours.

8.3.2 Solutions d'aval et liens avec les services extrahospitaliers

Le déficit de places et de structures d'aval adaptées pour les patients est donc signalé comme l'un des principaux obstacles à la sortie par la direction et les équipes soignantes. Le département est sous-doté en foyer occupationnels, FAM⁶³, MAS⁶⁴, ESAT⁶⁵ ou encore IME⁶⁶, et la difficulté pour les patients du CHCC d'intégrer un EPHAD⁶⁷, une maison de retraites ou une MAFPA⁶⁸ peut être considérée comme une « perte de chances ». Beaucoup de structures restent ainsi réticentes à l'accueil de personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie.

L'établissement développe toutefois des options et partenariats intéressants avec la MAS Hestia sur site (et des liens avec d'autres MAS), avec plusieurs appartements inclusifs (10 places, gérées par la sociothérapie) ; le projet conventionné ATTAPsy avec la Résidence d'accueil du Minage (25 places)⁶⁹, ou encore le projet récent d'hospitalisation à domicile (HADPSY16 – 10 places, 15 à terme) qui permettent un suivi médical et soignant quotidien à domicile ou dans le lieu de vie (par exemple, en CHRS⁷⁰, maisons de retraite) dans le cadre de soins contractualisés (3 semaines renouvelables une fois), présentent un potentiel en matière de prévention des hospitalisations au CH comme en aval. Une convention a également été signée en janvier 2023 pour faciliter l'accès de personnes suivies par le CHCC à un dispositif d'intermédiation locative (5 places), et organiser la coopération avec l'association gestionnaire (Angoulême Solidarités). Plusieurs autres partenariats conventionnés – y

⁶² Solutions digitales permettant à chaque professionnel de santé d'accéder instantanément aux données de santé et innovations les plus pertinentes pour prodiguer les meilleurs soins.

⁶³ Foyer d'accueil médicalisé.

⁶⁴ Maison d'accueil spécialisée.

⁶⁵ Etablissement ou service d'aide par le travail.

⁶⁶ Institut médico-éducatif.

⁶⁷ Etablissement d'hébergement pour personnes dépendantes.

⁶⁸ Maison d'accueil familial des personnes âgées.

⁶⁹ www.afus16.fr/wp-content/uploads/2020/09/Pr%C3%A9sentation-projet-ATTAPsy-info.pdf

⁷⁰ Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

compris avec des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – permettent d'organiser un suivi infirmier dans les structures d'aval et une sensibilisation/formation des équipes de ces structures aux pathologies et besoins d'accompagnement des patients affectés par des troubles mentaux. Les équipes mobiles du CHCC (Goya, TED/TSA notamment) peuvent jouer un rôle particulier dans l'accompagnement et le suivi de patients post-hospitalisation où lors de séjours temporaires/d'essai. Ponctuellement, des possibilités de consultations à l'hôpital, avec le psychiatre de l'unité quittée par le patient, peuvent être maintenues après la sortie compte tenu des délais d'accès à des consultations au niveau des CMP, qui peuvent être de plusieurs mois. Un médecin généraliste du CHCC peut également se déployer pour consulter au niveau des CMP, les patients sortants étant souvent confrontés au déficit de médecins traitants que connaît le département.

L'intervention d'un coordinateur de parcours (*case manager*) au sein des unités dites de moyen séjour favorise également la mise en œuvre de projets de sortie. Ce dernier, IDE de formation initiale, en lien étroit avec les équipes soignantes, est mobilisé dès qu'une date de sortie est envisagée. Il se rend dans les structures d'aval pour échanger avec les équipes et les préparer à l'accueil des patients concernés. Il assure, post-hospitalisation, un suivi hebdomadaire (y compris au domicile, pour les patients qui peuvent y retourner), avant de passer pleinement le relais aux équipes de secteur. Les soignants référents des patients au CH peuvent aussi intervenir ponctuellement dans ce suivi d'aval.

BONNE PRATIQUE 8

L'intervention d'un infirmier coordinateur de parcours (« *case manager* ») contribue à l'organisation des sorties, à une prise de relais adaptée en milieu extrahospitalier et par les établissements d'accueil d'aval. Elle contribue à la prévention des ruptures de prise en charge et de nouvelles admissions en hospitalisation complète.

L'association régulière des services extrahospitaliers aux réunions panoramiques organisées chaque semaine au sein des unités (présence des IDE des CMP dont dépendent les patients hospitalisés) est également de nature à favoriser une meilleure connaissance des patients et de leurs besoins d'accompagnement. Elle contribue également à la continuité dans la prise en charge post-hospitalisation.

L'amélioration des perspectives de sortie pour des patients de certaines unités de moyen séjour (notamment Escape) ou de la filière TED/TSA reste en même temps tributaire d'un renforcement de la prise en charge médicale, et de l'offre d'activités favorables à leur réhabilitation psychosociale. Un souhait que l'équipe mobile du CREHAB'16 puisse intervenir aussi dans les unités d'hospitalisation pour contribuer à une meilleure sensibilisation et formation des équipes soignantes dans ce domaine a pu être exprimé.

8.3.3 Le collège des professionnels de santé

Les contrôleurs ont pu prendre connaissance de plusieurs avis du collège et interroger son fonctionnement auprès des équipes soignantes. Les avis sont formalisés et donnent systématiquement lieu à la signature de trois professionnels dont le positionnement est conforme aux dispositions du code de la santé publique. Il s'agit généralement, outre les deux psychiatres, dont un seul participe à la prise en charge du patient, d'un infirmier, éventuellement référent de ce dernier, ou plus exceptionnellement d'un cadre. Un espace est dédié aux éventuelles « observations » du patient.

Toutefois, ces avis ne semblent pas systématiquement résulter d'une réunion physique et formelle du collège, et donc d'une réflexion collégiale approfondie, ni donner lieu à un recueil *par le collège*, de l'avis du patient (autrement dit indépendant de celui que peut recueillir son seul psychiatre référent). Ainsi certains peuvent s'apparenter à une compilation, éventuellement mise à jour, des derniers certificats médicaux mensuels au point d'en reproduire parfois les termes à l'identique, sans compléments substantiels.

RECOMMANDATION 50

Le collège des professionnels de santé doit procéder à une évaluation médicale approfondie de l'état des patients, à laquelle l'éventuel maintien des soins est subordonné. Il doit se réunir effectivement et recueillir l'avis des patients concernés.

8.4 LES OUTILS DE RECHERCHE DU CONSENTEMENT SONT INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE

8.4.1 Les outils de recherche du consentement

Les patients font l'objet d'informations concernant leur pathologie, leur traitement et leur projet de soins individualisés par les psychiatres pendant les entretiens. Ces projets sont révisés lors de réunions de synthèse, parfois nommées « panoramiques », diversement tenues dans les unités (cf. § 8.1.1), et auxquelles les soignants des structures ambulatoires, les familles et les tuteurs sont parfois associés.

Le consentement des patients est recherché de façon adaptée à leur état clinique, qui peut compliquer son expression et son maintien dans le temps. Les patients des unités TED/TSA présentent parfois des difficultés majeures ou une absence de communication verbale et leur consentement n'est pas recherché en l'absence d'intervenant spécialisé.

RECOMMANDATION 51

Le consentement des patients doit être recherché lors de toutes les étapes de leur projet de soins. Celui des patients qui éprouvent des difficultés de compréhension ou d'expression doit l'être par des soignants spécifiquement formés.

L'existence et les missions de la personne de confiance sont insuffisamment connus des soignants, une confusion avec la personne à prévenir a notamment été observée. La personne de confiance est possiblement désignée lors de l'entretien d'accueil mais la traçabilité de cette désignation⁷¹ sur le formulaire spécifique n'est pas systématique. Elle n'est pas systématiquement désignée, contactée pour son information, ni associée aux décisions prises dans l'évolution des projets de soins.

⁷¹ La désignation de la PC concernait lors de la visite 50 % des patients à Moreau de Tours, 68 % à Henri Ey, 82 % à Odysée, 33 % à Janet, 0 % au Logis et 73 % à Calypso.

RECOMMANDATION 52

Les soignants doivent recevoir une formation concernant l'existence et le rôle de la personne de confiance, qui doit faire l'objet d'une désignation tracée lors de l'admission, d'une information de cette désignation et d'une association au projet de soins.

Aucun médiateur de santé pair n'intervient, dans ce cadre, auprès des patients dans les unités. L'établissement compte actuellement deux médiateurs-pairs diplômés, intervenant au CREHAB'16 et au CSAPA dont les conditions et le statut d'emploi ont évolué depuis leur intégration comme agents administratifs. Après avoir suivi une formation, ils occupent désormais l'emploi d'assistant socio-éducatif hospitalier (ASE) de catégorie A. Des pairs-aidants bénévoles interviennent également au CREHAB'16.

RECOMMANDATION 53

La formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs doivent être mis en œuvre, afin de permettre leur intervention dans toutes les unités.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie sont mises en œuvre de façon hétérogène⁷² entre les unités, sous la forme d'un plan de prévention partagé (PPP)⁷³.

RECOMMANDATION 54

Chaque patient doit pouvoir choisir de rédiger un plan de prévention partagé.

Un groupe d'entraide mutuel est joignable à la maison des usagers mais son existence et ses missions sont insuffisamment expliquées. L'annulation de certaines de ses permanences et ses interventions préférentielles pour des activités de socialisation plus que pour des échanges concernant les parcours de soins ont été relatées.

8.4.2 La pharmacie et l'administration des médicaments

L'établissement a investi dans l'achat d'un robot spécifique, sur proposition de l'équipe de la pharmacie, pour la mise en œuvre de la confection automatisée des piluliers nominatifs, qui contribue à prévenir les erreurs d'administration médicamenteuse de façon pertinente. Les pharmaciens contrôlent toutes les ordonnances et les résultats des examens complémentaires de vérification des effets secondaires biologiques et électrocardiographiques. L'équipe de la pharmacie est investie dans la préparation et la dispensation des séances d'éducation thérapeutique⁷⁴ proposées aux patients. Elle élabore également des « fiches médicaments » détaillées, accessibles

⁷² Les PPP sont mis en œuvre à Moreau de Tours, Escape, Odyssée et Sésame, mais pas à Janet, ni à Dali, ni à Henry Hey, ni au Logis au motif de la prévention du risque d'angoisser le patient.

⁷³ Le PPP, formulaire qui présente des items à cocher par le patient avec un soignant, qui répondent à trois questions : « *Qu'est-ce qui a tendance à vous perturber ou à vous faire perdre votre calme ? Qu'est-ce qu'il se passe quand vous perdez votre calme ? Si je suis sur le point de perdre mon calme, je vous remercie de m'aider à le retrouver de la (ou des) manière suivante* ».

⁷⁴ Les pharmaciens au sein d'une équipe informelle de l'établissement, ont élaboré quatorze ateliers accessibles depuis 2012 aux patients par groupe de cinq à six, concernant des thèmes diversifiés (informations sur les pathologies, les traitements et leurs effets secondaires, hygiène de vie, etc.), dans le cadre de programmes autorisés par l'ARS.

à tous les soignants dans un onglet spécifique de l'intranet, qui constituent une aide précieuse à la qualité de la prescription, et met en œuvre des EPP⁷⁵. Elle a enfin initié la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse⁷⁶ avec les patients des unités d'addictologie et d'HAD. Une COMEDIMS⁷⁷ annuelle est tenue, avec la participation de deux à trois médecins. L'équipe de pharmacie ne participe pas aux réunions cliniques des unités.

BONNE PRATIQUE 9

L'organisation totalement automatisée de la confection des piluliers nominatifs et l'investissement notable de l'équipe de la pharmacie dans les séances d'éducation thérapeutique contribuent à la qualité des soins dispensés.

La confidentialité de la distribution des traitements, effectuée par les IDE dans la salle de soins des unités, porte fermée (Moreau de Tours, Janet, Calypso) ou non (Henri Ey, Dali, Escape, Logis) ou parfois dans le réfectoire (Calypso), est inégalement garantie.

RECOMMANDATION 55

La confidentialité de la distribution des médicaments doit être garantie dans toutes les unités.

Des prescriptions de traitements « si besoin » à visée sédatrice sous forme injectable sont régulièrement relevées dans le cadre de la prise en charge de l'agitation, avec un défaut de précision dans le logiciel du contexte clinique précis qui implique l'administration, et sans examen médical systématique. Les pharmaciens rappellent la nécessité de se conformer aux recommandations des OMÉDIT⁷⁸ spécifiques de la prise en charge de l'agitation. Les médicaments « si besoin » sont fournis en dotation et conservés dans l'armoire à pharmacie, et les soignants doivent justifier par écrit leur utilisation pour en obtenir renouvellement.

RECOMMANDATION 56

L'administration de traitements « si besoin » à visée sédatrice sous forme injectable doit faire systématiquement l'objet d'une évaluation médicale et d'une prescription précisant le contexte clinique de cette nécessité thérapeutique.

⁷⁵ EPP : évaluation des pratiques professionnelles, concernant des thèmes diversifiés (traçabilité des médicaments en temps réel, neuroleptiques d'action prolongée, inhibiteurs de la pompe à protons, etc.).

⁷⁶ La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins.

⁷⁷ COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

⁷⁸ Les OMÉDIT (observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) sont des structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendante, placées auprès des ARS.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EST RESOLUMENT TOURNEE VERS L'EXTRA HOSPITALIER

Il n'y a pas de filière spécifique de gérontopsychiatrie au sein de l'établissement. Le CHCC a concentré ses moyens en vue de la prise en charge de la personne âgée sur l'extrahospitalier. L'unité intersectorielle Goya intervient ainsi en matière de prévention, d'évaluation, de coordination et de soutien auprès des personnes âgées de plus de 70 ans en situation de souffrance psychique. L'unité a été renforcée en septembre 2021 et a pris en charge 367 patients en 2022 (+ 48 % par rapport à 2021).

Cette unité propose son aide aux aidants naturels et effectue le lien avec les structures médico-sociales du département. Les patients hospitalisés en SSC bénéficient des liens tissés avec ces structures, notamment les EHPAD, c'est le cas pour les patients de l'unité moyen séjour Calypso qui sont souvent orientés vers ces structures. Les soignants des services intrahospitaliers peuvent solliciter l'unité Goya pour obtenir une expertise sur la spécificité de la prise en charge de la personne âgée, le projet de sortie ou encore l'adaptation thérapeutique.

9.2 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS MINEURS EST OBEREE PAR DES RESTRICTIONS DE LIBERTE NON INDIVIDUALISEES ET DES ATTEINTES AUX DROITS

Mikado est une unité de soins aux adolescents (de 12 à 18 ans) qui se compose de trois entités : l'unité d'hospitalisation complète (UHC) occupe, hors de l'emprise du site principal de l'hôpital Camille Claudel, un bâtiment de plain-pied qu'elle partage avec le CMP, à proximité de l'hôpital de jour. L'UHC est une unité ouverte sauf lorsque l'accueil d'un adolescent fugueur justifie sa fermeture temporaire, ce que les contrôleurs ont pu constater les deux derniers jours du contrôle.

Le personnel médical est décrit au § 2.3.1. Le personnel non médical est composé de : 0,5 cadre de santé, 10,5 IDE, 8 AS, 4 ASH, 1 psychologue, 0,6 assistant social, 3 agents socio-éducatifs, 2 assistants médico-administratifs (AMA).

Initialement dotée de 10 lits, l'UHC a vu sa capacité hôtelière réduite à 8 lits depuis un an à la suite d'un manque d'effectifs de soignants. Cette difficulté a d'ailleurs occasionné la fermeture de l'unité pendant la période des fêtes de Noël : une semaine en 2021 et deux semaines en 2022. Les jeunes sont rentrés à leur domicile, une permanence de soins étant néanmoins assurée la journée dans l'unité.

L'UHC dispose de quatre chambres individuelles et de trois chambres doubles. Les six adolescents (cinq filles et un garçon) accueillis au moment du contrôle, âgés de treize ans et neuf mois pour la plus jeune et de dix-sept ans pour le plus âgé, sont hébergés en chambre individuelle ou seuls dans une chambre double.

Ces chambres aux murs totalement nus sont meublées très sommairement. Elles ne disposent ni de sanitaire ni de douche. Les vitres opacifiées sur toute la hauteur ou jusqu'à 20 cm du châssis supérieur sont verrouillées. Elles ne disposent pas de liseuse mais d'une veilleuse dont l'interrupteur se situe sur le mur opposé au lit. Les chambres doubles ne sont pas équipées d'un dispositif de séparation entre les lits de nature à préserver l'intimité de chaque patient. Un ou deux placards susceptibles d'être fermés à clé mais dont la clé est à la main des soignants équipent la chambre. La porte des chambres est pleine et munie d'un verrou de confort déverrouillé par les soignants

lorsqu'ils effectuent leur ronde de nuit toutes les 2 heures et ouvrent la porte pour s'assurer que tout est en ordre.

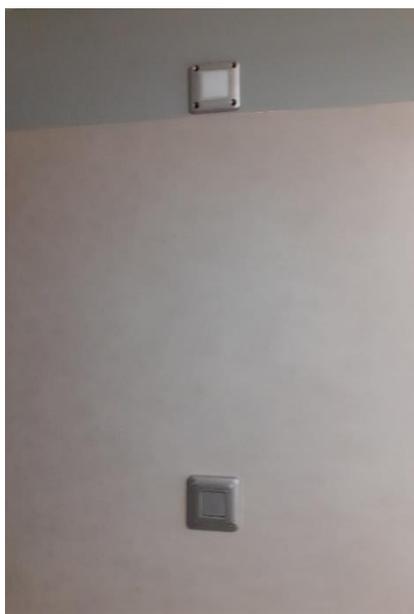
L'absence de sanitaires individuels et la fermeture des sanitaires collectifs, pour une durée minimale de deux heures après chaque repas, ont été justifiées au motif de l'hébergement de mineurs présentant un trouble des conduites alimentaires (TCA).

RECOMMANDATION 57

Les chambres de l'unité pour adolescents doivent être équipées de manière adaptée et disposer de sanitaires individuels.



Chambre individuelle



Veilleuse



Chambre double

9.2.1 L'accueil, la prise en charge et la vie quotidienne.

Tous les adolescents accueillis au moment du contrôle sont hospitalisés à la demande de leurs deux parents sauf dans le cas où le juge aux affaires familiales a attribué l'exercice exclusif de l'autorité parentale à l'un des deux. En 2021, il y a eu une admission sur ordonnance de placement provisoire du parquet confiant le mineur au président du conseil départemental (ASE) et deux admissions sur décision du représentant de l'Etat.

Les hospitalisations sont soit programmées soit décidées lors d'une situation de crise après évaluation par l'unité d'accueil et d'orientation (UAO).

La recherche systématique du consentement au projet de soins du patient et de ses représentants légaux n'est pas formalisée par la signature multipartite d'un document spécifique. Le fait que les parents aient signé l'autorisation d'hospitalisation ainsi que différentes autorisations (participation aux activités thérapeutiques organisées à l'extérieur, etc.) et qu'ils soient reçus en entretien par le médecin psychiatre, ne saurait pallier l'absence de recueil de consentement au projet de soins.

Le projet thérapeutique individualisé qui « définit les soins cliniques (diagnostiques et thérapeutiques), psychologiques et sociaux » n'est pas non plus exposé au patient ni contractualisé

avec lui. En revanche, l'équipe médicale et les patients souffrant de TCA signent un contrat de soins hebdomadaire.

RECOMMANDATION 58

Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés et consentir au projet thérapeutique individualisé élaboré pour leur enfant et ce par la signature d'un document spécifique.

La recherche du consentement du mineur doit être systématique.

Un livret d'accueil présentant l'emploi du temps d'une semaine-type est remis à chaque adolescent lors de son admission, et affiché dans l'unité.

Le réveil, le petit-déjeuner et la prise de traitement ont lieu de 8h à 9h les jours ouvrables et à 10h45 le dimanche. Le mardi et le vendredi de 10h à 12h se réunissent le « groupe sexualité, génitalité et vie affective » et le « groupe expression ». Les lundis, mercredis et jeudis, la matinée débute par une réunion soignants-soignés à 10h00 au cours de laquelle sont évoquées les tâches de la journée à se répartir (mettre le couvert, laver la vaisselle), les éventuels rendez-vous médicaux et autres de chaque patient, le programme des activités occupationnelles (en individuel ou en groupe) qui se dérouleront de 10h15 à 10h45 et la possibilité ensuite pour chaque patient de s'entretenir individuellement avec un soignant de 10h45 à 12h00 sauf le jeudi où ce créneau horaire est consacré à l'atelier thérapeutique escalade qui se tient dans la salle de psychomotricité équipée d'un mur d'escalade. Le déjeuner a lieu de 12h00 à 13h00, dans le réfectoire, repas partagé avec un soignant à chaque table, sans que cela soit qualifié de repas thérapeutique par les soignants. L'après-midi des lundis, jeudis et vendredis débute à 15h45 selon le même schéma que la matinée (réunion soignants-soignés, goûter, activités occupationnelles puis entretien). Trois ateliers thérapeutiques ont lieu chaque semaine : le lundi soir (cuisine), le mardi après-midi (piscine), le mercredi-après midi (randonnée).

La mission de l'enseignante spécialisée, présente 24h par semaine sur l'ensemble du site Mikado n'est pas d'enseigner mais de veiller à la continuité pédagogique en faisant le lien avec l'établissement scolaire d'origine, en remobilisant le jeune et en expliquant aux parents les différentes orientations. Elle a la possibilité de se connecter au logiciel Pronote dont sont équipés tous les collèges et lycées, afin d'imprimer les cours qu'elle remet aux élèves s'ils désirent travailler et ont l'autorisation médicale pour ce faire.

Les adolescents ont accès à leur chambre à tout moment de la journée. Ils peuvent emprunter un livre pour lire dans leur chambre ou dans la salle de lecture, accessible toute la journée. Une télévision et un lecteur de DVD y sont installés, mais dont l'accès est limité : de 9h00 à 9h45 puis après la fin des tâches du déjeuner et jusqu'à 14h45, de 17h00 à 19h00, puis après les tâches du dîner et jusqu'à 22h00 ou 22h30.



Réfectoire



Salle d'activités



Salle de lecture et télévision

9.2.2 Les atteintes aux libertés.

a) La liberté d'aller et venir

Le patient ne peut sortir seul de l'unité et il doit être accompagné d'un soignant dans le jardin de l'unité ceint d'une clôture grillagée.

RECOMMANDATION 59

Les patients adolescents enfermés doivent avoir un accès permanent à l'air libre en journée.

b) La liberté de communiquer

Il est interdit au patient de conserver son téléphone portable, sa tablette ou sa console de jeux. Les appels téléphoniques sont possibles le mercredi, à partir de 17h00, et une fois le week-end, en présence d'un membre de l'équipe soignante et sont réservés aux parents et/ou aux responsables légaux.

Au motif que les adolescents ne se servent pas de leur téléphone pour téléphoner, ils sont donc privés de l'usage de leur portable. La limitation à deux appels par semaine à leurs parents et en présence d'un soignant, porte atteinte au droit de communiquer tant des enfants que de leurs parents.

Cette liberté est d'autant plus entravée que les parents, qui au moment de l'admission n'ont pas la possibilité de visiter le service, et notamment la chambre qu'occupera leur enfant, n'ont pas plus la possibilité de lui rendre visite. Cette interdiction est justifiée par le fait que les règles de fonctionnement de l'unité doivent être les mêmes pour tous, que les adolescents sont accueillis sur des périodes courtes, de dix jours en moyenne, et qu'ils peuvent solliciter une permission de sortie dès le deuxième week-end qui suit leur admission. Or trois des six adolescents hospitalisés, l'étaient depuis une durée d'un à quatre mois.

RECOMMANDATION 60

La liberté d'aller et venir et la liberté de communiquer ne doivent pas faire l'objet d'une interdiction générale applicable à tous les enfants et adolescents indistinctement, sans prise en compte de chaque situation clinique.

c) L'accès au tabac

Les règles de vie affichées dans l'unité mentionnent : « *tabac après évaluation médicale de la dépendance sur accord des représentants légaux, la consommation de cigarettes est possible mais elle est strictement personnelle. Temps de cigarette : 9h, 11h45, 13h30, 16h30 et 18h45.* » Cette mention est rayée au stylo et le livret d'accueil actuellement distribué n'y fait plus référence. La note de « procédure d'accueil » du 17 novembre 2021 visée plus haut précise au paragraphe intitulé information du patient : « *le tabac est interdit pour les moins de 16 ans. En cas de dépendance au tabac, un accompagnement à la réduction est mis en place. Les cigarettes sont gérées par le personnel soignant avec l'autorisation parentale.* » Actuellement le livret d'accueil remis aux parents cite les textes réglementaires de 1992 et 2006, relatifs à l'interdiction de fumer dans les établissements de santé et ajoute : « *si votre enfant est fumeur, des substituts nicotiques et un accompagnement médical et infirmier lui seront proposés.* »

Selon l'explication fournie aux contrôleurs il a été décidé, il y a sept mois, de supprimer cet accès au tabac, même dans le jardin.

RECOMMANDATION 61

L'unité pour adolescents doit développer une procédure concernant la gestion du tabac qui prenne en compte les différents aspects liés à cette problématique : la place du tabac pour les patients lors de l'hospitalisation qui correspond souvent à une situation de crise peu propice au sevrage, le respect des droits des personnes, la possibilité d'accéder à l'extérieur, l'approche globale des déterminants de la santé pour des personnes vulnérables et les conditions de prise en charge d'un sevrage tabagique, qui ne peut se résumer à une simple interdiction de la consommation.

d) La sexualité

Les règles de vie reprennent les dispositions du règlement intérieur : « *les rapports sexuels ne sont pas compatibles avec la prise en charge hospitalière* » au motif que sans être formellement proscrits les rapports sexuels ne sont pas recommandés dans un cadre thérapeutique. Il n'y a pas de réflexion d'équipe sur le sujet et les soignants sont attentifs à repérer un « *rapprochement* », à « *tout faire pour éviter un risque de passage à l'acte.* » Les préservatifs ne sont pas accessibles dans l'unité mais un traitement contraceptif initié avant l'hospitalisation sera poursuivi.

La psychologue présente dans le service à mi-temps a mis en place un atelier hebdomadaire « vie affective des adolescents » animé par huit référents soignants formés et volontaires. A partir d'un livret intitulé « *ça s'explique* » qui évoque notamment la question du consentement. Les axes de travail sont : « la réappropriation identitaire et culturelle, l'altérité et la vie affective, la santé sexuelle ». Les outils de médiations utilisés sont un photolangage, un jeu de cartes « ado-sexo », des cartes-débat et un court métrage « la tasse de thé » qui permettent à l'adolescent au sein du groupe, de trouver des réponses à ses questionnements (cf. § 5.6).

RECOMMANDATION 62

Une réflexion institutionnelle sur l'accès à la sexualité des adolescents et le respect de l'intimité doit être engagée.

9.2.3 Les mesures d'isolement et de contention

Pour gérer la crise d'un mineur, les soignants tentent de favoriser la désescalade par le retrait du patient pendant quinze minutes dans la chambre hôtelière non fermée à clé ou dans l'espace d'apaisement. Ce dernier, de petite taille, est équipé très sommairement : un tapis, un pouf et une couverture lestée, et éclairé par un spot avec variateur d'intensité et de couleur mais dont la télécommande est actionnée par un soignant. Dans un placard fermé à clé se trouvent des balles anti-stress et un radiocassette.

Si le passage dans la chambre d'apaisement reste inefficace, le patient adolescent peut faire l'objet d'une injection et être placé en contention pendant 15 à 20 minutes dans le bouclier de protection, sur son lit, un soignant demeurant à ses côtés. Si cela ne suffit pas à faire cesser la crise, le patient est transféré dans une des cinq unités pour adultes qui disposent d'une CI.

Depuis janvier 2023, deux patientes ont été transférées pour placement en CI dont l'une pour une durée de 43 heures, durant le week-end du 14 au 16 janvier. L'ensemble de l'équipe affirme qu'il n'y a pas d'isolement ou contention en chambre hôtelière seulement des « *temps de retrait de quelques minutes* ». Néanmoins, il existe des cas de transferts en CI non tracés dans le registre des événements indésirables (REI) de l'unité Mikado mais bien dans le RIC de l'établissement et des cas de contention en chambre hôtelière non tracés dans le RIC mais bien dans le REI de l'unité.

Les parents sont informés par téléphone du placement de leur enfant en CI.

RECOMMANDATION 63

L'isolement et la contention d'un patient mineur sont dépourvus de fondement légal, sauf si celui-ci est placé sous le régime de soins sur décision du représentant de l'Etat. Même en ce cas, ils doivent être évités par tout moyen.

Si de telles mesures sont néanmoins mises en œuvre, à titre exceptionnel, elles doivent être décidées par un médecin psychiatre pour une durée brève et régulièrement réévaluée, rigoureusement tracées dans un registre ad hoc, analysées par les soignants et présentées aux instances de l'établissement.

Les mineurs ne sauraient bénéficier de moins de droits que les patients majeurs. En conséquence, toutes décisions les concernant doivent être portées à la connaissance et au contrôle du juge ; les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés et disposer d'une voie de recours, quel que soit le statut d'hospitalisation de l'enfant.

9.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS NE GARANTIT PAS LE RESPECT DE LEURS DROITS FONDAMENTAUX

Lors de la visite des contrôleurs, aucun patient détenu n'était hospitalisé. Les informations relatives aux modalités de prise en charge ont été recueillies auprès des professionnels de santé des unités d'admission.

Les personnes détenues sont admises au CHCC en SDRE au titre de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique. Elles proviennent toutes de la maison d'arrêt d'Angoulême. Le nombre d'hospitalisations est faible et s'élève à cinq personnes en 2022 et aucune depuis le début de l'année jusqu'à la date de la visite. Les indications d'admission sont essentiellement les syndromes dépressifs majeurs et les risques de passage à l'acte suicidaire. Les patients détenus sont reçus dans les unités d'admissions fermées (Moreau de Tours et Dali) mais en 2022, les cinq personnes orientées ont toutes été reçues à Moreau de Tours.

Les contrôleurs ont pris connaissance du protocole concernant les prestations psychiatriques dispensées aux personnes détenues d'un établissement pénitentiaire par un secteur de psychiatrie générale du 15 octobre 2020 signé avec l'ARS, le chef d'établissement de la maison d'arrêt (MA) d'Angoulême et la directrice interrégionale des services pénitentiaires de Bordeaux. Ce dernier prévoit uniquement la prise en charge psychiatrique au sein de la MA d'Angoulême mais rien concernant l'hospitalisation de patients détenus sur le CHCC.

Une fiche de liaison transmise par l'établissement pénitentiaire accompagnant l'arrivée d'un patient détenu, précise « les principaux incidents mentionnés au dossier, les antécédents connus lors de précédentes incarcérations, les observations sur le comportement, l'environnement, les actes auto ou hétéroagressifs, les permis de visites des personnes qu'il peut joindre par téléphone et s'il a un suivi particulier ».

D'autre part, une note interne du CHCC du 30 septembre 2020 encadre l'admission d'un patient détenu, son séjour et le contrôle du JLD. Il est indiqué que les visites sont possibles pour les personnes inscrites sur la fiche de liaison néanmoins il est précisé que « *la maison d'arrêt recommande d'éviter les visites car la configuration des unités de soins n'offre pas les mêmes garanties de sécurité que les locaux pénitentiaires et de ne pas autoriser les communications téléphoniques durant l'hospitalisation, que pour toute émission ou réception de courrier, il faut prendre contact avec la maison d'arrêt et que les contacts avec l'avocat ne peuvent avoir lieu que par courrier* ».

Il est aussi spécifié que le patient porteur d'un bracelet électronique peut être hospitalisé librement. Il est indiqué qu'en cas d'hospitalisation d'un détenu en semi-liberté, il doit être considéré comme un détenu et la maison d'arrêt doit être informée.

Mais, interrogés, les soignants et médecins connaissent mal le contenu de cette note. En effet, certains pensent qu'un « *détenu doit être systématiquement isolé durant son hospitalisation* » ou « *qu'il ne faudrait pas qu'il tire des bénéfices secondaires de son hospitalisation* ».

Durant leur hospitalisation en 2022, les cinq patients détenus ont été placés à l'isolement. Trois d'entre eux ont passé 24 heures en hospitalisation hors de la CI, et l'un d'entre eux huit jours avant d'être transféré à la maison d'arrêt (ce dernier cas cela n'était pas connu de l'EPIC).

RECOMMANDATION 64

Les patients détenus doivent bénéficier tout long de leur hospitalisation des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins sans consentement.

Pour ce faire, l'établissement pénitentiaire et le centre hospitalier doivent définir un protocole définissant les modalités de transport, les effets personnels autorisés, les conditions de séjour et de mise en œuvre des droits des patients détenus relatifs notamment aux permis de visite et autorisations de téléphoner.

Aucun patient ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique, pour un motif sécuritaire. Toutes restrictions de droits et libertés doivent être médicalement justifiées, adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient, régulièrement réévalué. Les conditions posées par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique, qui définit le placement en chambre d'isolement comme pratique de dernier recours, s'appliquent également aux patients détenus.

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