

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

2 au 12 décembre 2019 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier George Sand

(Cher)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont visité le centre hospitalier George Sand (CHGS), situé à Bourges (Cher), du 2 au 12 décembre 2019. Un rapport provisoire a été adressé le 13 mai 2020 au directeur du centre hospitalier, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Bourges et au procureur de la République près ce même tribunal, au préfet et au délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) du département du Cher. Le procureur de la République a communiqué des observations le 2 juin 2020 et le directeur du centre hospitalier le 29 octobre 2020 ; elles ont été intégrées au présent rapport.

Le CHGS a été créé en 2003 de la fusion de trois centres hospitaliers spécialisés situés à Bourges, Chezal-Benoît (Cher), Dun-sur-Auron (Cher). Sa direction générale est installée à Bourges. Il subsiste de cet historique une triple capacité d'accueil, à hauteur de 1 102 lits et places : médico-sociale, sanitaire en long séjour en soins libres exclusivement, sanitaire en court séjour.

Les six unités d'hospitalisation complète susceptibles de prendre en charge des personnes en soins sans consentement (SSC), totalisant 115 lits, sont toutes situées à Bourges : le centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD), quatre unités pour adultes dont une pour les jeunes adultes et une pour les personnes âgées, le centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA). L'ensemble dispose de cinq chambres d'isolement (CI) et sept chambres sécurisées (CS). De manière atypique, le CHGS a réparti ses services dans un pôle intra hospitalier, un pôle extra hospitalier, un pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA, qui regroupe intra et extra hospitaliers).

Le CHGS accueille la population de l'ensemble du département du Cher et celle du canton d'Issoudun dans le département de l'Indre. La notion de secteur, existante, n'est pas usitée. Une seule clinique, à Vierzon (Cher), complète l'offre sur ce territoire rural marqué par des taux de chômage et de pauvreté importants.

Les locaux d'hospitalisation du CHGS à Bourges, majoritairement composés de constructions modernes, sont globalement en bon état.

Le 2 décembre 2019, seulement 12,4 % des patients étaient hospitalisés en SSC, pourcentage peu élevé qui se confirme sur la durée : en 2019, ils ont représenté 18 % des patients hospitalisés à temps complet, plaçant le département du Cher parmi ceux qui ont les taux de recours aux SSC en psychiatrie les plus bas. On constate aussi une baisse des soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sur plusieurs années. Seule l'augmentation, parmi les soins sur décisions du directeur de l'établissement (SDDE), des procédures d'urgence que sont les soins sur demande d'un tiers en urgence (SDTU, 46 %) et les soins en péril imminent (SPI, 34%) requiert de la vigilance.

Le CHGS ne parvient pas à recruter du personnel médical et non médical à la hauteur de ses besoins. La pénurie, ancienne, s'accroît particulièrement parmi le personnel médical : plus de 15 % des postes sont vacants, soit une douzaine de postes, alors que les départs en retraite sont nombreux. Cela concerne aussi la médecine somatique. La présence de praticiens attachés et d'internes en psychiatrie ne permet pas de réaliser les certificats médicaux des patients en SSC et de décider de mesures d'isolement et de contention.

Le rapport met en exergue des lacunes concernant la tenue du registre de la loi, la recherche du tiers, la rédaction des arrêtés des maires en vue de SDRE, la remise aux patients des certificats

médicaux motivant les décisions de SSC et leur information sur les voies de recours dont ils disposent contre ces dernières.

La pénurie médicale s'illustre notamment à travers le délai important nécessaire pour poursuivre les soins en centre médico-psychologique (CMP), des examens somatiques qui ne sont pas réalisés, le collège des professionnels de santé qui ne se réunit pas et ne rencontre pas le patient. L'information des patients est incomplète s'agissant du contenu et de la remise du livret d'accueil, de l'annonce des visites de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), de la communication de l'identité du tiers ou encore de la mise en œuvre d'un système de vidéosurveillance.

Si les instances associant les usagers et leurs représentants sont actives, l'avis des usagers est imparfaitement recueilli par le biais des questionnaires de satisfaction.

Les conditions matérielles de vie sont généralement correctes, sauf le cas de la régulation thermique difficile au CAOD en hiver comme en été, l'absence de wifi pour les patients et l'absence de WC dans les chambres de l'unité pour personnes âgées. Dans cette dernière, la liberté d'aller et venir n'est pas assurée alors que les patients en soins libres y sont très majoritaires et dépendent tous de l'intervention d'un soignant pour ouvrir la porte de l'unité.

La police intervient parfois au contact des patients dans les unités, appelée en renfort par les soignants, sans que la situation ne soit strictement encadrée ni même évaluée.

Enfin, l'examen des pratiques en matière d'isolement et de contention fait apparaître des mesures qui sont mal ou pas enregistrées, des décisions initiales d'isolement engagées pour plus de douze heures et des décisions initiales de contention engagées pour plus de six heures. Le registre de l'isolement et de la contention n'est pas suffisamment exploité en vue de connaître et diminuer le recours à ces mesures. Outre les chambres d'isolement, les chambres sécurisées sont utilisées pour la même fonction d'isolement ; toutes ces chambres ne sont pas équipées d'un dispositif d'appel aux soignants, d'une horloge, d'une chasse d'eau, d'un point d'eau. La vidéosurveillance tend à remplacer le contact humain. L'isolement des enfants se déroule dans une unité pour adultes, sans le relais de la compétence en pédopsychiatrie. Surtout, en cas de risque suicidaire, les patients sont placés nus en isolement.

Parallèlement, le rapport met en valeur des équipes investies largement auprès des patients, y compris par l'intégration des agents des services hospitaliers (ASH), des règles de vie affichées très lisiblement dans chaque unité et issues du règlement intérieur, la libre disposition des effets personnels sauf contre-indication médicale individualisée, un accès permanent à l'air libre – jour et nuit – dans toutes les unités.

Les soins dispensés se démarquent positivement par le dispositif du CAOD à l'entrée de l'établissement, ouvert 24h/24 à toute personne qui ressent la nécessité de soins psychiatriques, par l'investissement du personnel de l'unité Balzac dans la prise en charge des premiers épisodes psychotiques chez le jeune adulte, par le soin des troubles de l'équilibre de la personne âgée sans recourir à la contention chimique ou mécanique.

Le personnel a fait preuve de transparence lors de la visite, motivé par la démarche du CGLPL et par la perspective d'avoir un regard extérieur sur ses pratiques, malgré la charge de travail accentuée par le manque de médecins.

La richesse et la précision des observations relayées par la direction de l'établissement lors de la phase contradictoire d'élaboration du rapport, telles qu'elles sont intégrées à la suite de chaque recommandation, confirme que la réflexion, collective, est vive et la volonté d'agir réelle.

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 15

Malgré la coexistence de plusieurs sites consacrés à la psychiatrie au sein du même centre hospitalier, la prise en charge des patients en soins sans consentement se concentre sur un seul site.

BONNE PRATIQUE 2 20

Une sensibilisation des agents de service hospitalier (ASH) à la psychiatrie est proposée par le biais de la formation.

BONNE PRATIQUE 3 25

Les éléments du règlement intérieur de l'établissement intéressant les patients sont affichés dans toutes les unités, facilement lisibles sous la forme d'un document court et compréhensible.

BONNE PRATIQUE 4 50

Un espace à l'air libre est accessible en permanence dans les unités.

BONNE PRATIQUE 5 57

Seuls des éléments cliniques motivent, le cas échéant, le retrait d'effets personnels aux patients, le principe largement appliqué étant de leur en laisser l'entière jouissance. Cela favorise le maintien des liens avec l'extérieur.

BONNE PRATIQUE 6 59

Si la levée d'hospitalisation a lieu en dehors des heures d'ouverture de la régie, cette dernière contacte la personne le premier jour ouvrable suivant pour organiser la restitution de son dépôt et elle le conserve pendant un temps utile à sa venue.

BONNE PRATIQUE 7 67

L'organisation du centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) permet de répondre en permanence au besoin immédiat de prise en charge en santé mentale des personnes présentes sur le territoire du CHGS, en complément de l'offre située classiquement aux urgences du centre hospitalier général.

BONNE PRATIQUE 8 68

Le personnel d'une unité d'hospitalisation, médical et non médical, développe activement la prise en charge des premiers épisodes psychotiques des jeunes adultes en proposant plusieurs dispositifs, variés, de nature à individualiser la prise en charge et à faciliter l'insertion dans le soin.

BONNE PRATIQUE 9 101

Dans l'unité de psychiatrie de la personne âgée, en complément d'une vigilance forte quant au risque de sur-médication, le personnel prodigue aux patients des soins ayant des effets positifs sur l'anxiété et l'équilibre, également de nature à favoriser le faible recours au matériel antichute ainsi qu'à l'isolement ou à la contention.

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 24

Afin d'éviter un recours abusif à l'arrêté provisoire de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), il conviendrait de renforcer l'information auprès des maires des communes du département sur le cadre prévu par la loi quant à la réalité de l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes.

RECOMMANDATION 2 37

Le collège des professionnels de santé doit se réunir physiquement, et recevoir le patient concerné en formation collégiale.

RECOMMANDATION 3 77

Les chambres sécurisées utilisées comme chambre d'isolement doivent être considérées comme telles afin que les patients puissent garder leur lit d'hospitalisation et n'y séjourner que le temps nécessaire.

RECOMMANDATION 4 83

La décision initiale d'une mesure d'isolement ne doit pas excéder une durée de 12 heures.

RECOMMANDATION 5 83

Les mesures de placement à l'isolement et leur levée doivent être systématiquement enregistrées sur le logiciel Cariatides™ et décidées par un médecin titulaire d'une qualification ordinaire de psychiatrie.

RECOMMANDATION 6 84

Le recours à la vidéosurveillance ne doit pas se substituer à la surveillance physique et à l'interaction relationnelle qui doivent être plus fréquentes.

RECOMMANDATION 7 86

La décision initiale d'une mesure de contention ne doit jamais excéder une durée de six heures.

RECOMMANDATION 8 104

Le transfert, l'admission et le séjour des patients détenus doivent être organisés en amont avec toutes les parties prenantes afin de garantir l'accès de ces patients à l'ensemble de leurs droits.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 21

Le centre hospitalier George Sand doit poursuivre ses efforts en vue de recruter du personnel – et en priorité du personnel médical – et le former aux spécificités de la prise en charge en psychiatrie, notamment s'agissant des droits des patients et du cadre juridique des soins.

RECO PRISE EN COMPTE 2 23

Il conviendrait de systématiser sur toute la durée d'une hospitalisation la recherche d'un tiers demandeur dans le cas d'une décision d'admission en soins en péril imminent. Le recours aux

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

RECO PRISE EN COMPTE 3 25

Le livret d'accueil doit contenir des informations sur la mission, la composition, les dates de réunion et les moyens de saisir la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des usagers et il doit être remis lors de toute admission ou réadmission. Les mêmes informations, ainsi que les moyens de rencontrer la commission départementale des soins psychiatriques quand elle vient en visite, doivent être affichées dans les unités d'hospitalisation accueillant des patients en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 4 37

L'indication des dates de la notification des droits des patients placés en soins sans consentement et du recueil de leurs observations prévue à l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) doit figurer au registre de la loi.

La notification de la décision du directeur de l'établissement, prévue à l'article L 3212-5 du CSP, doit être apposée dans le registre de la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 5 47

L'établissement doit mettre en place les affichages réglementaires d'information du public de l'existence d'un dispositif de vidéoprotection et des modalités d'exercice du droit d'accès aux images.

RECO PRISE EN COMPTE 6 51

Pour les patients amenés dans les unités à contacter leurs proches par le biais d'un téléphone de l'établissement, une ligne et un terminal de téléphonie spécifiques doivent être installés.

RECO PRISE EN COMPTE 7 58

La régie doit être aménagée pour en permettre l'accès aux personnes à mobilité réduite.

RECO PRISE EN COMPTE 8 75

Il est souhaitable que le centre hospitalier George Sand mette tout en œuvre afin de pourvoir les postes de médecins généralistes dont la vacance ne peut, à terme, que porter préjudice aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 9 84

Il doit être mis un terme à la mise à nu intégrale des patients présentant un risque suicidaire. Des moyens respectueux de la dignité humaine doivent être envisagés.

PROPOSITIONS

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

PROPOSITION 1 26

Le certificat médical sur lequel s'appuie une décision de soins sans consentement ainsi que les voies de recours contre cette décision doivent être remis aux patients.

PROPOSITION 2 26

En cas de soins sur demande d'un tiers, si l'identité du tiers demandeur n'apparaît pas immédiatement communicable au patient, les soignants doivent cependant se donner les moyens de la faire connaître à celui-ci dès que son état le permet.

PROPOSITION 3	35
Le questionnaire de satisfaction doit être remis aux patients à l'entrée ou en préparation de la sortie. Les soignants doivent être sensibilisés à l'intérêt d'inciter les patients à le remplir. Si le questionnaire n'est pas adéquat aux besoins des patients de psychiatrie, il doit être adapté.	
PROPOSITION 4	39
L'avocat doit rencontrer son client dans des conditions matérielles qui garantissent la confidentialité de leur entretien.	
PROPOSITION 5	42
Il conviendrait de repenser l'articulation entre les prises en charge hospitalières et ambulatoires afin que les patients puissent bénéficier de soins dans les meilleurs délais et au plus près de leur domicile, une fois sortis des unités de court séjour.	
PROPOSITION 6	48
Les interventions de la police au sein des unités ne sont possibles qu'en cas de trouble à l'ordre public ou dans le cadre d'une procédure judiciaire ; elles doivent être exclues pour toute action relevant de la fonction de soins.	
PROPOSITION 7	50
Sauf exception médicalement motivée, un patient doit pouvoir, s'il le souhaite, accueillir un autre patient dans sa chambre ou y recevoir des visites.	
PROPOSITION 8	52
Les patients doivent pouvoir bénéficier d'un accès à un support informatique et à un réseau wifi.	
PROPOSITION 9	55
Si les locaux sont globalement de bonne qualité, des aménagements doivent être effectués dans certaines unités pour améliorer la prise en charge et garantir l'intimité des patients : verrous de confort sur les portes des chambres et des salles d'eau, ouverture des fenêtres, mobilier des salles de vie, dispositif d'appel aux soignants.	
PROPOSITION 10.....	56
L'équipement des chambres d'hospitalisation doit inclure un WC directement accessible.	
PROPOSITION 11.....	65
Le système de régulation thermique au centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) doit être revu afin de donner aux patients et au personnel le confort attendu.	
PROPOSITION 12.....	69
Il est souhaitable que les entretiens infirmiers soient intégrés dans la planification des soins et enregistrés sur le logiciel à disposition des soignants.	
PROPOSITION 13.....	73
Il serait profitable aux patients que les activités qui se déroulent dans les ateliers thérapeutiques et au sport soient davantage considérées comme partie intégrante du projet de soins. Les intervenants soignants ou non pourraient être systématiquement invités aux diverses réunions et inscrire leurs bilans et observations dans le logiciel Cariatides™.	
PROPOSITION 14.....	74
Dans l'intérêt des patients, il conviendrait d'étendre à toutes les unités les programmes d'éducation thérapeutique déjà initiés dans certaines.	

PROPOSITION 15..... 80

Les chambres d'isolement ainsi que les chambres sécurisées doivent notamment être équipées d'un dispositif d'appel, d'une horloge présentant la date et l'heure, d'une chasse d'eau manœuvrable par le patient pour le WC et d'un point d'eau pour pouvoir boire et se laver les mains à tout moment.

PROPOSITION 16..... 91

La mise en œuvre d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique ne peut s'appliquer qu'à un patient en soins sans consentement. Dans le cas contraire, la modification du statut juridique des soins s'impose dans les meilleurs délais dans tous les cas.

PROPOSITION 17..... 91

Afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention, le centre hospitalier George Sand doit se doter d'indicateurs lui permettant de connaître pour chaque patient le nombre de mesures, leurs durées initiales et totales et le temps réel passé en isolement ou sous contention pendant son hospitalisation.

PROPOSITION 18..... 97

Le recours à l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen. Il doit être totalement exclu à l'encontre d'enfants de moins de 13 ans. Dans le cas de l'isolement d'un mineur de plus de 13 ans dans une unité pour adultes, il doit être entouré de garanties particulières, incluant notamment l'intervention des soignants de l'unité de pédopsychiatrie.

PROPOSITION 19..... 99

Les patients de l'unité Maupassant doivent par principe bénéficier de leur liberté de circulation et la porte d'entrée de l'unité doit être équipée de manière à leur permettre de jouir du droit d'y entrer et d'en sortir.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 Le centre hospitalier George Sand est un établissement récent, atypique, en constante évolution.....	13
2.2 La situation financière, qui se dégrade, répond actuellement aux besoins de prise en charge des patients et d'accompagnement des projets	17
2.3 L'établissement ne parvient pas à recruter du personnel médical et non médical à la hauteur de ses besoins.....	18
2.4 Le nombre de patients admis en soins sans consentement est contenu, alors que le recours aux mesures en urgence et en péril imminent reste trop fréquent et que les décisions du préfet sur arrêtés provisoires des maires sont majoritaires	22
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	25
3.1 L'information écrite et orale sur les droits des patients est incomplète	25
3.2 La confidentialité de l'hospitalisation est recherchée.....	27
3.3 La personne de confiance, régulièrement désignée, peut s'associer à la prise en charge	27
3.4 Les mesures de protection juridique sont gérées par différents organismes.....	28
3.5 L'information sur le droit de vote est donnée.....	30
3.6 La liberté d'exercer le culte de son choix existe mais c'est surtout le culte catholique qui est représenté.....	30
3.7 Les événements indésirables ne sont pas minimisés et donnent lieu à un réel suivi	30
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	34
4.1 La représentation des usagers est assurée, mais la prise en compte de l'expérience des patients usagers doit être développée	34
4.2 Le registre de la loi ne contient pas toutes les mentions prévues par la loi	35
4.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est effectif	38
4.4 Le contrôle institutionnel n'est effectué que par la CDSP.....	40
4.5 La préparation à la sortie est perturbée par l'organisation en pôles intra et extra hospitalier distincts.....	41
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	44

5.1	En dépit de l'absence d'un dispositif de sécurité spécifique, l'établissement offre un cadre sécurisé aux patients, qui peuvent circuler quasiment sans contrainte	44
5.2	Les contraintes dans la vie quotidienne, personnalisées, sont peu nombreuses	49
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont facilitées seulement par la mise en œuvre des moyens personnels des patients	50
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	53
6.1	Les locaux sont de bonne qualité mais ne garantissent pas l'intimité des patients	53
6.2	Les conditions d'hygiène sont garanties malgré l'absence de WC dans les chambres	55
6.3	Les biens du patient sont protégés et faciles d'accès	57
6.4	Les repas sont appréciés par les patients.....	59
6.5	La sexualité n'est pas un sujet tabou.....	61
6.6	Les activités sont nombreuses et diversifiées	61
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	64
7.1	La prise en charge des patients en urgence bénéficie d'une unité d'accueil et d'orientation permanente au sein de l'établissement psychiatrique	64
7.2	Les soins psychiatriques durant l'hospitalisation sont individualisés malgré un contexte de pénurie de psychiatres	67
7.3	La carence de médecins somaticiens risque de porter préjudice à la qualité des soins	74
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	76
8.1	Les locaux d'isolement et le matériel de contention sont partiellement conformes.....	76
8.2	Malgré un protocole récent, l'isolement et la contention s'accompagnent de décisions non conformes, du recours généralisé à la vidéosurveillance et de la mise à nu intégrale du patient en cas de risque suicidaire	81
8.3	L'analyse du registre de l'isolement et de la contention est insuffisante pour appréhender la réalité des pratiques	86
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	92
9.1	La prise en charge en hospitalisation complète des adolescents est assurée dans une unité spécifique	92
9.2	Les personnes âgées sont prises en charge en court séjour dans une unité fermée ne disposant que de WC collectifs.....	98
9.3	La prise en charge des personnes détenues, rare, est encore insuffisamment protocolisée	101
10.	CONCLUSION.....	105

Rapport

Contrôleurs :

- Fabienne VITON, cheffe de mission ;
- Annie CADENEL, contrôleure ;
- Matthieu CLOUZEAU, contrôleur ;
- Marie PINOT, contrôleure ;
- Dominique SECOUET, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier George Sand (CHGS), sis à Bourges (Cher), du 2 au 12 décembre 2019.

Cette mission constituait une première visite.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Dès l'arrivée des contrôleurs le lundi 2 décembre à 15h, une réunion de présentation de la mission s'est déroulée en présence d'une quarantaine de personnes parmi lesquelles la direction du CHGS, des médecins dont des chefs de pôle et une interne, la vice-présidente en charge des libertés et de la détention au tribunal judiciaire (TJ) de Bourges, des cadres supérieurs et des cadres de santé, un cadre socio-éducatif, un ingénieur des services techniques, un représentant de l'UNAFAM¹ ainsi que des représentants du personnel.

Le directeur de cabinet du préfet du Cher, le président du TJ de Bourges et le procureur de la République près le même tribunal, le directeur territorial de l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de la visite. Les contrôleurs se sont entretenus par téléphone avec le président du conseil de surveillance, la directrice départementale de la sécurité publique et le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Ils ont rencontré le juge des libertés et de la détention (JLD) et le président de la commission médicale d'établissement (CME).

Des affichettes annonçant la visite du CGLPL ont été placées dans l'ensemble des unités d'hospitalisation avant l'arrivée des contrôleurs.

L'ensemble des documents demandés a été transmis aux contrôleurs et une salle équipée a été mise à leur disposition.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir en toute confidentialité avec des patients hospitalisés.

Ils se sont également déplacés dans l'établissement dans la soirée du mardi 10 décembre 2019.

Une réunion de fin de mission s'est tenue le jeudi 12 décembre à 11h devant une assemblée composée de la même façon que lors de la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 13 mai 2020 au directeur du CHGS, au président du TJ et au procureur de la République près le même tribunal, au préfet, au directeur

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

de la délégation territoriale de l'ARS. Le procureur de la République y a répondu le 2 juin et le directeur du CHGS le 29 octobre. Les observations transmises par ce dernier l'ont été après présentation aux instances de concertation de l'établissement. Toutes ces observations ont été intégrées au présent rapport, définitif.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND EST UN ETABLISSEMENT RECENT, ATYPIQUE, EN CONSTANTE EVOLUTION

2.1.1 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier George Sand (CHGS) a été créé le 1^{er} janvier 2003 de la fusion du centre hospitalier Beauregard à Bourges (Cher), du centre hospitalier de Chezal-Benoît (Cher) et du centre hospitalier de Dun-sur-Auron (Cher). Ces deux derniers accueillent à l'origine les « aliénés inoffensifs et incurables » du département de la Seine, dont ils étaient un des dispositifs de prise en charge hors Ile-de-France à des fins de désencombrement, caractérisé notamment par un grand nombre de places d'accueil familial thérapeutique (AFT) dont l'existence perdure. Le syndicat interhospitalier de santé mentale du Cher a présidé à la destinée commune de ces trois entités de 1998 à 2003, avant la création du CHGS dont la direction générale est installée à Bourges, sur le site de l'ancien hôpital Beauregard, 77 rue Mallet.

Tout en préservant la capacité à desservir le territoire s'agissant des personnes âgées dont la prise en charge médico-sociale est toujours assurée en proximité dans chacun des sites dans trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des vocations différentes ont été données aux trois entités du CHGS :

- à Bourges, la psychiatrie de court séjour pour adultes, la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent et une unité de soins de longue durée (USLD) ;
- à Chezal-Benoît, la psychiatrie au long cours pour adultes, ainsi qu'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et une unité d'addictologie ;
- à Dun-sur-Auron, une maison d'accueil spécialisée (MAS), l'AFT, une unité de psychiatrie au long cours pour adultes et une unité de soins de longue durée (USLD).

Le CHGS offre un total de 1 102 lits et places réparties ainsi :

- 330 en hospitalisation complète et places médico-sociales, 332 en hospitalisation de jour, 245 en AFT, 275 en USLD et EHPAD ;

soit

- 418 à Bourges, 237 à Chezal-Benoît, 447 à Dun-sur-Auron.

En 2003, cette offre a été restructurée en quatre pôles de soins, complétés par un pôle logistique :

- le pôle extra hospitalier, qui regroupe cinq centres médico-psychologiques (CMP) dits pivots (deux à Bourges, un à Vierzon (Cher), un à Saint-Florent-sur-Cher (Cher), un à Issoudun (Indre) et un à Orval (Cher)) complétés par cinq CMP dits relais, ainsi que l'AFT ;
- le pôle intra hospitalier, qui réunit une unité d'accueil d'urgence dite centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) à Bourges, l'unité d'hospitalisation en addictologie à Chezal-Benoît, cinq unités d'hospitalisation de court séjour à Bourges (les unités Musset, Chopin, Maupassant, Flaubert, Balzac), cinq unités de psychiatrie au long cours à Chezal-Benoît (les unités Nohant, Delacroix A et B, Gargillesse) et à Dun-sur-Auron, ainsi que le FAM à Chezal-Benoît et la MAS à Dun-sur-Auron ;

- le pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA)², qui rassemble des CMP à Bourges, Vierzon, Saint-Amand-Montrond (Cher), des hôpitaux de jour, un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) à Bourges, une équipe mobile de liaison dans le service de pédiatrie du CH Jacques Cœur de Bourges, une unité d'hospitalisation dite centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA) à Bourges ;
- le pôle EHPAD et USLD.

L'activité se répartit dans les unités d'hospitalisation en fonction des besoins de prise en charge et non pas du lieu de résidence. Cette organisation s'affranchit de toute notion de sectorisation. Si la prise en charge ambulatoire des adultes est, en principe, assurée au sein du pôle extra hospitalier, les propos recueillis et les constats effectués au sein du pôle intra hospitalier pendant la visite montrent qu'il existe aujourd'hui des difficultés s'agissant d'assurer aux patients la continuité des soins à l'issue de l'hospitalisation (cf. §.4.5.3). S'il n'est pas possible d'imputer ces difficultés à l'organisation bipolaire du CHGS, il n'est pas possible non plus d'écarter cette hypothèse. En tout cas, le CGLPL a constaté le développement d'actes ambulatoires au sein des unités d'hospitalisation, sous forme de consultations, d'hospitalisations de jour, d'activités thérapeutiques, qui témoignent d'une organisation animée par la volonté d'assurer par tous les moyens la continuité des soins. Pourtant, face à ce constat, l'organisation n'est pas interrogée par les professionnels, qui, pour certains, n'ont pas connu d'autre architecture de prise en charge. Cette réflexion sur l'organisation est pourtant primordiale puisque des moyens matériels et humains lui sont attachés.

Le CGLPL a particulièrement contrôlé les unités d'hospitalisation complète accueillant des personnes en soins sans consentement, ou dont les patients ne peuvent circuler librement, ou équipées d'une chambre d'isolement, soit six unités totalisant 115 lits à Bourges :

- le centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD), quatorze lits, unité fermée comportant en sus une chambre d'isolement (CI) ;
- le centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA), huit lits, unité ouverte (cf. §.9.1) ;
- l'unité Maupassant pour les personnes âgées, vingt-quatre lits, unité fermée dans le souci de protéger les patients souffrant de pertes de repères ;
- l'unité Musset, vingt-cinq lits, unité fermée comportant six chambres sécurisées (CS) et, en sus, deux CI ;
- l'unité Chopin, vingt-huit lits, unité ouverte comportant en sus une CI ;
- l'unité Balzac pour les jeunes adultes, seize lits, unité ouverte comportant une CS et, en sus, une CI.

Les contrôleurs se sont également rendus dans l'unité Flaubert (dix-huit lits, à Bourges) et dans les unités Nohant, Delacroix, Gargillesse (respectivement trente et un, vingt-huit et trente et un lits, à Chezal-Benoît), qui n'accueillent que des patients en soins libres dans des unités ouvertes et sans dispositif d'isolement.

Le CHGS s'est doté d'une organisation cohérente en matière de prise en charge des patients en soins sans consentement : elle se concentre exclusivement sur le site de Bourges, ce qui est de nature à mieux préserver leurs droits en spécialisant les équipes.

² A la différence des autres pôles, la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent n'est pas bâtie sur une distinction de l'intra et de l'extra hospitalier.

BONNE PRATIQUE 1

Malgré la coexistence de plusieurs sites consacrés à la psychiatrie au sein du même centre hospitalier, la prise en charge des patients en soins sans consentement se concentre sur un seul site.

Le CHGS fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Cher, dont l'établissement support est le centre hospitalier Jacques Cœur à Bourges, depuis le 1^{er} juillet 2017.

2.1.2 L'activité

L'établissement offre sa prise en charge en santé mentale à l'ensemble de la population du département du Cher, soit plus de 300 000 habitants en 2019, à laquelle s'ajoutent les 14 000 habitants du canton d'Issoudun dans le département de l'Indre voisin. Une seule clinique, à Vierzon (Cher), complète l'offre sur ce territoire de près de 7 400 km², peuplé de 42,4 habitants/km², marqué par sa ruralité ainsi que par un taux de chômage et un taux de pauvreté importants³. Les villes les plus éloignées de la carte des cinq secteurs de psychiatrie pour adultes comme celles des quatre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont distantes de plus de 150 kilomètres.

L'établissement couvrant l'ensemble du territoire, la notion de secteur n'est pas utilisée. Son organisation en pôles ne s'y réfère pas non plus.

Selon les données communiquées par l'établissement, 84 % de la file active en 2018 a été prise en charge par le pôle extra hospitalier. Elle est en augmentation tant pour les majeurs que pour les mineurs (+ 4,38 % entre 2017 et 2018), alors que le nombre d'actes est constant. Les délais pour obtenir un rendez-vous en CMP sont du jour au lendemain avec un infirmier, près de trois mois avec un psychiatre, supérieurs à trois mois avec des thérapeutes familiaux.

Concernant l'activité intra hospitalière, les données relevées entre 2017 et 2018 entraînent les constats suivants :

- la file active est en augmentation forte (+ 8 %), particulièrement dynamisée par les unités de court séjour (+ 14,5 %) et l'unité d'addictologie (+ 11,8 %) ;
- le nombre d'entrées diminue légèrement (- 0,8 %) à l'exception des entrées en court séjour qui augmentent de plus de 18 % ;
- le nombre de journées réalisées diminue nettement (- 3,8 %), à l'exception de celles au CAOD qui stagnent et de celles au CASA qui augmentent de 36,6 %.

Les données d'activité des unités de psychiatrie au long cours (UPLC) – diminution forte du nombre d'entrées et du nombre de journées réalisées, augmentation de 1,1 % de la file active – s'expliquent, selon les informations recueillies, à la fois par la fermeture de lits et la gestion des absences des patients.

Tant dans le pôle extra hospitalier que dans le pôle intra, l'augmentation de la file active témoigne de la prise en charge de nouveaux patients et de la volonté de raccourcir les séjours en hospitalisation complète. L'activité de l'établissement est donc en mutation, déjouant en partie le risque d'hospitalocentrisme que son organisation bipolaire pourrait engendrer.

³ Source INSEE, Statistiques et études, comparateur de territoires, données de 2016.

La durée moyenne de séjour (DMS) comme la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) de l'ensemble des unités du pôle intra hospitalier (accueil de crise, court séjour, mais aussi long cours) a diminué entre 2017 et 2018 : DMS de 27,22 jours devenue 25,14 jours, DMH de 59,64 jours devenue 56,94 jours.

Concernant les seules unités d'accueil et de court séjour visitées par les contrôleurs, des nuances existent selon les unités (diminution des DMS et DMH à Balzac et Musset ; diminution très forte des DMS et DMH à Chopin et Flaubert ; légère augmentation de la DMS et diminution de la DMH à Maupassant ; stabilité au CAOD). Les durées s'établissent ainsi :

2018	Balzac	Musset	Flaubert	Maupassant	Chopin	CAOD
DMS	19,35	36,09	31,72	44,60	22,25	3,17
DMH	27,05	44,24	45,67	46,34	37,78	4,47

Dans ce contexte, le taux d'occupation des unités n'appelle pas d'observation défavorable entre 2017 et 2018 : il stagne au CAOD (taux d'occupation en 2018 de 98,4 %), augmente dans les unités de prise en charge au long cours, en addictologie et à CASA (91,8 %, 87,7 % et 80,9 % respectivement), diminue dans les unités de court séjour (93,3 %), sans sur occupation.

Leur taux d'occupation le 2 décembre 2019 était de : 92,8 % au CAOD ; 100 % au CASA ; 91,6 % à Maupassant (personnes âgées) ; 92 % à Musset ; 82,1 % à Chopin ; 87,5 % à Balzac (jeunes adultes).

2.1.3 Les projets et les objectifs

Le CHGS dispose d'un projet d'établissement élaboré pour les années 2016 à 2020. Il se présente dans la continuité des précédents, dans le souci d'affiner les rôles donnés à chacun des trois sites tels qu'issus de la fusion en 2003, en insistant sur la nécessité de coordonner les dispositifs.

Il est prévu que l'hospitalisation en addictologie quitte Chezal-Benoît et emménage à Bourges.

L'attention est portée aux hospitalisations inadéquates à Chezal-Benoît pour y diminuer le nombre de lits de psychiatrie générale et augmenter le nombre de places en médico-social ; effectivement, lors de la visite des contrôleurs à Chezal-Benoît, la fermeture de l'unité Gargillesse était préparée pour l'été 2020, ses patients étant répartis soit dans des structures médico-sociales, soit dans l'unité Nohant.

Les locaux du CMP de Vierzon font l'objet de travaux pour regrouper, en un même lieu, l'accueil des enfants et des adultes. Le projet médical renforce les spécificités des pôles et avance la volonté de mieux identifier des filières de soins (enfants et adolescents, jeunes adultes, personnes âgées) ; le projet de soins met en avant le développement de l'éducation thérapeutique et du parcours des patients, les compétences soignantes.

En 2017, l'établissement s'est soumis à la visite de certification de la haute autorité de santé (HAS), qui a émis des réserves quant aux droits des patients : registre isolement et contention, vidéosurveillance, seaux hygiéniques dans des chambres d'isolement (CI), problèmes d'inconfort et d'intimité dans des locaux vétustes à Dun-sur-Auron et Chezal-Benoît, oculi dans des portes de chambre, etc. Ces réserves ont été levées lors des visites de suivi de novembre 2018 puis de mai 2019, l'établissement ayant effectué les modifications nécessaires, démontrant sa capacité d'adaptation. Des travaux restaient en cours lors de la visite du CGLPL, concernant notamment la liberté de circulation des patients de l'unité Maupassant.

Parallèlement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) court de 2019 à 2023. L'établissement s'est, par exemple, engagé à mieux investir le parcours de soins des patients au plus près de leur lieu de résidence ou encore à développer les actions d'éducation thérapeutique, actions qui renvoient à son projet d'établissement actuel.

Le CHGS répond également à des appels à projets, dont le point commun est de mieux inscrire son action dans le territoire pour éviter l'hospitalisation. Certains de ces projets imaginés par le CHGS sont portés par le GHT du Cher. Une équipe mobile psychiatrie précarité, une équipe mobile handicap psychique, une équipe mobile d'appui à la périnatalité, une équipe d'appui et de conseil technique aux acteurs médico-sociaux et aux familles prenant en charge des enfants « inclassables » ou « incasables » sont projetées. L'unité Balzac souhaite renforcer son rôle en matière de remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale des premiers épisodes psychotiques. A la date de la visite du CGLPL, des crédits spécifiques avaient été attribués pour l'équipe mobile précarité et psychiatrie.

Enfin, le CHGS investit auprès des acteurs de son territoire à travers un projet territorial de santé mentale (PTSM) lancé en juin 2019. Il complète l'existence d'un conseil local de santé mentale (CLSM) qui concerne Bourges et de quatre contrats locaux de santé mentale avec les communes principales du territoire du CHGS. Le diagnostic quantitatif a été réalisé, le diagnostic partagé est en cours au sein de cinq groupes de travail qui doivent rendre leurs conclusions avant l'été 2020. Les acteurs du PTSM devaient se réunir en janvier 2019. Le CHGS met à sa disposition ses ressources humaines.

Dans le cadre du GHT, il est projeté en 2023 le déploiement d'un logiciel commun englobant le dossier patient informatisé.

L'élaboration du projet d'établissement suivant est annoncée courant 2020.

2.2 LA SITUATION FINANCIERE, QUI SE DEGRADE, REpond ACTUELLEMENT AUX BESOINS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS

Avec une dotation annuelle de financement (DAF) de près de 60 millions d'euros, l'établissement est considéré comme surdoté de près de 9 millions d'euros depuis la mise en place de la péréquation financière, principalement parce qu'il couvre une population peu importante⁴. Depuis 2014, la DAF n'a augmenté que de 0,4 %. Or, en 2017, l'établissement a été déficitaire d'environ 200 000 euros, l'a été dans une moindre mesure en 2018 et projetait de l'être à nouveau en 2019.

La gestion rigoureuse des dépenses depuis de nombreuses années a permis d'amortir l'impact de la diminution de la DAF et de conserver la marge financière nécessaire aux investissements. Entre 2014 et 2018, les charges à caractère médical ont diminué de 11,4 %, celles à caractère hôtelier et général de 4,5 %. Parallèlement, les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles ont augmenté de 1,1 % et celles en personnel de 2,1 %.

⁴ Une autre raison apparaît : parmi les critères de péréquation mis en place par l'ARS Centre – Val de Loire, le nombre de journées d'hospitalisation complète en soins sans consentement bénéficie d'une surpondération (à une journée en SSC est attribuée un coefficient de 1,25) qui est défavorable au CHGS dans la mesure où un nombre maîtrisé de patients y est hospitalisé en SSC, et que leur séjour sous le statut du SSC est court (cf. §.2.4).

Concernant l'évolution à la hausse des charges en personnel, elle se justifie seulement par le coût important du glissement vieillesse technicité (GVT) amputé de dépenses que l'établissement ne parvient pas à engager en matière de recrutement du personnel (*cf. infra* §. 2.3).

Dans ces conditions, la situation financière favorable, fruit d'années successives de dépenses maîtrisées mais aussi de dépenses que l'établissement ne parvient pas à engager, n'est pas destinée à perdurer. Mais à ce jour, elle ne limite pas la prise en charge des patients et l'accompagnement des projets médicaux et soignants.

2.3 L'ETABLISSEMENT NE PARVIENT PAS A RECRUTER DU PERSONNEL MEDICAL ET NON MEDICAL A LA HAUTEUR DE SES BESOINS

2.3.1 Le personnel médical

Depuis plusieurs années, la pénurie de médecins s'accroît :

- en 2017, sur 39,42 équivalents temps plein (ETP) budgétés, 2,7 ETP n'étaient pas pourvus, soit 6,85 % ;
- en 2018, sur 40,11 équivalents temps plein (ETP) budgétés, 3,29 ETP n'étaient pas pourvus, soit 8,20 % ;
- en 2019, sur 41,13 équivalents temps plein (ETP) budgétés, 5,71 ETP n'étaient pas pourvus, soit 13,88 %.

Plus de la moitié des médecins est âgée de plus de 55 ans. Sept départs à la retraite sont programmés rapidement, qui vont accroître la pénurie.

Cela concerne tous les pôles. Le jour de la visite du CGLPL :

- le pôle extra hospitalier est couvert par quinze médecins correspondant à 13,8 ETP et 2,6 ETP ne sont pas pourvus (soit 15,85 % des ETP du pôle) ;
- le pôle intra hospitalier est couvert par dix-neuf médecins correspondant à 17,02 ETP et 3 ETP ne sont pas pourvus (soit 14,98 % des ETP du pôle) ;
- le pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (PMPEA) est couvert par six médecins correspondant à 5,6 ETP et 1 ETP n'est pas pourvu (soit 15,15 %). L'unité d'hospitalisation CASA est couverte entièrement par un praticien hospitalier pour 0,5 ETP.

Parmi les ressources médicales, vingt-quatre sont des praticiens hospitaliers, huit sont des cliniciens (contractuels), cinq sont des praticiens attachés, trois sont des internes. Ces derniers, comme trois des praticiens attachés, œuvrent dans le pôle intra hospitalier ; ils y représentent près d'un tiers de la ressource médicale, alors qu'ils ne disposent pas de la capacité à signer des certificats relatifs aux soins sans consentement et à décider de mesures d'isolement ou de contention.

La présence d'internes est récente : depuis deux semestres. L'établissement l'encourage, dans une optique de recrutement au terme de la formation.

Le CHGS propose aussi des postes de cliniciens qu'il ne parvient pas à pourvoir.

La prise en charge somatique n'est plus assurée que par un médecin généraliste (contre deux précédemment), qui couvre 0,6 ETP sur plusieurs sites du CHGS (*cf.* §.7.3).

Par exception à la pénurie générale, ancienne et qui s'accroît, trois praticiens hospitaliers pharmaciens couvrent les 2,8 ETP de cette spécialité (*cf.* §.7.2.3).

2.3.2 Le personnel non médical

Le CHGS dispose en 2019 de 1 261,84 ETP de personnel non médical, dont 19,48 ETP ne sont pas pourvus faute d'arriver à recruter (soit 1,54 % de postes vacants). La situation était aggravée les deux années précédentes (plus de 1,82 % de postes vacants).

Les services de psychiatrie s'en sortent un peu mieux que les services médico-sociaux : seulement 1,2 % des postes non médicaux y sont vacants.

Entre les pôles de psychiatrie, le nombre de postes vacants est plus important dans l'intra hospitalier (psychiatrie générale adultes) : 5,5 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ne sont pas occupés. Dans le pôle extra hospitalier, un seul ETP d'IDE n'est pas occupé. Dans le pôle PMPEA, un seul ETP de personnel de soins et rééducation n'est pas occupé, dans un service ambulatoire. L'absentéisme est élevé : il s'établissait à plus de 9 % en 2018⁵, dû à des congés longue maladie et des congés longue durée, avec toutefois une tendance globale à la baisse observée début 2019. Les congés maternité tendent à augmenter.

Le CHGS a recours à du personnel contractuel pour combler les manques – près de cinquante contrats en 2018 – mais, là encore, il ne parvient pas toujours à le faire malgré les conditions très favorables qu'il propose (bourses, promotion professionnelle, stagiatisation dès l'embauche, démarches dans les instituts de formation en soins infirmiers [IFSI], logement gratuit, etc.). Il a aussi organisé une équipe de six IDE et dix aides-soignants (AS) chargés de remplacer les agents en formation ou en congés (sauf les congés annuels).

Les compétences infirmières spécialisées (professionnels issus de l'ancienne filière de formation spécialisée en psychiatrie) tendent à partir à la retraite, remplacées par des IDE qu'il faut former à la psychiatrie, même si les contrôleurs ont encore pu rencontrer, dans les équipes infirmières, du personnel spécialisé. Les cadres de santé, qui ont pour la plupart pris leur poste récemment en remplacement d'agents partis à la retraite, sont encore parfois issus de la filière infirmière spécialisée, comme les cadres supérieurs rencontrés. Malgré les difficultés dues au remplacement des générations, une culture de psychiatrie persiste.

Chaque unité a son personnel spécifique, composé systématiquement d'un cadre de santé et d'un agent administratif (deux au CAOD), ainsi que de :

- une dizaine (Flaubert, Maupassant) à une vingtaine (Musset) voire vingt-cinq (CAOD) IDE ;
- moins d'une dizaine (Musset, Chopin, Balzac, CAOD) à plus d'une dizaine (Flaubert, Maupassant) d'AS ;
- trois ou quatre agents des services hospitaliers qualifiés (ASH) ;
- un (Maupassant, Musset, Flaubert) à deux (CAOD) psychologues ;
- un mi-temps d'assistante sociale ;
- personnel en temps partiel de soins et rééducation et socio-éducatif (Balzac).

Les IDE et AS travaillent la nuit, en roulement, les équipes de nuit des unités n'étant en principe pas spécifiques, afin d'assurer la continuité de la prise en charge entre le jour et la nuit : il s'agit de la présence d'un IDE et d'un AS à Maupassant et à Flaubert, de trois IDE au CAOD, de deux IDE à Chopin, Musset, Balzac. Le principe est mis à mal par la satisfaction de convenances personnelles et par la multiplication de certificats émanant du médecin du travail qui imposent à certains soignants un travail de nuit. Pour autant, lors de la visite de nuit du CGLPL, les équipes

⁵ Source : Bilan social du CHGS, 2018.

rencontrées étaient encore majoritairement mixtes, alternant le travail de jour et le travail de nuit.

Les unités Nohant, Delacroix et Gargillesse à Chezal-Benoît ont des équipes renforcées en personnel de soins et rééducation ainsi que socio-éducatifs, en rapport avec le public pris en charge. L'unité CASA offre la présence de chacun de ces spécialistes.

L'ensemble du personnel non médical est associé à l'équipe soignante (y compris les ASH) et participe à ce titre aux réunions quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles, etc. Il bénéficie de formations.

2.3.3 La formation

Un plan de formation est offert aux agents et suivi par le CHGS chaque année. Il prévoit de la formation individuelle en lien avec la promotion professionnelle (en 2019, plus de 290 000 euros), des formations institutionnelles et des formations réglementaires (près de 187 000 euros), les besoins exprimés par les pôles et par des catégories de professionnels ainsi que des « imprévus » liés principalement à l'adaptation à l'emploi (plus de 500 000 euros), les demandes individuelles dans le cadre du compte personnel de formation (30 000 euros). Au pôle intra hospitalier sont directement consacrés plus de 106 800 euros, au PMPEA plus de 83 000 euros.

Si de nombreuses formations sont offertes à « tous », y compris aux ASH s'agissant de sensibilisation à la maladie mentale, aucune n'est directement organisée en direction du corps médical.

BONNE PRATIQUE 2

Une sensibilisation des agents des services hospitaliers (ASH) à la psychiatrie est proposée par le biais de la formation.

Parmi les formations mises en place, sont citées naturellement par des interlocuteurs de tous corps de métiers celles à la sémiologie psychiatrique (assurée par un médecin du CHGS), la gestion de la violence⁶, l'entretien infirmier, l'isolement et la contention.

Dans le cadre des discussions relatives aux prises en charge thérapeutiques mises en place dans les unités, des compétences particulières ont été présentées par les soignants, IDE ou AS, acquises en formation continue et immédiatement mises au profit du projet de l'unité dans laquelle ils travaillent : toucher-massage, relaxation ou relaxation-méditative (Maupassant, Nohant), réflexologie plantaire (Nohant), hypnose (Maupassant), *case-management*, remédiation cognitive (Balzac), éducation thérapeutique du patient, etc.

L'attention portée aux nouvelles embauches d'IDE, qui prennent pour la première fois un poste en psychiatrie adultes, se manifeste dans le « programme intégratif » proposé, incluant formation (sémiologie psychiatrique, entretien infirmier, gestion de l'agressivité et de la violence,

⁶ Des ateliers « prévention et gestion de la violence » animés par un éducateur extérieur étaient organisés tous les 15 jours pendant 45 minutes mais, au terme de trois à quatre années, ils ont connu une désaffection et ont cessé.

droit des patients, droits et obligations des soignants, bienveillance) et dispositif de tutorat ambitieux initié en 2015⁷.

La direction et l'encadrement déplorent le manque d'intérêt du personnel pour la formation : un dispositif de supervision a, par exemple, longtemps été proposé aux équipes, mais celles des unités de soins psychiatriques ne s'en saisissaient pas et le dispositif a été suspendu (à l'exception de celle du CASA, cf. §.9.1.2.c). Le personnel soignant déplore, quant à lui, que ses demandes n'aboutissent pas plus vite ou n'aboutissent pas (ce propos a surtout concerné la formation à l'entretien infirmier). Et le personnel médical estime que sa formation continue est insuffisante.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le centre hospitalier George Sand doit poursuivre ses efforts en vue de recruter du personnel – et en priorité du personnel médical – et le former aux spécificités de la prise en charge en psychiatrie, notamment s'agissant des droits des patients et du cadre juridique des soins.

Par le biais des observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement apporte les éléments suivants :

« L'établissement a obtenu l'autorisation de l'ARS de recruter jusqu'à onze praticiens sous le statut de clinicien, statut dérogatoire qui accorde des avantages de rémunération. Il publie régulièrement ses vacances de postes aux deux tours de recrutement annuels publiés au JO et a multiplié ses publications dans différents médias et les réseaux sociaux. Il a également élargi le nombre de ses terrains de stage pour les internes dont un, en phase approfondissement, en médecine générale. Il a également été agréé pour deux terrains de stage de consolidation pour les internes en fin de cycle (docteurs juniors) pour le semestre de novembre 2020 et trois pour le semestre de mai 2021.

Le prochain semestre 2020 qui débute en novembre, l'établissement accueillera quatre internes en psychiatrie, un DFSMS-A en psychiatrie et son 1^{er} interne en médecine générale. C'est la 1^{ère} fois qu'autant d'internes sont affectés sur un même semestre dans l'établissement.

La DRH et le service Info/Com ont initié un groupe de travail sur la stratégie de recrutement IDE et l'établissement participe autant que possible aux forums pour l'emploi.

Le CHGS a signé la charte de recrutement du GHT 18.

Depuis la visite de l'équipe du CGLPL, le CHGS a recruté un médecin somaticien clinicien temps plein qui a pris ses fonctions en août 2020 et un recrutement de psychiatre attaché associé est en cours. Il est en contact actuellement avec deux médecins somaticiens et l'issue de ces démarches semble être positive.

Au-delà de la politique de recrutement, le CHGS est particulièrement attentif aux conditions d'accueil et de vie des praticiens et internes dans l'établissement et a décidé d'aménager, au décours du prochain projet d'établissement, une maison des médecins incluant chambres de garde, logements des internes, espace déjeuner et détente.

⁷ En juin 2019, le bilan du tutorat fait état de seize IDE et deux cadres de santé formés à être tuteurs ; sur douze IDE nouvellement embauchés, trois ont accepté de s'inscrire dans la démarche (soit un quart seulement). En décembre 2019, deux nouveaux IDE ont accepté le tutorat, portant à cinq le nombre total de nouveaux IDE engagés. La mise en place du tutorat s'accompagne de la remise individuelle d'un carnet de professionnalisation et de la signature d'une feuille d'engagement par le tuteur et le tuteuré.

L'établissement vient de réaliser un film promotionnel de 3 minutes sur ses activités et les atouts d'un exercice en son sein pour le rendre plus attractif. Ce film sera largement distribué et communiqué.

Sur la formation, le CHGS a, depuis 3 ans, initié une formation institutionnelle ouverte à tous les professionnels et aux représentants des usagers, consacrée aux droits des patients et résidents. Il s'inscrit dans le récent dispositif de formation d'infirmières en pratique avancée dont le cœur de la mission portera sur les spécificités de la psychiatrie : deux sont actuellement en formation, quatre autres intégreront ensuite la formation.

Toutefois le nombre de médecins formés chaque année, notamment en psychiatrie et médecine générale, dépend de politiques nationales sur lesquelles le CHGS n'a aucune maîtrise ou influence. »

2.4 LE NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST CONTENU, ALORS QUE LE RECOURS AUX MESURES EN URGENCE ET EN PERIL IMMIMENT RESTE TROP FREQUENT ET QUE LES DECISIONS DU PREFET SUR ARRETES PROVISOIRES DES MAIRES SONT MAJORITAIRES

Au 2 décembre 2019, 29 patients (sur un total de 234 patients) étaient hospitalisés en soins sans consentement (SSC) :

- 22 patients sur décision du directeur d'établissement (SDDE), dont 4 à la demande d'un tiers (SDT), 10 à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et 8 en péril imminent (SPI) ;
- 7 patients sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Les chiffres, peu élevés de patients en SSC au jour de la visite des contrôleurs, se confirment sur la durée. Les données fournies par l'établissement sur les années 2017, 2018 et 2019 sont stables. En 2019, les patients en SSC ont été au nombre de 272 (287 patients en 2018), soit 18 % des patients hospitalisés à temps complet, se décomposant comme suit :

- 205 patients hospitalisés en SSDE, dont 70 en SPI (les données concernant les patients en SDT et SDTU n'ont pas été communiquées, mais uniquement les données concernant les mesures, soit 31 mesures de SDT et 86 mesures de SDTU). En 2018, 264 patients en SSDE dont 91 en SPI ;
- 32 patients hospitalisés en SDRE, dont 24 à la demande d'un maire, 2 personnes détenues et 3 sur décision judiciaire (en 2018, 36 patients en SDRE, dont 30 à la demande d'un maire, 1 personne détenue et 3 sur décision judiciaire).

De plus, on constate une baisse des SDRE sur plusieurs années, lesquelles étaient au nombre de 66 en 2011.

C'est ainsi que le département du Cher – dont le CH de Bourges assure la totalité des SSC – se place au plus bas dans l'échelle régionale et nationale des taux de recours aux SSC en psychiatrie : 85,6 / 100 000 habitants⁸.

Cependant, deux faits constituent un sujet de préoccupation.

Tout d'abord, s'agissant des SDDE, on observe la prépondérance accrue au fil des années des SDTU et des SPI. Le nombre de patients hospitalisés en SDTU est de 46 % des hospitalisations en SSDE, tandis que celui de ceux hospitalisés en SPI représente 34 % des SSDE. La direction de l'établissement, consciente de cette situation, la rapporte pour les SDTU à la difficulté de plus en

⁸ Source : diagnostic territorial partagé du PTSM du Cher, à partir RIM-P – 2015.

plus grande à obtenir un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement (SOS médecins, sollicité pour la rédaction de ces certificats médicaux, a réduit au fil des années ses interventions en ce sens) et, pour les SPI, à la difficulté du service des urgences à identifier dans les délais impartis un tiers demandeur. Or, comme le rappelle la CDSP au fil de ses rapports annuels (cf. §.4.4.1), l'admission en SDTU ou en SPI doit rester exceptionnelle, et il convient de s'interroger sur la réelle dimension d'urgence ou de péril encouru par la personne⁹. Une procédure a été mise en place en cas d'admission en SPI : le bureau des admissions adresse systématiquement dans les 24 heures un mél à l'unité d'hospitalisation pour s'assurer qu'un proche a été informé. Dans quelques rares cas avant la fin du délai de 24 heures, cela a pu permettre que la décision d'admission initiale repose sur la demande d'un tiers. Il conviendrait de systématiser cette démarche pendant la durée de l'hospitalisation, pour permettre le remplacement de la mesure de SPI en SDT.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Il conviendrait de systématiser sur toute la durée d'une hospitalisation la recherche d'un tiers demandeur dans le cas d'une décision d'admission en soins en péril imminent. Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Le directeur du CHGS, dans ses observations au rapport provisoire, indique :

« Le service des admissions sollicitera le cadre de santé de l'unité régulièrement jusqu'à l'obtention des coordonnées d'un tiers ou que l'impossibilité d'impliquer un tiers dans un changement de statut de la mesure soit avérée. L'établissement va se rapprocher des services de l'ARS pour la transformation de la mesure de SPI en SDT dans le cadre de l'harmonisation des pratiques régionales.

Dans le Cher, le recours aux soins sans consentement est moindre que dans la moyenne nationale (73 jours d'hospitalisation pour 1 000 habitants dans le 18, le double en moyenne nationale) et régionale. Ainsi que le souligne le rapport provisoire, l'établissement a le souci de les regrouper sur un seul de ses sites afin de faciliter la prise en charge et la politique d'ensemble.

Le PTSM, dont le CHGS est porteur, a identifié dans une fiche action prioritaire, un volet formation/sensibilisation des acteurs de santé mentale et un volet spécifique portera sur la formation des élus compte tenu des élections intervenues récemment.

En externe, dans le cadre du volet psychiatrie/santé mentale du projet médical partagé, une sensibilisation/formation sera proposée aux établissements membres du GHT18, sur la procédure pour péril imminent, les médecins urgentistes principalement, y ayant assez fréquemment recours, Cette action pourrait être ouverte aux hôpitaux des départements voisins, de l'Indre et de la Nièvre. »

Deuxièmement, s'agissant des SDRE, on constate une part majeure des mesures ayant pour origine des arrêtés provisoires pris par des maires (80 %). Il est d'ailleurs à noter qu'en 2018,

⁹ La haute autorité de santé (HAS) prévoit que « en cas de danger ou péril imminent, le médecin doit [...] : expliciter en quoi l'état de santé de la personne représente un péril, justifier en quoi ce péril est imminent, justifier en quoi l'état de santé de la personne représente un danger pour elle-même », in HAS : Fiche mémo – Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, mars 2018.

22,5 % de ces arrêtés provisoires n'ont pas été confirmés par un arrêté du préfet. Il conviendrait, dès lors, de renforcer l'information auprès des maires de petites communes majoritairement rurales concernant les garanties prévues par la loi s'agissant d'une mesure provisoire, et notamment l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes.

RECOMMANDATION 1

Afin d'éviter un recours abusif à l'arrêté provisoire de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), il conviendrait de renforcer l'information auprès des maires des communes du département sur le cadre prévu par la loi quant à la réalité de l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes.

Des cas de transformation de SDRE en SDDE (rarement l'inverse) existent, qui attestent de l'attention portée à la stricte limitation des SSC aux situations les plus graves, mais il est regrettable qu'il n'existe pas d'outil de suivi de ces transformations de mesures, qui permettrait d'en objectiver la fréquence dans le temps.

Le directeur du CHGS, dans les observations au rapport provisoire, précise :

« La Préfecture du Cher avait envoyé en janvier 2016 une information à chaque maire du Département sur les procédures SPDRE. Suite aux dernières élections municipales, la Préfecture envisage de renouveler cette information. Le CHGS pourra s'associer à cette démarche s'il y est invité.

Actuellement, quand il y a un problème de procédure, l'ARS envoie un mél au maire concerné avec un rappel de la réglementation. Le service des admissions du CHGS enverra une brochure Psycom sur les modalités de soins psychiatriques aux maires concernés par un problème de procédure.

Un état annuel des transformations de mesures SDRE/SDDE sera fourni au médecin chef de pôle et au Directeur Adjoint chargé des Usagers et de la Qualité.

Le PTSM, dont le CHGS est porteur, a identifié dans une fiche action prioritaire, un volet formation/sensibilisation des acteurs de santé mentale et un volet spécifique portera sur la formation des élus compte tenu des élections intervenues récemment.

Un contact est à établir avec l'association des Maires du Cher. »

Dans l'attente des fruits de la réitération de ces démarches, le CGLPL maintient sa recommandation.

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

3.1 L'INFORMATION ECRITE ET ORALE SUR LES DROITS DES PATIENTS EST INCOMPLETE

3.1.1 Information générale sur les droits des patients

Le livret d'accueil de l'établissement, actualisé en mars 2019, présente l'établissement et les « *droits et devoirs* » du patient, délivrant des informations pertinentes et actualisées sur ces droits, à une regrettable exception près puisqu'il ne présente pas la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Il n'est pas distribué dans les unités, et n'est pas non plus accessible *via* le site Internet de l'établissement, dont la page « *droit du patient* » comprend en tout et pour tout la charte du patient hospitalisé.

Le règlement intérieur de chaque unité, élaboré sur un modèle commun en 2006, a été uniformément actualisé en octobre 2019. Ce document, qui reprend les éléments du règlement intérieur présenté dans le livret d'accueil, contient des informations sur le déroulement de l'hospitalisation et les règles de vie quotidienne. Il ne contient quasiment pas d'interdictions s'appliquant à tous, celles-ci étant explicitement rapportées à une contre-indication médicale, à l'exception de l'introduction de certains objets et produits (*cf.* §.5.2 et §.6.3), ainsi que de prendre des photos des patients et du personnel. Ce règlement intérieur est affiché dans les unités d'hospitalisation.

BONNE PRATIQUE 3

Les éléments du règlement intérieur de l'établissement intéressant les patients sont affichés dans toutes les unités, facilement lisibles sous la forme d'un document court et compréhensible.

Mais aucune information n'est affichée concernant la mission, la composition, les dates de réunion et les moyens de saisir la commission des usagers (CDU) ou de rencontrer la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) (*cf.* §.4.4.1 sur ce point précis).

RECO PRISE EN COMPTE 3

Le livret d'accueil doit contenir des informations sur la mission, la composition, les dates de réunion et les moyens de saisir la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des usagers et il doit être remis lors de toute admission ou réadmission. Les mêmes informations, ainsi que les moyens de rencontrer la commission départementale des soins psychiatriques quand elle vient en visite, doivent être affichées dans les unités d'hospitalisation accueillant des patients en soins sans consentement.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement relaie l'engagement du CHGS à « *apporter les modifications utiles pour la prochaine réimpression de son livret d'accueil* » et à effectuer « *les affichages recommandés* », notamment « *avant chaque visite de la CDSP* » qui verra le service des admissions fournir une affiche informative aux unités de soins concernées.

Il ajoute que le CHGS « *va également réfléchir à la formalisation d'une information sur le rôle du Défenseur des Droits* ».

3.1.2 Information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Ce sont les équipes soignantes qui font la notification de la décision, la remise des documents et l'information sur les droits, et font signer ces documents aux patients. Malgré les documents d'information et les « *fiches réflexe* » à destination des soignants sur chaque type de mesure de SSC, ceux-ci sont très peu formés spécifiquement aux droits des patients. Cependant, ils se disent à l'aise pour expliquer leurs droits aux patients et la signification des documents y afférents. Mais un vocabulaire inapproprié circule encore (HO, soins sous contrainte, etc.), qui tend à associer les SSC à la prise en charge en unité fermée, même si des patients en SDRE sont clairement pris en charge en unité ouverte. En tout état de cause, les contrôleurs ont pu constater que les patients en SSC connaissaient leur statut.

Lors d'une admission en SSC, un document « *droits du patient en lien avec son admission sans consentement* » présente les droits du patient et les voies de recours (y compris les noms et adresses des instances concernées), trace la signature du patient (et si refus ou impossibilité, la signature du soignant) ainsi que la remise ou non remise de la décision, du certificat médical et de l'information sur les droits.

Malgré la qualité du document en question, il apparaît que si la décision de SSC est remise au patient, le certificat médical et une copie du document présentant les droits sont rarement remis.

PROPOSITION 1

Le certificat médical sur lequel s'appuie une décision de soins sans consentement ainsi que les voies de recours contre cette décision doivent être remis aux patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique qu'une « *procédure va être formalisée à destination des soignants et du corps médical pour que la notification des décisions au patient se fasse dans les meilleures conditions* ».

Concernant les patients en SDT ou SDTU, ils ne sont pas informés de l'identité du tiers demandeur, alors même que celui-ci est averti par le bureau des admissions en cas de permission et de décision de programme de soins concernant son proche hospitalisé.

Le contenu du certificat comme l'identité du tiers, ayant agi en vue de l'hospitalisation en SSC, est ensuite travaillé par les médecins au cours des entretiens, mais il est regrettable que ce souci de transparence par l'alliance thérapeutique ne se réalise pas par la voie écrite.

PROPOSITION 2

En cas de soins sur demande d'un tiers, si l'identité du tiers demandeur n'apparaît pas immédiatement communicable au patient, les soignants doivent cependant se donner les moyens de la faire connaître à celui-ci dès que son état le permet.

Le directeur de l'établissement indique également dans ses observations au rapport provisoire que « *en interne, une procédure sera menée auprès des équipes médicales et soignantes concernées* ».

3.2 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST RECHERCHEE

La protection des données personnelles est évoquée en page 25 du livret d'accueil et dans l'article 7 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Les contrôleurs ont cherché à s'assurer qu'il y avait un formulaire où serait précisé le souhait du patient quant à la confidentialité de son hospitalisation et que le standard, entre autres, en était informé. Il semble finalement que ce soit dans les unités lors des premiers entretiens qu'il est demandé au patient s'il veut qu'on respecte la confidentialité de son hospitalisation. La réponse est ensuite notée dans son dossier.

Deux documents, consultés par les contrôleurs, encadrent la confidentialité de l'hospitalisation.

La « *Procédure de non-divulgateion de la présence d'un patient au sein de l'établissement ou de renseignement le concernant* » (octobre 2008/septembre 2021) prévoit que :

- si un appel parvient aux soignants, au bureau des admissions, aux secrétariats médicaux, la réponse est : « *Qui est à l'appareil ? Laissez-moi vos coordonnées, je vous rappelle* » et il est transmis ces coordonnées à l'unité concernée pour suite à donner. On recueille l'avis du patient et il y a réponse téléphonique du service au demandeur, éventuellement en précisant qu'après recherche on n'est pas en mesure de répondre à sa demande ;
- si l'appel parvient au standard de l'établissement ou à l'unité directement, la réponse concrète est plutôt : « *Nous ne pouvons pas vous renseigner, si vous avez le numéro de cette personne ou de sa famille, nous vous conseillons de les joindre* ». Ensuite, il est possible que le standard ou le soignant de l'unité aille se renseigner auprès du patient pour savoir s'il connaît l'appelant et la suite à donner ;
- si l'appel émane des forces de l'ordre, aucune information n'est transmise par téléphone ; il faut une demande écrite à la direction générale ;
- si un patient est connu des services parce qu'il s'agit d'un membre du personnel, il peut demander l'anonymat et changer d'établissement.

La « *Procédure des bonnes pratiques des règles de confidentialité des données relatives au patient/résident* » incite à éviter d'appeler les patients par leur nom dans une salle d'attente, ne pas évoquer le nom par téléphone en présence d'un tiers, ne pas nommer un patient par son nom devant une personne étrangère au service, ne transmettre aucune information confidentielle par téléphone. Dans la gestion des dossiers, il convient de ne pas les laisser à la vue du public, de retourner le dossier, s'assurer que l'armoire de stockage est fermée à clé, ne pas laisser un écran d'ordinateur allumé à la vue du public, broyer tout support comportant des données nominatives. D'autres consignes invitent à cacher le nom sur la planification murale et à être vigilant par rapport aux impressions de documents.

Des audits flash ont été réalisés en mai et octobre 2019 concernant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Des progrès ont été notés en matière de planification murale et de courriers. La confidentialité du dossier patient doit être davantage observée.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE, REGULIEREMENT DESIGNEE, PEUT S'ASSOCIER A LA PRISE EN CHARGE

Les soignants et les patients connaissent la notion de personne de confiance qu'ils ne confondent pas, comme dans d'autres établissements, avec la personne à prévenir. Elle est signalée dans

l'article 4 du règlement intérieur et fait l'objet d'annexes à remplir dans le livret d'accueil (désignation mais aussi fin de la désignation).

Ont désigné une personne de confiance au moment du contrôle :

- à Chopin : dix patients sur vingt-trois ;
- à Flaubert : douze sur treize ;
- à Maupassant : douze sur vingt-trois ;
- à Musset : huit sur vingt-trois ;
- à Balzac : six sur quatorze ;
- au CAOD : deux sur treize.

Ce peut être un ami, un voisin ou même le mandataire s'il y a tutelle ou curatelle. La personne qui bénéficie d'une mesure de tutelle peut faire cette désignation avec l'autorisation préalable du juge des tutelles ou du conseil de famille. A l'unité Flaubert par exemple, sur douze personnes de confiance, un père, deux mères, une sœur, un frère, un fils ont été désignés ainsi qu'une amie et cinq tuteurs.

Les personnes désignées doivent donner leur accord par écrit et signer. Elles peuvent participer à la prise en charge du patient en l'assistant – en sa présence – dans sa prise de connaissance de son dossier médical, en l'accompagnant dans ses démarches médico-sociales, en assistant aux entretiens médicaux y compris les premiers, en donnant leur avis notamment sur les atteintes aux droits, sur l'arrêt ou le changement de traitement, sur l'établissement d'un testament, sur le prélèvement d'organes, sur les directives anticipées, sur le changement d'établissement.

3.4 LES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE SONT GEREES PAR DIFFERENTS ORGANISMES

Lors de leur admission au CHGS, certains patients sont déjà sous protection juridique et bénéficient d'un suivi. D'autres ne le sont pas et sont détectés par les assistantes sociales au sein du CAOD ou dans les unités.

Au moment de la visite du CGLPL, 163 patients majeurs étaient sous protection juridique¹⁰ et plusieurs organismes de tutelle les prenaient en charge :

- le mandataire de l'établissement pour vingt-trois patients ;
- des associations (la Croix Marine, le groupement d'entraide départemental aux handicapés inadaptés et à leurs familles (GEDHIF), l'union départementale des associations familiales (UDAF), l'association tutélaire générale du Cher (ATGC) et l'accompagnement tutélaire du Cher (ATC)) pour 116 patients ;
- des mandataires indépendants pour vingt-quatre patients.

Les tutelles sont majoritaires par rapport aux curatelles renforcées.

Les unités concernées sont essentiellement celles qui accueillent les séjours les plus longs : Chopin, Maupassant, Musset et surtout les unités du site de Chezal-Benoît.

En annexe au livret d'accueil, une fiche présente la procédure pour accéder à une mesure de protection juridique. Il est notamment expliqué que la requête peut être faite par la personne elle-même, un proche, une personne exerçant une protection juridique ou par le procureur de la

¹⁰ Hors les patients en accueil familial thérapeutique (AFT) et les résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD).

République. Des tiers, comme les travailleurs sociaux, peuvent formuler un signalement au procureur qui appréciera l'opportunité de saisir le juge des tutelles. La demande est obligatoirement accompagnée d'un certificat médical circonstancié rédigé par un médecin choisi sur la liste établie par le procureur de la République (le coût pouvant être réglé par les mutuelles). L'audition de l'intéressé est obligatoire au tribunal ou sur son lieu de vie, sauf exceptions.

Les mandataires ou tuteurs sont là pour répondre aux besoins des patients protégés : gestion des budgets, paiement des factures, aide aux démarches administratives (successions, mutuelles complémentaires de santé solidaire, placements financiers) et accompagnements divers.

Les mandataires (des associations surtout) utilisent des bons d'achat dans certains magasins. Les patients les plus autonomes peuvent eux-mêmes se déplacer pour aller faire des achats ou retirer de l'argent. Mais la plupart du temps ils sont accompagnés, soit par le mandataire lui-même (en voiture avec les mandataires de l'établissement) ou par des soignants. Ainsi, à la demande d'un patient soumis à une mesure d'isolement, un mandataire a pu acheter un téléphone portable après l'avoir rencontré dans la chambre d'isolement (CI) et lui avoir présenté les modèles possibles ; le patient a choisi ; le mandataire a pu lui apporter le lendemain le modèle acheté que le patient retrouvera lorsqu'il quittera la CI. Des tablettes numériques ont été demandées afin de permettre aux mandataires de transporter facilement les relevés de compte et dossiers des majeurs protégés et de leur présenter aussi des catalogues de produits et de modèles.

Les mandataires sont aussi présents et attentifs sur les questions de bienveillance et peuvent accompagner le patient dans un dépôt de plainte.

De façon générale, ils viennent régulièrement rencontrer les patients dont ils ont la charge. Ils peuvent les rencontrer soit dans le salon visiteurs, soit dans leur chambre, voire, le cas échéant, et après avis du médecin et des soignants, en chambre d'isolement.

En revanche, ils assistent peu souvent aux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD), estimant être prévenus tardivement (*cf.* §.4.3.1 s'agissant de leur convocation, systématique).

Les mandataires travaillent en liens étroits avec les assistantes sociales et avec les familles.

Il a également été précisé aux contrôleurs que :

- la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice a donné le droit de vote aux majeurs protégés sous tutelle ;
- les personnes sous tutelle peuvent désigner une personne de confiance et il peut s'agir du tuteur ;
- les majeurs protégés peuvent changer de mandataire.

Afin que le majeur protégé puisse continuer à retirer de l'argent, régler ses dépenses, assurer le quotidien en matière de tabac, d'achat de vêtements ou de produits d'hygiène malgré la fermeture, imposée par la loi, de la banque des patients à compter du 1^{er} janvier 2020 (*cf. infra* § 6.3.2), de nouvelles procédures sont mises en place. Des comptes bancaires ont été ouverts (et des prélèvements sur comptes autorisés) dans des banques familiarisées avec la problématique de patients souffrant de troubles psychiatriques. Les patients bénéficient de deux comptes : un compte de mise à disposition parfois plafonné avec retrait par carte bancaire ou autorisation en guichet et un compte de fonctionnement géré par le mandataire. S'agissant des dépenses à la cafétéria, il est convenu entre le mandataire, le majeur protégé et l'équipe de la cafétéria d'autoriser une somme de dépenses mensuelle, de noter ces dernières sur une ardoise et de les faire régler par le mandataire en fin de mois.

3.5 L'INFORMATION SUR LE DROIT DE VOTE EST DONNEE

La question du droit de vote est traitée le moment venu et en temps utile : un mois avant des élections, quelles qu'elles soient, les cadres de santé reçoivent une note leur indiquant la procédure à suivre.

Ainsi, le 26 avril 2019, des instructions sont parvenues dans les unités pour indiquer qu'un officier de police judiciaire ou son délégué se déplacerait dans l'enceinte de l'établissement pour établir les procurations. Dans le même document était indiquée la restitution du droit de vote aux majeurs sous tutelle (pour ceux pour lesquels il avait été supprimé) et les conditions dans lesquelles ils peuvent s'inscrire sur les listes électorales.

Des autorisations de sortie sont également signées par les médecins pour les patients désireux de se déplacer pour voter.

3.6 LA LIBERTE D'EXERCER LE CULTE DE SON CHOIX EXISTE MAIS C'EST SURTOUT LE CULTE CATHOLIQUE QUI EST REPRESENTE

Une petite affiche grisâtre, peu attractive, est apposée dans quelques unités pour indiquer les coordonnées téléphoniques d'une aumônière catholique, d'un imam (numéro de la mosquée) et d'un pasteur protestant. Il n'y a pas de coordonnées affichées pour le culte israélite.

Les contrôleurs n'ont pu rencontrer que l'aumônière catholique, laïque, présente deux jours par semaine sur le site de l'hôpital de 9h à 17h. Elle se partage entre les patients des unités et les résidents de l'EPHAD Les Amandiers. Elle a distribué des prospectus aux cadres de santé dans les unités avec son numéro de portable personnel.

Elle tient une permanence dans un local excentré et non signalé, et reçoit de quinze à dix-huit patients à chaque fois. Elle ne se déplace dans les unités que sur demande explicite d'un patient et l'entretien a alors lieu en chambre, au salon des visiteurs ou tout autre lieu disponible. Ce sont essentiellement des entretiens individuels, plus chaleureux et « fraternels » que religieux. Sa présence s'inscrit surtout dans un rapport d'échanges et d'écoute. Elle rencontre et soutient des patients en isolement qui souhaitent la voir, et elle accueille aussi des pratiquants d'autres religions. Formée pendant deux ans à ce ministère, elle a également suivi un module sur la psychiatrie. Envoyée par l'évêque, elle peut porter la communion.

Deux prêtres assurent par roulement une messe aux Amandiers le vendredi après-midi. Ce sont surtout les patients de Maupassant, Flaubert et Balzac qui s'y rendent. Le 20 décembre 2019, la messe de Noël doit y être célébrée. L'aumônière n'hésite pas à aller chercher les patients les moins autonomes pour les conduire jusqu'au lieu de culte.

Il n'y a pas de rencontre avec les membres des autres cultes et pas de célébration commune.

3.7 LES EVENEMENTS INDESIRABLES NE SONT PAS MINIMISES ET DONNENT LIEU A UN REEL SUIVI

3.7.1 La procédure de signalement des événements indésirables

a) Par le personnel

Tous les agents de l'hôpital, quels que soient leurs grade et statut, sont habilités à signaler un événement indésirable (EI) dès lors qu'ils disposent d'un accès informatique. Cela exclut, de fait, les agents des services hospitaliers (ASH) qui ne disposent pas de code d'accès informatique et qui doivent solliciter un cadre ou un soignant pour ouvrir une session.

La fiche de déclaration d'événement indésirable (FEI) informatisée est disponible sur le site intranet et le portail bureautique de tous les postes informatiques. Elle est commune à l'ensemble des services du CHGS, intra comme extra hospitaliers.

Si l'identité et la fonction du déclarant doivent, en principe, être « impérativement » renseignées, il ne s'agit pas d'un champ bloquant. La fiche propose des préqualifications de l'événement, regroupées en cinq grandes rubriques : *événements liés aux soins ; relations et droits des patients/résidents/visiteurs ; risques professionnels ; risques techniques et environnementaux ; sécurité*. Un champ de texte libre permet de détailler les circonstances des faits. Il est ensuite proposé d'en préciser la gravité, la fréquence, les conséquences immédiates apparentes, les causes (texte libre), les personnes informées et les signalements conjoints éventuellement effectués (correspondants vigilances, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), services techniques, psychologue du travail, etc.). Enfin, une rubrique de texte propose au rédacteur de la fiche de faire des « suggestions d'actions préventives à mettre en place ».

La fiche est systématiquement adressée au directeur adjoint chargé de la qualité, à l'ingénieure qualité, au médecin responsable des risques et à la secrétaire de la direction qualité. Cette dernière assure l'enregistrement de la fiche (sur Excel™, le CHS ne disposant pas, à ce jour, de logiciel spécifique pour le traitement des FEI) et sa diffusion aux services concernés : cadre de l'unité du signalant, cadre de l'unité où s'est déroulé l'événement, responsables des services éventuellement concernés (services techniques, informatiques, blanchisserie, pharmacie, etc.).

En fonction de la nature de l'événement, le déclarant devra en outre joindre à sa FEI :

- en cas d'acte de violence : une fiche de déclaration d'acte de violence (qui sera ensuite saisie sur le portail de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) par la direction qualité) ;
- en cas d'EI « grave »¹¹, de vol, de dégradation, de plainte ou réclamation : un rapport circonstancié.

Les faits graves seront signalés sur décision du directeur à l'ARS : quatorze en 2018, douze durant les dix premiers mois de 2019. Certains faits sont d'ailleurs signalés à l'ARS sans qu'une FEI n'ait été établie.

L'attachement de l'hôpital au bon signalement des événements indésirables se traduit notamment au travers de la « *Charte de promotion de la sécurité des soins* », signée en 2013 (par le directeur général, le directeur adjoint chargé des ressources humaines et le président de la commission médicale d'établissement (CME)) et réactualisée en décembre 2018. Largement diffusée au sein des unités, cette charte promeut « *la culture de l'erreur et non de la faute* ».

La nécessité de signaler les événements indésirables est en outre abordée lors de diverses formations proposées au plan annuel de formation (notamment « gestion des risques », droit des patients », « évaluation des pratiques professionnelles », etc.). Non obligatoires, ces formations concernent une soixantaine de professionnels chaque année.

¹¹ Les EI « graves » sont les décès inattendus, les suicides ou tentatives, les EI liés aux soins ayant mis en jeu le pronostic vital, les défauts de vigilance (hémovigilance, identitovigilance, infectiovigilance, matériovigilance et pharmacovigilance), les fugues des patients jugés vulnérables, les départs de feu, les disparitions inquiétantes, les maladies à déclaration obligatoire, les incidents de sécurité des systèmes d'information, les défaillances techniques majeures et les actes de maltraitance.

Les professionnels rencontrés ont affirmé maîtriser le sujet, en reconnaître l'utilité et la nécessité et avoir, en règle générale, un retour à la suite du signalement effectué. La progression constante du nombre de FEI établies atteste de cette réelle sensibilisation : 711 en 2018 contre 567 en 2017 (+ 25 %) et 140 en 2007.

Toutefois, la lourdeur de la fiche de déclaration des actes de violence à l'ONVS et son caractère redondant par rapport à la FEI conduit à une sous-déclaration de ce type de faits à l'ONVS : en 2018, seules neuf fiches de déclaration d'actes de violence ont été transmises à la direction qualité pour saisie sur la plate-forme de l'ONVS, alors que quatre-vingt-treize FEI concernaient des faits d'agressions.

b) Par les patients

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients victimes d'une infraction sont encouragés à déposer plainte et peuvent être aidés dans les démarches par les équipes soignantes ou les assistantes sociales. Un accompagnement au commissariat ou à la gendarmerie peut être assuré si le patient le souhaite.

Les parents ou représentants légaux seront informés si le patient est mineur ou sous protection juridique, ainsi que la personne de confiance si le patient y consent.

Un signalement au parquet sera effectué par le directeur (sur la base de l'article 40 du code de procédure pénale) si les faits le justifient, systématiquement en cas de suspicion d'infraction à caractère sexuel. En complément, et notamment pour les faits à caractère sexuel, un entretien avec le médecin sera organisé pour la victime et l'agresseur présumé s'il est présent dans l'établissement, et les mesures de protection utiles seront prises afin d'éviter la répétition des faits (cf. §.6.5).

Cette procédure est connue de tous les agents interrogés. Il n'a pas été possible de quantifier le nombre de fois où elle a été utilisée, faute de statistiques en la matière.

3.7.2 Les suites données aux événements indésirables signalés

Les FEI sont analysées chaque jeudi par une « cellule opérationnelle gestion des risques » qui réunit, outre les quatre destinataires systématiques de FEI cités *supra*, la direction des soins, et les référents qualité de chaque pôle. Les médecins, cadres supérieurs et cadres de santé des unités concernées par les EI, voire les agents eux-mêmes, ainsi que les services supports peuvent être ponctuellement conviés à ces réunions hebdomadaires selon la nature des fiches examinées.

La cellule peut procéder soit à une simple analyse de l'événement – qui est formalisée sous forme d'un graphique d'analyse systémique – soit à l'élaboration d'un plan d'actions, dont la mise en œuvre est suivie lors des réunions ultérieures de la cellule opérationnelle. Douze plans d'actions ont été élaborés en 2018.

Les FEI relatives à des violences, à des manques d'effectifs ou de matériel sont transmises aux représentants du personnel en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Les événements les plus graves peuvent donner lieu à la réunion d'un comité de retour d'expérience (CREX), sur décision du directeur ; un binôme de professionnels formés à cette méthodologie est alors constitué. Ses conclusions sont communiquées sur le serveur partagé et dans la revue interne de l'hôpital (« *La lettre de George Sand* »). Douze CREX ont été réunis en 2018 (neuf liés au circuit du médicament, ce CREX étant régulier ; un à la suite de la fugue d'une patiente en SDTU ; un à la suite de tentatives de suicide d'une patiente et un à la suite du décès d'une patiente en chambre d'isolement).

Les faits récurrents peuvent également justifier la mise en place d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Des bilans mensuels, trimestriels et annuels de FEI sont dressés par la direction de la qualité et communiqués aux pôles et à la commission des usagers (CDU).

Les événements de moindre importance souffrent, en revanche, d'un taux de réponse des services saisis pour éléments encore trop faible, puisqu'il atteint à peine les 50 % en 2018 (avec même seulement 16 % de réponse pour la CME et 43 % pour la direction des services économiques et techniques).

3.7.3 L'analyse des fiches d'événements indésirables

L'analyse des fiches transmises en 2018 et 2019 montre que l'établissement ne tente pas de minimiser les événements indésirables, quand bien même ils mettent en exergue des dysfonctionnements ou impliquent des membres du personnel.

Sur les 711 fiches recensées en 2018, 420 concernaient le pôle intra hospitalier, 164 le pôle EHPAD/USLD, 73 le pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent, 29 le pôle extra hospitalier et 54 le pôle logistique.

La répartition par thématique est assez peu lisible et évolutive. Les « agressions », par exemple, peuvent être classées selon les cas dans quatre rubriques différentes : « événement sentinelle » pour les plus graves ; « sécurité » pour celles concernant des patients ; « risque professionnel » quand un professionnel est victime ; « relation avec patient/visiteur » quand il s'agit d'agressivité de la part de visiteurs. Cette répartition mériterait d'être clarifiée et stabilisée.

Sous cette réserve, près de 25 % des 420 faits signalés en 2018 au sein du pôle intra hospitalier concernaient la « sécurité des biens et des personnes » (essentiellement des violences, menaces, vols, dégradations) ; 15 % étaient des « risques professionnels » (manque de moyens notamment) ; 13 % révélaient des « problèmes de prise en charge » (difficultés à joindre un médecin de garde, problèmes de transferts de patients, etc.) ; 12 % signalaient des « événements sentinelles » (fugues, suicides ou tentatives, violences principalement).

Par unité d'hospitalisation, ce sont, par ordre décroissant, le CAOD (quatre-vingt-treize), Chopin (cinquante-deux), Musset (quarante-huit) et Flaubert (trente-cinq) qui ont effectué le plus de signalements en 2018. Le CASA avait renseigné quarante et une fiches.

Durant les dix premiers mois de 2019, 322 FEI ont été établies par le pôle intra hospitalier et 50 par le CASA. L'analyse des signalements mensuels par unité montre des écarts importants d'un mois sur l'autre, certains événements indésirables liés à la violence ou aux dégradations étant très « patients-dépendants » : l'accueil d'un patient difficile peut faire exploser les chiffres d'une unité le temps de son hospitalisation.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA REPRESENTATION DES USAGERS EST ASSUREE, MAIS LA PRISE EN COMPTE DE L'EXPERIENCE DES PATIENTS USAGERS DOIT ETRE DEVELOPPEE

4.1.1 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) comprend deux représentants des usagers (l'UNAFAM et une fédération de personnes âgées). Elle se réunit régulièrement : quatre fois en 2018. Les représentants de l'UNAFAM observent que les conditions de travail de la commission sont bonnes, les documents sont remis dans les délais, les échanges sont effectifs.

Cependant, si les missions de la CDU et le numéro de téléphone de la direction des usagers et de la qualité sont indiqués dans le livret d'accueil (qui n'est pas distribué), sa composition et les comptes rendus de ses réunions ne sont disponibles ni sur le site Internet de l'établissement ni affichés dans les unités. Il est de plus dommage que les patients usagers des services de psychiatrie ne soient pas représentés en tant que tels dans cette instance (et pas seulement par une association de familles), alors que c'est le cas pour les personnes âgées.

Concernant les demandes d'accès aux dossiers médicaux, quatre-vingt-trois demandes ont été reçues, soixante-quatre ont fait l'objet d'une réponse (quatorze sans suite du fait du demandeur ou du tuteur, un refus, un patient inconnu, un dossier dans un autre établissement, deux dossiers relevant des archives départementales). Le taux de conformité des délais de réponse à la réglementation (moins de 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans, moins de 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans) est de 81 % pour les dossiers de moins de 5 ans, et de 100 % pour les dossiers de plus de 5 ans.

Concernant les réclamations et les plaintes, leur nombre est faible : vingt-quatre ont été reçues en 2018, dont dix-sept concernent des unités d'hospitalisation en psychiatrie, et dix-sept concernent des motifs de prise en charge globale. Des réponses ont été apportées dans des délais raisonnables (80 % dans les 30 jours). Les représentants de l'UNAFAM notent cependant que des familles, qui leur expriment des doléances, ne font pas la démarche de transmettre des plaintes à l'établissement.

4.1.2 La présence des représentants des usagers dans l'établissement

L'UNAFAM n'assure plus depuis quelques années de permanence régulière sur le site de Bourges parce qu'elle n'était pas fréquentée, mais la signalétique de cette permanence est encore en place. Elle n'est pas non plus présente sur les deux autres sites.

Des brochures de l'UNAFAM sont disponibles dans quelques unités, mais il n'y a aucun affichage. L'accueil des familles est réalisé à la permanence de l'UNAFAM en ville à Bourges, et trois groupes de paroles y sont organisés. L'UNAFAM note la venue de plus en plus fréquente à cette permanence de parents d'adolescents souffrant de troubles psychiques.

Les représentants de l'UNAFAM vont dans les unités d'hospitalisation deux fois par an, en tant que membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) (cf. §.4.4.1).

Depuis fin 2018, les représentants de l'UNAFAM à la CDU sont associés aux travaux du comité d'éthique, ainsi qu'au groupe de travail de l'EPP sur la bientraitance/maltraitance.

Enfin, une fois par an, l'UNAFAM organise une conférence sur le site de Bourges du CHGS. En 2020, la thématique en sera : le devenir des patients dont les parents sont âgés.

Aucune association de patients en psychiatrie n'est présente au CHGS.

4.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction n'est pas annexé au livret d'accueil, lequel dispose pourtant d'un rabat contenant divers documents. Il n'est pas non plus distribué systématiquement à l'entrée ou en préparation de la sortie. Il n'y a que peu d'incitation à le remplir de la part des soignants, contrairement à ce qu'affirme le rapport d'exploitation des résultats du questionnaire. De fait, les soignants qui se sont exprimés à ce sujet ne le trouvent pas adapté aux patients en psychiatrie et s'en désintéressent.

152 questionnaires ont été reçus en 2018 (hors unité pour adolescents), ce qui représente de 0 à 5,3 % des sorties d'unités de psychiatrie, à l'exception notable de l'unité de géro-psi-chiatrie Maupassant, où 25 % des sorties ont donné lieu au remplissage d'un questionnaire.

PROPOSITION 3

Le questionnaire de satisfaction doit être remis aux patients à l'entrée ou en préparation de la sortie. Les soignants doivent être sensibilisés à l'intérêt d'inciter les patients à le remplir. Si le questionnaire n'est pas adéquat aux besoins des patients de psychiatrie, il doit être adapté.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise :

« Il existe un questionnaire de satisfaction pour le court séjour/addictologie et CASA, actualisé régulièrement (en cours pour les UPLC) en concertation avec l'encadrement des services concernés. Il est annexé au livret d'accueil et doit être remis au patient lors de chaque admission. Une actualisation vient d'être proposée à l'encadrement au regard de questionnaires existants au sein d'établissement similaires, en attente de retour à ce jour (transmis le 16/09/2020 et le 25/09/2020).

Le questionnaire de sortie peut être adapté aux spécificités de la psychiatrie, notamment les soins sans consentement, mais doit aussi être le reflet de la charte de la personne hospitalisée applicable dans tous les établissements de santé.

Dans le cadre de la renégociation des contrats de pôle, un indicateur relatif à la remise du questionnaire de sortie et du livret d'accueil va être étudié. »

4.2 LE REGISTRE DE LA LOI NE CONTIENT PAS TOUTES LES MENTIONS PREVUES PAR LA LOI

Le bureau des admissions est placé sous la responsabilité d'un attaché d'administration hospitalière et comprend cinq agents sur le site de Bourges, deux agents sur le site de Dun-sur-Auron et un agent sur le site de Chezal-Benoît.

Un agent est chargé spécifiquement des admissions des patients en soins sans consentement, de la tenue du registre de la loi et des procédures en rapport avec la mise en œuvre réglementaire des soins sans consentement.

4.2.1 La tenue des registres de la loi

Les contrôleurs ont examiné exhaustivement les registres concernant les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) de 2019 et par sondage les années précédentes. Pour les soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), ont été examinés par sondage les registres de

2019 et 2018, et plus particulièrement le dernier registre. Trois registres en cours concernent les SDRE depuis le 23/9/2015, et neuf registres en cours concernent les SDDE depuis le 13/09/2017. Les registres, au format papier, sont tenus sur un modèle normalisé, renseignés par dates d'admission avec un numéro de folio pour chaque nouvelle entrée (distinct du numéro d'identification du patient, dénommé « matricule » dans ces livres), et dans deux registres distincts : celui concernant les SDRE, et celui concernant les SDDE. Pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par un renvoi au numéro du folio précédent dans le même registre ou dans le registre précédent, permettant ainsi le suivi aisé des patients au fil des mesures les concernant.

Chaque folio concernant un patient comprend quatre pages ; sur la première page figurent l'identité de l'arrivant, son adresse, la date et le mode de l'admission, l'identité du tiers en cas de SDT, l'information de la famille en cas d'admission en péril imminent, la date de l'arrêté du maire et/ou du préfet en cas de SDRE et la date de levée de la mesure, les dates des décisions du juge des libertés et de la détention (JLD). Sont également mentionnées les éventuelles décisions de mise sous protection juridique avant ou après l'admission.

La partie concernant l'information de la famille, en cas d'admission en péril imminent, est peu souvent renseignée, car si le bureau des admissions assure une veille sur ces situations en alertant le cadre de santé sur la nécessité de s'assurer que les proches ont été informés, il n'a pas toujours de réponse et ne fait pas un suivi exhaustif de ces demandes d'informations. Un meilleur suivi de ce point par le bureau des admissions et une plus grande mobilisation des unités pour contacter les familles seraient de nature à faciliter une diminution du nombre d'admissions en péril imminent, en croissance importante dans le département, par leur transformation éventuelle en SDT dans le cas où les proches acceptent de formuler une demande en ce sens (cf. §.2.4).

Si ces informations respectent le cadre légal, les dates de la notification des droits des patients placés en SSC et de recueil de leurs observations prévue à l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) ne figurent pas au registre, bien que les certificats médicaux (cf. *infra*) fassent référence à la date de l'entretien, d'information sur les droits et de recueil des observations des patients. Pour les SDDE, la notification de la décision du directeur de l'établissement, prévue à l'article L 3212-5 du CSP, n'est pas apposée dans le registre.

L'absence de ces informations ne permet pas une bonne lisibilité du parcours de chaque patient. Les échanges, au cours du contrôle, avec le responsable du bureau des admissions, ont fait apparaître l'intérêt de faire figurer, dès à présent, ces informations sur le registre.

Sur les trois autres pages sont apposées, par ordre chronologique, les copies des certificats médicaux horodatés (initiaux, des 24h, des 72h, mensuels), jusqu'au certificat de levée d'hospitalisation, ainsi que des arrêtés préfectoraux de maintien de la prise en charge ou de fin de la mesure, y compris la transformation en programme de soins (PDS), des ordonnances de maintien ou de levée de la mesure de soins sans consentement par le JLD et des avis du collège des professionnels de santé.

Les registres sont renseignés dans le délai de 24 heures prévu par la loi.

Nonobstant les observations concernant les améliorations à apporter aux informations à recueillir dans le registre de la loi, celui-ci apparaît bien tenu et le bureau des admissions semble réactif et coordonné avec les unités d'hospitalisation de façon à respecter et faire respecter la

réglementation des soins sans consentement. La dématérialisation du registre, qui avait été prévue par la loi mais n'a pas reçu sa confirmation réglementaire, serait de nature à faciliter encore sa tenue et son contrôle.

RECO PRISE EN COMPTE 4

L'indication des dates de la notification des droits des patients placés en soins sans consentement et du recueil de leurs observations prévue à l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) doit figurer au registre de la loi.

La notification de la décision du directeur de l'établissement, prévue à l'article L 3212-5 du CSP, doit être apposée dans le registre de la loi.

En réponse au rapport provisoire, le directeur de l'établissement annonce que « depuis la visite de l'équipe de contrôleurs du CGLPL, la décision d'admission et la notification du patient sont collées dans le registre de la loi. Seront désormais annotées les dates de notification des droits du patient à côté du certificat médical concerné (mensuel, modification de prise en charge et levée) ».

4.2.2 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé¹² est constitué selon une procédure élaborée et suivie par le bureau des admissions : celui-ci tient le calendrier à jour pour chaque patient concerné et informe les unités du délai de convocation. La secrétaire médicale de l'unité informe le bureau des admissions de la composition du collège. Le bureau des admissions en informe le président de la CME, qui contresigne le document. L'avis du collège est ensuite transmis au bureau des admissions, qui le classe au dossier, le fait figurer dans le registre de la loi et le transmet à l'ARS.

Malgré cette formalisation conforme aux textes, les informations recueillies font apparaître que la plupart du temps, le collège des professionnels de santé ne se réunit pas physiquement et ne reçoit pas le patient concerné.

RECOMMANDATION 2

Le collège des professionnels de santé doit se réunir physiquement, et recevoir le patient concerné en formation collégiale.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement répond que « ce point sera discuté en CME ». Il ajoute : « La possibilité de visioconférences accessibles aux patients sera étudiée afin d'éviter des déplacements trop longs aux professionnels de santé, eu égard au

¹² Article L3211-9 du code de santé publique (CSP) : « Pour l'application du II des articles L.3211-12 et L.3211-12-1 et des articles L.3212-7, L.3213-1, L.3213-3 et L.3213-8, le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

- 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
- 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

caractère multisite de l'établissement. Lorsque le service des admissions enverra un mail au secrétariat médical concerné afin d'avoir la liste des participants au collège et la date de réunion, un rappel sera fait sur la nécessité de réunir physiquement le collège. ».

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

4.3.1 Les locaux et l'organisation des audiences

En application des dispositions de l'article L 3211-12-2 du CSP, une convention entre le tribunal judiciaire (TJ) de Bourges, l'ARS du Centre-Val de Loire et le CHGS a été signée le 6 novembre 2014. Elle organise les conditions matérielles des locaux dédiés aux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) au sein de l'hôpital. Elle prévoit que les audiences se tiennent tous les lundis matin.

Les audiences se tiennent maintenant le lundi à partir de 14h. Si nécessaire, une deuxième audience est tenue dans la semaine pour garantir le respect des délais légaux, surveillés tant par le bureau des admissions qui fait la requête au JLD que par le greffier de celui-ci. La tenue de l'audience au lendemain du week-end amène fréquemment les médecins à délivrer les avis médicaux motivés le lundi matin, pour éviter des avis rendus le vendredi et qui ne seraient plus adaptés à la situation du patient. Dès lors, certains avis médicaux arrivent parfois juste avant le début de l'audience ; le JLD et les avocats en prennent alors connaissance à la dernière minute, ce qui ne semble cependant pas compromettre l'organisation des audiences.

Conformément aux exigences de la loi, la requête est transmise par le bureau des admissions au greffe huit jours maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision du JLD. A la requête sont joints :

- la décision d'admission avec notification signée du patient ;
- les certificats de 24 et 72 heures ;
- la décision de maintien de l'hospitalisation complète avec notification signée ;
- la dernière décision du JLD pour les contrôles à six mois avec les certificats médicaux mensuels accompagnant les décisions de maintien notifiées.

Les notifications de convocation devant le JLD sont placées au dossier et une copie est remise au patient.

Les deux magistrates, qui assurent les audiences en l'absence de la JLD titulaire en congé maternité, et leur greffière ne font état d'aucune difficulté tant dans l'organisation des audiences à l'hôpital que dans la qualité des documents et des dossiers qui leur sont transmis, notamment l'acte de notification des droits du patient.

Elles observent que les certificats médicaux sont compréhensibles et correctement rédigés au regard de la loi (date, heure). Cependant elles regrettent que les dossiers, et notamment les certificats médicaux, leur apportent souvent une faible connaissance des faits et des circonstances qui ont conduit à l'hospitalisation. Cela peut parfois rendre malaisée l'analyse de leur réalité et de leur portée, ainsi que l'évaluation d'une atteinte effective à l'ordre public. Les magistrates ont alors le sentiment que leur rôle se limite à vérifier qu'il n'y a pas de dysfonctionnement majeur dans le processus d'hospitalisation en soins sans consentement.

Le pourcentage de certificats médicaux de non audiençabilité est de 10 % (dix-huit cas en 2019), et les magistrates n'observent aucune réticence de la part des équipes soignantes quant à la comparution des personnes à l'audience.

Les avocats, qui assurent la permanence du JLD au sein de l'établissement, ont reçu une formation leur permettant d'être inscrits sur la liste des avocats volontaires pour cette procédure. Ils sont suffisamment nombreux, selon les informations recueillies. Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans les unités d'hospitalisation.

Les avocats disposent d'une demi-heure pour rencontrer leurs clients avant l'audience. Il convient de relever que le bureau mis à disposition des avocats n'apporte pas des garanties suffisantes concernant la confidentialité du fait d'une insonorisation défectueuse : assis dans la salle d'attente, on peut entendre la conversation entre l'avocat et son client, alors que la porte du bureau est fermée.

PROPOSITION 4

L'avocat doit rencontrer son client dans des conditions matérielles qui garantissent la confidentialité de leur entretien.

Dans ses observations au rapport provisoire, si le directeur de l'établissement précise que « *les locaux sont récents et avaient reçu l'aval du TGI* », il ajoute qu'une « *étude et une demande d'intervention technique vont être demandées* ».

Selon les informations recueillis auprès de la greffière du JLD, les mandataires judiciaires des personnes sont systématiquement convoqués, mais comme il l'a été précisé (cf. §.3.4), ils ne sont pas présents aux audiences.

4.3.2 Le déroulement de l'audience

La salle d'audience du JLD est installée au centre du site de Bourges du CHGS, dans des locaux récents et parfaitement aménagés. Elle est signalée à l'entrée de l'établissement et sur la porte de celle-ci, mais pas sur le cheminement entre les deux. Elle est de plain-pied et dispose d'une salle d'attente avec quatre sièges, d'un bureau pour les avocats, de la salle d'audience elle-même et d'une salle des délibérations, ainsi que de sanitaires.

Les contrôleurs ont pu assister à une audience, tenue par une vice-présidente du TJ en l'absence de la JLD statutaire.

L'audience est publique, la porte est ouverte. La magistrate n'avait pas revêtu ses habits professionnels, l'avocate était en robe.

Les patients se présentent dans de bonnes conditions, habillés et sans contention. Le soignant qui les accompagne (et ce de façon systématique) n'entre pas dans la salle d'audience, sauf si le patient (ou le JLD) le demande, ce qui n'a pas été le cas au cours de l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté.

Il n'y a pas de sur sécurisation qui nuirait à l'accès au juge. La magistrate et sa greffière sont équipées d'un bouton d'appel (type PTI¹³), mais elles n'en ont jamais fait usage et ne savent pas vers où serait adressé l'appel si elles devaient le faire. Dans quelques rares situations où le patient leur semble présenter une dangerosité particulière, plusieurs soignants, voire des membres des forces de police, peuvent accompagner le patient.

Sur trois dossiers prévus, seuls deux patients étaient présents. Le juge, le greffier, l'avocate en avaient été informés avant le début de l'audience. Les deux dossiers concernaient un contrôle

¹³ PTI : protection de travailleur isolé.

du 12^{ème} jour d'un patient en SDT et un contrôle du 6^{ème} mois d'un patient en SDRE pour irresponsabilité pénale. Le JLD a pris le temps de rechercher le dialogue avec chacun, de questionner, d'écouter, de commenter les propos du patient et les certificats médicaux. L'avocat n'a pas soulevé de moyens de défense procéduraux ou juridiques. Le temps consacré à chaque affaire a été de l'ordre d'une vingtaine de minutes. A l'issue de l'audience, le JLD n'a pas informé par oral les personnes qu'elles pouvaient faire appel de sa décision. Elle a précisé à la suite de l'audience qu'elle ne le faisait pas systématiquement, mais plus évidemment face à une personne qui contesterait sa mesure de SSC, ce qui n'était pas le cas pour les deux patients présents.

Les décisions ne sont pas rendues à l'audience, mais le soir même ou le lendemain. Elles sont remises et expliquées aux patients dans les unités d'hospitalisation.

En 2019, selon les données de l'établissement, 173 mesures ont fait l'objet d'une procédure devant le JLD, parmi lesquelles 169 ont donné lieu à une décision (les autres ayant fait l'objet d'une fin de mesure de SSC avant la comparution devant le JLD). Le JLD a confirmé la mesure de SSC pour 160 patients, et a prononcé la levée de 9 mesures. 46 patients avaient refusé de comparaître, et 18 patients avaient fait l'objet de certificats médicaux de non-audiençabilité.

En 2019, dix patients ont fait appel de la décision du JLD, et la cour d'appel de Bourges n'a levé aucune mesure (en 2018, onze appels de patients, une levée de mesure par la cour d'appel).

Aucune réunion annuelle de bilan entre le JLD et le CHGS ne se tient, celle-ci n'étant pas prévue par la convention.

4.4 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL N'EST EFFECTUE QUE PAR LA CDSP

4.4.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présidée par un médecin, ancien médecin-chef de l'établissement. Les usagers y sont représentés par l'UNAFAM, qui y siège assidûment, et par la présidente nationale de la FNAPPSY¹⁴, qui n'y siège jamais. Elle se réunit quatre fois par an, dont deux fois sur le site de Bourges. Lors de ces réunions sur site, elle visite les unités d'hospitalisation qui accueillent des patients en SSC et y reçoit les patients qui souhaitent la rencontrer (quinze patients en 2018). Si l'information écrite sur la venue de la CDSP n'est pas affichée dans les unités, elle est donnée oralement aux patients par les cadres de santé (cf. §.3.1.1 et recommandation n°4).

La CDSP fait le constat de la régularité des procédures de SSC et de l'effectivité globale du respect des droits des patients. Elle note l'amélioration de la motivation des avis médicaux en 2018 qui a permis au représentant de l'Etat et au JLD de prendre des décisions en connaissance de cause.

Elle s'alerte de l'augmentation continue des admissions en SDTU et en SPI (cf. §.2.4).

Le président de la CDSP regrette les effets à venir de la loi de programmation et de réforme pour la justice¹⁵ sur la composition des CDSP. En effet, les magistrats y siégeant ne seront plus remplacés à l'issue de leur mandat, et les CDSP seront alors constituées de trois médecins et de deux représentants des usagers.

¹⁴ FNAPPSY : fédération nationale des patients en psychiatrie.

¹⁵ Loi 2019-222 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, art. 102 et 109.

4.4.2 La visite des autorités

Le registre de la loi est visé par le président ou un membre de la CDSP à chacune de ses venues dans l'établissement, et de loin en loin par le substitut du procureur de la République. Mais ni le préfet, ni le président du TJ, ni les élus ne l'ont visé, pas plus qu'ils ne se sont rendus en visite dans l'établissement depuis plusieurs années.

Par le biais des observations au rapport provisoire, le procureur de la République précise que « *si la vacance d'un poste [a empêché] de mener à bien l'ensemble des missions qui sont dévolues au ministère public en 2017-2018, le retour à un effectif conforme à la localisation des emplois a permis d'y remédier et de rétablir un rythme annuel de visite au CH George Sand* ».

4.5 LA PREPARATION A LA SORTIE EST PERTURBEE PAR L'ORGANISATION EN POLES INTRA ET EXTRA HOSPITALIER DISTINCTS

4.5.1 Les conditions de levée des SDRE par le préfet

Le préfet demande assez fréquemment un deuxième avis pour les levées des mesures de SDRE et la mise en place d'un PDS, mais très rarement pour les permissions de 48 heures non accompagnées. C'est ainsi qu'en 2018, sur vingt-quatre demandes de levée de SDRE, sept décisions ont été rendues après production d'un deuxième avis médical¹⁶.

4.5.2 Les modalités des programmes de soins

Au jour de la visite des contrôleurs, quarante-six patients étaient en programme de soins (PDS) :

- quatre patients précédemment hospitalisés en SDDE l'étaient avec retours programmés dans l'établissement, et trente-sept autres en ambulatoire complet ;
- cinq patients précédemment hospitalisés en SDRE.

Parmi ces quarante-six patients en PDS, cinq passaient plus de trois nuits par semaine en hospitalisation.

La lecture des dossiers administratifs des patients, auparavant en SDRE et bénéficiant d'une décision de PDS, fait apparaître des modalités de PDS progressives, réévaluées dans le temps :

- patient X : « *hospitalisation partielle de jour et de nuit, dont le déroulement sera conditionné par des autorisations de sortie de quelques heures à 3 jours pour des permissions au domicile de sa mère* » ;
- patient Y, une première décision prévoit « *une autorisation de sortie le lundi de 9h à 18h pour se rendre au domicile familial et en consultation au CMP* », puis une modification du PDS prévoit une sortie de quelques jours pour les fêtes de fin d'année, et les décisions modificatives suivantes prévoient des sorties plus étendues, jusqu'à six jours d'affilée, puis un retour à domicile complet avec une alternance de rendez-vous à l'hôpital et au CMP ;
- patient Z : une première décision prévoit une « *hospitalisation partielle de jour et de nuit, dont le déroulement sera conditionné par des autorisations de sortie de quelques heures à 15 jours pour des permissions au domicile de sa mère* ». Une deuxième décision prévoit une permission de plusieurs semaines pour partir en vacances.

En cas de SDT, le bureau des admissions avertit le tiers demandeur qu'un PDS est mis en place.

¹⁶ Données issues du rapport 2018 de la CDSP.

4.5.3 Le relais de l'hospitalisation vers le suivi ambulatoire

L'organisation choisie par le CHGS, qui est sorti, depuis 2003, d'une organisation habituelle du secteur de psychiatrie en mettant en place deux pôles distincts intra et extra hospitalier (cf. §.2.1), a des effets sur la continuité des soins entre l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire. En effet, de l'aveu même de certains praticiens, les médecins consultant en CMP et ceux des unités d'hospitalisation peuvent ne pas avoir la même perception du suivi du patient, mais certains affirment, cependant, que ce n'est pas un problème que les patients soient suivis par un médecin différent à l'hôpital et au CMP.

A ces orientations qui peuvent diverger, il convient d'ajouter les délais longs pour obtenir un rendez-vous avec un médecin au CMP (jusqu'à trois mois), même si, à la sortie des patients, un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux médecins du CMP et alors même que la transmission des informations médicales se fait rarement en temps réel. Ces ruptures de parcours exposent les patients, selon les psychiatres de l'intra hospitalier, à une réactivation possible de leurs symptômes et à un alourdissement de leur traitement. De plus, certains patients en programme de soins ont du mal à adhérer au suivi proposé en CMP alors qu'ils étaient compliants à la prise en charge dans les unités. Les contrôleurs ont alors observé que les unités hospitalières tendaient de plus en plus à développer des consultations de suivi, et même diverses formes de médiations thérapeutiques après la sortie du patient, parfois exclusivement, parfois en alternance (ou en doublon ?) avec la prise en charge au CMP.

Les effets de cette organisation singulière sur la continuité des soins mettent à mal l'effectivité du parcours de soins. Cette organisation devrait, *a minima*, faire l'objet d'une évaluation comparative avec une organisation classique en secteur de psychiatrie assurant à la fois l'intra et l'extra hospitalier, ce qui est d'ailleurs le cas du pôle de psychiatrie infanto-juvénile qui a gardé une organisation unifiée des soins (cf. §.9.1).

PROPOSITION 5

Il conviendrait de repenser l'articulation entre les prises en charge hospitalières et ambulatoires afin que les patients puissent bénéficier de soins dans les meilleurs délais et au plus près de leur domicile, une fois sortis des unités de court séjour.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que « *c'est une problématique abordée par les groupes de travail du PTSM, en cours d'élaboration, et dans la démarche d'élaboration de notre prochain projet d'établissement 2020/2025* ».

Il complète : « *Les nouveaux recrutements médicaux, en psychiatrie, favorisent un exercice mixte entre extra et intra. Depuis quelques temps, les infirmières de coordination se rendent régulièrement depuis les CMP dans les unités d'hospitalisation de façon hebdomadaire pour échanger avec leurs collègues de l'intra hospitalier sur les patients suivis en CMP et qui font l'objet d'une hospitalisation* ».

4.5.4 L'accès aux structures sociales et médico-sociales

Le CHGS a fait le choix, dès le début des années 2000, de regrouper les patients au long cours dans des unités de psychiatrie au long cours (UPLC) sur le site de Chezal-Benoît, de conforter son activité d'accueil familial thérapeutique (AFT), de développer ses structures médico-sociales (maison d'accueil spécialisé (MAS) de 48 places à Dun-sur-Auron (agrément polyhandicap), foyer

d'accueil médicalisé (FAM) de 8 places à Chezal-Benoît, 275 lits et places en unités de soins de longue durée (USLD) et en EHPAD).

Les trois UPLC de Chezal-Benoît, que les contrôleurs ont visitées, offrent soixante-quinze lits dans des locaux rénovés et pimpants (Nohant) ou vieillissants et peu attractifs (Delacroix et Gargillesse, cette dernière en cours de fermeture). Les durées de séjour sont parfois très longues, le plus ancien patient était présent depuis 1997. Le projet médical est, soit de préparer à l'accès à une structure médico-sociale pour personnes handicapées ou pour personnes âgées, soit de maintenir un cadre de soins et d'activités pour des patients qui n'accéderaient pas au médico-social du fait de leur pathologie ou par manque de places. Les besoins importants de soins somatiques de ces patients sont difficilement couverts par un seul médecin somaticien pour les trois unités, dans un contexte d'éloignement de la structure par rapport à l'équipement en soins généraux (45 mn de Bourges, 20 mn d'Issoudun), nécessitant parfois de faire appel au gériatre de l'EHPAD sur le même site.

Le FAM de Chezal-Benoît présente la particularité d'avoir douze places dans l'UPLC Delacroix B. Les résidents et les patients y vivent en coexistence. Rien, en dehors d'une chambre individuelle, ne distingue cadre de vie et prise en charge, sans pouvoir identifier l'accompagnement médico-social et les droits des usagers du secteur social et médico-social qui s'y attachent¹⁷. Le projet d'établissement médico-social n'a manifestement pas d'existence et n'est pas connu par le personnel. Aucun conseil de la vie sociale ou autre forme d'instance de concertation des usagers n'est en place. La vie privée (y compris affective et sexuelle) des résidents ne peut trouver sa réalisation dans le cadre d'une unité hospitalière, même si des projets individuels sont développés. La liberté d'aller et de venir semble être un fait acquis pour les résidents comme pour les patients. La mise en place du FAM s'est accompagnée de moyens en personnel éducatif (un éducateur, deux moniteurs-éducateurs) et de moyens financiers pour les activités, ce qui parallèlement enrichit l'offre d'activités et l'approche socio-éducative des patients. Cette organisation singulière résulte du projet inachevé d'un FAM autonome de plus grande capacité.

Quelle que soit la bienveillance réelle du personnel et son souci d'adapter au mieux la prise en charge qui reste largement sanitaire, il est à recommander fortement, comme le projet d'établissement du CHGS le prévoit, que le nombre de places de FAM soit augmenté, permettant ainsi l'autonomie de cette structure médico-sociale par rapport aux structures sanitaires et un véritable accompagnement médico-social respectueux des droits des résidents.

Nonobstant les capacités médico-sociales développées par le CHGS, des places manquent encore dans le département pour accueillir des personnes issues d'un long parcours en psychiatrie et présentant un handicap psychique. Aucun des établissements et services sociaux et médico-sociaux du département du Cher ne dispose d'un agrément clientèle spécifique pour les personnes en situation de handicap psychique, même pas la MAS (agrément polyhandicap) et le FAM du CHGS¹⁸.

¹⁷ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁸ Le diagnostic partagé du projet territorial de santé de mentale (PTSM) du Cher précise que « 0,04 % des places installées en établissements médico-sociaux sont destinées aux personnes en situation de handicap psychique pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans et 0 place installée en services médico-sociaux adultes handicap psychique (SAMSAH) pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans. »

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 EN DEPIT DE L'ABSENCE D'UN DISPOSITIF DE SECURITE SPECIFIQUE, L'ETABLISSEMENT OFFRE UN CADRE SECURISE AUX PATIENTS, QUI PEUVENT CIRCULER QUASIMENT SANS CONTRAINTE

5.1.1 La configuration du site de Bourges

Le site de Bourges du CHGS, proche du centre-ville et accessible par différents moyens de transport, est très ouvert. D'une superficie de 25 ha – dont 15 ha de surfaces agricoles cultivées, le terrain est bordé au Nord par la rue Louis Mallet, à l'Est par la rue Marguerite Audoux, au Sud par la route de la Chapelle et à l'Ouest par des champs. Il est traversé par une route de jonction (allée de Beauregard) qui relie l'entrée principale, rue Mallet, à un accès secondaire, route de la Chapelle. La plupart des bâtiments est située au-dessus de cette allée de jonction ; en contrebas de cette allée, se trouvent le PMPEA, l'EPHAD et l'USLD « Les Amandiers », des prairies et terrains arborés.

Aucun poste de contrôle, ni pour les piétons ni pour les véhicules, ne restreint l'accès au site. Le portail d'entrée principal, situé à une centaine de mètres en retrait de la limite de propriété, n'est fermé que la nuit (de 22h à 7h) ; son ouverture est alors commandée par un visiophone relié au CAOD alors que, paradoxalement, le positionnement de ce portail laisse un libre accès 24h/24 au CAOD. Au moment du contrôle, comme l'ont constaté les contrôleurs lors de leur visite de nuit, ce portail était en panne « depuis plusieurs mois, comme très souvent » selon les déclarations du personnel.



Portail d'accès principal et visiophone de commande

Deux autres points secondaires permettent d'accéder au site :

- une entrée par la rue Marguerite Audoux, destinée principalement au PMPEA mais permettant de remonter jusqu'à l'allée de Beauregard (par une allée interne dénommée rue de la Chapelle). Cette entrée est fermée la nuit ainsi que le week-end et les jours fériés ;
- un portail, situé route de la Chapelle à l'autre extrémité de l'allée de Beauregard ; réservé aux livraisons, il est fermé en permanence avec commande à distance par les cuisines après vérifications par interphone ; cet accès est doublé par un second portail, situé après les cuisines dans l'allée de Beauregard, empêchant un camion de livraison d'accéder au reste du site.

5.1.2 L'objectivation des faits liés à la sécurité

Les questions de sécurité ne sont pas une préoccupation majeure au CHGS. Si les professionnels ont pu faire, ponctuellement, remonter des inquiétudes sur le sujet, elles portent davantage sur les risques psycho-sociaux que sur les aspects directement liés à la sûreté. C'est en ce sens qu'il faut comprendre l'expertise demandée par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) courant 2017¹⁹.

Les faits de délinquance sont peu nombreux et de faible gravité : ont été évoqués, sans qu'il soit possible de les quantifier, quelques dégradations de véhicules très ponctuelles et, semble-t-il plus fréquemment, des vols dans des lieux de stockage ou au sein des unités, la plupart du temps sans effraction. Les intrusions sur le site sont peu fréquentes et concernent principalement des anciens patients ou proches de patients. Enfin, la vente de stupéfiants, sans être totalement écartée, ne peut être considérée comme habituelle.

Ces éléments sont corroborés par l'analyse thématique des fiches d'événements indésirables (FEI ; cf. *supra* §.3.7) : si l'item « sécurité des biens et des personnes » représente le *quantum* le plus important (près de 25 % des EI signalés en 2018 sur le pôle intra hospitalier), en pratique ces fiches portent sur des disparitions ou dégradations d'objets personnels des patients, sur des dégradations des locaux et/ou du matériel par les patients, sur des faits d'agressivité des patients envers le personnel et sur des sorties sans autorisation de patients vulnérables.

A l'inverse, les soignants se montrent préoccupés par les risques de fugues, la configuration architecturale de l'unité Musset (et, dans une moindre mesure, du CAOD), n'offrant pas, selon eux, un cadre sécurisant pour les patients : porte d'accès à l'unité pouvant être forcée très aisément ; possibilité d'escalade du toit depuis le patio, etc. Un bureau d'étude technique et le cabinet d'architectes, ayant conçu le bâtiment, ont été saisis de ces deux points.

5.1.3 Les dispositifs de sécurité mis en œuvre

La préoccupation sécuritaire n'étant pas prégnante, le CHGS n'a pas mis en place de dispositifs de sécurité particuliers. Aucun cadre n'est désigné comme référent sécurité, le dossier étant piloté par la direction de la qualité et de la gestion des risques.

La rédaction du plan de sécurisation de l'établissement (PSE) prévu réglementairement²⁰ a été confiée à un cabinet de conseil qui a procédé à un audit de sécurité des sites en 2017 et a rendu son rapport fin novembre 2018. La déclinaison des préconisations de ce PSE n'avait pas encore été engagée au moment du contrôle. Toutefois, une ligne budgétaire de 1,2 million d'euros sur quatre ans a été dégagée sur le programme immobilier pluriannuel pour financer le plan d'actions en la matière²¹. Cette ligne budgétaire permettra également de financer les travaux de sécurisation demandés par certaines unités pour minimiser les risques de fugues.

Dispensé, du fait de sa qualification, de disposer d'agents en charge de la sécurité incendie, l'hôpital n'a pas non plus créé de poste d'agent de sûreté. Toutefois une équipe remplit depuis décembre 2012 en partie une mission de sécurisation : l'équipe transport sécurité

¹⁹ Rapport d'expertise CHSCT établi par le cabinet Impact Etudes

²⁰ Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

²¹ L'ARS a fait savoir, par courrier en date du 27 septembre 2018, que, compte tenu de la cartographie de la sensibilité des établissements, aucune mesure de sécurisation du CHGS ne pourra être financée par l'ARS au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en 2018 et 2019.

antimalveillance (TSAM). Composée de cinq aides-soignants, tous masculins, elle assure la présence minimale de deux agents chaque nuit (de 21h à 7h, 365 jours par an) avec pour missions de²² :

- « sécuriser le site de Bourges ;
- renforcer les unités de soins dans les situations d'agitation et lors des interventions en chambres d'isolement et chambres sécurisées ;
- transporter les patients sur les sites de Bourges, de Dun et de Chezal, le Centre Hospitalier Jacques Cœur et tout autre établissement de santé ;
- transporter les produits pharmaceutiques et examens de laboratoire pour les unités des 3 sites ;
- accompagner et surveiller les patients (particulièrement pour les patients admis en SPDT-SPDRE) accueillis sur le Centre Hospitalier Jacques Cœur ;
- suppléer les absences inopinées d'Aide-Soignant ou Infirmier sur le site de Bourges ;
- raccompagner les patients au domicile après évaluation de la situation par le médecin et par le cadre de santé d'astreinte ;
- participer à la réintégration d'un patient (SPDT-SPDRE) ».

Pour ce faire, ces agents doivent, notamment, procéder au « contrôle de la fermeture et de l'ouverture des accès de l'établissement » et « assurer une présence sécurisante sur le site de Bourges par des rondes régulières ». Entre ces rondes et sauf mission spécifique de renfort ou d'accompagnement, un agent est posté au CAOD et l'autre à l'unité Musset.

Par ailleurs, le site de Bourges est équipé d'un dispositif de vidéoprotection qui se limite à quatre caméras (sans compter celles présentes dans les chambres d'isolement ou sécurisées, cf. *infra* §.8.1)²³. Deux sont positionnées sur le portail d'accès principal (côté rue Louis Mallet) ; les deux autres, sur la façade du CAOD, couvrent les abords de cette unité sans pour autant permettre de visualiser sa porte d'entrée (un visiophone a été récemment installé ; l'absence d'éclairage le rend toutefois inopérant la nuit et l'absence d'interphonie ne permet pas de converser avec la personne se présentant à la porte ; de fait, les soignants sont contraints d'échanger au travers de la porte vitrée avant d'ouvrir la nuit).



Caméras situées sur la façade du CAOD et sur le portail d'entrée

Ces caméras fixes (avec possibilité de zoom) peuvent être visionnées en direct depuis un moniteur situé dans le bureau d'accueil du CAOD. Les images sont en couleur et d'assez bonne

²² Fiche « Procédure « Organisation de l'équipe transport sécurité –anti-malveillance » (TSAM) version avril 2018

²³ D'autres caméras sont mises en place au niveau de la cuisine centrale qui ne relève pas de l'emprise du CHGS.

qualité en journée ; la nuit, le faible éclairage rend inexploitable les deux caméras en façade du CAOD. L'ensemble des images est enregistré numériquement et conservé durant trente jours. Le visionnage en différé et les extractions ne peuvent être effectués que dans le local du serveur informatique par un nombre restreint de personnes habilitées²⁴.



Moniteur de visionnage des caméras de vidéoprotection

Les déclarations à la CNIL²⁵ et en préfecture sont à jour. En revanche, aucun panneau n'informe le public de l'existence d'un dispositif de vidéoprotection et des modalités d'exercice du droit d'accès aux images.

RECO PRISE EN COMPTE 5

L'établissement doit mettre en place les affichages réglementaires d'information du public de l'existence d'un dispositif de vidéoprotection et des modalités d'exercice du droit d'accès aux images.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement s'engage à faire figurer cette information « *dans la prochaine publication du livret d'accueil de l'établissement* ». Il précise toutefois qu'un « *affichage est apposé depuis plusieurs années à l'entrée du site, allée Beauregard, pour ce qui concerne la surveillance de la voie publique, équipement validé par la Préfecture qui a recommandé à l'établissement de conserver les enregistrements vidéo pendant trente jours. Une actualisation de ces panneaux d'information va être faite prochainement.* ».

Enfin, le personnel placé au contact des patients – ainsi que le JLD et sa greffière (cf. supra §.4.3.2) – disposent d'un appareil portatif d'alerte PTI qu'il peut déclencher en cas de difficulté, provoquant une alarme sur les postes de l'ensemble de ses collègues. La technologie étant jugée peu performante et fiable – malgré la suppression, courant 2019, des différents niveaux d'appel au profit d'une alarme immédiate sur l'ensemble des PTI allumés –, une étude était en cours au moment du contrôle pour en changer. Pour les agents administratifs, une touche spécifique sur leur poste téléphonique fixe permet d'alerter leurs collègues des bureaux environnants en cas de difficulté.

²⁴ A savoir, nominativement, l'ancien directeur du CHGS (la liste n'ayant pas été actualisée), le directeur adjoint du service qualité, le directeur adjoint des services économiques, le responsable du service informatique et, fonctionnellement, les agents du service informatique en qualité d'administrateurs réseaux.

²⁵ CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

Par ailleurs, et bien qu'aucune convention n'existe entre le CHGS et la direction départementale de la sécurité publique (DDSP), les soignants font « régulièrement » appel au commissariat de police de Bourges pour solliciter un appui en cas d'incident, y compris au sein des unités. La police, jugée globalement « très réactive », peut ainsi être amenée à porter assistance aux soignants pour « maîtriser un patient » ou « contribuer à une mise en chambre d'isolement ». Les policiers intervenants sont indifféremment en uniforme ou en civil, selon les équipages disponibles au moment de l'appel. Le cas échéant, ils déposent leurs armes avant d'intervenir afin d'éviter que le patient agité ne s'en empare. Selon les cas, les policiers assurent une simple « présence dissuasive » en retrait des infirmiers ou procèdent eux-mêmes physiquement à la maîtrise du patient.

Les interventions de la police ne donnant pas systématiquement lieu à rédaction d'une fiche d'événement indésirable, il n'est pas possible de les quantifier avec exactitude²⁶. Mais selon les renseignements recueillis auprès du commissariat, ce type d'intervention est loin d'être exceptionnel puisque, durant les deux dernières années précédant la visite (entre le 28/08/17 et le 28/11/19), pas moins de soixante-quatre interventions ont été recensées, dont quarante-quatre au sein même des bâtiments (et vingt sur le site du CHGS mais à l'extérieur des bâtiments). Par nature, le commissariat fait état de situations visant à « maîtriser des patients récalcitrants à rentrer dans leur chambre » (d'isolement ?) voire « à prendre leur traitement » ; dans d'autres cas, il s'agit de « patients qui veulent se faire hospitaliser malgré le refus du médecin », de dégradations ou incendies de chambres, de suicides ou tentatives, de visiteurs perturbateurs...

PROPOSITION 6

Les interventions de la police au sein des unités ne sont possibles qu'en cas de trouble à l'ordre public ou dans le cadre d'une procédure judiciaire ; elles doivent être exclues pour toute action relevant de la fonction de soins.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement souhaite à la fois préciser que « les interventions restent limitées aux faits de droits communs et aux événements d'une très grande violence » et qu'une « réunion police-justice-hôpital le 1^{er} octobre 2020 a récemment évoqué cette problématique », « une première version d'une convention police-justice-hôpital [circulant] entre les trois institutions, [qui] doit formaliser les choses dans le sens d'une limitation stricte des interventions [avec un objectif de] signature [...] dans le courant du 1^{er} trimestre 2021 ».

En complément, il annonce qu'une « analyse de la pertinence des recours aux forces de police signalés par des fiches d'événements indésirables va être faite ».

5.1.4 Les restrictions à la liberté de circulation des patients

Dans ce contexte, les restrictions à la liberté de circulation des patients sont peu nombreuses. Les patients peuvent circuler aisément et la plupart du temps seuls – sauf avis médical – au sein de l'établissement pour se rendre aux lieux d'activités, à la cafétéria, à la banque des patients ou pour déambuler dans le parc. Il a été constaté que les soignants se montraient disponibles pour assister les patients ayant besoin d'un accompagnement.

²⁶ Seules cinq interventions des forces de l'ordre ont fait l'objet d'un signalement à l'ONVS durant les neuf premiers mois de l'année en 2019.

Pour les deux seules unités fermées (le CAOD et l'unité Musset²⁷), des autorisations sont nécessaires, sur décision médicale, pour permettre des sorties – avec ou sans accompagnement. Elles ne sont pas apparues comme relevant de l'exception, l'état clinique du patient prévalant sur son statut juridique (lors de la visite, quatorze patients de Musset sur les vingt-trois présents n'avaient pas d'autorisation de sortir de l'unité ; quatre sur treize au CAOD). Des patients en soin sans consentement peuvent ainsi également accéder à la cafétéria et aux différentes activités proposées en dehors de l'unité.



Portes d'accès au CAOD et à l'unité Musset

Les sorties en dehors de l'établissement, là encore avec ou sans accompagnement sur avis médical, sont apparues comme relativement fréquentes.

En revanche et paradoxalement, cette liberté d'aller et venir trouve ses limites au sein des unités, le patient n'étant ni autorisé à se rendre dans la chambre d'un autre patient ni à recevoir des visites dans sa chambre (*cf. infra* §.5.2 et § 5.3.2).

5.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE, PERSONNALISEES, SONT PEU NOMBREUSES

Dans l'ensemble des unités, ouvertes comme fermées, les contraintes imposées aux patients dans la vie quotidienne sont peu nombreuses : les règles de vie dans les unités, y compris dans les unités fermées et de crise, privilégient l'autorisation et ne font de l'interdiction qu'une exception, motivée par la pathologie du patient et non par sa situation juridique.

Les patients sont, sauf décision médicale liée notamment à une incapacité à gérer leur consommation, maîtres de leur stock de tabac et disposent librement des moyens d'allumer leurs cigarettes. Même quand le règlement ne le prévoit pas expressément, l'accès à un espace extérieur est toujours possible, y compris la nuit.

²⁷ Bien qu'ouverte, l'unité Maupassant est « *techniquement* » soumise à un contrôle d'accès, *cf. infra* §.9.2.



Les patios du CAOD, de Chopin et de Musset

BONNE PRATIQUE 4

Un espace à l'air libre est accessible en permanence dans les unités.

Les objets interdits sont peu nombreux (objets tranchants, alcool, stupéfiants) et les patients sont presque toujours autorisés à conserver leurs téléphones et objets électroniques, câbles, chargeurs et écouteurs compris. Une exception notable toutefois : le CASA où les téléphones portables sont systématiquement interdits et les horaires d'appel drastiquement limités (cf. *infra* §.9.1).

Le port du pyjama n'est jamais imposé (sauf pour les patients placés en isolement, cf. *infra* §.8.2) ; les horaires de lever et de coucher sont souples ; ceux d'accès à la télévision sont modulés afin de ne pas interrompre un programme en cours et la gestion de la télécommande est laissée, la plupart du temps, aux patients.

Si l'accès aux chambres est possible à tout moment (sauf durant le temps nécessaire au ménage, soit environ une heure dans la matinée), il est toutefois limité au seul occupant de la chambre : un patient ne peut donc pas recevoir un autre patient dans sa chambre, et encore moins des visiteurs extérieurs.

PROPOSITION 7

Sauf exception médicalement motivée, un patient doit pouvoir, s'il le souhaite, accueillir un autre patient dans sa chambre ou y recevoir des visites.

Le directeur rappelle dans ses observations au rapport provisoire que « l'établissement a privilégié des lieux d'accueil neutres pour les visites aux patients. Ce choix sera rediscuté dans le volet Projet des Usagers du Projet d'Etablissement 2021/2025 en cours d'élaboration ».

5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES SEULEMENT PAR LA MISE EN ŒUVRE DES MOYENS PERSONNELS DES PATIENTS

5.3.1 Le téléphone

Les téléphones portables sont laissés aux patients (sauf exception liée à l'état clinique, comme à Musset pour quatre patients privés de toute communication téléphonique et de onze privés de leur téléphone portable parmi les vingt-trois patients présents) avec les câbles et les chargeurs.

Il est recommandé d'utiliser plutôt son portable entre 9h et 21h afin de ne pas gêner les autres patients et de l'éteindre durant les repas et les activités.

Si un patient n'a pas de portable, le téléphone portatif des soignants lui est prêté. Certaines communications, comme à Musset, peuvent être médiatisées. L'utilisation d'une ligne, non réservée aux patients, n'est ni pratique ni confidentielle.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Pour les patients amenés dans les unités à contacter leurs proches par le biais d'un téléphone de l'établissement, une ligne et un terminal de téléphonie spécifiques doivent être installés.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement rappelle le constat de la « certification V14 en janvier 2017 : suppression des points phones empêchant toute confidentialité - mise à disposition de téléphones dédiés aux patients d'appeler leur proche depuis installations des téléphones sans fil dans les services ».

Ainsi, il annonce que « depuis début 2020, un DECT supplémentaire a été mis à disposition des équipes de soins de chaque unité. En conséquence, le téléphone sans fil de l'unité est désormais libéré pour un usage par les patients ». Il ajoute que « l'installation du wifi permettra aux patients non seulement de téléphoner plus librement mais aussi d'utiliser les applications de leurs smartphones, pour ceux qui en sont pourvus ».

5.3.2 Les visites

Les visites ont lieu l'après-midi de 13h30 à 19h à Balzac et de 14h30 à 18h45 pour la plupart des autres unités mais les soignants se montrent souples et compréhensifs. Ainsi, à l'unité Flaubert, des visites ont pu être organisées la nuit pour des patients en fin de vie. Au CASA, les horaires sont beaucoup plus restrictifs (cf. §. 9 .1.2).

Plusieurs unités sont dotées d'un salon de visite mais les unités Chopin et Musset, du fait de leur architecture particulière, n'en ont qu'un pour les deux unités, ce qui est insuffisant lorsque plusieurs visites ont lieu en même temps. Les contrôleurs ont cependant vu des amis ou familles à Musset rencontrer leur proche hospitalisé dans un petit espace attenant à la salle principale. Si les visites peuvent aussi se dérouler dans des patios intérieurs, à la cafétéria, dans le parc ou à l'extérieur de l'établissement (selon les contraintes auxquelles est soumis le patient), elles ne sont pas autorisées dans la chambre du patient (cf. supra §.5.2).

Les visites des enfants de moins de 15 ans ne sont pas autorisées dans les unités.

5.3.3 L'accès à Internet

Excepté à l'atelier de remédiation cognitive de l'unité Balzac et à l'atelier journal se déroulant dans les ateliers thérapeutiques (cf. §.7.2.2) qui sont équipés d'ordinateurs sur lesquels les patients peuvent aussi consulter leur messagerie électronique personnelle, peu d'ordinateurs sont accessibles aux patients au CHGS.

Même si les tablettes et ordinateurs personnels sont autorisés dans les chambres et que les patients utilisent leurs téléphones portables pour accéder à Internet, l'établissement doit faciliter leur usage en mettant à disposition un équipement informatique en nombre suffisant et un réseau wifi pour les patients.

PROPOSITION 8

Les patients doivent pouvoir bénéficier d'un accès à un support informatique et à un réseau wifi.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique : « *Le projet d'établissement 2021-2025 comportera un volet "virage numérique" incluant une politique de diffusion du wifi dans l'ensemble des bâtiments, à l'usage des professionnels et patients. Le coût d'installation d'un wifi sur l'ensemble des services du CH est estimé à un coût de 150 000 euros (extra et intra hospitalier). Le choix d'investissement sera à planifier dans la période de mise en œuvre de ce projet d'établissement.* ».

5.3.4 Le courrier

Les patients peuvent acheter du matériel de correspondance et des timbres à la cafétéria. Une boîte aux lettres se trouve à côté. Les patients autonomes ou les soignants peuvent y déposer le courrier en partance. Une levée a lieu une fois par jour (sauf week-end et jours fériés).

Des casiers situés dans le local du vaguemestre près du bâtiment administratif sont relevés tous les jours (sauf week-end et jours fériés) par les soignants pour le courrier arrivant.

5.3.5 La presse

En dehors du quotidien « *Le Berry* » qui arrive à la cafétéria et dans toutes les unités, seuls les journaux apportés par le personnel ou les visiteurs parviennent à l'établissement. A la bibliothèque, l'IDE en poste apporte quelques magazines.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX SONT DE BONNE QUALITE MAIS NE GARANTISSENT PAS L'INTIMITE DES PATIENTS

Les locaux du CHGS à Bourges sont globalement en très bon état, à l'exception de l'unité Flaubert qui mériterait d'être rénovée voire repensée, ses deux niveaux (R+1) étant peu adaptés.

Majoritairement composées de constructions modernes, les autres unités d'hospitalisation complète du site de Bourges sont de bonne facture. Au-delà des choix de couleurs – parfois très vives et bigarrées, qui ne font pas l'unanimité parmi le personnel – et des partis pris architecturaux – avec d'importantes hauteurs sous plafond engendrant des problématiques de chauffage (et de canicule l'été), les bâtiments sont de qualité et bien entretenus. Ils offrent l'avantage d'être lumineux et de ne pas présenter un caractère hospitalier marqué.



Hall de l'unité Balzac et salle TV du CAOD

Les parties communes, agréables à Balzac et correctes à Chopin, mériteraient d'être réagencées et remeublées à Musset où la salle de vie n'est guère conviviale. Le CAOD, en manque d'espace, n'offre pas de salle collective digne de ce nom : l'exiguïté de la salle de télévision et l'absence de salle d'activité font du patio le seul lieu de vie.

Les salles à manger offrent un cadre plutôt agréable ; toutefois la mutualisation de la salle entre Musset et Chopin contraint les patients du premier service à manger trop rapidement (cf. §.6.4).



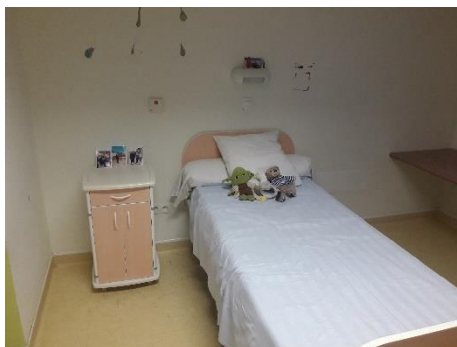
Salles à manger de Balzac et du CAOD

Dans quatre des unités pour adultes recevant des patients en soin sans consentement (CAOD, Musset, Balzac, Chopin), plus de 84 % des chambres sont individuelles (soixante-cinq sur

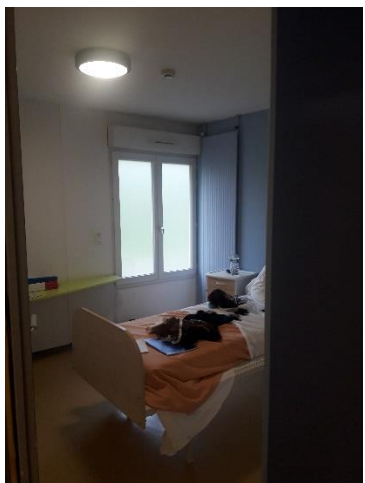
soixante-dix-sept), les 16 % restantes étant doubles. Elles sont de taille correcte et dotées d'un mobilier en bon état et complet (lit, table de chevet avec tiroir et placard, table ou plan de travail et chaise). Les patients disposent d'un placard dont une partie ferme à clé et qu'ils peuvent gérer en autonomie²⁸. L'éclairage au plafond est complété par une liseuse commandable par le patient.



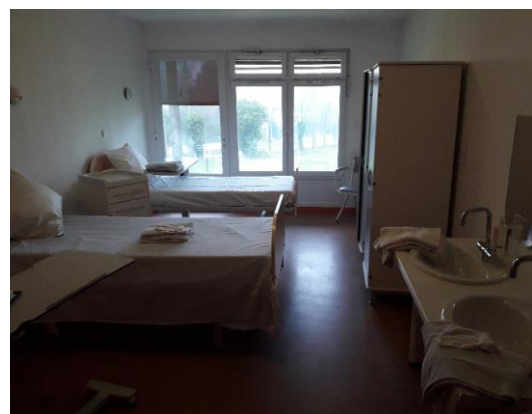
Chambres individuelles à Musset



Chambre individuelle au CAOD



Chambres individuelle et double à Balzac



Chambre double au CAOD

En revanche, aucune chambre n'est dotée de verrou de confort. Cette absence, préjudiciable pour les patients soucieux de leur intimité et de leur sécurité, est d'autant plus préoccupante qu'il n'existe pas non plus toujours de possibilité de verrouiller la porte des sanitaires. Il a ainsi été rapporté aux contrôleurs que certains patients bloquent la porte de leur chambre avec une chaise pour se prémunir de toute intrusion la nuit.

Les fenêtres, dépourvues de barreaudage, sont équipées d'un volet électrique commandable par le patient. En revanche, leur ouverture par le patient ne répond à aucune logique : possible (en oscillo-battant) au CAOD – qui est pourtant une unité de crise fermée – elle n'est pas possible à Balzac, unité ouverte.

²⁸ A l'exception de l'unité Flaubert (qui ne reçoit pas de patients en SSC) où ces casiers sont dans une salle commune.

Les chambres ne sont pas toutes équipées de bouton d'appel. Au CAOD, les patients nécessitant l'intervention d'un soignant l'appellent avec leur propre téléphone portable.

Il est également dommage que les patients ne soient pas encouragés à décorer leur chambre – ils en seraient même parfois dissuadés par certains soignants « *pour ne pas s'y inscrire dans la durée* ». Il n'est pas possible de s'équiper d'un téléviseur, faute de prise d'antenne.

PROPOSITION 9

Si les locaux sont globalement de bonne qualité, des aménagements doivent être effectués dans certaines unités pour améliorer la prise en charge et garantir l'intimité des patients : verrous de confort sur les portes des chambres et des salles d'eau, ouverture des fenêtres, mobilier des salles de vie, dispositif d'appel aux soignants.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement rappelle les « *constats de la dernière démarche de certification en matière de droits des patients* » et confirme, « *à ce jour* », la présence de « *verrous aux portes des salles d'eau des chambres doubles uniquement, pas de dispositifs d'appel aux soignants (hors chambres sécurisées à Musset), pas d'ouverture de fenêtres* ».

Il indique qu'une « *demande d'installation d'appel malade au CAOD [a été exprimée] en 2019, prévu au programme pluriannuel d'investissement (PPI) de 2021* » et que « *le PPI du CHGS accompagnant le projet d'établissement 2021-2025 comportera un volet rénovation/mise à niveau du patrimoine immobilier* ».

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT GARANTIES MALGRE L'ABSENCE DE WC DANS LES CHAMBRES

6.2.1 L'accès aux sanitaires

L'unité Flaubert – qui ne reçoit pas de patient en soins sans consentement – n'offre pas des conditions de confort et d'hygiène satisfaisantes puisqu'aucune chambre n'y est équipée de sanitaires (ni douche, ni WC) et qu'elle ne dispose que de deux douches collectives.

Cette unité mise à part, la totalité des chambres (à la seule exception de la chambre double du CAOD qui n'a que deux lavabos) dispose d'une salle d'eau équipée d'un lavabo (avec miroir et patères) et d'une douche avec température et jet réglables et, la plupart du temps et y compris dans les unités de crise, un flexible.



Salles d'eau d'une chambre au CAOD et à Balzac

En revanche, les WC ne sont disponibles dans les chambres qu'à Musset et à Chopin (et dans deux chambres du CAOD, anciennes chambres sécurisées transformées en chambres normales).

PROPOSITION 10

L'équipement des chambres d'hospitalisation doit inclure un WC directement accessible.

De la même façon, le directeur de l'établissement, dans ses observations au rapport provisoire, confirme cet état des lieux satisfaisant dans les seules nouvelles constructions et renvoie au PPI « *accompagnant le projet d'établissement 2021-2025 [qui comportera un volet rénovation/mise à niveau du patrimoine immobilier]* ».

Les WC collectifs sont en nombre suffisant, propres et bien équipés (abattants, savon, sèche mains, papier toilette, brosse, etc.). Des salles de bains collectives, en général avec baignoire, sont également disponibles mais peu utilisées du fait de la présence de douches dans les chambres.

6.2.2 L'entretien

L'entretien des locaux est apparu irréprochable, quels que soient le lieu et l'heure. La présence d'agents des services hospitaliers (ASH) sur de larges plages horaires dans chaque unité (en général un le matin et un en journée, sept jours sur sept), y est pour beaucoup.

6.2.3 Le linge

L'hôpital dispose d'une blanchisserie, implantée sur le site de Chezal-Benoît avec deux lingerie relays sur les sites de Bourges et Nohant. Employant seize personnes travaillant du lundi au vendredi, elle traite l'intégralité du linge des trois sites du CHGS, soit trois tonnes par jour.

Les navettes mises en place répondent à la demande de l'ensemble des unités. Des réserves de linge plat (draps, torchons, serviettes, tenues du personnel, etc.), accessibles le week-end dans les lingerie relays, permettent de répondre aux urgences de telle sorte qu'il n'a jamais été fait état de rupture de stock dans les unités.

La blanchisserie lave aussi gratuitement le linge personnel des patients, bien qu'il soit indiqué dans les règles de vie que son entretien est à la charge du patient. Afin d'éviter les pertes, chaque

vêtement est marqué par un code-barre. Le repassage n'est pas assuré mais la méthode de séchage permet de limiter les faux-plis. Les vêtements sont disponibles en deux ou trois jours.

La blanchisserie, les lingeeries relais et les unités disposent de petits stocks de vêtements, constitués de dons ou d'abandons, pourvoyant aux besoins des patients sans ressources.

Deux unités (CASA et Delacroix) disposent de lave-linge : le lavage des vêtements des patients peut donc également être réalisé sur place et donner lieu à une activité thérapeutique.

6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT PROTEGES ET FACILES D'ACCES

6.3.1 La conservation des effets personnels

Comme indiqué *supra*, les règles de vie dans les unités privilégient l'autorisation sur l'interdiction. Les patients sont donc, sauf exceptions médicalement justifiées, autorisés à conserver la plupart de leurs biens. Seuls sont écartés de façon systématique l'alcool, les produits illicites (stupéfiants) et les objets dangereux (objets tranchants, armes, couteaux)²⁹.

Les briquets peuvent être retirés « *dans certaines situations pour des raisons de sécurité* » mais il a été constaté que la plupart des patients sont autorisés à les conserver, y compris dans les unités fermées et quel que soit leur statut juridique. Même au CAOD où ils sont, en théorie, retirés de façon quasi automatique, plusieurs patients les conservent *de facto* en l'absence de fouille et avec l'accord implicite des soignants dès lors qu'aucun comportement dangereux n'est observé.

Les patients sont partout autorisés à conserver téléphones portables, lecteurs audio et vidéo, objets électroniques, chargeurs (sauf au CAOD, ces derniers étant conservés par les soignants).

BONNE PRATIQUE 5

Seuls des éléments cliniques motivent, le cas échéant, le retrait d'effets personnels aux patients, le principe largement appliqué étant de leur en laisser l'entière jouissance. Cela favorise le maintien des liens avec l'extérieur.

Chaque patient dispose d'un placard dans sa chambre fermant à clé qu'il peut gérer en autonomie (sauf au CAOD où ce sont les soignants qui ont la clé). A Flaubert, ce casier est dans une salle commune, limitant l'intimité.

S'agissant des valeurs (espèces, bijoux, chéquiers, cartes bancaires), les règles de vie ne définissent pas de limites mais recommandent de les confier à la régie. Celle-ci n'accepte toutefois ni les documents sensibles (documents d'identité, carte vitale, de mutuelle, etc.), ni les objets électroniques ou téléphones, qui ne peuvent donc être conservés que dans les unités.

Les objets conservés par le patient font l'objet d'un inventaire cosigné par le patient et le soignant, et d'une décharge de responsabilité en cas de dégradation, perte ou vol.

Un inventaire contradictoire des valeurs confiées à la régie est également réalisé, et les objets sont placés dans une enveloppe signée par le déposant et deux soignants témoins. Cette

²⁹ Les couteaux sont conservés à la régie et restitués à la fin de l'hospitalisation ; les produits illicites, considérés comme des « dépôts anonymes », sont conservés à la régie jusqu'à récupération par le commissariat de police pour destruction.

enveloppe est déposée par les soignants dans un coffre à glissière accessible 24h/24 (le CAOD dispose en outre de son propre coffre à glissière), relevé chaque jour ouvrable par la régie.

6.3.2 La banque du patient

Les locaux de la régie du site du CHGS à Bourges, ou « banque du patient », sont situés au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, avec accès direct sur l'extérieur³⁰. Ils sont parfaitement identifiés par les patients. La présence de trois marches ne les rend toutefois pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.



Les locaux de la banque du patient

RECO PRISE EN COMPTE 7

La régie doit être aménagée pour en permettre l'accès aux personnes à mobilité réduite.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS annonce un projet de « *déménagement de la Régie du site de Bourges, dans le bâtiment occupé par le service Informatique, "les Cèdres" à proximité du local actuel ; les locaux seront accessibles depuis l'extérieur, de plain-pied et sécurisés. Les services techniques de l'établissement travaillent actuellement à un projet de travaux.* ».

A la réception de l'enveloppe de dépôt, la régie édite une feuille d'inventaire dont un exemplaire est conservé avec l'enveloppe, un autre étant renvoyé à l'unité pour être remis dans le dossier patient.

Pour les patients ne bénéficiant pas de protection juridique, il n'est autorisé qu'un dépôt et retrait par hospitalisation. La régie ne sert donc que de lieu de stockage et « *ne gère pas leur argent de poche* ».

Pour les patients sous protection, en revanche, la régie fait véritablement office de banque des patients, ceux-ci étant autorisés à effectuer autant de retraits qu'ils le souhaitent, dans les limites fixées par leur mandataire³¹.

³⁰ Les sites de Chezal-Benoît et de Dun-sur-Auron ont également chacun une régie, ouvertes aux patients le matin les lundi, mardi, jeudi et vendredi.

³¹ Cette fonction ne sera plus possible à compter du 1^{er} janvier 2020, les régies des hôpitaux n'étant plus autorisées à gérer les biens des patients sous mesure de protection. Des mesures visant à faciliter la vie de ces patients sont

Les retraits se font sur présentation d'une pièce d'identité ou, à défaut, en présence de deux soignants en qualité de témoins.

Les plages d'ouverture pour les patients sont les lundi, mercredi et vendredi, de 8h45 à 11h45. Toutefois, la régie reste disponible aux autres heures de bureau pour restituer les biens des patients en cas de sortie définitive. Si cette sortie intervient un week-end ou jour férié, la régie téléphone au patient le premier jour ouvrable suivant pour organiser la restitution.

Les valeurs sont conservées à la régie pendant deux mois. A l'issue, elles sont transférées à la Trésorerie « Bourges Hôpitaux » dont les locaux sont situés sur le site de l'hôpital George Sand, à moins de 200 mètres de la régie.

BONNE PRATIQUE 6

Si la levée d'hospitalisation a lieu en dehors des heures d'ouverture de la régie, cette dernière contacte la personne le premier jour ouvrable suivant pour organiser la restitution de son dépôt et elle le conserve pendant un temps utile à sa venue.

Les agents de la régie sont disponibles et connaissent personnellement la plupart des patients. Il a ainsi été constaté que la régie est bien plus qu'un simple guichet pour certains patients qui n'hésitent pas à s'y rendre par exemple pour faire – gratuitement – des photocopies ou, tout simplement, « un brin de causette » !

6.4 LES REPAS SONT APPRECIÉS PAR LES PATIENTS

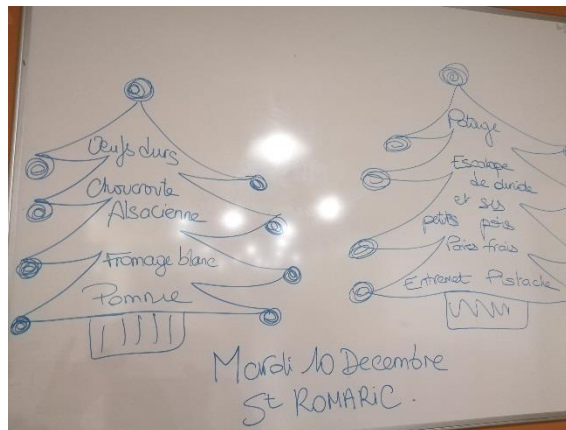
Les repas sont servis entre 7h et 9h (petit déjeuner), 11h45 et 13h30 (déjeuner), 18h30 et 20h (dîner). Une collation est prévue à 16h et, le soir, il est parfois proposé des tisanes ou boissons chaudes.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger et, excepté dans l'unité CASA, les soignants ne prennent pas leur repas avec les patients mais sont présents pour assister les moins autonomes.

envisagées par l'hôpital en lien avec la Trésorerie : mise en place « d'ardoise » à la cafétéria avec émission d'un titre de recette mensuel que le mandataire pourra régler à la Trésorerie ; possibilité de paiement en carte bancaire (y compris sans contact) à la cafétéria avec élargissement de la gamme de produits proposés ; communication aux mandataires de la liste des fournisseurs acceptant les paiements par bons de commande avec livraisons à l'hôpital. Il est également envisagé de continuer à stocker à la banque des patients les moyens de paiement (CB et chèquiers mais plus les espèces), voire d'autoriser les tuteurs qui le souhaitent à installer un coffre dans la chambre de leurs mandants (cf. supra §.3.4).



Salle à manger de Chopin et Musset



Menu décoré à Maupassant

L'équipe de restauration comporte trente-sept agents, dont dix à Dun-sur-Auron et onze à Chezal-Benoît. Plus de 3 500 repas sont préparés chaque jour, y compris pour l'EPHAD Les Amandiers, les hôpitaux de jour, le self pour le personnel, en liaison froide, réchauffés dans les unités. Il est fait appel aux fournisseurs locaux.

Le petit déjeuner est indépendant car des distributeurs de café, eau chaude, chocolat sont installés dans les cuisines des unités. Le pain frais est livré à 6h30, ainsi que des brioches le week-end.

Une diététicienne est présente sur les trois sites pour établir des menus équilibrés. Des menus spécifiques pour les seniors et les adolescents sont prévus chaque semaine.

Des patients présentent des problèmes d'anorexie, de boulimie, de troubles du comportement alimentaire, de diabète, etc. ; il en est tenu compte dans la constitution des menus. Les régimes les plus souvent commandés sont liés au diabète, au cholestérol, sont sans porc ou sans sel. Jusqu'à la veille du repas, le menu ou le régime peut être modifié en fonction des commandes des unités.

Des commissions « menus » se tiennent tous les mois (sauf durant l'été) et les remarques des patients sont prises en compte ; les contrôleurs ont eu accès aux comptes-rendus des commissions des unités Balzac et Maupassant. A Balzac, des problèmes de quantité ont été soulevés, à Maupassant des problèmes de réchauffage ou d'aliments trop liquides.

Des repas améliorés sont prévus pour les fêtes ainsi que des recettes de pays différents. Dans les unités de longs séjours, les patients sont invités à ne pas oublier les gestes du quotidien : ils participent au dressage des tables, au rangement.

Depuis deux ans, l'utilisation du plastique est limitée et les plats sont en inox ; une campagne de lutte contre le gaspillage et le recyclage en cuisine sont à l'ordre du jour.

Des formations sur l'hygiène et les risques sont dispensées régulièrement pour les ASH et AS.

Il est cependant à noter que :

- les menus, lorsqu'ils ne sont pas écrits à la main ou décorés, sont souvent peu lisibles dans les unités ;
- les unités Chopin et Musset se partageant le même réfectoire, les patients de Musset déjeunent et dînent plus tôt, à 11h45 et 18h45, et ils ont moins de temps afin de laisser la place aux patients de Chopin ; les équipes doivent faire vite entre les deux services.

6.5 LA SEXUALITE N'EST PAS UN SUJET TABOU

Aux questions posées par les contrôleurs durant leur visite, il n'a pas été répondu comme ailleurs : « *Attention patients vulnérables et patients prédateurs : vigilance des soignants !* ». Il a été répondu : des préservatifs sont mis à disposition par la pharmacie dans les unités, des contraceptifs sont délivrés à l'issue d'entretiens médicaux, des consultations sont organisées chez un gynécologue extérieur, le planning familial intervient et des séances d'information se tiennent dans l'unité CASA.

La sexualité n'est pas un sujet tabou, les patients peuvent en parler :

- à Balzac avec le neuropsychologue et le psychiatre ; un bilan d'entrée avec dépistage systématique est proposé au patient (infections sexuellement transmissibles, VIH) ;
- au CAOD, où une information est faite à l'entrée ;
- à Musset, où des entretiens individuels ont lieu à la demande ;
- dans les réunions « soignants-soignés ».

La plate-forme de réflexion éthique de George Sand (PREGS) créée en mars 2017 ne s'est pas encore emparée de la question de la sexualité mais l'a inscrite à l'ordre du jour entre juillet 2019 et juillet 2020 au sein d'un grand chapitre intitulé « *liberté d'aller et venir* » traitant des écrans, du tabac, de la sexualité, etc.

Pour autant, si des relations se nouent entre patients, l'intimité ne peut pas être préservée dans les chambres des unités d'hospitalisation. Les relations sexuelles ont lieu le plus souvent en cachette, durant les heures de relève, quand les soignants sont en réunion en début d'après-midi ou dans des lieux peu confortables : parc, sanitaires, etc. Comme ailleurs, il peut s'agir aussi d'échanges « marchands » : fellation contre cigarettes.

Devoir demander les préservatifs aux soignants a un effet assez dissuasif en réalité. Auparavant, les patients pouvaient s'en procurer près de la cafétéria dans un distributeur qui ne fonctionne plus.

Il existe une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de suspicion d'actes susceptibles d'être qualifiés d'infractions à caractère sexuel. Elle prévoit un signalement à l'encadrement et au parquet, une information à la victime, une déclaration à l'ARS, une déclaration comme événement indésirable et, si nécessaire, l'application d'un protocole d'exposition au VIH.

Il n'y a pas d'actions identifiées d'éducation à la santé et d'information sur la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles, le VIH.

6.6 LES ACTIVITES SONT NOMBREUSES ET DIVERSIFIEES

Il faut rappeler que les patients en SSC peuvent se rendre aux activités, dans le parc, à la cafétéria avec autorisations (*cf. supra* §.5.1.4), largement octroyées.

6.6.1 Dans les unités

La plupart des unités sont dotées de salles d'activité, sauf le CAOD et l'unité Musset qui partage avec l'unité Chopin un espace hors unité de vie. C'est précisément dans ces unités que les patients semblent le plus désœuvrés.

De manière plus générale, dans la salle commune de l'unité de vie ou dans les salles prévues à cet effet, se déroulent des activités dites occupationnelles comme des jeux de société, du coloriage de mandalas, des préparations de fêtes et des projections de DVD, ainsi que du karaoké

le week-end. Souvent des baby-foots et tables de ping-pong sont installés au sein des unités ou dans les patios.



Salle d'activités à Flaubert



Une des salles Musset-Chopin pour l'art-thérapie

6.6.2 La cafétéria

Si les patients peuvent sortir de l'unité, ils peuvent se rendre à la cafétéria, lieu de rencontre et d'échanges, ouvert 7 jours/7 de 9h à 11h45 et de 13h30 à 16h45, fréquenté par une quarantaine de personnes par jour, agrémenté d'une terrasse extérieure, d'un baby-foot gratuit et d'un poste de télévision (allumé seulement l'après-midi).

Le personnel (une équipe d'IDE et d'AS de quatre temps-plein et deux mi-temps, dont quatre postes aménagés) se montre très accueillant mais organise peu d'animations : fête de la musique, Halloween, fête de Noël. Cependant les patients y retrouvent un peu du « *goût de dehors* » en commandant leur café, en dégustant une soupe chaude ou en achetant des friandises comme dans un vrai café.

Peu de produits sont en vente : ni cigarettes, ni préservatifs, ni produits d'hygiène ; seulement des sodas, des friandises et du matériel de correspondance (stylos, blocs de papier, enveloppes et timbres). Les prix sont très abordables : 0,14 euro pour une madeleine, 0,49 euro pour un coca-cola, 0,25 euro pour un café.



Salle de la cafeteria



Quelques produits en vente



L'espace baby-foot

On n'y trouve pas de livre, aucun quotidien autre que « *Le Berry* » auquel est abonnée la cafétéria, quelques magazines apportés par le personnel ou par les soignants.

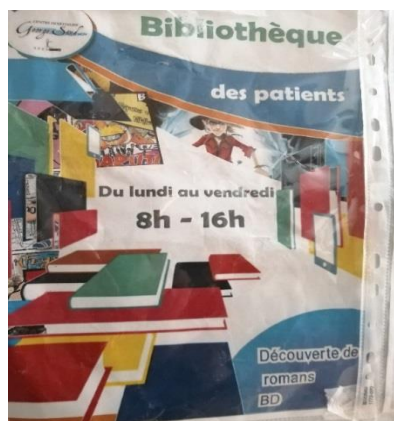
D'eux-mêmes, les médecins et les soignants ne la fréquentent pas. C'est l'espace des patients.

Le lieu demeure fermé lorsqu'il n'y a pas deux personnes à l'accueil. Le week-end, s'il n'y a qu'un membre du personnel, comme les activités alentour ne fonctionnent pas, la cafétéria reste fermée. Il est question de redonner du dynamisme à l'équipe avec l'arrivée d'une nouvelle infirmière et de nombreux projets d'animations sont en cours, portés par la cadre de santé dont dépend ce lieu (journées crêpes, gaufres, thé dansant, journées à thèmes). Dans le passé, un local près de la cafétéria accueillait une coiffeuse, qui se déplace maintenant dans les unités.

6.6.3 La bibliothèque

A côté de la cafétéria et en accès libre, un local de 12 m² sert de bibliothèque. Si l'affiche annonce une ouverture du lundi au vendredi de 8h à 16h, l'infirmière, qui en a la charge sur un poste aménagé, s'occupe aussi d'accompagnements de patients ; elle essaie d'être présente selon ses disponibilités qui varient chaque jour.

Elle gère plus de 800 ouvrages et près de 200 bandes dessinées qui sont répertoriés et peuvent être prêtés aux patients qui le souhaitent, un ouvrage à la fois. Cette bibliothèque ne dispose ni de budget propre, ni d'ordinateur. Les fiches de prêts sont faites à la main ainsi que les étiquettes sur les livres.



L'affiche de la bibliothèque



Plus de 800 ouvrages répertoriés

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN URGENCE BENEFICIE D'UNE UNITE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION PERMANENTE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE

L'accueil des patients s'effectue au service des urgences du centre hospitalier (CH) Jacques Cœur à Bourges ou au centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) du CHGS.

7.1.1 Le service des urgences du centre hospitalier Jacques Cœur

Le service des urgences du CH Jacques Cœur fonctionne avec une équipe de médecins urgentistes, d'IDE et de quatre IDE mis à disposition par le CHGS depuis 1995 par voie de convention entre les deux hôpitaux. Au départ, six postes y étaient affectés afin d'assurer une permanence en psychiatrie 24h/24 et 7 jours/7. Actuellement, il n'en reste que quatre et la convention nouvelle intégrant cette réduction d'effectifs n'était pas signée au 1^{er} novembre 2019, car le CH Jacques Cœur demandait à retrouver les six postes d'IDE.

Les IDE du CHGS travaillent par rotation du lundi au dimanche : un le matin de 7h30 à 14h36 et un l'après-midi de 13h30 à 20h36.

Les patients arrivant aux urgences sont reçus par un infirmier d'accueil, placés dans un box, puis examinés par le médecin urgentiste. S'il s'agit *a priori* d'une pathologie psychiatrique, les patients sont vus également par l'IDE du CHGS qui procède à une première évaluation de l'état du malade et peut aussi débiter la prise en charge par un entretien conduit dans son bureau de permanence. Ce soignant fait le lien avec le service d'accueil du CHGS, le CAOD, s'informe si ce patient est connu ou nouveau, recherche l'existence d'un dossier médical antérieur. En fonction de son état, le patient peut être transféré au CAOD ou rester en observation au CH et être vu le lendemain par le médecin psychiatre du CAOD qui passe tous les matins, du lundi au vendredi, dans le service des urgences et les services de médecine, maternité ou chirurgie pour assurer la psychiatrie de liaison. Le week-end, les jours fériés ou en l'absence du médecin du CAOD, les patients ne peuvent pas être vus par un psychiatre au CH et sont donc transférés au CAOD.

L'accès aux examens complémentaires en urgence, tel un scanner, ne pose pas de difficulté et l'interprétation est immédiate. Il en est de même pour les examens biologiques.

Les transferts des patients vers le CHGS se font en ambulances privées avec lesquelles l'hôpital général a signé une convention.

7.1.2 Le centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD)

Le CAOD est un service d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence psychiatrique et ce 24h/24 et 7 jours/7 pour tout le département. Il accueille des patients en soins libres et en soins sans consentement.

Il a enregistré une activité de 1 607 entrées en 2017 et 1 587 en 2018, avec une file active de 1 076 patients en 2017 et 1 115 en 2018.

a) Les locaux

Le CAOD est situé à l'entrée du CHGS dans un bâtiment à l'écart.

Les locaux sont divisés en deux parties : l'une ouverte avec une salle d'attente, des bureaux de consultation médicale et d'entretiens pour les infirmiers et le psychologue, l'autre fermée, réservée à l'hospitalisation, avec au milieu la salle de soins qui ouvre sur les deux sections.

La partie fermée compte quatorze chambres individuelles, une chambre d'isolement (CI) et une chambre double offrant deux lits supplémentaires en cas de besoin. Elles sont disposées autour d'un patio accessible en permanence aux patients, même la nuit. Les chambres sont propres, toutes équipées de douches mais seules deux ont des WC et aucune n'a de dispositif d'appel aux soignants ni de verrou de confort (cf. §.6.1). L'unité compte deux salles de bains avec baignoire et trois WC communs.

Hormis un salon meublé de trois sièges, d'une table basse, d'un poste de télévision fixé au mur et d'une armoire pourvue de quelques livres donnés ou oubliés, destiné également aux visites, cette unité ne dispose d'aucune salle d'activité.

De plus, ce bâtiment non climatisé est chaud l'été et froid l'hiver. Le chauffage étant coupé ou très réduit la nuit, les patients ont parfois besoin de trois couvertures en sus de leur manteau. Lors du contrôle, une chambre à la température de 16°C était fermée. L'équipe déplore également une mauvaise isolation phonique entre la salle d'attente et la salle de soins.

PROPOSITION 11

Le système de régulation thermique au centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) doit être revu afin de donner aux patients et au personnel le confort attendu.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement rapporte un « *projet d'installation d'une climatisation pour certains locaux du CAOD* » ; « *une 1^{ère} partie a été réalisée en 2020 : salle à manger des patients, bureau infirmier, bureau IAO [infirmier d'accueil et d'orientation], bureau médecin* ».

b) Les moyens humains

Le CAOD est placé sous la responsabilité médicale du psychiatre chef de pôle de l'intra hospitalier. Y interviennent deux médecins psychiatres pour un 1,5 ETP, présents ou joignables du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le psychiatre de garde, de 18h30 à 8h30, du lundi au vendredi ainsi que les week-end et jours fériés.

Un médecin somaticien intervient de façon très ponctuelle (cf. *infra* §.7.3).

L'équipe paramédicale compte :

- un cadre de santé (1 ETP) ;
- 21 IDE (pour 22 ETP) auxquels il faut ajouter ceux affectés aux urgences de Jacques Cœur qui peuvent venir en soutien au CAOD. Les soignants travaillent par roulement du lundi au vendredi :
 - o pour les consultations, trois IDE, un le matin de 8h30 à 16h06, un de 13h45 à 21h21 et un de 21h à 7h ;
 - o pour l'hospitalisation, trois IDE de 6h45 à 14h21, trois IDE de 13h45 à 21h21 et deux IDE de 21h à 7h ;
 - o les week-ends et jours fériés, l'effectif se réduit à un infirmier pour la consultation mais reste inchangé pour la partie hospitalisation ;
- quatre AS (4 ETP), un le matin et un le soir, plus un en journée, le cas échéant ;
- quatre ASH (4 ETP), un le matin et un en journée ;
- un psychologue (0,7 ETP) ;

- un assistant de service social (0,5 ETP) ;
- deux assistants médico-administratifs (2 ETP).

La cadre du service organise des réunions par corps de métier et d'équipe avec les IDE, les AS et les ASH, tous les deux mois environ.

Une fois par trimestre se tient une rencontre institutionnelle avec les médecins, la cadre supérieure, la cadre, la psychologue, les IDE, les AS et les ASH.

c) La prise en charge des patients

i) L'arrivée

Le CAOD accueille des patients de tous âges, y compris mineurs. Ils se présentent seuls, ou conduits en ambulance à leur sortie des urgences de Jacques Cœur, ou par les pompiers voire les policiers.

Lors de la visite, treize patients étaient hospitalisés, neuf en soins libres et quatre en soins sans consentement (deux en SPI et deux en SDTU). Les contrôleurs ont pu vérifier auprès de certains patients et auprès des soignants que chaque malade bénéficie d'une évaluation psychiatrique dès son arrivée par le médecin psychiatre du service ou de garde et, s'il s'agit d'une personne en soins sans consentement, d'un examen somatique dans un délai maximal de 24 heures.

Les patients en soins sans consentement se font effectivement expliquer oralement leurs droits par les soignants, si nécessaire à plusieurs reprises (cf. §.3.1.2). Un document écrit, reprenant ces droits ainsi que le certificat médical, leur sont remis. La conformité matérielle des certificats de soins sans consentement est vérifiée systématiquement par les soignants.

ii) Les soins dans le service

Le dossier médical, informatisé, est accessible aux médecins et soignants dans l'ensemble du CHGS.

Du lundi au vendredi, de 9h à 10h, un *staff* réunit le psychiatre, le médecin somaticien selon sa disponibilité, la psychologue, les IDE et éventuellement les AS. Lors de ces échanges, l'évolution de l'état de chaque patient hospitalisé est abordée. Puis, le psychiatre accompagné d'un IDE effectue une visite en chambre des patients hospitalisés.

Il n'est pas programmé d'entretiens infirmiers mais ils se déroulent néanmoins, en fonction des besoins des patients, au cas par cas.

Les IDE distribuent les médicaments dans les chambres et voient chaque malade avant le passage du médecin. Leurs observations manuscrites sont retranscrites sur le logiciel Cariatides™, de même que les prises médicamenteuses. Le soir, les IDE passent dans chaque chambre entre 22h30 et 23h pour remettre les derniers médicaments et apprécier l'état des patients avant la nuit.

La nuit, les soignants effectuent plusieurs rondes dans l'unité et assurent également les réponses aux appels téléphoniques passés directement sur le numéro du CAOD ou *via* le numéro de « SOS déprime » qui aboutit au CAOD.

Le psychologue voit les patients sur prescription médicale.

Il n'a été observé aucune restriction de liberté liée au statut (cf. §.5.2). Les personnes hospitalisées pouvaient toutes recevoir des visites, utiliser leur téléphone portable et aucune

n'avait de prescription de port de pyjama. Les chambres sont accessibles en permanence et les patients peuvent déambuler dans la partie fermée et le patio sans limitation.

Aucune activité thérapeutique n'est proposée dans cette unité d'accueil et d'orientation où les patients n'ont pas, sauf exception (*cf. infra*), vocation à séjourner durablement.

iii) Le devenir des patients

La moitié des patients admis au CAOD regagnent leur domicile et un suivi en ambulatoire est organisé. Mais, devant la difficulté à obtenir une prise en charge rapide dans les CMP, les délais pouvant atteindre deux à trois mois pour une consultation médicale, les médecins du CAOD renvoient les patients en consultation dans les jours qui suivent leur départ du CAOD et, en cas d'urgence, dans la journée même.

Les autres patients sont transférés soit en clinique psychiatrique privée à Vierzon (Cher), surtout pour les troubles névrotiques, soit au CHGS dans les services de court séjour. Les cadres de ces services et du CAOD disposent quotidiennement du nombre de lits disponibles. L'orientation se fait en fonction du profil des patients et de la disponibilité d'un lit dans les unités.

La durée moyenne de séjour (DMS) au CAOD est de 3,4 jours mais certains patients dont le profil ne correspond à aucune unité (état limite, psychopathie, démence associée à une pathologie psychiatrique) peuvent y rester jusqu'à trois ou quatre mois faute de place dans les structures d'aval (lors de la visite, un patient en soins libres y séjournait depuis 49 jours).

En ce qui concerne les adolescents, une fois la crise passée, la prise en charge en ambulatoire est privilégiée. Si l'hospitalisation est nécessaire, ils sont adressés au CASA, sauf situations de soins sans consentement prises en charge dans les unités pour adultes (ce qui est très rare, *cf. § 9.1.2*).

Le CAOD est bien repéré dans le département. Il répond au mieux et dans des délais très brefs aux urgences psychiatriques, bénéficie d'un encadrement médical présent et structurant, a mis en place une organisation adaptée à ses missions et s'efforce de suppléer les carences des relais en ambulatoire.

BONNE PRATIQUE 7

L'organisation du centre d'accueil et d'orientation départemental (CAOD) permet de répondre en permanence au besoin immédiat de prise en charge en santé mentale des personnes présentes sur le territoire du CHGS, en complément de l'offre située classiquement aux urgences du centre hospitalier général.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES DURANT L'HOSPITALISATION SONT INDIVIDUALISES MALGRE UN CONTEXTE DE PENURIE DE PSYCHIATRES

7.2.1 L'organisation générale des soins

a) Le projet médical et de soins

Le projet d'établissement du CHGS décline entre autres, pour la période 2016-2020, un parcours de soins centré sur les besoins du patient avec pour objectifs essentiels de :

- limiter le recours à l'hospitalisation en intervenant au plus tôt et au plus près de la population ;

- maintenir les patients dans leur milieu de vie grâce à une articulation fluide avec le secteur extra hospitalier, de CMP pivots et d'antennes ambulatoires ;
- éviter la chronicisation des patients par l'organisation de prises en charge alternatives à l'hospitalisation notamment l'orientation de patients vers le secteur médico-social et de réinsertion socio-professionnelle.

Chaque unité a défini un parcours de soins basé sur le profil des populations accueillies et des pathologies prises en charge. Deux unités, Balzac et Maupassant, ont rédigé des projets de service pour les années à venir. A Balzac, il est axé sur la prise en charge des jeunes à ultra hauts risques de transition psychotique ou présentant un premier épisode psychotique, proposant :

- une redéfinition de l'hospitalisation à temps plein ;
- la création d'un hôpital de jour/ CATTP ;
- l'installation d'un appartement de transition ;
- la prise en charge des plaintes cognitives avec l'organisation de séances de remédiation cognitive individuelles et en groupe, conduites par un neuropsychologue, recourant à l'outil informatique, dans une perspective de réhabilitation psychosociale et d'extension à d'autres pathologies en 2020 ;
- l'accompagnement des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire, par un infirmier de l'unité formé au *case management* et une éducatrice spécialisée, pour les aider à élaborer des projets à long terme comme trouver une formation, rencontrer la mission locale, rechercher un travail voire pour poursuivre un suivi depuis un pays étranger.

Des liens sont noués avec l'unité CASA (cf. §. 9.1.2.e).

BONNE PRATIQUE 8

Le personnel d'une unité d'hospitalisation, médical et non médical, développe activement la prise en charge des premiers épisodes psychotiques des jeunes adultes en proposant plusieurs dispositifs, variés, de nature à individualiser la prise en charge et à faciliter l'insertion dans le soin.

b) Les moyens humains du pôle intra hospitalier

i) Effectifs médicaux

Dans un contexte de difficulté de recrutement de psychiatres titulaires (cf. §.2.3.1), le pôle intra hospitalier compte pour la psychiatrie :

- trois praticiens hospitaliers (PH) psychiatres à temps plein pour le CAOD, Balzac et Maupassant ;
- trois praticiens cliniciens à temps plein pour le CAOD, Flaubert, Musset, l'UPLC de Chezal-Benoît, l'UPLC (et la MAS de Dun-sur-Auron) ;
- trois praticiens attachés associés à temps plein pour Chopin, Musset et l'unité d'addictologie ;
- trois internes.

Les règles de présence et un système de gardes et d'astreintes garantissent la permanence médicale spécialisée 24h/24, 7 jours/7. Toutefois, à Dun-sur-Auron, l'organisation actuelle ne garantit pas une présence quotidienne de médecin psychiatre à l'UPLC et à la MAS. En effet, ce

dernier y consacre quatre demi-journées par semaine et en son absence, il est fait appel au médecin généraliste responsable de l'AFT.

Pour l'addictologie, on compte deux PH spécialisés en médecine générale (1,6 ETP).

ii) Le personnel soignant

5,5 postes (ETP) d'IDE sont vacants : un à Chopin, un au CAOD, un en addictologie, 0,5 à Delacroix, un à Nohant.

L'équipe de remplacement pour les IDE compte six postes à temps plein.

Les postes d'AS, d'ASH et de psychologue sont pourvus.

L'équipe TSAM (cf. §.5.1.3) vient en renfort dans les unités et soutient les équipes de nuit du CAOD et de Musset dans la prise en charge de patients agressifs. Elle assure aussi parfois les transferts du CAOD vers l'unité d'addictologie de Chezal-Benoît.

c) Les modes de prise en charge médicale et paramédicale

Toutes les unités de court séjour élaborent un projet de soins personnalisé, régulièrement réévalué et tracé. Le statut des patients n'influe pas sur la prise en charge, seule la clinique compte, comme les contrôleurs l'ont également constaté s'agissant des contraintes dans la vie quotidienne (cf. §.5.2).

Les patients arrivants sont accueillis par un soignant et vus ensuite rapidement par le psychiatre ou l'interne.

La visite hebdomadaire « au pied du lit » par le médecin, les IDE, l'interne et le cadre a été réinstaurée et certains patients se plaignent d'avoir autant de monde autour d'eux et peu de temps pour parler. Les patients sont également reçus en consultation médicale en présence d'un IDE à leur arrivée puis pour leur suivi, à un rythme généralement hebdomadaire mais plus souvent si besoin.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur le suicide a conduit à l'élaboration d'une grille d'évaluation du risque suicidaire utilisée dans les unités.

L'entretien infirmier systématique à l'arrivée d'un patient dans l'unité n'est, par la suite, ni planifié, ni répertorié sur le logiciel Cariatides™ et il est constaté une grande hétérogénéité des pratiques, avec le risque avéré de ne répondre qu'aux patients les plus demandeurs et d'oublier les autres. Les soignants ne disposent pas de bureau réservé pour ces entretiens qui peuvent se dérouler dans la chambre ou dans le bureau des infirmiers sans garantie de confidentialité. La nomination d'un infirmier référent n'est pas habituelle non plus, selon les services.

PROPOSITION 12

Il est souhaitable que les entretiens infirmiers soient intégrés dans la planification des soins et enregistrés sur le logiciel à disposition des soignants.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS confirme que « *les entretiens sont paramétrés dans Cariatides™ mais sont peu utilisés* » et annonce que « *le DIM va faire un rappel sur l'importance de cette planification qui, cependant, est peu ergonomique* ».

Il ajoute : « *L'établissement, dans le cadre du GHT 18, doit changer de dossier patient informatisé (DPI), en 2023, qui passera sur Maincare IC™. Dans ce nouveau cadre, l'ergonomie de la planification des soins dans le DPI fera l'objet d'une attention particulière.* ».

Des entretiens avec le psychologue du service contribuent à la prise en charge des patients.

Des réunions cliniques hebdomadaires associent IDE, médecin, AS, psychologues, cadre et assistante sociale. En début de réunion, selon les unités, les animateurs des activités thérapeutiques font leur rapport. Tous les dossiers sont examinés.

Des réunions soignants-soignés se tiennent dans la plupart des unités, en lien avec des boîtes à idées, mais ne sont particulièrement investies que dans l'unité Flaubert.

Des réunions d'équipe cadre-soignants se tiennent tous les deux à trois mois selon les unités.

A Musset, unité initialement destinée à l'accueil des patients en crise, dans laquelle le séjour doit être bref, il est constaté par les cadres et les soignants une modification des profils pathologiques accueillis : moins de troubles psychotiques et davantage de psychopathies vis-à-vis desquelles le personnel se sent moins armé et a tendance à adopter des réflexes sécuritaires.

7.2.2 Les activités thérapeutiques

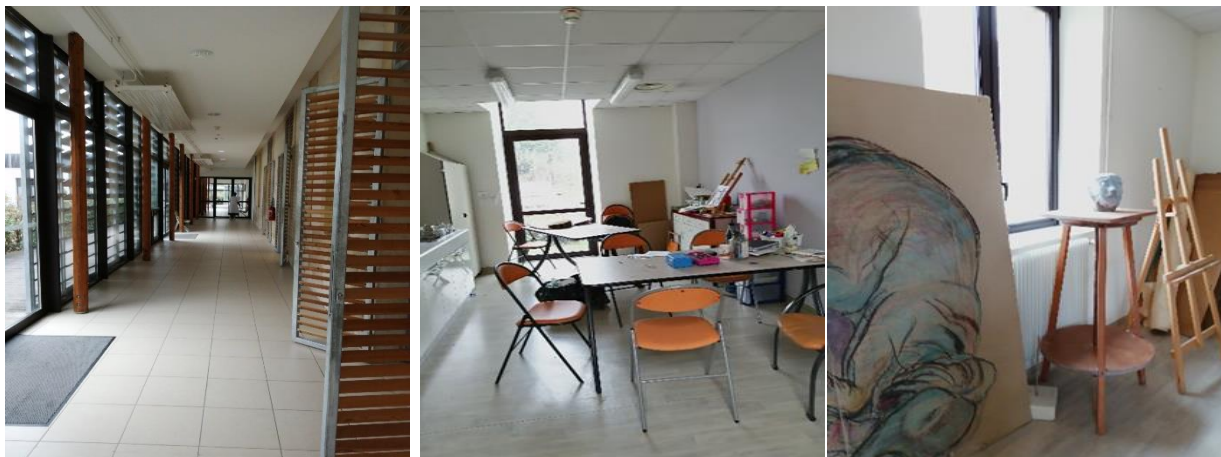
a) Dans les unités ou à l'extérieur avec les soignants

Les médecins prescrivent de façon régulière l'accès aux activités pour de nombreux patients : treize patients sur dix-huit à Flaubert, presque tous à Maupassant et tous à Balzac, Chopin et Musset.

Les activités proposées sont liées aux compétences développées par les soignants, parfois sur leur initiative :

- à l'unité Balzac : musicothérapie, peinture, modelage, marche, escalade ;
- à l'unité Chopin : groupe de parole, atelier « terre », musicothérapie, atelier du médicament, atelier lecture sur un thème, écriture, esthétique, randonnées, sorties ;
- à l'unité Flaubert : photo-langage, relaxation individuelle, atelier du médicament (*cf. infra* §.7.2.3), visites socioculturelles, marche nordique ;
- à l'unité Musset : art-thérapie, musique, sculpture, peinture, piscine.

Pour ces deux dernières unités, trois salles d'activités aménagées sont sous la responsabilité d'une art-thérapeute présente du lundi au vendredi. Elle accueille, en priorité, les patients de Musset sur prescription médicale, puis ceux de Chopin et exceptionnellement quelques patients d'autres unités, adressés par les médecins. Ces salles communes à Chopin et Musset, situées hors des unités, sont difficilement accessibles aux patients de Musset qui est une unité fermée.



Couloir menant aux salles d'activité Musset/Chopin ; une des salles ; quelques œuvres

b) A l'atelier cuisine, ouvert à toutes les unités par roulement

Des ateliers cuisine sont programmés pour chaque unité, par roulement, dans une petite maison non loin du bâtiment administratif spécifiquement équipée pour cette activité. Sur prescription médicale, un groupe (quatre à cinq patients) accompagné par deux soignants de leur unité organise un repas : choix du menu dans la limite d'un budget total de 37,25 euros, achats à l'extérieur, préparation et dégustation.



Local cuisine indépendant

Planning

A l'intérieur

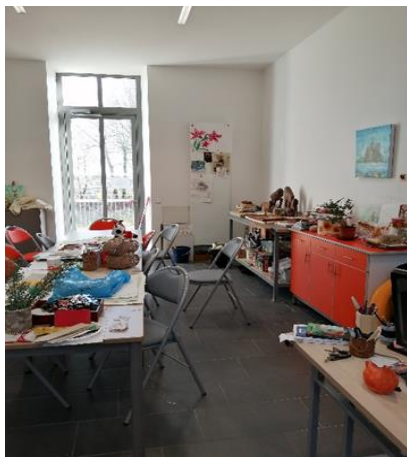
c) Au bâtiment des ateliers thérapeutiques

En face de la cafétéria, un bâtiment abrite au rez-de-chaussée trois ateliers thérapeutiques et une salle de sports.

Sur prescription médicale, des patients d'unités différentes peuvent s'y retrouver ensemble pour des activités de groupe ou des activités individuelles :

- atelier de créations la Licorne (tricot, activités manuelles, modelage, dessin) ;
- atelier journal, tous les lundis après-midi, avec deux psychologues ; création d'un journal bimestriel avec textes et illustrations pour un groupe d'une quinzaine de patients ; travail possible sur trois ordinateurs de la salle ;

- atelier jardin : décorations à partir des plantes et travail à l'extérieur de la salle, dans une serre ;
- salle de sport équipée d'appareils de cardiotraining, de tennis de table, ping-pong, jeux de ballons, fléchettes ; 300 patients y viennent en moyenne chaque mois.



Atelier la Licorne



Salle de sport



Atelier jardin



Il y a peu d'affichage dans les unités sur ces diverses activités, qui accueillent aussi bien des patients en hospitalisation complète que ceux suivis en ambulatoire dans les CMP et hôpitaux de jour.

Quoique très suivies, elles ne sont pas vraiment en lien avec les unités : les intervenants (soignants comme à la Licorne ou moniteurs comme au sport) participent rarement aux réunions dans les unités. S'ils transmettent leurs informations oralement aux soignants qui accompagnent les patients ou font des bilans avec les cadres des unités, il est dommage qu'ils ne soient pas davantage et systématiquement associés aux synthèses, réunions cliniques, réunions soignants-soignés alors même que leur démarche s'inscrit dans un parcours de soin.

Il est significatif qu'ils ne soient pas reliés au logiciel Cariatides™ (sauf l'IDE de la Licorne depuis deux mois) sous prétexte qu'ils ne sont pas soignants. Les assistantes sociales, personnel non soignant, font pourtant, elles, parties intégrantes des équipes.

PROPOSITION 13

Il serait profitable aux patients que les activités qui se déroulent dans les ateliers thérapeutiques et au sport soient davantage considérées comme partie intégrante du projet de soins. Les intervenants soignants ou non pourraient être systématiquement invités aux diverses réunions et inscrire leurs bilans et observations dans le logiciel Cariatides™.

En réponse au rapport provisoire, le directeur du CHGS observe que « *les éducateurs spécialisés et les soignants des activités thérapeutiques ont l'accès à Cariatides™ et peuvent faire des observations ou des transmissions ciblées selon leur profil. Les éducateurs sportifs, ainsi que les intervenants théâtre, n'ont pas l'accès à Cariatides™* ». Il ajoute que « *ce point sera revu avec la Direction des soins dans le cadre du travail sur la matrice des droits* ».

7.2.3 Les traitements médicamenteux

a) Le circuit du médicament

Il existe une seule pharmacie pour les trois sites hospitaliers du CHGS, dont l'activité est prise en charge par trois docteurs en pharmacie (2,8 ETP). Un pharmacien est joignable 24h/24 et 7 jours/7.

Toutes les prescriptions médicales sont transcrites sur le logiciel Cariatides™ et arrivent à la pharmacie. Le pharmacien a accès à l'intégralité des traitements prescrits et effectue leur analyse, à savoir la détection de possibles interactions médicamenteuses délétères, le non-respect de l'autorisation de mise sur le marché ou les dosages problématiques. Il met à disposition des prescripteurs et soignants des informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament. En fonction du niveau d'alerte déclenché par cette pharmacovigilance, le médecin prescripteur est averti soit par téléphone, soit par une observation notée directement sur le dossier du patient, voire par courrier électronique ou fax.

Pour les formes orales sèches, le circuit de préparation des médicaments est automatisé et la préparation des doses est nominative. Les médicaments sont transportés dans les unités dans des caisses fermées, identifiées. La traçabilité du transport est assurée. Les équipements de stockage dans les unités de soins respectent les principes de sécurité, confidentialité, hygiène, ergonomie et fiabilité. Chaque service dispose d'un IDE et d'un préparateur référent pour la pharmacie. Les médicaments sont conditionnés en sachets nominatifs pour chaque moment de prise sur 24 heures avec leur appellation et leur posologie.

b) Mode de distribution

Les médicaments sont distribués par les IDE dans la salle à manger au moment du repas, de façon individualisée, sans que l'éventuel manque de confidentialité semble gêner les patients. Le soignant vérifie la prescription médicale, l'identité du patient, le caractère nominatif du conditionnement et enregistre sur Cariatides™ l'administration aussi bien que la non-administration.

Les traitements « si besoin » prescrits par les médecins figurent sur le logiciel Cariatides™. Ils ne concernent que les formes orales et doivent être enregistrés, une fois administrés, sur ce logiciel. Une surveillance quotidienne des médicaments délivrés en « si besoin » est effectuée par un cadre de santé.

c) La conciliation médicamenteuse

A l'arrivée d'un patient, le pharmacien tente de s'entretenir avec lui pour faire le point sur ses traitements en cours, à visée psychiatrique et somatique. Si cela n'est pas possible, il appelle le médecin traitant, le spécialiste voire la pharmacie d'officine que fréquente le malade. Puis, s'ensuit un échange avec le psychiatre du service pour vérifier d'éventuelles incompatibilités médicamenteuses et s'assurer qu'il a bien connaissance de tous les médicaments pris antérieurement par le malade. De plus, le pharmacien note ses avis sur le dossier patient pour n'importe quelle ordonnance et signale aussi l'absence de traitement pour une pathologie somatique prise en charge avant l'hospitalisation.

d) L'éducation thérapeutique

Des ateliers du médicament et des entretiens pharmaceutiques individuels ont été initiés à partir de 2016. En 2018, les unités Balzac et Chopin en ont bénéficié, soit vingt-cinq patients à raison de trois séances en moyenne par patient et vingt et un entretiens thérapeutiques individuels qui ont concerné dix-sept patients.

Au premier semestre 2019, les unités Maupassant et Chopin ont initié trois ateliers pour treize patients avec en moyenne quatre séances par patient et sept entretiens pharmaceutiques individuels ont été conduits, six à Balzac et un à Maupassant.

Ces initiatives ne reçoivent pas le soutien institutionnel nécessaire. Il n'existe pas de programmes autorisés d'éducation thérapeutique au CHGS même si plusieurs unités ont mis en place des actions dans ce sens.

PROPOSITION 14

Dans l'intérêt des patients, il conviendrait d'étendre à toutes les unités les programmes d'éducation thérapeutique déjà initiés dans certaines.

En réponse au rapport provisoire, le directeur de l'établissement affirme que « *une extension généralisée des activités thérapeutiques existantes, entre les unités sera prise en compte* ».

Il ajoute que « *les programmes d'éducation thérapeutiques des patients (ETP) autorisés par l'ARS [...] constituent des axes du PTSM 18 et du futur Projet d'Etablissement. Ces projets devraient permettre aux patients d'être plus acteurs de la gestion de leurs maladies.* ».

7.3 LA CARENCE DE MEDECINS SOMATIENS RISQUE DE PORTER PREJUDICE A LA QUALITE DES SOINS

7.3.1 Les moyens humains

Un seul praticien hospitalier à temps partiel (0,6 ETP pour deux ETP budgétés) intervient au CAOD et dans les unités d'hospitalisation de court séjour et de psychiatrie au long cours (UHCS et UPLC) de Chezal-Benoît.

L'UPLC et la MAS de Dun-sur-Auron bénéficient des services d'un autre omnipraticien, à temps partiel également (0,3 ETP).

RECO PRISE EN COMPTE 8

Il est souhaitable que le centre hospitalier George Sand mette tout en œuvre afin de pourvoir les postes de médecins généralistes dont la vacance ne peut, à terme, que porter préjudice aux patients.

Sur ce point, le directeur de l'établissement renvoie, dans sa réponse au rapport provisoire, aux observations également formulées en §.2.3 : « *Un clinicien a été recruté à temps plein. L'équipe dédiée au site de Bourges totalise depuis ce recrutement 1,60 ETP somaticien. Il y a 1 temps plein clinicien pour le site de Dun, et 0,20 ETP de médecin somaticien pour le site de Chezal, les 2 médecins addictologues du site participant à cette prise en charge somatique (organisation d'une permanence de jour sur le site).* »

7.3.2 L'organisation

Un volet somatique est intégré dans le projet de prise en charge en santé mentale.

Pour toutes les admissions psychiatriques sans consentement transitant par le CAOD ou les entrées directes dans les unités d'admission, un examen somatique est effectué dans les 24 heures suivant l'hospitalisation et ce malgré le sous-effectif médical.

Dans les unités de Bourges, le médecin psychiatre assure également certains soins somatiques et en cas de besoin, contacte des spécialistes du CH Jacques Cœur, soit pour un avis, soit pour une consultation spécialisée. Il a également accès aux examens complémentaires nécessaires (biologie, imagerie), mais les délais d'obtention de rendez-vous pour certaines explorations ou avis spécialisés peuvent atteindre deux à trois mois (par exemple une demande d'IRM cérébrale ou une consultation ophtalmologique). Des difficultés d'ordre financier peuvent freiner le recours à des thérapies prescrites par les médecins mais non remboursées par l'assurance maladie, comme des séances de psychomotricité.

Pour les soins dentaires, les patients sont adressés à un cabinet mutualiste en ville.

Pour l'orthophonie, les délais de prises en charge en ville peuvent atteindre six mois.

En ce qui concerne la contraception, question systématiquement abordée à l'arrivée, elle est renouvelée si elle était prescrite auparavant ou bien la patiente est adressée au centre de planification familiale de Bourges.

Les dépistages d'infections sexuellement transmissibles sont proposés d'emblée et font partie du bilan d'entrée.

L'évaluation de la douleur fait partie intégrante des pratiques de soins. La traçabilité de l'évaluation est assurée sur la fiche « *situation somatique du patient* ». En octobre 2019, 81,6 % des dossiers étaient renseignés sur cette question. Les soignants recourent à différentes grilles d'évaluation adaptées aux possibilités physiques et psychiques des patients. Un cadre de santé vérifie quotidiennement la tenue de ces fiches d'évaluation et effectue un retour d'information hebdomadaire vers les unités CAOD, Chopin, Musset, Flaubert et Maupassant et mensuel vers les unités de Chezal-Benoît et Dun-sur-Auron.

Le dépistage des troubles nutritionnels est généralement assuré.

Chaque unité dispose de matériel d'urgence vitale, scellé et vérifié régulièrement.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES LOCAUX D'ISOLEMENT ET LE MATERIEL DE CONTENTION SONT PARTIELLEMENT CONFORMES

Le CHGS dispose de cinq chambres d'isolement (CI) et de sept chambres sécurisées (CS). Elles sont toutes propres malgré des peintures un peu défraîchies. Aucune odeur désagréable ne s'en dégage.

8.1.1 Au CAOD

La CI du CAOD, située dans le même couloir que les chambres d'hospitalisation, est dépourvue à la fois d'un sas d'accès et d'une salle d'eau accessible aisément aux patients isolés, qui, pour se laver, sont conduits dans un local de douche commun après avoir traversé un couloir que les soignants doivent préalablement faire évacuer.

La porte d'entrée de la CI est percée d'un œilleton. Le sol est recouvert de linoléum. Le mobilier consiste en un sommier et un matelas en mousse garni de draps en tissu et d'une couverture. Un bloc WC-lavabo en inox est fixé au mur dans un coin de la pièce, la chasse d'eau est manœuvrable par le patient. La lumière naturelle provient d'un Velux™ au plafond qui s'ouvre par commande électrique et peut être occulté la nuit par un volet. L'éclairage électrique est dispensé par des appliques au mur et réglable en intensité. Une horloge fixée au mur indique la date, l'heure et la température intérieure. La chambre est dépourvue de dispositif d'appel mais est équipée d'une caméra de vidéosurveillance dont les images arrivent dans le bureau des infirmiers, le bloc sanitaire étant soustrait à leur regard. Le chauffage au sol fonctionne de manière irrégulière et en cas de température insuffisante cette chambre n'est pas utilisée.



Chambre d'isolement CAOD



Ecran de vidéosurveillance CAOD

8.1.2 A Musset, Chopin, Balzac

a) Les chambres d'isolement

Les CI se répartissent ainsi : deux à Musset, une à Balzac et une à Chopin.

S'y ajoutent en réalité les CS, utilisées pour l'isolement, six à Musset (quatre en partie fermée et deux dans l'espace d'hospitalisation) et une à Balzac.

A l'exception de deux des CS de Musset et de la CI de Chopin, les CI et CS sont situées à distance de la salle des soignants, dans une partie fermée du service et sont accessibles, une fois la porte franchie, par un couloir puis un sas.

Si les lits des CI ne comptent pas comme lit d'hospitalisation, il n'en va pas de même pour ceux des CS. Les patients placés dans ces chambres, en isolement complet ou séquentiel, en partie ouverte ou fermée, ne gardent pas leur lit d'hospitalisation et peuvent donc y rester au-delà du temps décidé par le médecin, faute de chambre disponible.

RECOMMANDATION 3

Les chambres sécurisées utilisées comme chambre d'isolement doivent être considérées comme telles afin que les patients puissent garder leur lit d'hospitalisation et n'y séjourner que le temps nécessaire.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique que « l'EPP isolement/contention en cours a conclu à la transformation à Musset de deux CS (partie collective) en chambres hôtelières ; elle a été validée lors de la dernière séance du Directoire ». Pour les autres CS, « la requalification des chambres sécurisées est en cours de discussion dans le cadre de la démarche d'élaboration du projet d'établissement 2021-2025 ».

Il tient par ailleurs à souligner que « quoi qu'il en soit, les règles de prescription et de surveillance dans les CS sont identiques à celles qui prévalent pour les CI ».

Malgré la diminution engagée du nombre de CS et la volonté de discuter la qualification des CS restantes dans le cadre du projet d'établissement, le CGLPL maintient sa recommandation, la question de la nature des chambres sécurisées et de leur usage nécessitant aussi une clarification sur l'ensemble du territoire national.

Les couloirs et dégagements peuvent être aménagés en coin repas. Ainsi, à Musset, deux tables et deux chaises sont disposées dans le couloir menant à une petite cour grillagée, et à Balzac, une salle à manger avec deux tables, trois chaises, une table basse garnie de revues, des fauteuils, ouvre sur un patio clos, réservé aux patients des CI et CS pendant la journée et aux patients de la partie ouverte la nuit, pour fumer notamment.



Musset : coin repas en zone fermée



Balzac : coin repas en zone fermée avec ouverture sur le patio

Dans les sas sont installés :

- une salle d'eau avec lavabo et douche, en état de fonctionnement uniquement à Chopin, car à Musset elle sert d'entrepôt au matériel de ménage et à Balzac des problèmes d'évacuation d'eau la rende inutilisable. Toutefois, à Balzac, les patients peuvent utiliser une salle de bains proche équipée de baignoire et douche en état de fonctionnement, prise électrique pour rasoir, miroir et poubelle ;
- une gaine technique donnant accès au variateur d'intensité de la lumière, à la chasse d'eau et au réglage du chauffage ;
- un placard double à étagères pour ranger les effets personnels des patients uniquement à Balzac ; ailleurs, les vêtements sont posés sur les modules en mousse ou à même le sol ;
- des poufs, fauteuils, table en mousse pour permettre au malade de prendre ses repas dans la chambre ou dans le sas.



Musset : le couloir d'accès aux chambres



Musset : salle d'eau dans le sas

L'accès aux CI se fait par deux portes percées de fenêtres de surveillance.

L'ameublement se résume à un lit. A Musset et Chopin, le sommier métallique est fixé au sol carrelé et supporte un matelas en mousse. A Balzac, il s'agit d'un bloc sommier-matelas en mousse.

Des draps en tissu et une couverture en laine polaire ou seulement une couverture « anti-suicide » sont fournis.

Des WC en inox, sans manœuvre possible de la chasse d'eau actionnée de l'extérieur par les soignants, sont fixés au mur dans un coin de la chambre et quelques feuilles de papier hygiénique sont laissées à disposition.

Une lucarne haute, sans ouverture possible, assure l'éclairage naturel tandis qu'un néon dont l'intensité est modulable par le soignant dispense l'éclairage électrique.

Ces chambres sont équipées d'une ventilation mécanique et dépourvues de système d'appel. A Musset et Chopin, une horloge, sans indication des dates et jours, est accrochée au-dessus d'une porte et à Balzac, il n'y a pas d'horloge.

Elles sont toutes équipées d'une caméra de surveillance dont les images, avec occultation du WC, sont transmises au bureau des infirmiers.



Musset : chambre d'isolement



Chopin : chambre d'isolement, horloge au-dessus des deux portes et lit



Balzac : chambre d'isolement, lit et salle d'eau

b) Les chambres sécurisées des parties fermées

Les quatre CS de Musset sont desservies par un sas dans lequel se trouvent un placard extérieur pour chaque chambre, une salle d'eau avec douche et lavabo en état de fonctionnement et une

gaine technique. L'unique porte d'entrée est percée d'une fenêtre de surveillance. Le sol est recouvert de linoléum ; la pièce est meublée d'un lit au sommier métallique rivé au sol et recouvert d'un matelas et d'un coussin triangulaire en mousse. Seule une couverture « anti-suicide » est fournie. Des WC en inox sont scellés au mur et leur chasse d'eau ne peut être actionnée que du sas par un soignant. Quelques feuilles de papier hygiénique sont laissées à disposition. Une large fenêtre condamnée, aux vitres filmées, apporte la lumière naturelle et peut être occultée par un store électrique dont les soignants ont la commande. L'éclairage électrique provient d'un néon dont l'intensité est réglable également par les soignants. Une caméra de vidéosurveillance, masquant le WC, est installée. Une horloge au-dessus de la porte indique seulement l'heure. Ces chambres sont équipées de boutons d'appel.

Les repas sur plateau peuvent être pris dans le sas sur des poufs et coussins en mousse ou bien à table, dans le petit couloir de la partie fermée.

La CS de Balzac a une porte équipée d'un œilleton. Entièrement carrelée, elle comporte un lit au sommier métallique fixé au sol, couvert d'un matelas plastifié et d'une couverture « anti-suicide ». La fenêtre aux vitres opacifiées ne s'ouvre pas et la chasse d'eau du bloc sanitaire (WC et lavabo) n'est manœuvrable que par les soignants. Cette pièce est dépourvue de système d'appel et d'horloge. Un système de vidéosurveillance est installé avec obturation de la visibilité des WC.

Les repas peuvent être pris dans la chambre sur des poufs en mousse ou dans la salle à manger.



Musset : chambre sécurisée partie fermée



Balzac : chambre sécurisée

c) Les chambres sécurisées de la section d'hospitalisation à Musset

Situées dans le couloir desservant les chambres d'hospitalisation, ces deux CS de Musset sont accessibles par un même sas et ne diffèrent de celles de la partie fermée que par l'absence de système de vidéosurveillance.

Les médecins les réservent aux isollements séquentiels.

PROPOSITION 15

Les chambres d'isolement ainsi que les chambres sécurisées doivent notamment être équipées d'un dispositif d'appel, d'une horloge présentant la date et l'heure, d'une chasse d'eau

manœuvrable par le patient pour le WC et d'un point d'eau pour pouvoir boire et se laver les mains à tout moment.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS détaille les éléments suivants :

« Depuis la visite du CGLPL, le Directoire a validé la demande de l'unité Musset de reconvertir deux CS en chambres hôtelières ce qui va diminuer la capacité d'isolement au sein de l'établissement de 12 lits à 10.

Toutes les chambres sont équipées d'horloges mais seule celle du CAOD indique la date du jour.

Toutes les CI ou CS sont équipées de WC. Cinq chasses d'eau sont manœuvrables par le patient, les sept autres, à Musset, ne le sont que par le personnel.

Les CI de Musset et Chopin, soit neuf chambres, ne sont pas équipées d'un lave-mains. Les trois autres chambres en sont équipées, directement manœuvrables par les patients mais avec possibilité de coupure par le personnel soignant. »

Il conclut que, concernant les unités Musset, Chopin, le CAOD, « l'amélioration de ces équipements sont à prévoir dans le cadre du plan pluriannuel d'investissements ». Concernant l'unité Balzac, il indique que les « équipements [sont] prévus dans le cadre du projet en cours ».

8.2 MALGRE UN PROTOCOLE RECENT, L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION S'ACCOMPAGNENT DE DECISIONS NON CONFORMES, DU RECOURS GENERALISE A LA VIDEOSURVEILLANCE ET DE LA MISE A NU INTEGRALE DU PATIENT EN CAS DE RISQUE SUICIDAIRE

8.2.1 Les procédures établies concernant les décisions et la surveillance

L'isolement et la contention ont donné lieu à la rédaction d'un protocole remis aux contrôleurs ainsi qu'à une analyse institutionnelle avec pour référence le cadre réglementaire et notamment les recommandations de la HAS de février 2017 et l'instruction ministérielle n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017.

Ce protocole comporte des règles de bonnes pratiques notamment en ce qui concerne les indications : « prévenir une violence imminente du patient ou répondre à une violence immédiate non maîtrisable sous tendue par des troubles mentaux ». Il est précisé qu'elles « ne doivent être utilisées qu'en dernier recours et nécessitent une justification par des arguments cliniques ».

La décision initiale d'isolement est prise par un médecin de garde ou de l'unité sur le logiciel Cariatides™ après évaluation des contre-indications éventuelles.

Sur le logiciel Cariatides™, la mesure initiale d'isolement comporte les données suivantes :

- les noms de l'initiateur de la mesure et du psychiatre « prescripteur » ;
- l'espace dédié ou non ;
- l'indication ;
- la date ;
- la durée initialement prévue ;
- les prescriptions de traitements médicamenteux, port de pyjama, application du « protocole anti-suicide », vidéosurveillance, repas, possibilité de fumer et modalités de la surveillance par l'équipe soignante.

Le renouvellement de l'isolement suit la même procédure. La clôture mentionne en outre la date et l'heure, les motifs de la levée.

Les données de la surveillance infirmière (mesures des paramètres vitaux, état psychique, prise d'aliments et boissons, éliminations, soins d'hygiène) y sont également reportées.

L'isolement et la contention font l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : quatre réunions se sont tenues en 2018 et deux en 2019. L'attention est portée sur des points en décalage avec les recommandations de bonne pratique et des objectifs d'amélioration sont fixés avec un échéancier. Les audits se sont focalisés sur le statut des patients en isolement (initialement et au-delà de 12 heures), la motivation de la « prescription », la durée, la pertinence de la mise en CI, les moyens mis œuvre pour l'éviter, le nombre des mesures et les motifs de leur renouvellement.

En ce qui concerne la contention, un audit a été réalisé au sein du pôle EHPAD/USLD concernant les pratiques chez les personnes âgées et un module de prescription spécifique a été mis en place dans Cariatides™.

Le suivi des événements indésirables est organisé.

8.2.2 Les pratiques observées dans les unités

a) L'isolement

Les indications d'isolement fournies par l'audit clinique cible de 2018 pour le premier semestre et le DIM pour le second semestre 2017 sont les suivantes :

Motif de décision d'isolement	Second semestre 2017		Premier semestre 2018	
	Effectif	%	Effectif	%
Etat d'agitation, tension psychique	16	53,3	20	66,7
Auto hétéro agressivité	5	16,7	4	13,3
Instabilité psychomotrice	1	3,3	2	6,7
Fugue	4	13,4	1	3,3
Angoisse, demande du patient	0	0	1	3,3
Etat délirant	2	6,7	0	0
Manque de place	1	3,3	1	3,3
Non précisé	1	3,3	1	3,3

Il ressort de ces données que les comportements d'agressivité ne sont pas l'indication principale de la mise en isolement, toutefois la frontière semble tenue avec « l'état d'agitation, de tension psychique ».

Des explications sont données au patient au moment de la mise en place de la mesure.

Si le patient est en soins libres, une transformation de son régime en soins sans consentement est demandée (cf. §.8.3.2.a.i).

Les éléments recueillis par les contrôleurs dans les unités révèlent que la plupart des décisions initiales d'isolement sont faites pour 24 heures et non 12 heures comme le prévoient les textes et ce, sans bloquer le logiciel. Cette disposition a été demandée par les médecins à l'installation

du logiciel, pour n'avoir pas à se déplacer la nuit dans les unités et pour que le renouvellement des mesures puisse être anticipé.

RECOMMANDATION 4

La décision initiale d'une mesure d'isolement ne doit pas excéder une durée de 12 heures.

Par le biais des observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS indique que « *l'EPP isolement/contention travaille à l'actualisation de la procédure qui fait apparaître que « Le patient doit bénéficier au minimum de deux visites médicales par 24 heures » selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS* ».

Il explique par ailleurs que « *la durée de la décision initiale est paramétrée à 12 heures mais les praticiens ont une possibilité de changer cette durée (de 1 à 24 heures). La proposition de Symaris™ de limiter « l'ascenseur » des heures de 1 à 12 heures ne peut pas être mise en place car cette limitation s'appliquerait aux renouvellements également (pour lesquels la durée peut être de 24 heures selon les recommandations de la HAS)* ».

Il conclue : « *Le prochain DPI sous Maincare IC™ sera paramétré sans possibilité de modification des durées par les prescripteurs* ».

Le CGLPL maintient sa recommandation, le verrouillage des outils informatiques pour sécuriser les pratiques ne constituant qu'une partie des actions à mener.

Si, en théorie, le « si besoin » ne s'applique ni pour l'isolement ni pour la contention, les décisions pour 24 heures couvrent souvent un isolement séquentiel « si besoin », pour la sieste ou la nuit.

La mesure d'isolement n'est pas toujours clôturée sur le logiciel lorsqu'elle est levée. Ainsi, il arrive que des patients partent en permission alors que la mesure est en vigueur. D'après l'audit clinique cible réalisé en juin 2019, le temps réel d'isolement représente 63,36 % du temps total comptabilisé par le registre.

Il est prévu que la mise en isolement puisse être initiée par un infirmier et dans ce cas, qu'elle soit confirmée dans le délai d'une heure par un psychiatre après examen médical, ou par un interne ou médecin généraliste qui doivent en référer à un psychiatre, au besoin par téléphone. En réalité, la confirmation dans l'heure par le psychiatre n'est pas toujours effectuée ni tracée car les praticiens du service peuvent n'être pas habilités par leur statut à signer cette décision. Les médecins détenteurs des signatures ne sont pas nécessairement affectés dans les unités pratiquant l'isolement et la contention.

Enfin, lors de leur visite, les contrôleurs ont pu constater un défaut d'enregistrement dans le logiciel Cariatides™ d'une personne dont l'isolement était en cours dans une unité.

RECOMMANDATION 5

Les mesures de placement à l'isolement et leur levée doivent être systématiquement enregistrées sur le logiciel Cariatides™ et décidées par un médecin titulaire d'une qualification ordinaire de psychiatrie.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS expose : « *Les recommandations HAS parlent de "psychiatre". Cariatides™ prévoit une case "initiative infirmière, médecin-généraliste ou interne" et une case "confirmée par le psychiatre dans l'heure". En ce qui*

concerne les praticiens attachés associés, les recommandations HAS n'évoquent pas une qualification ordinale ».

Le CGLPL maintient sa recommandation, la responsabilité de la décision d'isolement ou de contention devant à son sens relever d'un seul médecin de plein exercice.

Dans la situation d'isolement, le port du pyjama est prescrit systématiquement.

En cas de risque suicidaire évalué à l'aide d'un questionnaire spécifique, le patient est mis en isolement totalement nu entre deux couvertures sécurisées selon un protocole « anti-suicide » dont aucune trace écrite n'a été retrouvée mais dont l'application est généralisée et systématique dans toutes les unités et totalement assumée par les médecins rencontrés, redoutant un passage à l'acte dont ils seraient tenus pour responsables.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Il doit être mis un terme à la mise à nu intégrale des patients présentant un risque suicidaire. Des moyens respectueux de la dignité humaine doivent être envisagés.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS rapporte l'actualisation de « *la procédure isolement contention (en lien avec l'EPP isolement et risque suicidaire) faisant apparaître désormais : "Prise en charge des patients présentant un risque suicidaire : le patient est placé en chambre d'isolement, habillé d'un pyjama spécifique anti-suicide."* ».

Il précise que l'établissement « *s'engage à fournir des pyjamas anti-suicide en cas de risque de passage à l'acte dépisté. Il en fait une priorité mais il doit pousser la réflexion plus loin pour les patients ne présentant pas de risque suicidaire pour définir les modalités de conservation de leurs affaires personnelles. C'est une réflexion qui sera abordée dans les projets médicaux et de soins du projet d'établissement.* »

L'équipe soignante effectue une surveillance de l'état psychique et somatique toutes les deux heures en moyenne, et non pas « *au moins toutes les heures* »³².

La vidéosurveillance sur prescription médicale est, de fait, généralisée. L'écran d'accueil occultant le WC est installé dans le bureau des soignants, parfois masqué par un carton.

Quelques soignants ont fait état de leur gêne concernant cette pratique qui constitue pour eux une véritable intrusion dans l'intimité du patient sans bénéfice thérapeutique démontré. Certains ont surpris des patients en train de se masturber et considéraient qu'« *ils n'avaient pas à voir cela* ». Toutefois, d'autres soignants adhèrent à ce mode de surveillance tout en reconnaissant moins se déplacer pour visiter le malade ; les médecins justifient tous cette mesure, arguant de la sécurité supplémentaire qu'elle offre.

RECOMMANDATION 6

Le recours à la vidéosurveillance ne doit pas se substituer à la surveillance physique et à l'interaction relationnelle qui doivent être plus fréquentes.

En réponse au rapport provisoire, le directeur de l'établissement souligne que « *la vidéosurveillance n'est qu'une modalité de surveillance qui fait l'objet d'une prescription*

³² HAS, recommandations de bonne pratique, février 2017.

particulière par le psychiatre. Le CHGS va réfléchir aux modalités d'information des patients qui en font l'objet. Le mode normal de surveillance dans l'établissement est la surveillance physique prescrite par le psychiatre. Dès que possible, le patient placé en isolement peut bénéficier de sorties dans le patio et/ou dans la partie collective. »

La surveillance des patients soumis à une mesure d'isolement s'effectue toujours à deux soignants.

Les repas peuvent être pris dans la chambre ou dans le sas ou dans l'espace repas de la partie fermée de l'unité lorsqu'il existe, comme à Musset et Balzac. Le repas est servi sur un plateau, avec couverts et gobelet en plastique. Une petite bouteille d'eau peut être laissée à disposition du malade. Les patients autorisés peuvent sortir fumer dans un petit patio isolé à Balzac et à Musset, mais pas dans les autres unités ; le protocole le permet dans la limite de quatre cigarettes par jour, et prévoit un complément par substituts nicotiniques (patches).

b) La contention

Dans le protocole en vigueur concernant l'isolement et la contention, le recours à la contention doit rester exceptionnel. Comme pour l'isolement, décidée par un médecin psychiatre, elle doit, en principe, s'effectuer dans un espace réservé. Toutefois, entre le 1^{er} décembre 2018 et le 30 novembre 2019, dix-neuf patients ont fait l'objet d'une contention : neuf en CI (section C du registre), cinq en dehors d'une chambre d'isolement mais pour les mêmes motifs que ceux placés en chambre d'isolement : prévention d'une violence imminente ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable sous-tendue par des troubles mentaux avec un risque grave pour l'intégrité du patient et celle d'autrui (section D du registre), et cinq en dehors d'une chambre d'isolement, par des moyens ambulatoires, pour des troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution, avec des conduites auto agressives ou des mutilations répétées et dans le but de préserver l'intégrité physique du patient (section E du registre).

Toutes les décisions médicales et données de surveillance sont effectivement reportées sur le logiciel Cariatides™.

Les unités, sauf Maupassant, sont équipées de matériel de contention, constitué de sangles en tissu pour les extrémités des membres et ventrale, avec un système d'aimants pour les installer et les retirer.

Les durées initiales décidées ne sont pas toutes conformes aux recommandations de bonnes pratiques. Sur les dix-neuf patients mis en contention, onze l'étaient pour des durées initiales supérieures à six heures³³.

La contention s'effectue en présence du médecin et de cinq infirmiers. Le patient est positionné sur le dos, les membres écartés et les sangles fixées aux poignets et chevilles. Les points de contention ne sont pas renseignés dans les dossiers des patients. Selon les informations données aux contrôleurs, la pose de la ventrale n'est pas systématique.

³³ Sur ces onze mesures de contention dont la durée initiale est supérieure à six heures, trois concernent des patients de l'unité Maupassant pour lesquels des barrières de protection ont été posées.



Matériel de contention

RECOMMANDATION 7

La décision initiale d'une mesure de contention ne doit jamais excéder une durée de six heures.

De la même façon que concernant l'isolement (cf. §.8.2.2.a), le directeur indique dans ses observations au rapport provisoire que « la durée de la décision initiale est paramétrée à six heures mais les praticiens ont une possibilité de changer cette durée (de 1 à 24 heures) ».

Là encore, le changement de logiciel constitue une réponse partielle à cet écueil, raison pour laquelle le CGLPL maintient sa recommandation.

Enfin, après un isolement avec ou sans contention, il n'est pas organisé de temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle.

8.3 L'ANALYSE DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST INSUFFISANTE POUR APPREHENDER LA REALITE DES PRATIQUES

8.3.1 Le registre

Ce registre a été créé en mars 2017 et amélioré en 2018 au sein du DIM. Alimenté par le logiciel Cariatides™, il enregistre par ordre chronologique les données suivantes :

- le numéro de la mesure ;
- les identifiants du patient et du service ;
- les date et heure de début de la mesure ;
- les date et heure de fin de la mesure ;
- la durée ;
- la clôture effectuée ou non ;
- les noms du psychiatre prescripteur et des professionnels de santé chargés de la surveillance ;

à partir desquelles sont construits les indicateurs.

Il différencie l'isolement en espace dédié (A), l'isolement hors espace dédié (B), la contention avec isolement en espace dédié (C), la contention en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions prévues par les recommandations de bonnes pratiques (D), la contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonnes pratiques (E)³⁴.

L'espace dédié s'entend des chambres d'isolement et des chambres sécurisées.

Un IDE vérifie quotidiennement la conformité de la tenue du registre de l'isolement et de la contention des unités de court séjour et recontacte le médecin ou le secrétariat du service si besoin.

8.3.2 L'analyse du registre

Depuis 2017, il est procédé au calcul trimestriel du :

- nombre de mesures et de patients ;
- taux de mesures initiées en soins libres ;
- des durées totale, minimale et maximale des mesures ;
- taux de patients en soins sans consentement par rapport à la file active hospitalisée à temps complet.

Ces indicateurs sont suivis par le département d'information médicale (DIM), présentés en CME et figurent dans le rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention rédigé par le médecin du DIM.

De plus, depuis 2018, des audits cliniques cibles, portant sur trente dossiers aléatoirement tirés du registre par le service d'information médicale, sont réalisés annuellement par l'équipe médicale avec une focalisation en 2019 sur les prises en charge des patients en soins libres et les sorties séquentielles.

Les connaissances des professionnels (médecins et paramédicaux) en matière d'isolement et de contention ont été également évaluées.

a) L'isolement

i) Le statut des personnes placées en isolement

Pour l'isolement en espace dédié, la proportion de mesures initiées en soins libres (SL) a chuté de 51 % en 2018 à 35 % aux deuxième et troisième trimestre 2019 ; pour l'isolement en dehors d'un espace dédié, elle est nulle en 2019.

Les mesures d'isolement d'une durée supérieure à 12 heures concernant des personnes en SL représentaient 16 % du total en mai 2018 et 11 % en décembre de la même année.

³⁴ Exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique de la HAS de février 2017 : « Dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient, il peut être possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire tels que des vêtements de contention.

Cette contention n'est pas nécessairement associée à l'isolement et s'inscrit dans un plan de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, en dehors du cadre de l'urgence.

Le recours à cette pratique doit faire l'objet d'une évaluation clinique régulière.

Ces mesures doivent être recensées au niveau du service afin de renforcer la réflexion sur l'organisation des soins. »

ii) Les lieux

Des patients sont placés en isolement dans un service différent de leur service d'hospitalisation. Les résultats de l'audit clinique conduit entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2019 montrent que 23,3 % des patients dont 10 % de mineurs du CASA étaient dans cette situation (cf. §.9.1.2).

La plupart des mesures se déroulent dans un espace dédié, chambre d'isolement (CI) ou chambre sécurisée (CS) : 96 % des mesures en 2018 (536 sur 540) et 98,5 % entre le 1^{er} décembre 2018 et le 30 novembre 2019 (606 sur 615).

iii) Les durées

Pour la période allant du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019, 615 mesures d'isolement se sont déroulées, 606 en CI pour 204 patients et 9 en dehors pour 2 patients.

Concernant l'isolement dans un espace dédié, l'examen des tableaux montre qu'il a été décidé :

Durée de l'isolement en heures	Nombre de mesures	Proportion en %
≥ 24	291	48
< 24 et ≥ 48	79	13
< 48 et > 1 000	219	36
≤ 1 000 et > 2 000	12	2
≤ 2 000 et > 3 000	2	0,4
≤ 3 000 et > 4 000	1	0,2
≤ 4 000 et > 5 000 (4 922)	1	0,2
≤ 5 000 (8 515,5)	1	0,2
TOTAL	606	100

Les mesures durant 8 515,5 et 4 922 heures concernent le même patient.

Au total, 39 % des durées de chacune des mesures d'isolement décidées excèdent 48 heures, et parmi elles 3 % dépassent 1 000 heures, ce qui est loin de l'exception recommandée par le protocole de l'institution et la haute autorité de santé (HAS)³⁵.

Toujours dans ces espaces dédiés, du troisième trimestre 2018 au troisième trimestre 2019, les données trimestrielles montrent une augmentation linéaire :

- du nombre des mesures (121 à 177) et des nouvelles mesures (110 à 171) ;
- des durées moyennes minimales (0,433 heure à 1 heure) et maximales (2 193,4 heures à 2 207,97 heures) par mesure ;
- du nombre de patients (62 à 79).

Les indicateurs fournis ne permettent pas d'apprécier la durée totale de l'isolement pour un patient donné lors de son hospitalisation. Il faut pour cela, relever pour chaque patient, le nombre et la durée de chaque mesure d'isolement et les additionner, ce qui n'est pas réalisé par

³⁵ Sous les réserves exprimées *supra* §. 8.2.3 : D'après l'audit clinique cible réalisé en juin 2019, le temps réel d'isolement représente 63,36 % du temps total comptabilisé par le registre.

l'institution. A l'examen du registre courant du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019, sur les 204 patients placés en chambre d'isolement, 17 se distinguent (8,3 %) par le nombre de mesures dont ils font l'objet et par la durée totale de l'isolement décidée supérieure à 1 000 heures, comme le montre le tableau suivant :

Patients	Nombre mesures	Durée totale isolement en heures	Durée totale isolement en jours	Durée totale isolement en mois
A	1	1 003,5	41,80	1,39
B	1	1 193,5	49,72	1,65
C	1	2 114	88	2,93
D	1	3 492,5	145,52	4,85
E	2	1 498,7	62,44	2,08
F	2	1 609,75	67,07	2,23
G	2	13 437	559,87	18,66
H	4	4 320,5	180	6
I	8	1 643	68,45	2,28
J	11	4 886	203,58	6,78
K	12	2 291	95,45	3,18
L	13	2 720	113,33	3,77
M	15	2 930	122,08	4,06
N	17	5 094	212,25	7
O	22	2 035	84,79	2,82
P	22	1 138	47,41	1,58
Q	86	5 103	212,62	7

A noter que le patient G a fait l'objet d'une première mesure du 25 février 2018 au 15 février 2019, reprise le 11 mai suivant et non clôturée le 2 décembre 2019, lors de la visite des contrôleurs.

Durant la même période, l'isolement en dehors d'un espace dédié (section B du registre) a concerné deux patients, un à Musset (une mesure, 38 heures) et un à Chopin (huit mesures, 141 heures). Là encore, il est constaté par trimestre une augmentation régulière du nombre de mesures (de deux à six) et des durées moyennes maximales par mesure (de 42,38 heures à 60 heures).

En conclusion, l'isolement prolongé revêt un caractère habituel et les durées passées dans ce contexte peuvent se compter en semaines voire en mois.

b) La contention

Du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019, elle a concerné dix-sept patients (un même patient étant comptabilisé en isolement et hors espace dédié).

i) La contention en espace dédié

Elle a été appliquée à neuf patients, six à Musset et trois à Balzac avec vingt-deux mesures au total et pour trois patients, à plusieurs reprises, comme l'illustre le tableau suivant :

Patient	Unité	Nombre de mesures	Heures de contention	Durée totale en jours
A	Musset	1	2,75	-
B	Balzac	1	5	-
C	Balzac	1	6	-
C	Musset	2	10	-
D	Musset	2	12	-
E	Balzac	1	19	-
F	Musset	1	72	3
G	Musset	12	131	5,45
H	Musset	1	566,75	23,61
TOTAL		22	824,5	34,35

Le suivi des indicateurs trimestriels montre une tendance régulière à la diminution :

- du nombre de mesures (seize à une) et de celui des nouvelles (treize à une) ;
- de la durée moyenne des mesures (19,07 à 6 heures) ;
- du nombre de patients (seize à un) ;
- des mesures initiées en soins sans consentement (75 % à 100 %).

Il n'en reste pas moins vrai que pour certains patients la durée de la contention, tant initiale que totale, excède largement les préconisations de la HAS.

ii) La contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exception prévus par les recommandations de bonne pratique de la HAS

Durant cette même période, une décision de contention mécanique hors CI ou CS s'est appliquée à quatre patients : deux au CAOD, un à Musset et un à Balzac. Trois d'entre eux ont fait l'objet d'une seule mesure de 12 heures, 16 heures et 48 heures respectivement. Le dernier en a connu deux totalisant 9 heures auxquelles il faut ajouter celles effectuées en CI (patient D du tableau précédent) pour un total de 21 heures de contention en quatre mesures à Musset.

L'analyse institutionnelle trimestrielle donne les éléments suivants :

- une à trois mesures par trimestre sont décidées et concernent entre un et trois patients, de même pour les nouvelles mesures ;
- la proportion de patients en soins sans consentement est de 100 % actuellement.

iii) La contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique

Cette mesure a concerné cinq patients : trois de Maupassant, un de Musset et un de Chopin. Pour quatre d'entre eux, il s'agissait d'une seule mesure avec une échelle de durée très étendue :

3,75 heures, 36 heures, 102 heures et 120 heures respectivement et pour le dernier, deux mesures ont été décidées pour 72 heures de contention au total.

25 % des patients étaient en soins sans consentement à l'initiation de la mesure.

PROPOSITION 16

La mise en œuvre d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique ne peut s'appliquer qu'à un patient en soins sans consentement. Dans le cas contraire, la modification du statut juridique des soins s'impose dans les meilleurs délais dans tous les cas.

En réponse au rapport provisoire, le directeur assure que « *le changement de statut juridique des soins des patients en service libre placés en isolement fait partie des objectifs que le CHGS s'est fixé dans la politique ad hoc : modification de statut dans les 24 heures maximum, après phase d'observation et d'évaluation médicale. Cet objectif est suivi par le DIM qui adresse une statistique à la Direction et aux médecins* ».

PROPOSITION 17

Afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention, le centre hospitalier George Sand doit se doter d'indicateurs lui permettant de connaître pour chaque patient le nombre de mesures, leurs durées initiales et totales et le temps réel passé en isolement ou sous contention pendant son hospitalisation.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS indique : « *Le registre actuel permet de filtrer les mesures afin de voir le nombre de mesures par patient ainsi que leur durée totale. Le DIM va étudier la possibilité d'extraire la durée initiale de chaque mesure. En ce qui concerne le temps réel passé en isolement, il faudrait faire un audit des dossiers (ce que nous faisons pour l'EPP et pour le recueil des IQSS)* ».

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION COMPLETE DES ADOLESCENTS EST ASSUREE DANS UNE UNITE SPECIFIQUE

9.1.1 Le pôle médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent

L'offre de soins à destination des enfants et des adolescents est organisée en un pôle unique, qui couvre la totalité des besoins en santé mentale des jeunes de 0 à 18 ans dans le département du Cher, soit une population de 312 000 personnes. La file active est de 1 952 patients en 2018 (hors centre d'accueil médico-social précoce [CAMSP]).

Un projet de pôle 2016-2020 et un contrat de pôle signé en 2018 décrivent les modalités du parcours de soins de l'ambulatoire à l'hospitalisation. Le pôle dispose de quatre CMP (dont un CMP pour adolescents), deux CATTP, cinq HJ (dont un HJ pour adolescents), une équipe mobile de liaison dans le service de pédiatrie du CH Jacques Cœur, une unité d'hospitalisation complète de huit lits (CASA), ainsi qu'un CAMSP (structure médico-sociale). L'essentiel des structures du pôle a été recentré à Bourges, soit en ville soit sur le site du CHGS, à l'exception des CMP de Vierzon (Cher) et de Saint-Amand-Montrond (Cher) et d'une antenne à temps partiel du CMP ados à Sancerre (Cher). Il dispose également d'une unité d'enseignement mise à disposition par l'éducation nationale.

Le parcours des adolescents apparaît particulièrement structuré, notamment pour la prise en charge de la crise et des urgences dans les structures internes au pôle : c'est ainsi que certains jeunes peuvent accéder à une offre de soins partagée entre une prise en charge à temps partiel à l'hôpital de jour et au CATTP, ce qui peut suffire pour éviter des hospitalisations complètes. Cette filière est également intriquée avec les autres intervenants : participation du pôle à la maison des adolescents de Bourges et présence de l'équipe mobile au CH Jacques Cœur. L'offre de soins du CASA s'insère dans ce parcours.

9.1.2 Le centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASA)

Le CASA accueille des pré-adolescents et adolescents de 11 à 18 ans. Il dispose de huit lits d'hospitalisation complète, dont deux réservés aux patients du département voisin de l'Indre. Au jour de la visite des contrôleurs, huit patients sont présents.

Les indications sont les suivantes : dépressions graves avec tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, symptômes compulsifs, risques de décompensation psychotique, psycho traumatisme. Les critères d'exclusion concernent la toxicomanie (si la prise de stupéfiants vient en appoint d'un trouble psychique, le CASA s'appuie sur le CSAPA³⁶), la psychopathie et le handicap mental profond avec troubles associés ou non.

Un projet de soins est élaboré pour chaque jeune, la durée du séjour prévue est de deux mois maximum, mais une jeune fille prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) est là depuis un an, sans solution de sortie.

Il n'y a jamais de sur occupation, mais l'activité est soutenue, et l'époque où l'unité pouvait être fermée au mois d'août (jusqu'en 2014) est révolue. L'unité a accueilli quatre-vingt-deux patients

³⁶ CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

en 2018 pour un taux d'occupation de 83 % (quatre-vingt-neuf patients en 2017, soixante-treize patients du 1^{er} janvier au 30 septembre 2019).

Aucun patient en soins sans consentement n'est accueilli au CASA. Le seul mineur hospitalisé en SDRE en 2018 au CHGS était âgé de 14 ans, et il a été accueilli dans une unité pour adultes du 6 juillet au 4 août 2018. Il n'y a eu aucun patient mineur en SDRE en 2019. Deux patients en ordonnance de placement provisoire (OPP) ont été accueillis par le CASA en 2019, et un patient en 2017.

Les patients entrent en hospitalisation programmée (liste d'attente d'une semaine à dix jours) ou non. L'orientation des patients peut provenir :

- de la consultation au CMP pour adolescents (qui dispose d'une consultation médicale rapide où intervient également le médecin du CASA) ;
- du service de pédiatrie du CH Jacques Cœur (où le pôle dispose d'une équipe de psychiatrie de liaison).

En cas d'entrée en urgence hors programmation, les patients arrivent au CASA après évaluation au CAOD. S'il n'y a pas de place au CASA, ils peuvent être maintenus quelques jours au CAOD ou, pour les grands adolescents, accueillis dans une unité pour adultes, le temps qu'une place se libère au CASA.

A l'entrée, est mis en place un temps d'observation et de prévention de la mise en danger (notamment des risques suicidaires) de quelques jours (48h à une semaine), sans possibilité pour le patient de sortir de l'unité, y compris pour des activités thérapeutiques.

a) Les moyens humains

L'unité dispose de 0,5 ETP de médecin, 1 ETP de cadre de santé, 0,5 ETP de psychologue clinicien, 0,40 ETP d'assistante sociale, 10 IDE, 6 AS, 2 ASH. L'équipe soignante présente quotidiennement est composée de deux soignants le matin, trois soignants l'après-midi plus un soignant de journée. La nuit, deux soignants sont présents. En plus de son personnel, le CASA mutualise avec le CATTP des interventions d'éducateurs, éducateurs sportifs, intervenants artistes.

L'unité se relève d'une crise institutionnelle majeure en 2017, liée à des dysfonctionnements graves : maltraitance entre patients, et soignants qui n'interviennent pas, sur fond d'une perte du sens de l'action par l'équipe soignante. L'unité a été fermée pendant deux mois, les patients ont été pris en charge en journée à l'hôpital de jour du pôle et la nuit à l'unité Balzac. L'équipe a été restructurée et formée, le projet de service reformulé en janvier 2019.

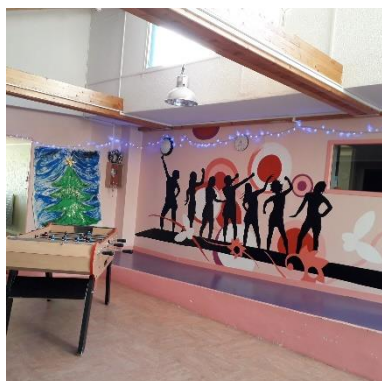
b) Les locaux

Le CASA est installé de plain-pied, les pièces de vie sont lumineuses et en bon état d'entretien. Le mobilier des parties communes présente divers états d'usage, dont parfois du mobilier vétuste, qui va être changé.

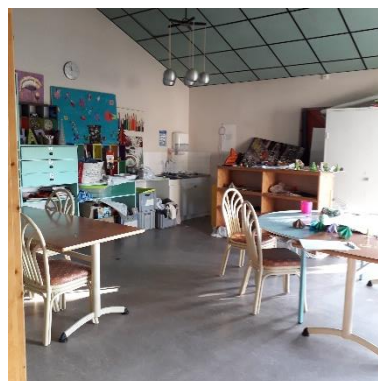
Une première partie administrative comprend notamment les bureaux d'entretien et le salon de visite, une salle « zen » aménagée par un financement de mécénat et une salle d'activités.

Après cette partie administrative, on accède à l'unité en tant que telle, qui lors de la visite des contrôleurs est fermée à clé, du fait de la présence d'un patient cherchant à fuguer. La zone d'accueil des adolescents comporte des parties collectives, des parties individuelles et la salle de soins. Les espaces sont organisés autour d'un patio disposant d'un éclairage zénithal et décoré d'une fresque murale. Plusieurs salles d'activités sont accessibles, dont l'une équipée d'un

espace informatique avec accès à Internet. La salle des contes est en libre accès en dehors des deux heures d'activités organisées. D'autres espaces d'activités sont accessibles à l'extérieur du CASA, et mutualisés avec d'autres services du pôle.



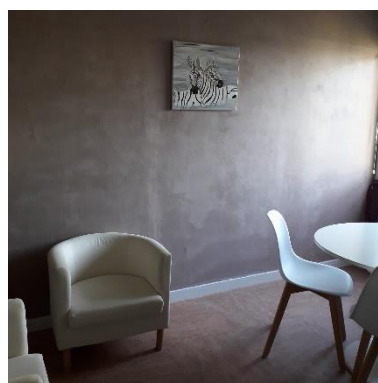
Patio



Une des salles d'activités

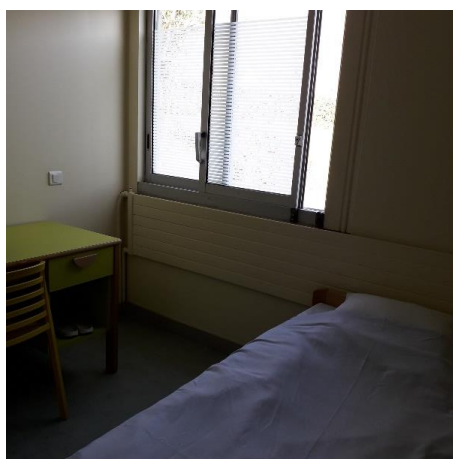


Salle des contes



Salon de visite

Les huit chambres sont individuelles avec salles d'eau équipées d'un lavabo, d'une douche, d'un miroir ainsi que d'un verrou de confort. Les chambres sont propres, correctement aménagées et en bon état, mais elles n'apparaissent pas investies par les adolescents, très impersonnelles. En effet, la décoration de la chambre n'est pas encouragée, même si la gomme adhésive n'est pas interdite.



Chambre au CASA

A l'extérieur du bâtiment, dans un espace protégé par un grillage, une grande cour et un large pré permettent l'accès à l'air libre. Un poulailler avec deux poules et un jardin potager font l'objet des soins de quelques patients, l'activité jardinage étant sur prescription. Un chat se promène dans le jardin. Le jour de la visite des contrôleurs, l'accès au jardin est fermé à clé pour prévenir les tentatives de fugue d'un patient, ce qui, a-t-il été assuré, est exceptionnel.

c) La prise en charge

La scolarisation est suspendue pendant le temps d'hospitalisation, l'orientation du projet de service privilégiant le temps du soin. Un enseignant, mis à disposition du pôle par l'éducation nationale, peut occasionnellement soutenir le maintien des acquis scolaires, par exemple dans le cas d'une hospitalisation inadéquate.

i) Livret d'accueil et règles de vie

Un livret d'accueil présente le CASA et ses règles de vie aux patients. Il énumère un nombre non négligeable d'interdits et d'obligations relevant plus d'un règlement d'internat que d'une unité d'hospitalisation : la « *litterie personnelle* » est interdite, les « *signes ostentatoires et susceptibles d'avoir un caractère prosélyte* » sont limités à l'espace privatif de la chambre. Il est interdit de détenir un téléphone portable ou une tablette, ainsi que des clé USB ou des DVD, les appels téléphoniques à partir du poste du service étant limités de 18h à 19h et de 20h à 21h. Le don et les échanges d'affaires personnelles sont interdits, les produits frais, les sodas et les céréales sont interdits, le tabac est autorisé dans la cour intérieure sur autorisation parentale, mais on ne peut fumer que si on a pris son repas. Il est rappelé qu'on doit se laver les mains et les dents, ainsi que le caractère obligatoire de la douche et l'interdiction de circuler pieds nus ou en chaussettes. Il est encore interdit d'écouter individuellement de la musique pendant les temps collectifs.

Après ce long catalogue d'interdictions, la sexualité est quant à elle abordée dans sa complexité, et si les « *relations physiques et sexuelles sont déconseillées* », la question est prise en compte et discutée, et les adolescentes sont adressées si nécessaire au planning familial.

Les visites des familles s'effectuent dans le salon de visite situé dans la partie administrative du CASA, les familles n'entrent pas dans l'unité. Le souci est affirmé par l'équipe soignante de faire alliance avec les parents et de toujours faire référence à l'autorité parentale, ce qui se retrouve effectivement dans l'autorisation de fumer soumise à l'accord parental.

ii) La vie quotidienne et les activités

Un planning type d'activités a été remis aux contrôleurs, les activités spécifiques (notamment le week-end) sont organisées d'une semaine sur l'autre, comme la cuisine, le jardinage, etc.

Selon ce planning, après un petit déjeuner défini comme « thérapeutique » (comme tous les autres repas, ce qui signifie un repas dans l'espace collectif avec les soignants) à partir de 8h, il est prévu du lundi au vendredi pour tous les patients un « *réveil avec un éducateur sportif* » jusqu'à 10h30. Les médiations thérapeutiques collectives organisées par l'équipe soignante du CASA occupent de 3 heures 30 à 4 heures par jour, réparties par séquences de 1 heure à 1 heure 30, dont le temps de « forum » d'une demi-heure par semaine. Une activité collective de sports est organisée par l'éducateur sportif pendant 4 heures par semaine. Une activité « contes » et sortie à la médiathèque est organisée 2 heures par semaine par un soignant du CASA avec un soignant du CATTP voisin. Une heure par semaine est consacrée à l'intervention d'un clown, et deux heures par semaine à une activité théâtre avec un comédien.

Les prises en charge individuelles occupent quatre heures par semaine. Le temps libre de chaque patient, dont les visites, est limité à une heure en fin d'après-midi, puis à la soirée après le repas sans activités collectives prévues, et l'extinction des feux est prévue à 22h45. Le temps court des visites de 18h à 19h – avec la contrainte que peuvent représenter ces horaires pour les familles – est susceptible d'être adapté.

Lors de la visite des contrôleurs, une activité de préparation des décorations de Noël occupe quatre à cinq patients avec un soignant dans une des salles d'activités.

A noter, en plus de l'atelier cuisine animé par les soignants, la venue une fois par mois d'un cuisinier de la cuisine centrale du CHGS, qui prépare un plat avec les patients, lequel est ensuite consommé en groupe.

Le week-end, des activités collectives sont organisées par l'équipe soignante.

Le budget des activités est de 300 euros par an.

Aucun séjour thérapeutique n'est organisé.

iii) Les réunions de l'équipe

Un *staff* clinique se tient tous les matins, et une réunion clinique une fois par semaine.

L'équipe bénéficie d'une supervision destinée à tous les membres du pôle, tous les deux mois, par un intervenant extérieur.

d) L'isolement et la contention

Le CASA n'a pas de chambre d'isolement (CI), mais uniquement un espace d'apaisement qui ne peut être verrouillé. Il est aux dimensions d'une chambre de l'unité et est équipé d'éléments de mobilier sommaires en mousse ; il devrait être, sous peu, aménagé pour le rendre chaleureux et réellement apaisant.

Son usage, organisé par une procédure réactualisée en mai 2019, doit être tracé dans le dossier patient. Cet espace est proposé au patient qui présente des prémices d'un état d'anxiété, d'angoisse, d'auto et/ou hétéro agressivité, d'instabilité psychique et/ou physique, ou bien en substitut ou complément du traitement médicamenteux, ou enfin à la demande ponctuelle d'un adolescent. Au-delà de deux heures, et sans retour à l'apaisement, le soignant doit solliciter un avis médical.



Chambre d'apaisement

Quand un isolement est décidé par le médecin de l'unité ou un médecin de garde, le patient est transféré dans la CI d'une unité pour adultes (prioritairement à l'unité Balzac). Après le placement en isolement, l'accord des parents est recherché, et il a été précisé qu'aucune famille n'avait refusé la mesure. La chambre du patient au CASA lui est gardée durant le temps de l'isolement. Selon l'équipe soignante, les décisions d'isolement séquentiel sont fréquentes, notamment quand la décision est prise le soir ou la nuit, et dans ce cas le patient revient en journée au CASA. Ces alternances, qui présentent l'intérêt de réévaluer la situation et de limiter le plus possible la durée effective du maintien en CI, débordent parfois sur la matinée. Ainsi une jeune patiente témoigne qu'elle a été placée en CI à l'unité Balzac dans un contexte de risque suicidaire pour la nuit et jusqu'à 11h du matin.

Le registre des mesures d'isolement et contention du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019 fait apparaître dix-sept placements en isolement concernant onze patients du CASA, pour des durées retracées ci-dessous :

Durée de la mesure d'isolement	≤ 12 heures	16 à 29 heures	40 à 456 heures
Nombre de mesures	7	4	6

Les données du registre sont discordantes avec celles remises aux contrôleurs par le CASA, qui font apparaître trente-deux transferts en CI dans une unité pour adultes en 2019 (quinze en 2018, cinq en 2017). Le peu de fiabilité du registre, en particulier pour les périodes longues, est confirmé par l'audit pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « *évaluation des pratiques d'isolement/contention* » conduit par l'établissement en 2019, qui relève une « *difficulté parfois à identifier la durée réelle de présence en chambre d'isolement. Dans ce cas, a été prise en compte la durée prescrite des sorties séquentielles, pouvant probablement augmenter les durées d'isolement retranscrites* ».

Les adolescents du CASA placés en CI sont pris en charge par les soignants de l'unité pour adultes. Des échanges des contrôleurs avec les soignants du CASA, il apparaît que tous ne connaissent pas précisément les conditions de placement en isolement, et notamment comment y sont habillés leurs patients, s'ils sont en pyjama ou mis à nu. Bien que les médecins du pôle de psychiatrie infanto-juvénile aient clairement fait connaître leur préoccupation de limiter les décisions d'isolement pour les adolescents et souligné que le nombre plus important en 2019 était à rapporter au recours plus fréquent pour un petit nombre de patients, l'augmentation au fil des années doit être interrogée. Il convient de rappeler que le caractère exceptionnel des mesures d'isolement doit être la règle et elles ne devraient en aucun cas être mises en œuvre à l'égard de mineurs de 13 ans et à l'égard de tout mineur dans une unité pour adultes.

PROPOSITION 18

Le recours à l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen. Il doit être totalement exclu à l'encontre d'enfants de moins de 13 ans. Dans le cas de l'isolement d'un mineur de plus de 13 ans dans une unité pour adultes, il doit être entouré de garanties particulières, incluant notamment l'intervention des soignants de l'unité de pédopsychiatrie.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'établissement souligne d'abord :

« *Les orientations médicales du PMPEA et le projet de service du CASA posent le principe de la chambre d'apaisement, non verrouillée, avec présence permanente d'un personnel soignant.*

Le placement en chambre d'isolement n'est décidé qu'en dernier recours, en cas d'extrême violence. C'est une décision prise en concertation entre le pédopsychiatre et le psychiatre de l'unité concernée par l'isolement. En priorité, l'isolement est recherché dans l'unité Balzac, d'hospitalisation des jeunes adultes, avec laquelle le PMPEA est en lien. »

Puis il ajoute : « *Le suivi individuel des mineurs exceptionnellement placés en isolement dans une unité d'adultes sera assuré par les soignants du PMPEA sous forme d'entretiens infirmiers. Une procédure est en cours de rédaction. »*

e) La préparation de la sortie

Quand la famille est présente et que les étayages éducatifs et soignants (notamment des autres services du pôle) sont mobilisés, la sortie des patients ne pose en général pas de grandes difficultés. L'équipe note cependant l'augmentation du nombre de jeunes en situations complexes, particulièrement des jeunes suivis par l'ASE, pour lesquels l'hospitalisation peut être inadéquate et les solutions de sortie difficiles (cf. supra §.9.1.2).

L'enseignant spécialisé du pôle accompagne la reprise de la scolarisation avec l'accord du patient et de ses parents, faisant le lien avec l'établissement scolaire.

L'unité travaille de plus en plus avec l'unité Balzac, qui assure l'accueil de jeunes adultes, et est susceptible d'accueillir la suite du parcours de certains patients précédemment hospitalisés au CASA.

9.2 LES PERSONNES AGEES SONT PRISES EN CHARGE EN COURT SEJOUR DANS UNE UNITE FERMEE NE DISPOSANT QUE DE WC COLLECTIFS

L'unité Maupassant, dont les locaux ont été aménagés il y a une vingtaine d'années, concentre la prise en charge sanitaire courte des personnes âgées, c'est-à-dire généralement âgées de plus de 65 ans, parfois moins. Des unités sanitaires de longue durée (USLD) complètent l'offre du CHGS pour ce public (cf. §.2). Le 2 décembre 2019, parmi les vingt-trois patients présents :

- le patient le plus âgé avait 82 ans, le plus jeune, 59 ans ;
- vingt-deux patients étaient en soins libres, un en soins sans consentement (SDTU) ;
- l'hospitalisation la plus ancienne datait du 27 janvier 2019, soit moins d'un an ; si la durée moyenne de séjour (DMS) est maîtrisée à 44,6 jours en 2018, l'équipe regrette parfois que des personnes restent hospitalisées faute de place ou d'acceptation dans un dispositif du secteur médico-social ; pour limiter cet état de fait, la sortie d'hospitalisation est investie très rapidement après l'admission en émettant des demandes dans plusieurs directions simultanément ;
- dix patients étaient sous protection juridique.

La porte de l'unité est fermée dans le souci de protéger les patients qui souffrent de perte de repères. Cette fermeture a été critiquée dans le cadre de la certification de l'établissement. Elle est aussi critiquée par l'équipe de Maupassant, qui souhaite pouvoir se libérer de la tâche d'ouvrir et fermer la porte pour les patients les plus mobiles, particulièrement ceux, largement majoritaires, hospitalisés en soins libres. Mais l'ouverture permanente de la porte en journée n'est pas envisagée. Seul un patient – d'ailleurs en soins libres – n'était pas autorisé par le médecin à sortir de l'unité pour se rendre à des activités. Le pyjama hospitalier n'est jamais utilisé pour faire face à un risque de fugue. L'installation d'un digicode a été proposée, qui ne serait pas

possible pour des raisons techniques. La question de la liberté de circulation des patients doit être résolue.

PROPOSITION 19

Les patients de l'unité Maupassant doivent par principe bénéficier de leur liberté de circulation et la porte d'entrée de l'unité doit être équipée de manière à leur permettre de jouir du droit d'y entrer et d'en sortir.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise qu'après saisine de la plate-forme éthique et proposition d'installation de digicode, le projet s'est avéré « *non réalisable suite à des contraintes techniques (nécessité de changer la centrale sécurité incendie)* ». Il ajoute que « *le renouvellement du SSI est programmé sur les exercices 2021 et 2022 ce qui permettra d'installer un système de déverrouillage de la porte d'entrée, sans sollicitation de l'équipe soignante, accessible aux patients non désorientés* ».

Desservis par le hall d'entrée, on trouve :

- un salon de télévision, avec seulement sept fauteuils. Mais le nombre de fauteuils a paru aux contrôleurs correspondre à sa fréquentation. La télécommande est à disposition. Le salon était décoré d'une guirlande ;
- le bureau infirmiers, vitré. Sa porte était ouverte à chaque fois qu'un soignant était à l'intérieur.
- un salon de visite, vitré, avec quatre fauteuils ;
- le bureau du cadre et le bureau du médecin psychiatre ;
- des casiers numérotés, permettant aux patients de mettre à l'abri leurs objets personnels, dont les biens de valeur. Seuls les soignants ont la clé. Des casiers en plastique dans une réserve à proximité des chambres permettent de ranger des effets de toilette (rasoir, parfum, etc.) ;
- une salle d'activités manuelles, où se trouve également une étagère pleine de livres et un meuble bas contenant des jeux de société, ouverte en journée.

Les vingt-quatre lits, tous médicalisés, se répartissent autour d'un patio en huit chambres doubles et huit chambres individuelles. Les chambres sont toutes équipées d'un plafonnier, d'appliques de chevet, d'un volet roulant électrique, d'un placard qui ne peut pas être fermé à clé. Une des chambres peut accueillir une personne à mobilité réduite.

Chaque chambre, accessible toute la journée, a une salle d'eau équipée d'un lavabo, d'un miroir, d'une patère, d'une douche à l'italienne avec un flexible. Mais aucune ne dispose d'un WC. Les WC, collectifs, se situent deux par deux dans quatre endroits de l'unité ; ils sont mixtes, tous équipés de lunette et d'abattant, d'une barre d'appui, d'un bouton d'appel, tous précédés d'un lave-mains complété par du savon et du papier essuie-mains (cf. §.6.2.1).

La salle à manger est climatisée. Le couvert, en métal, porcelaine, verre, est disposé par les AS et ASH. Les patients sont libres de s'asseoir où ils le souhaitent. Un vingt-cinquième repas est toujours commandé avec des consignes alimentaires restrictives (sans porc, sans poisson, sans sucre, mixé) afin de faire face à une admission ou un soudain problème de santé nouveau alors que les délais de commande des régimes à la cuisine se font à J+8. La salle est conviviale, lumineuse. Les patients prennent leur repas dans le calme, en présence du personnel soignant.

Une salle d'eau collective est équipée d'une baignoire.

Les chambres, comme les parties communes, sont très propres. Le linge de toilette est changé quotidiennement, le linge de lit aussi souvent que nécessaire, par les ASH. L'équipement des locaux est en bon état de fonctionnement.

Les locaux comprennent également un bureau médical équipé pour des examens et des interventions somatiques d'urgence, un bureau de soins qui abrite la pharmacie, une salle de relaxation et de bien-être pour des activités thérapeutiques mais aussi d'esthétique.

Des chaises et fauteuils, des petites tables, sont disposés à différents endroits du large couloir qui fait le tour du bâtiment, créant autant d'espaces diversifiés dans lesquels les patients peuvent s'installer, même s'ils ont tendance à se regrouper dans le même espace entre les chambres et la salle à manger, depuis lequel ils ont vue sur le bureau des infirmiers et qui est un lieu de passage important.

Le patio, au centre du bâtiment de plain-pied, est accessible 24h/24h aux patients ; on peut s'y asseoir, on peut y fumer. Un autre espace extérieur, fermé, sur un côté du bâtiment, est utilisé à la belle saison : il offre un potager, un terrain de pétanque, du mobilier de jardin.



Le patio



La salle à manger

Sauf consigne médicale ou demande des mandataires judiciaires pour un motif financier, les patients disposent de leurs cigarettes et de leur briquet.

Le médecin psychiatre est présent tous les jours dans l'unité, matin et après-midi. Il a annoncé son départ fin décembre 2019 ; son remplacement n'était pas organisé (cf. §.2.3.1).

Le médecin somaticien est de moins en moins présent à Maupassant, ses passages sont de plus en plus rares et rapides (cf. §.7.3). Des consultations et des hospitalisations se multiplient, principalement au CH Jacques Cœur, comme ce fut le cas le 3 décembre pour une patiente arrivée récemment et dont la santé aurait été prise en charge sur place dans d'autres circonstances. Selon ce qui a été dit aux contrôleurs, l'absence d'un gériatre est déplorée.

Conformément à ce qui a été observé, la médication est la plus légère possible. Le risque de chute, pris en compte, ne se résout pas nécessairement par la prescription de matériel antichute. Seule une barrière de lit était prescrite lors de la présence des contrôleurs, dans un souci d'aider à la mobilisation et non pas d'immobiliser. L'équipe privilégie le positionnement plus bas du lit médicalisé, ou son positionnement contre un mur, ou l'installation d'un matelas en contrebas du lit pour amortir la chute, en indiquant que c'est rare. Un soignant interrogé n'avait jamais rencontré de matériel antichute en un an d'exercice dans l'unité.

Les soignants ont investi des activités thérapeutiques : trois IDE (dont une ne travaillant que la nuit, bientôt une quatrième) sont formées à la relaxation, quatre AS sont formées au toucher-massage. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces actions contribuent à la limitation des médicaments en agissant sur l'anxiété par exemple, mais aussi sur l'équilibre.

L'éducation thérapeutique s'illustre activement à travers l'atelier du médicament, mis en œuvre par les IDE guidés par des outils mis à disposition par le médecin et le cadre de santé, destiné à présenter aux patients qui n'adhèrent pas aux médicaments leurs classes, leurs effets dont les effets secondaires, et à libérer la parole. En six mois, il a concerné une vingtaine de patients (cf. *supra* §.7.2.3).

Les traitements sont distribués individuellement au cours des repas, et en chambre dans la soirée.

Un psychologue intervient à plein temps à Maupassant. En poste depuis une dizaine d'année, ce professionnel assure un soutien psychologique mais aussi des bilans cognitifs sur demande du médecin. Il peut être amené à rencontrer les tuteurs ou la famille dans le cadre de réunion de synthèse.

Les ASH sont intégrés à l'équipe soignante. Ils participent aux transmissions et aux réunions cliniques. Ils savent pouvoir exprimer librement des observations ayant trait à « l'environnement » du patient.

L'assistante sociale, à mi-temps à Maupassant, est joignable pour des situations particulières.

L'intervention d'autres professionnels (neurologue, psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute) est souhaitée par les interlocuteurs rencontrés pour une meilleure prise en compte des pathologies complexes des patients accueillis.

Si un patient nécessite d'être placé en chambre d'isolement, il doit être transféré dans une autre unité, Maupassant n'en ayant pas. L'unité ne dispose pas non plus de matériel de contention. Le besoin d'isolement est rare (selon les propos recueillis, trois situations ont été gérées avec de l'isolement ces dernières années). En cas d'agitation, l'équipe multiplie les observations, adopte des postures contenant, s'interroge sur l'observance et sur la pertinence du traitement.

BONNE PRATIQUE 9

Dans l'unité de psychiatrie de la personne âgée, en complément d'une vigilance forte quant au risque de sur-médication, le personnel prodigue aux patients des soins ayant des effets positifs sur l'anxiété et l'équilibre, également de nature à favoriser le faible recours au matériel antichute ainsi qu'à l'isolement ou à la contention.

9.3 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES, RARE, EST ENCORE INSUFFISAMMENT PROTOCOLISEE

Depuis l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) au CH Georges Daumezon à Orléans (Loiret) en 2013, les professionnels constatent tous que les personnes détenues de la maison d'arrêt (MA) de Bourges sont très rarement hospitalisées au CHGS. Il s'est agi d'une personne détenue en 2017 pendant dix jours, d'une en 2018 pendant huit jours, de deux en 2019 pendant une durée cumulée de dix-huit jours. Toutes étaient majeures.

Le CHGS assure la prise en charge en santé mentale des personnes détenues au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la MA de Bourges lorsque leur état clinique ne

nécessite pas d'hospitalisation, par protocole-cadre et convention signés le 24 novembre 2014, complétés d'une annexe qui définit les moyens mis à disposition. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, l'équipe qui intervient à la MA privilégie l'admission à l'UHSA d'Orléans, en soins libres ou en soins sans consentement (au titre de l'article L.3214-3 du code de la santé publique et en application des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale). Ce n'est que dans l'urgence que des personnes détenues sont conduites au CHGS, soit *via* le CAOD aux fins d'évaluation par un psychiatre aux horaires de fermeture de l'USMP, soit directement dans l'unité Musset quand le principe de l'hospitalisation a été décidé rapidement en amont, en incluant l'arrêté préfectoral. L'orientation vers le CAOD ou vers Musset se fait aussi en fonction des lits disponibles.

Quand l'hospitalisation est programmée, le patient détenu est transporté par deux soignants du CHGS. La contention, qui obligerait à commander un véhicule sanitaire auprès d'un ambulancier privé, n'est pas systématique ; il a même été déclaré qu'elle serait « *plutôt rare* ».

Aucune procédure n'existait quant à l'hospitalisation de ce public jusqu'à la diffusion de la procédure intitulée « *Hospitalisation d'un détenu au sein du CH George Sand* » référencée PROC/DS/100/A, créée en juin 2019.

Le personnel rencontré par le CGLPL ne s'y réfère pas mais, de façon très unanime, décrit une prise en charge des patients détenus en rapport avec leur état clinique et non pas leur statut juridique, à l'instar de ce qui est réalisé pour tous les patients au CHGS. Cela crédibilise ce qui a été répondu aux contrôleurs à la question de savoir comment font les équipes : « *Les équipes font ce que le médecin dit.* ». Mais cela mobilise les médecins et les cadres pour répondre aux questions parfois très matérielles posées quotidiennement par la présence d'un patient détenu pendant plus d'une semaine.

Concernant deux situations récentes, il a été établi qu'une patiente détenue a été placée en chambre d'isolement (CI) avec la décision *ad hoc* et mise en œuvre du protocole anti-suicide en vigueur au CHGS (cf. §. 8.2.3) ; un patient détenu a été placé en chambre d'isolement avec décision *ad hoc* pendant tout son séjour, soit plus de deux semaines.

Concernant la première, les professionnels se souviennent qu'elle avait pu contacter son avocat par téléphone et qu'elle avait reçu des effets personnels pendant son séjour.

Concernant le second, il apparaît que :

- conduit au CAOD par les pompiers et la police à la suite d'une tentative de suicide par pendaison, en fin d'après-midi un samedi de juillet, en vue d'une consultation médicale, il a ensuite été raccompagné à la prison « *pour régularisation du statut* » avec une demande d'hospitalisation adressée au préfet ;
- revenu à 2h53 dans la nuit du même samedi au dimanche, sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), menotté par la police, il a été admis dans l'unité Musset, en CI avec un protocole anti-suicide ;
- le personnel de garde du CHGS, en lien avec la hiérarchie policière de permanence, indique aux soignants qu'il « *faut absolument attendre qu'un policier soit là pour le prendre en charge* » ; le premier certificat est établi par un médecin dans l'après-midi du dimanche en présence de fonctionnaires de police. La police reconnaît sa confusion avec la procédure en vigueur à l'hôpital général et lève sa consigne dans la soirée ;
- le lundi, à la demande du cadre de l'unité, le directeur de la MA de Bourges indique par mél que la personne détenue n'a ni permis de visite, ni numéros de téléphone enregistrés.

Des effets personnels sont apportés depuis la MA : ils ne comprennent ni tabac ni argent, c'est donc le CHGS qui fournit le nécessaire ;

- dans les jours qui suivent, il a accès à la douche, à des cigarettes que l'encadrement lui procure et qu'il fume dans un patio. Le jeudi 1^{er} août, la famille appelle l'unité ; il est convenu d'apporter deux paquets de cigarette, du tabac à rouler, des feuilles et des filtres et de rester en lien pour pourvoir à ses besoins matériels, qu'il exprime lui-même par écrit avec du papier et un crayon fournis par le CHGS une heure le matin et une heure l'après-midi ; la levée d'hospitalisation est envisagée ;
- le 8 août, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) informe l'unité qu'un permis de visite a été délivré pour un membre de la famille depuis le 6 août ; la levée d'hospitalisation s'organise pour le 12 août ; la visite de la famille, déjà en train de s'organiser pour le 10 août pendant quarante minutes en présence d'un tiers soignant, est mise en œuvre le jour prévu, la famille amenant une pâtisserie, un jeu et repartant avec ses affaires sales ;
- le 12 août, le personnel pénitentiaire vient le chercher. Le cadre demande qu'il ne soit pas menotté dans l'unité, ce qu'il obtient sans difficulté.

Ce seul parcours démontre que des questions concrètes ne sont pas résolues par une procédure préétablie entre les trois administrations pénitentiaire, hospitalière, policière :

- l'intervention de la police pendant l'hospitalisation au CHGS peut être confondue avec celle en vigueur au CH Jacques Cœur ; l'administration pénitentiaire ne transmet aucune information relative aux risques que présente la personne ;
- le patient détenu n'est pas en mesure de pourvoir à ses besoins matériels (se vêtir proprement, fumer, etc.) ; il ne se munit pas de ses effets personnels en quantité et en qualité suffisantes avant de quitter la prison. On constate néanmoins que le CHGS met tout en œuvre pour faciliter cette vie matérielle ;
- les liens avec l'extérieur (famille et proches, avocat, etc.) ne sont pas définis dès le début de l'hospitalisation ; la recherche d'information fait intervenir des interlocuteurs multiples et retarde la mise en œuvre des droits. On constate néanmoins que le CHGS met tout en œuvre pour faciliter l'accès à ces droits.

La récente procédure « *Hospitalisation d'un détenu au sein du CH George Sand* » de juin 2019 énonce seulement que « *Les services pénitentiaires peuvent donner des consignes particulières à respecter : interdiction d'entrer en contact avec telle personne, impossibilité de recevoir des visites par exemples. Ces consignes pourront être validées en collaboration avec le médecin.* ».

Le CGLPL rappelle que la transmission de ces informations ne peut pas être facultative mais obligatoire, car elles concernent le droit fondamental à entretenir des liens familiaux et celui à la défense, qui ne peuvent être écartés que pour des raisons cliniques. Aucune fiche de liaison n'a jamais été transmise en temps réel au CHGS par la MA de Bourges.

RECOMMANDATION 8

Le transfert, l'admission et le séjour des patients détenus doivent être organisés en amont avec toutes les parties prenantes afin de garantir l'accès de ces patients à l'ensemble de leurs droits.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CHGS rappelle que « *l'établissement a proposé depuis assez longtemps un projet de coopération avec la police, la gendarmerie et la justice auquel pourrait être adjoint l'administration pénitentiaire* ».

Le CGLPL maintient la recommandation afin de faciliter le travail concerté des administrations concernées.

10. CONCLUSION

L'organisation de l'établissement (en pôles intra et extra hospitalier, en dehors du schéma de sectorisation) n'appelle pas en soi de critiques, sauf à constater que la prise en charge du patient tend à se centrer sur l'hôpital pour des raisons liées aux délais d'accès aux CMP, à des difficultés de coordination, mais aussi à la volonté d'offrir une continuité de prise en charge par l'intra dans la phase de post-hospitalisation.

Le CGLPL relève surtout des manques dans la couverture des postes du personnel médical :

- médecins psychiatres, et encore plus s'agissant de praticiens hospitaliers, seuls en capacité de prendre toutes les décisions concernant les patients et d'assurer l'encadrement médical de l'équipe ;
- médecins somaticiens, de manière quasi totale.

Dans ce contexte difficile, la mise en œuvre des droits des patients en soins sans consentement (SSC) appelle pourtant de nombreuses observations favorables de la part du CGLPL, notamment en raison de l'application de règles de vie libérables. Les conditions d'hospitalisation sont toutefois entachées par des manques dans l'équipement des locaux comme l'absence de WC dans les chambres de trois unités et de verrou de confort dans toutes les chambres des unités pour adultes.

Par ailleurs, si le statut juridique de l'hospitalisation évolue vers plus de liberté sans blocage, le collège des professionnels de santé ne se réunit pas.

Des constats du CGLPL portent aussi sur l'isolement.

Les chambres sécurisées (CS) sont des chambres d'isolement (CI), portant à douze le nombre de CI. La mise en œuvre d'un isolement en CS doit s'accompagner, comme en CI, de la conservation de la chambre d'hospitalisation du patient.

La conception de la CI du CAOD est inadaptée ; ailleurs, des points précis d'aménagement de certaines CI sont indignes (pas de chasse d'eau directement accessible, pas de point d'eau, fenêtres non ouvrantes pour aérer, pas de dispositif d'appel, etc.).

La vidéosurveillance, systématique, supplée la surveillance directe et l'interaction relationnelle, insuffisantes.

Les décisions initiales d'isolement et de contention sont prises pour une durée supérieure aux durées de 12 et 6 heures autorisées respectivement.

La pratique de la mise à nu intégrale du patient isolé pour prévenir le risque suicidaire retient l'attention des contrôleurs et doit cesser.

Des mesures – *a priori* séquentielles – sont particulièrement longues et démontrent que l'isolement n'est pas actuellement une mesure de dernier recours. Les pratiques d'isolement et de contention, observées lors de la visite ou découvertes à l'examen du registre, invitent l'institution non seulement à se doter de moyens d'analyse pertinents mais aussi à s'interroger sur les indications et les moyens mis en œuvre pour garder à ces mesures leur caractère de dernier recours.

Les contrôleurs ont encore perçu dans le discours des professionnels une culture de psychiatrie, manifestée par de l'ouverture et du questionnement. Les discussions ont été riches. Malgré les difficultés de recrutement, il s'agit de développer cet état d'esprit auprès d'un personnel qui est apparu individuellement et collectivement animé par le souci de bien faire.

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