

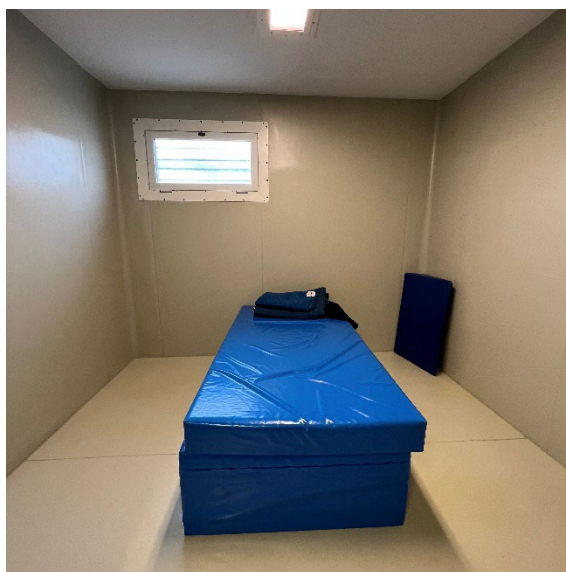


Rapport de visite :

28 février au 4 mars 2022 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier de Niort

(Deux-Sèvres)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Niort (département des Deux-Sèvres) du 28 février au 4 mars 2022.

Le CH de Niort est le plus important centre de soins et de consultations du département des Deux-Sèvres (375 000 habitants) ; il est implanté au cœur de la ville de Niort (59 059 habitants).

Le pôle de psychiatrie du CH s'organise en trois secteurs de psychiatrie adulte offrant dix unités d'hospitalisation à temps complet qui totalisent 139 lits. S'y ajoute un dispositif intersectoriel composé d'un centre d'accueil et de crise (CAC) de dix lits, de deux unités de pédopsychiatrie, d'une unité de psychogériatrie et d'un centre d'expertise sur l'autisme adulte (CEAA) de quinze lits.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité Sud était en travaux pour rénovation.

Chaque secteur dispose de structures de soins ambulatoires telles que les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et les hôpitaux de jour (HJ).

Si la pénurie nationale de psychiatres n'épargne pas le CH de Niort, l'absence de projet de pôle pour la psychiatrie peut également poser un problème d'attractivité pour le recrutement du personnel médical en ne permettant pas aux éventuels candidats de se projeter sur une prochaine étape professionnelle avec suffisamment de visibilité.

Au moment de la visite des contrôleurs, une unité de douze lits (Marais) était fermée faute d'effectifs soignants suffisants. Pour la même raison, plusieurs unités ont vu leur capacité initiale de vingt lits réduite à quinze. L'ensemble de ces fermetures représente une baisse de vingt-sept lits pour le pôle depuis la dernière visite du CGLPL, en 2011.

Les bâtiments du pôle de psychiatrie ne sont pas homogènes dans leur état et certains présentent des signes de vétusté et de dégradation avancés.

L'absence de projet de pôle entraîne des conséquences concrètes et délétères pour une prise en charge respectueuse des droits des patients et de leur dignité. En effet, cette carence compromet les possibilités d'une réflexion institutionnelle sur les pratiques. Celles-ci sont aujourd'hui trop hétérogènes et montrent une méconnaissance des droits des patients. Ainsi, la faible conscience du cadre juridique de la prise en charge des patients en soins sans consentement conduit à un enfermement attentatoire à leur liberté et à leurs droits. Cependant, dans ses observations portant sur le rapport provisoire, la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé indique que le projet médical de pôle est pratiquement finalisé. Il doit être présenté en comité médical d'établissement et par la suite au conseil de surveillance de l'établissement.

La grande variété des termes utilisés pour désigner les lieux d'isolement – espace d'hypostimulation, chambre de soin intensif, chambre modulable, chambre d'apaisement, studio d'hypostimulation, chambre sécurisée, espace retrait-calme – traduit la diversité des approches et des pratiques et l'absence d'une réflexion collective en amont. De plus, les enfermements en chambre ordinaire, interdits par la loi, sont pratiqués et ne sont pas tous enregistrés comme un isolement. Enfin, que ce soit en chambre ordinaire ou en chambre d'isolement, des patients en soins libres sont enfermés et leur statut d'hospitalisation n'est pas modifié pour autant.

Le registre d'isolement n'est pas fiable car constitué par une extraction des données enregistrées dans le DPI. Or ces données ne correspondent pas toujours à la réalité, faute d'être contrôlées en interne. Des fins d'isolement ne sont pas enregistrées, il est aussi possible de renouveler une décision sans mesure initiale préalable, des renouvellements de décision d'isolement sont effectués par l'interne des urgences sans que le patient soit examiné par un médecin senior, même pas toujours joint par téléphone. Ces irrégularités traduisent la faiblesse de la réflexion collective sur le recours à l'isolement et la méconnaissance de son cadre légal. Une réflexion est portée par quelques individus motivés mais qui ne trouvent qu'un très faible appui institutionnel.

Pourtant, le recours à l'isolement est important : alors que les données qui ont été communiquées minimisent les décisions, en raison d'un sous-enregistrement, il apparaît que 16 % de la file active des patients hospitalisés connaissent au moins une mesure d'isolement pendant le séjour et ce taux atteint 56 % des patients en soins sans consentement, pourcentage bien supérieur à la moyenne nationale.

S'ajoute à cela des conditions matérielles dans certaines chambres d'isolement qui sont indignes : absence de WC, absence de point d'eau, vétusté des murs, des sols et des équipements afférents. Enfin, la pratique consistant à mettre à nu un patient en chambre d'isolement est une atteinte grave à sa dignité.

Les pratiques de contentions semblent rares mais mal tracées pour la plupart. Les contentions constatées pendant la visite ne sont pas enregistrées dans tous les services où elles ont été observées.

Concernant la prise en charge somatique, si les moyens sont là, un problème d'accès aux soins somatiques sur certaines unités a été relevé.

S'agissant de la liberté d'aller et venir, les restrictions sont nombreuses et ne sont pas individualisées, allant même jusqu'à s'appliquer parfois à des visiteurs enfermés avec un patient pendant leur visite. Les restrictions de la vie quotidienne sont elles aussi nombreuses et ne sont pas non plus individualisées, que ce soit dans les unités dites ouvertes ou dans les unités fermées.

Le mode de fonctionnement ne laisse la place à aucune réflexion institutionnelle ou pluridisciplinaire sur ces restrictions. Elles ne sont pas toujours motivées par l'état clinique des patients mais relèvent le plus souvent d'une organisation de service que même les soignants ne remettent pas en question.

Les conditions hôtelières sont très inégales, allant de l'hébergement dans des chambres correctement équipées à certaines qui sont vétustes voire indignes. Même si l'entretien effectué rigoureusement garantit encore un niveau d'hygiène adapté, cela ne saurait masquer l'urgence des travaux de rénovation à entreprendre, qui devront aller au-delà d'un aspect cosmétique.

S'agissant de l'information du patient, la production des décisions et la notification des droits sont organisées mais les documents nécessaires à la présentation au JLD tardent à être adressés au bureau des entrées et, par conséquent, au JLD. Hormis l'absence de signalétique, les audiences du JLD sont bien organisées et se déroulent dans de bonnes conditions, le principe actuel de deux audiences par semaine a été relevé favorablement et doit être maintenu dans l'intérêt des patients.

S'agissant du contrôle du respect des droits des patients, le CGLPL avait déjà relevé lors de son contrôle en 2011 que la CDSP ne fonctionnait pas au complet. Elle ne fonctionne plus du tout depuis 2019. Sa production est lacunaire et sa dernière visite remonte à septembre 2013. Selon

les observations reçues relatives au rapport provisoire, des démarches seraient en cours pour la réactiver.

Un grand nombre des dysfonctionnements relevés pourraient trouver leur résolution dans l'élaboration d'un projet de pôle associant l'ensemble des acteurs de la prise en charge autour d'objectifs définis collectivement, afin que le patient, sujet de droit, se trouve au centre des préoccupations et de la réflexion institutionnelle requise sur les pratiques en psychiatrie.

Enfin certaines unités sont devenues par la force des choses des lieux de vie, avec des séjours de plusieurs années pour certains patients, en rapport avec le manque de structures d'aval médico-sociales tel qu'observé sur l'ensemble du territoire.

L'accueil réservé aux contrôleurs pendant leur mission par l'ensemble des personnels soignants ou administratifs est de nature à laisser entrevoir une dynamique positive pour s'emparer des constats formulés dans ce rapport afin d'insuffler une conception renouvelée et respectueuse des droits pour la prise en charge des patients en soins sans consentement. Les réponses à toutes les recommandations du rapport provisoire, figurant en intégralité en annexe à ce rapport définitif (cf. § 11), témoignent d'une volonté et d'une détermination de l'établissement à s'emparer de ces constats pour faire évoluer favorablement la prise en charge des patients en soins sans consentement.

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 29

La création dans le secteur 3 d'un poste dédié à l'orientation et l'information des patients mérite d'être généralisée pour un meilleur accueil et accompagnement tout au long du séjour.

BONNE PRATIQUE 2 69

La consultation diététique systématique avec évaluation de l'obésité et de la dénutrition et suivi au cours de l'hospitalisation constitue une bonne pratique, à consolider par les ateliers thérapeutiques en projets.

BONNE PRATIQUE 3 78

L'intervention de l'équipe ELSA auprès d'adolescents hospitalisés permet une prise en charge précoce des addictions.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 18

La prise en charge des états d'agitation des patients relève des professionnels du soin. Une réflexion doit être engagée pour définir une organisation pérenne permettant d'atteindre cet objectif sans intervention des agents du service de sécurité.

RECOMMANDATION 2 18

L'accompagnement d'un patient victime de violence doit être protocolisé afin de définir le rôle et les modalités d'action des acteurs institutionnels dans le cas où le patient souhaiterait présenter une réclamation ou déposer une plainte.

RECOMMANDATION 3 20

Le comité d'éthique gagnerait à s'ouvrir à des participations extérieures plus nombreuses, sans lien institutionnel pour mieux garantir son indépendance.

Tout professionnel doit pouvoir le saisir directement, sans obtenir préalablement l'accord de son responsable de service

Il doit également s'ouvrir aux situations portant atteinte aux droits fondamentaux des patients en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 4 22

Un lieu spécifique pour l'accueil en urgence des personnes présentant un état d'agitation doit être identifié afin que soient respectées la dignité des personnes autant que la sécurité des intervenants.

RECOMMANDATION 5 22

Le service des urgences doit disposer d'un lieu dédié aux prises en charge psychiatriques qui permette un accueil digne, non seulement respectueux de la confidentialité nécessaire aux entretiens psychiatriques mais aussi adapté à la temporalité spécifique de ces prises en charge.

RECOMMANDATION 6	23
Les patients hospitalisés au centre d'accueil de crise ne doivent pas se voir retirer leur téléphone autrement que pour des motifs médicaux individualisés et réévalués régulièrement.	
RECOMMANDATION 7	24
La réhabilitation des locaux du centre d'accueil et de crise doit être rapidement engagée afin d'accueillir les patients dans des conditions respectant leur dignité et offrant une sécurité et un confort élémentaires.	
RECOMMANDATION 8	25
La création d'un service de psychiatrie de liaison, dont la spécificité fait partie de l'offre de soins indispensable à la prise en charge de la population hospitalisée en MCO, doit être envisagée.	
RECOMMANDATION 9	29
Le règlement intérieur de l'établissement doit être mis à jour des droits qui s'attachent aux décisions d'isolement et de contention depuis la réforme de 2016. Par ailleurs, les règlements des unités doivent être conformes aux principes énoncés dans le règlement intérieur.	
RECOMMANDATION 10	29
Les documents d'information générale et spécifiques aux unités de psychiatrie et aux mesures de soins sans consentement doivent être affichés dans des conditions qui assurent leur bonne conservation et leur lecture directe par les patients.	
RECOMMANDATION 11	30
Les certificats médicaux qui fondent la décision d'admission et le maintien des soins psychiatriques sans consentement doivent être communiqués au patient. Cette communication participe à la recherche de son adhésion aux soins. Par ailleurs, l'identité du tiers doit être portée à la connaissance du patient avec la décision d'admission.	
RECOMMANDATION 12	30
Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir accéder à leur dossier médical dans les conditions prévues par la loi, sans restriction.	
RECOMMANDATION 13	32
Les patients doivent bénéficier d'un hébergement individuel. Une réflexion doit être engagée sur les possibilités d'aménagement propres à garantir pleinement ce principe, déjà largement mis en œuvre, auquel il ne doit être dérogé que lorsque les personnes concernées en expriment le souhait et que celui-ci est conforme à leur intérêt.	
RECOMMANDATION 14	34
Il convient de remplacer rapidement ou de réparer, dans les chambres, tous les équipements indispensables à une prise en charge des patients garantissant leur confort et leur intimité.	
RECOMMANDATION 15	35
Les patients doivent pouvoir bénéficier, au quotidien, d'un environnement permettant et encourageant les relations avec autrui. Un travail général de valorisation des espaces communs intérieurs comme extérieurs, et notamment des salles d'activités, doit être entrepris.	
RECOMMANDATION 16	36
Les avis des patients sur les conditions matérielles de leur hospitalisation doivent être plus souvent recueillis et exploités. Ces derniers doivent être associés, dans une démarche participative, au recensement des besoins prioritaires d'équipement et à la valorisation des espaces communs.	

- RECOMMANDATION 17** **38**
 Il convient de remplacer ou d'installer dans les sanitaires des chambres les équipements nécessaires indispensables au confort des patients, notamment en psychogériatrie.
 Les patients doivent avoir un accès libre et à tout moment à des WC.
- RECOMMANDATION 18** **38**
 Un double des inventaires réalisés au cours du séjour doit être systématiquement remis au patient.
- RECOMMANDATION 19** **39**
 Le patient doit pouvoir conserver son téléphone à son admission, sauf restriction clinique individualisée.
- RECOMMANDATION 20** **39**
 La liste des objets interdits dans les unités comme susceptibles de présenter un danger doit être portée à la connaissance des visiteurs et ces derniers invités à se rapprocher des équipes soignantes le cas échéant. Le personnel ne doit pas se livrer à des fouilles des chambres ou placards.
- RECOMMANDATION 21** **39**
 Les patients doivent pouvoir conserver en toute sécurité leurs effets personnels dans leur chambre.
- RECOMMANDATION 22** **40**
 La quantité des repas doit être adaptée au profil de chaque patient.
 Les mets doivent être servis dans de la vaisselle et non directement dans des barquettes.
- RECOMMANDATION 23** **42**
 Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être individualisées, nécessaires, adaptées, proportionnées et régulièrement revues. Elles ne peuvent résulter de contraintes d'organisation des services, ni affecter l'ensemble des patients d'une unité au motif qu'elles doivent s'appliquer à l'un d'entre eux. Un réexamen et une harmonisation des règles et pratiques prévalant au sein des différents services et unités doivent être entrepris.
- RECOMMANDATION 24** **44**
 Les patients doivent pouvoir accéder à leur chambre et disposer de leurs effets personnels sauf décision médicale individuelle justifiée par l'état du patient. Une réflexion institutionnelle sur les restrictions dans les actes de la vie quotidienne doit être entreprise pour permettre d'harmoniser les pratiques au sein de l'établissement.
- RECOMMANDATION 25** **45**
 Les règles et pratiques d'accès au téléphone doivent être harmonisées et la possibilité d'en disposer doit être le principe. Toute restriction, quelle qu'en soit la nature, doit être effectivement justifiée par la clinique du patient, nécessaire, adaptée, proportionnée et régulièrement revue. La médiation ou la présence de tiers lors des appels doit également relever d'une décision médicale individualisée et la confidentialité des communications doit être rendue possible.
- RECOMMANDATION 26** **47**
 Tout contrôle éventuel de l'utilisation faite des postes et des connexions à distance ne peut relever d'initiatives personnelles des soignants. Il doit être motivé par le comportement du patient, encadré et tracé. Une telle mesure, qui doit rester exceptionnelle, doit faire l'objet d'une information préalable des patients.
- RECOMMANDATION 27** **47**
 L'accès Internet doit être aménagé pour les personnes hospitalisées en psychiatrie. Celui-ci ne peut être restreint qu'en vertu de décisions médicales individuelles et motivées au regard de l'état clinique des patients, et soumises à réévaluation régulière.

RECOMMANDATION 28 48

Les règles relatives aux visites doivent être mises à jour et affichées. Les conditions matérielles doivent être améliorées et la confidentialité des conversations doit être respectée. En aucun cas les visiteurs ne doivent être enfermés dans l'espace de visite.

RECOMMANDATION 29 49

La possibilité pour des mineurs de rendre visite à un parent ou un proche, dans des conditions assurant leur sécurité, doit être effectivement garantie, sauf à ce qu'une mesure judiciaire et/ou l'intérêt supérieur des mineurs s'y oppose.

RECOMMANDATION 30 49

La formation des professionnels sur la confidentialité de l'hospitalisation d'une personne ou l'information de tiers sur son état de santé, l'information des patients et l'enregistrement des volontés de ceux-ci doivent être renforcés. Un protocole interne pourrait utilement consolider et compléter les initiatives déjà en place dans ce domaine.

RECOMMANDATION 31 50

Tout scrutin électoral doit faire l'objet d'une information et d'une organisation destinées à favoriser l'exercice du droit de vote des patients. Chacun doit être informé en temps utile des modalités d'inscription sur les listes électorales, des modes d'exercice du droit de vote et des échéances des scrutins afin d'être en mesure d'engager les démarches nécessaires.

RECOMMANDATION 32 50

Afin d'assurer un accès effectif au culte, l'information des patients relative aux célébrations et à la possibilité de contact avec un aumônier doit être mise à jour dans le livret d'accueil et sur les affiches dans unités.

RECOMMANDATION 33 51

Il convient de revoir les règles de vie des unités afférentes à la sexualité et de mettre en place une réflexion institutionnelle au sein de chaque pôle concernant la liberté sexuelle des patients. Le CGLPL rappelle que la liberté sexuelle est une liberté fondamentale et qu'un établissement sanitaire ne peut interdire les relations sexuelles de manière générale.

RECOMMANDATION 34 54

Le patient isolé doit toujours pouvoir actionner le bouton d'appel, notamment lorsqu'il est attaché, régler lui-même l'intensité de la lumière, avoir à tout moment accès à des toilettes dans des conditions qui préservent son intimité et sa dignité.

RECOMMANDATION 35 56

Toutes les dispositions légales encadrant le placement à l'isolement doivent être respectées, et le personnel doit être parfaitement formé à sa mise en œuvre.

Les mesures d'isolement doivent être décidées et renouvelées par un psychiatre après entretien avec le patient.

Les isolements et contentions en chambre ordinaire doivent être proscrits, de même que les « prescriptions d'isolement si besoin » ou la mise à nu du patient au mépris de sa dignité et de son intimité.

Un examen somatique doit être réalisé systématiquement dans les heures suivant la mise en isolement ou en contention et renouvelé quotidiennement sur les patients attachés.

Le service de sécurité et d'incendie doit être immédiatement prévenu de l'enfermement d'un patient, son lieu et ses conditions.

RECOMMANDATION 36 58

Le pôle de psychiatrie doit élaborer un registre des isolements et des contentions, maintenu quotidiennement à jour, fiable et prenant en compte toutes les modalités d'enfermement et de

contention. Son exploitation, en donnant une description de la réalité des pratiques, doit alimenter la réflexion institutionnelle sur la question. Celle-ci, au-delà des préoccupations de sécurité juridique et matérielle, doit viser une diminution du recours à ces mesures dans la prise en charge des patients.

RECOMMANDATION 37 59

La commission départementale des soins psychiatriques doit sans délai être rétablie dans son fonctionnement de façon à exercer effectivement la mission qui lui est confiée par la loi de s'assurer du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes hospitalisées sous contrainte en milieu psychiatrique.

RECOMMANDATION 38 60

La pluridisciplinarité de la commission des usagers permet d'instaurer des débats argumentés et constructifs mais l'absence du médecin psychiatre désigné à la commission réduit la portée des analyses et constitue un obstacle à l'évaluation des droits des patients. La présence d'un psychiatre aux travaux de l'instance doit être garantie.

RECOMMANDATION 39 61

Les représentants des usagers doivent être mieux impliqués dans les projets de réorganisation de la psychiatrie et de la prise en charge des patients.

RECOMMANDATION 40 62

Le questionnaire de satisfaction, spécifique à la psychiatrie, doit être complété d'items permettant de mieux mesurer le respect des droits fondamentaux et les restrictions aux libertés individuelles.

RECOMMANDATION 41 62

L'exhaustivité des mentions obligatoires du registre de la loi visées à l'article L.3212-11 du code de la santé publique doit être garantie. Une solution dématérialisée est à rechercher et à mettre en œuvre.

RECOMMANDATION 42 63

Les nouveaux cadres de santé doivent être formés dès leur prise de poste aux modalités de contrôle par le juge des libertés et de la détention des mesures de soins psychiatriques sans consentement et des mesures portant prolongation de l'isolement et de la contention.

La liste des avocats inscrits au barreau des Deux-Sèvres doit être consultable par les patients.

RECOMMANDATION 43 64

Une signalétique adaptée doit être installée de façon à pouvoir identifier la salle d'audience au sein de l'établissement.

RECOMMANDATION 44 65

Les avis médicaux motivés doivent être produits dans un délai permettant aux avocats de prendre connaissance de la totalité du dossier de saisine avant le jour de l'audience.

RECOMMANDATION 45 67

Un projet médical de pôle doit impérativement être élaboré avec les médecins et les soignants afin de redonner une cohérence à la prise en charge psychiatrique. Il permettrait également de redonner une certaine attractivité au pôle de psychiatrie.

RECOMMANDATION 46 67

La permanence des soins ne peut reposer uniquement sur la présence des internes. La présence physique du senior auprès des internes, garante de la qualité et de la sécurité des soins, doit être plus effective pendant les astreintes opérationnelles des praticiens hospitaliers.

RECOMMANDATION 47 68

Le collège des professionnels de santé doit comporter un soignant participant à la prise en charge du patient. L'avis du patient doit être systématiquement recueilli, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 48 68

Un examen somatique doit être systématiquement réalisé avant l'hospitalisation dans un service de psychiatrie.

RECOMMANDATION 49 70

Il convient de revoir le fonctionnement actuel de la pharmacie centrale pour la dispensation des traitements psychotropes afin que soient respectées et assurées la sécurité des patients et l'aide au personnel médical et soignant.

RECOMMANDATION 50 71

Le travail en partenariat, annoncé comme un des axes du projet d'établissement, doit se faire en priorité avec le secteur médico-social afin de résoudre des situations d'hospitalisation de longue durée qui constituent des atteintes autant à la dignité des personnes qu'au droit au logement.

RECOMMANDATION 51 75

Un effort doit être consenti pour permettre aux patients de l'unité de psychogériatrie de s'informer par le biais d'ouvrages de presse mis à disposition et commentés.

RECOMMANDATION 52 81

L'isolement de mineurs hospitalisés en soins libres n'est pas légalement possible. Le cas échéant, le statut d'admission du mineur doit être modifié afin que ses droits soient respectés comme la possibilité de saisir le juge des libertés sur sa situation.

L'isolement en pédopsychiatrie, s'il est pratiqué, doit se faire dans un espace dédié assurant la sécurité, la dignité et le confort des patients.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	14
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
3.1 L'absence de projet de pôle en psychiatrie nuit à l'organisation des services et à une prise en charge des patients respectueuse de leurs droits.....	15
3.2 L'établissement sollicite un soutien financier conséquent pour faire face aux rénovations indispensables du pôle de psychiatrie	16
3.3 La gestion des ressources humaines n'appelle pas d'observations.....	17
3.4 La gestion des événements indésirables est correctement organisée mais la prise en charge des patients victimes peu formalisée	17
3.5 Le comité d'éthique, quoiqu'actif, s'empare peu des sujets spécifiques à la psychiatrie.....	19
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	21
4.1 L'accueil psychiatrique a peu de place au sein des urgences.....	21
4.2 La proportion des patients admis en SSC représente un tiers de la file active des hospitalisations complètes	26
4.3 L'information orale et écrite délivrée aux patients en soins sans consentement est incomplète	28
5. LES CONDITIONS DE VIE.....	31
5.1 Les locaux sont hétérogènes dans leur conception et leur état et certaines chambres présentent des défauts d'équipement	31
5.2 Les locaux sanitaires sont insuffisants en nombre et en équipement	36
5.3 La protection judiciaire des patients est assurée mais la sécurité de leurs biens à l'intérieur des locaux ne l'est pas	38
5.4 Les repas et collations sont servis en quantité insuffisante eu égard au profil de certains patients	40
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	41
6.1 La liberté d'aller et venir est entravée sans lien avec le statut d'hospitalisation	41
6.2 Les restrictions dans les actes de la vie quotidienne ne sont pas individualisées	43
6.3 La gestion restrictive des échanges avec l'extérieur porte atteinte au droit à la vie privée	44
6.4 L'information des patients sur l'exercice du droit de vote et son organisation demeure limitée	50

6.5	L'information lacunaire des patients limite l'accès à l'exercice d'un culte.....	50
6.6	La question de la liberté sexuelle des patients n'est pas abordée institutionnellement	51
7.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	52
7.1	Les lieux d'isolement ne se limitent pas aux chambres d'isolement aménagées à cet effet et dont l'état est très inégal.....	52
7.2	Les pratiques d'isolement méconnaissent largement le cadre légal et la sécurité des patients	54
7.3	La politique de diminution du recours à l'isolement reste à élaborer	56
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	59
8.1	La CDSP est en déshérence et les représentants des usagers sont peu associés aux projets du service	59
8.2	Le registre de la loi est incomplet et peu contrôlé par les autorités compétentes	62
8.3	Le recours au JLD permet au patient d'exercer ses droits dans de bonnes conditions mais le délai de production des avis médicaux est tardif.....	63
9.	LES SOINS.....	66
9.1	Les soins psychiatriques ne sont pas portés par un projet médical.....	66
9.2	Les soins somatiques sont assurés a minima	68
9.3	La préparation à la sortie est limitée par l'absence de structure d'accueil en aval de l'hospitalisation.....	70
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	72
10.1	La prise en charge des personnes âgées en psychogériatrie est assurée par une équipe pluriprofessionnelle	72
10.2	L'isolement se pratique en pédopsychiatrie dans des conditions matérielles indignes et hors de tout cadre légal	77
11.	ANNEXES.....	82

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Jean-Christophe Hanché, chef de mission ;
- Dominique Bataillard ;
- Anne Lecourbe ;
- Antoine Meyer ;
- Fabien Pommelet ;
- Michel Thiriet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier (CH) de Niort (Deux-Sèvres) du 28 février au 4 mars 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 28 février à 14h30. Ils l'ont quitté le 4 mars à 11h00. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au directeur de cabinet du préfet de Niort, à l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine. La présidente du tribunal judiciaire de Niort ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la direction de l'établissement et une réunion de présentation de la mission a eu lieu en présence de la direction, des cadres médicaux et administratifs.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site.

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et certaines ont souhaité être reçues en entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu le 4 mars.

La directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé a adressé le 15 mars 2023 ses observations portant sur le rapport provisoire, lesquelles sont intégrées au présent rapport définitif. Le directeur du centre hospitalier de Niort a adressé le 6 avril 2023 ses observations portant sur le rapport provisoire, placées en intégralité en annexe au présent rapport (Cf. § 11).

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

La précédente visite des contrôleurs, au mois de janvier 2011¹, est trop ancienne au regard des évolutions tant de l'établissement lui-même que de celles des dispositions encadrant les soins sans consentement pour permettre une comparaison exhaustive pertinente des observations formulées dans le précédent rapport avec la situation actuelle. Néanmoins, si la comparaison globale était entreprise, la majorité des observations resteraient d'actualité sur la qualité de prise en charge des patients en soins sans consentement. Le présent rapport actualise les constats et les place en perspective de la législation en vigueur au moment du contrôle.

¹ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de Niort (Deux-Sèvres), janvier 2011.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'ABSENCE DE PROJET DE POLE EN PSYCHIATRIE NUIT A L'ORGANISATION DES SERVICES ET A UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS RESPECTUEUSE DE LEURS DROITS

Le CH de Niort est le plus important centre de soins et de consultations du département des Deux-Sèvres (375 000 habitants) ; il est implanté au cœur de la ville de Niort (59 059 habitants) et est ainsi très bien desservi par les transports en commun routiers et ferrés.

Le CH couvre les besoins de la population de tout le département et également, pour des raisons historiques et géographiques, ceux d'une partie de la population du Sud Vendée, distante d'une vingtaine de kilomètres de Niort.

Le pôle de psychiatrie du CH s'organise en trois secteurs de psychiatrie adulte offrant dix unités d'hospitalisation à temps complet, se répartissant comme suit :

- Secteur 1 :
 - unité Les Cytises, dix-huit lits ;
 - unité Les Ormeaux, dix-neuf lits ;
 - unité Gâtine, quinze lits ;
- Secteur 2 :
 - unité Sud, vingt lits ;
 - unité Ouest, vingt-et-un lits ;
- Secteur 3 :
 - unité Est, quinze lits ;
 - unité Littoral, vingt lits ;
 - unité Lisière, dix lits.

S'y ajoute un dispositif intersectoriel composé d'un centre d'accueil et de crise (CAC) de dix lits ; de trois unités de pédopsychiatrie sur l'intersecteur Sud Deux-Sèvres à vocation départementale de quinze lits ; d'un service de psychogériatrie comprenant vingt lits d'hospitalisation complète et vingt-quatre places d'hôpital de jour ; et d'un centre d'expertise sur l'autisme adulte (CEAA) de dix lits.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'unité Les Ormeaux était en travaux pour rénovation.

Chaque secteur dispose de structures de soins ambulatoires telles que les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et les hôpitaux de jour (HJ). Ces structures sont réparties sur le territoire du département comme suit :

- Niort :
 - CMP, CATTP, HJ pour les secteurs 1, 2 et 3 ;
 - CMP et HJ pour enfants et adolescents ;
 - Psychogériatrie HJ, CMP, consultation mémoire, HJ d'évaluation 2 places et HJ 20 places ;
- Parthenay :
 - CMP et HJ secteur 3 ;
 - CMP et HJ pédopsychiatrie ;
 - HJ psychogériatrie ;

- Saint-Maixent-l'École :
 - CMP et HJ secteur 3 ;
 - HJ psychogériatrie ;
- Melle :
 - CMP secteur 2 ;
 - CMP et HJ pédopsychiatrie.
- Chef-Boutonne :
 - CMP secteur 2

Au moment de la visite des contrôleurs, une unité de douze lits (Marais) était fermée faute d'effectifs suffisants. De même, plusieurs unités ont vu leur capacité initiale de vingt lits réduite à quinze pour la même raison. L'ensemble de ces fermetures représente une baisse de vingt-sept lits pour le pôle depuis la dernière visite du CGLPL.

Les bâtiments du pôle de psychiatrie ne sont pas homogènes dans leur état et certains présentent des signes de vétusté et de dégradation avancés (Cf. § 5.1). Dans le dossier d'éligibilité du projet d'investissement du CH (Cf. § 3.2) il est ainsi indiqué : « *La qualité architecturale est un élément essentiel de la qualité de vie au travail comme de la qualité des soins en hospitalisation de psychiatrie. Les conditions actuelles sont telles que ces éléments ne sont pas réunis aujourd'hui au détriment de la qualité de la prise en charge des patients et de l'exercice professionnel en psychiatrie adulte* ». Pour autant, les services techniques sont dans une position d'attente d'un projet de pôle structuré pour envisager l'organisation et la planification des travaux devant être réalisés sur l'ensemble du pôle.

L'absence de projet de pôle, en cours d'élaboration depuis plusieurs années, n'est pas de nature à permettre, d'une part, une amélioration matérielle de la prise en charge des patients et, d'autre part, une prise en charge médicale (Cf. § 7 et § 9) et administrative (Cf. § 8) des patients en soins sans consentement homogène et respectueuse de leurs droits.

3.2 L'ETABLISSEMENT SOLLICITE UN SOUTIEN FINANCIER CONSEQUENT POUR FAIRE FACE AUX RENOVATIONS INDISPENSABLES DU POLE DE PSYCHIATRIE

Selon les documents étudiés par les contrôleurs et les entretiens menés avec la direction financière du CH, la dotation annuelle de financement est stable : 36 080 039 € en 2019 et 36 281 995 € en 2020. Depuis 2018, il n'y a plus de déficit. L'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine a permis pour un million d'euros de travaux en 2020, travaux portant notamment sur les trappes de désenfumages dans les unités.

Dans le cadre du Ségur de la Santé, un dossier d'éligibilité a été déposé par l'établissement auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour une demande d'un montant de quarante-sept millions et cinq cent mille euros devant permettre une rénovation bâtementaire conséquente. Dans ce dossier, il est rappelé qu'« *il existe un risque social important (en cas de non-obtention du financement du projet) en raison de l'engagement contracté avec les représentants du personnel en présence du DG de l'ARS lors d'une rencontre en avril 2019 qui a permis de mettre fin à un conflit social ayant duré 8 mois* ».

Pourtant, l'absence de projet de pôle pour la psychiatrie pourrait s'avérer être un obstacle à ce financement en rendant sa demande moins lisible.

3.3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES N'APPELLE PAS D'OBSERVATIONS

Si la pénurie nationale de psychiatres n'épargne pas le CH de Niort, l'absence de projet de pôle pour la psychiatrie peut également poser un problème d'attractivité pour le recrutement du personnel médical en ne permettant pas aux éventuels candidats de se projeter sur une prochaine étape professionnelle avec suffisamment de visibilité.

La gestion des ressources humaines et l'organisation de la formation du personnel n'appellent pas d'observations particulières.

La présence médicale et soignante au sein des unités est développée dans le corps du rapport.

3.4 LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST CORRECTEMENT ORGANISEE MAIS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES PEU FORMALISEE

3.4.1 Les événements indésirables

Depuis une dizaine d'années, le personnel doit déclarer en ligne (logiciel ENNOV) les événements indésirables et est incité à le faire par l'encadrement et au travers une communication non culpabilisante affichée dans chaque unité. Il peut ainsi suivre le traitement de sa déclaration et les réponses apportées par l'institution via une fiche récapitulative détaillée. Le personnel est en revanche assez peu associé aux analyses *a posteriori*, hormis dans les cas les plus graves. Les événements sont le plus souvent repris lors des discussions en équipe, notamment au moment des transmissions.

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont analysés par le bureau Qualité une fois par semaine et transmis à l'ARS pour les plus graves. Une minorité de faits de violence (six) ont été remontés depuis 2020 à l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). En interne, une commission des vigilances et des risques (COVIRIS) assure des analyses plus ciblées et *a posteriori* (vingt-quatre réalisées en 2021).

Le pôle de psychiatrie est de ceux, avec le pôle Urgences-SAMU-SMUR-Réanimation, qui déclarent le plus d'événements indésirables bien qu'en baisse ces deux dernières années de pandémie : 310 EI en 2019, 272 en 2020 et 264 en 2021, avec une prépondérance des déclarations en provenance de l'unité psychogériatrique (un tiers porte sur des chutes).

Les actes de violence (aux biens comme aux personnes) en psychiatrie, après un pic en 2020 (117 contre 76 en 2019), sont en baisse en 2021 (89).

On dénombre en 2021 :

- agression physique : 64 (72%) ;
- agression verbale : 5 (6%) ;
- atteinte aux personnes et biens : 8 (9%) ;
- blessure : 3 (3%) ;
- menace : 9 (10%).

Aucune unité d'admission de psychiatrie générale ne déclare plus de cinq actes de violence par an.

L'institution réagit rapidement en analysant les événements significatifs qui débouchent sur des actions correctives concrètes. A titre d'illustration, trois CREX (comité de retour d'expérience) ont été réalisés en 2021 en psychiatrie, dont un sur les chutes en psychogériatrie, quatre AAC (analyses approfondies des causes), dont une sur une tentative de suicide et trois RMM (Revue

de morbidité et de mortalité), dont deux sur des décès (l'un des décès concernait un patient sous contention). Des décès inattendus ont pu conduire à préconiser l'installation de dispositifs d'appel malade qui n'ont, pour l'heure, pas été posés dans toutes les chambres.

Concernant les actes de violence, les épisodes de récurrence font l'objet d'un projet de prévention partagé entre professionnels et patients avec actualisation des cibles d'entrée portant sur les facteurs d'agressivité et, chaque année, la COVIRIS (comité des vigilances et des risques) fait des préconisations dont certaines, concernant notamment la formation, sont suivies d'effet (formation OMEGA) et d'autres moins (renforcement des effectifs). Les équipes ne sont pas démunies et peuvent se référer à une conduite à tenir au moment d'un passage à l'acte et à un protocole de gestion des actes de violence datant de 2010. Ce protocole n'est pas à jour concernant la présence sur site d'un vigile. Au-delà de ce point de forme, c'est son rôle qui questionne (comme celui des agents du service de sécurité incendie), puisqu'il intervient en renfort selon un *modus operandi* comparable à celui des soignants, par exemple pour aider à la mise sous contention ou à la remise en chambre d'isolement de patients opposants.

RECOMMANDATION 1

La prise en charge des états d'agitation des patients relève des professionnels du soin. Une réflexion doit être engagée pour définir une organisation pérenne permettant d'atteindre cet objectif sans intervention des agents du service de sécurité.

Les agents victimes peuvent faire appel à la cellule de gestion des risques professionnels, au service de santé au travail ou à l'intervention de psychologues sans préjudice de la possibilité d'être accompagnés dans une démarche judiciaire (on recense une constitution de partie civile en 2020 et une en 2021).

Mais les patients sont aussi victimes de violences sous forme de menaces ou d'intimidations en provenance très souvent de l'entourage. Ont ainsi été recensées, en 2021, plus d'une dizaine de situations (menaces de mort ou actes de violence souvent de la part de conjoint parfois en rapport avec un état d'alcoolisation) ayant parfois ponctuellement conduit l'établissement à les signaler au procureur de la République (un à deux signalements par an). Les modalités d'accompagnement en temps différé du patient victime sont peu formalisées alors qu'il existe des pratiques d'accueil personnalisé à la cellule juridique et au service social hospitalier.

RECOMMANDATION 2

L'accompagnement d'un patient victime de violence doit être protocolisé afin de définir le rôle et les modalités d'action des acteurs institutionnels dans le cas où le patient souhaiterait présenter une réclamation ou déposer une plainte.

Les fugues constituent enfin des événements particuliers faisant l'objet d'un protocole de signalement interne et externe spécifique datant de 2012. Quatre ont été documentées en psychiatrie au cours des six derniers mois.

3.4.2 La gestion des requêtes et des plaintes

Les patients sont informés dans le livret d'accueil de leur droit de faire part de doléances ou de déposer une réclamation à la direction. Un feuillet intitulé « Les relations avec les usagers au centre hospitalier de Niort » précise la démarche à suivre et les coordonnées de la direction des

usagers. En première intention, il est conseillé au patient de s'adresser aux responsables de l'unité avant d'écrire à la direction.

Les requêtes, écrites ou orales, sont traitées par la personne en charge de la cellule juridique qui reçoit les patients ou leur famille. L'ensemble des plaintes et réclamations et des réponses apportées est transmis aux membres de la commission des usagers.

Le nombre de réclamations a évolué comme suit :

pôle de psychiatrie	2019	2020	2021
nbre de réclamations écrites	28	15	26
nbre de réclamations orales	22	28	27
médiations réalisées	5	4	4

Les réclamations émanent, pour un tiers, des patients et pour les deux tiers restant, de leurs proches. Celles exprimées par les patients en rapport avec des atteintes aux droits fondamentaux sont peu fréquentes ou portent alors sur l'impossibilité de choisir son médecin psychiatre dans un contexte d'organisation sectorielle de la psychiatrie et de densité médicale faible. En 2020, un manque de respect de l'intimité des patients en chambre d'isolement lors de soins a conduit à une reprise au niveau des équipes.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE, QUOIQU'ACTIF, S'EMPRE PEU DES SUJETS SPECIFIQUES A LA PSYCHIATRIE

Le comité d'éthique du CH fonctionne depuis 2009 en groupe ouvert, toutes les personnes animées par l'intérêt pour les questions éthiques peuvent le rejoindre si elles sont assidues.

Sa composition pluridisciplinaire (professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs, aumôniers, juriste, psychologues) et l'importance du groupe (vingt-sept personnes) offrent un espace d'échanges vivant et créatif. La psychiatrie y est bien représentée. En revanche, il compte peu de personnes véritablement extérieures à l'institution. Ce groupe fonctionne sous l'animation d'un référent, praticien hospitalier de l'établissement à la retraite.

Ce « groupe d'appui éthique » comme il se nomme, est doté d'un règlement de fonctionnement. Ses réunions sont régulières (une fois par mois) et il produit des publications (une lettre en moyenne par an dans laquelle il reformule des réponses à une question éthique, un rapport annuel d'activité) et organise chaque année un « café éthique » ouvert au personnel hospitalier, voire quelquefois au public.

Il peut être saisi pour consultation et/ou avis à l'issue desquels une délibération est prise et rédigée. Sa saisine par un agent est soumise à l'accord préalable du responsable de service ; cette modalité n'a pas lieu d'être dès lors que le comité peut rendre une décision d'incompétence. Cette barrière d'accès peut constituer un frein à sa saisine et son activité réelle n'est d'ailleurs pas rapportée dans le rapport annuel.

Il reste cependant assez peu connu des équipes et son action est faiblement relayée dans les unités.

S'agissant des sujets traités, le groupe d'appui éthique couvre fréquemment certains domaines (fin de vie) ou de bioéthique (PMA) mais rencontre manifestement des difficultés à se saisir de questions comme la contrainte ou la sexualité en psychiatrie.

RECOMMANDATION 3

Le comité d'éthique gagnerait à s'ouvrir à des participations extérieures plus nombreuses, sans lien institutionnel pour mieux garantir son indépendance.

Tout professionnel doit pouvoir le saisir directement, sans obtenir préalablement l'accord de son responsable de service

Il doit également s'ouvrir aux situations portant atteinte aux droits fondamentaux des patients en soins sans consentement.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 L'ACCUEIL PSYCHIATRIQUE A PEU DE PLACE AU SEIN DES URGENCES

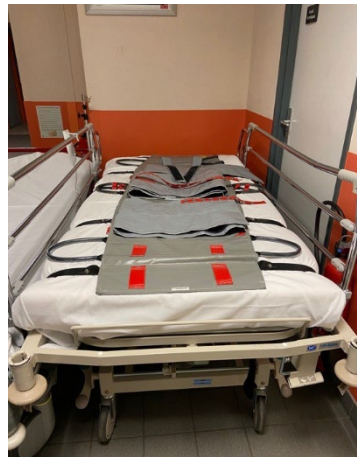
4.1.1 Le circuit des urgences

Lorsque qu'une personne se présente aux urgences, elle est reçue par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). Une évaluation clinique, avec prise des constantes, est effectuée ainsi qu'un examen somatique par un des médecins urgentistes. L'examen est réalisé dans les boxes ouverts du service des urgences. Un électrocardiogramme est systématiquement effectué.

Si le motif de la demande de soin relève du champ psychiatrique, l'équipe d'appui et d'urgence en psychiatrie est prévenue et un de ses membres - psychiatre, interne ou infirmier - se déplace au chevet du patient afin de réaliser un entretien. L'entretien psychiatrique se déroule dans les boxes d'urgence.

Les personnes ayant fait une tentative de suicide médicamenteuse ou fortement alcoolisées avec des troubles du comportement restent fréquemment en observation dans l'unité d'hospitalisation de courte durée pour surveillance de l'état somatique, quelques heures avant toute orientation psychiatrique. L'équipe psychiatrique y intervient également lorsque l'état de vigilance du patient le permet.

En cas d'agitation, le patient est contenu sur un brancard spécifique « Rochette », du nom de l'infirmier du service qui le proposa. Il est équipé de contentions et disponible en permanence. Après un premier traitement médicamenteux et dans l'attente de l'apaisement et de l'organisation de ses soins, il sera installé dans un box ouvert avec, à portée de main, un appel malade ; il peut également en cas d'affluence importante demeurer dans le couloir des urgences.



Le brancard de contention « Rochette »

RECOMMANDATION 4

Un lieu spécifique pour l'accueil en urgence des personnes présentant un état d'agitation doit être identifié afin que soient respectées la dignité des personnes autant que la sécurité des intervenants.

4.1.2 L'équipe d'appui et d'urgence en psychiatrie

L'ensemble des soins psychiatriques aux urgences, dont les soins sans consentement, est géré par le service des urgences en étroite collaboration avec l'équipe d'appui et d'urgence en psychiatrie créée en 2011.

La recherche du tiers est effectuée par les infirmiers en psychiatrie de cette équipe.

Dans les suites de l'examen psychiatrique, plusieurs orientations sont possibles selon l'état clinique :

- en cas d'hospitalisation, le patient est orienté soit vers les unités d'hospitalisation en psychiatrie de son secteur de résidence, soit vers le centre d'accueil de crise situé au deuxième étage d'un bâtiment à distance du service des urgences ;
- si une orientation vers une structure externe - centre médico-psychologique de secteur, consultation avec un médecin de ville - est proposée, rendez-vous et ordonnance sont possiblement réalisés ;
- un nouveau rendez-vous avec l'équipe d'appui et d'urgence en psychiatrie dans les jours suivants est proposé si l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation immédiate, en relais d'un rendez-vous pour une prise en charge extérieure. Il peut s'agir d'un entretien téléphonique avec un des infirmiers.

Aux urgences, aucun lieu n'est clairement identifié pour les professionnels de l'équipe de psychiatrie en dehors d'une petite pièce qui fait office de bureau, salle de transmission, salle de repos. Les accueils et les entretiens se font au gré des places disponibles dans les salles de consultation des urgences ou dans les boxes d'urgence ou sur le « comptoir » des urgences mais aucune salle n'est prévue pour l'accueil et les entretiens des familles reçues lorsqu'un soin sans consentement est nécessaire.

RECOMMANDATION 5

Le service des urgences doit disposer d'un lieu dédié aux prises en charge psychiatriques qui permette un accueil digne, non seulement respectueux de la confidentialité nécessaire aux entretiens psychiatriques mais aussi adapté à la temporalité spécifique de ces prises en charge.

4.1.3 Le centre d'accueil et de crise et l'équipe d'appui et d'urgence en psychiatrie

L'organisation de l'accueil des patients présentant des troubles psychiatriques repose sur deux dispositifs rattachés à la même chefferie :

- l'équipe d'appui et d'urgence en psychiatrie qui intervient dans le service des urgences (Cf. § 4.1.2 ci-dessus) ;

- l'équipe du centre d'accueil de crise (CAC) installé au deuxième étage d'un pavillon situé à une des extrémités du site de l'hôpital et éloigné du service des urgences. Seuls des patients en soins libres sont hospitalisés dans cette unité.

4.1.4 La composition de l'équipe

L'équipe médicale est composée de trois praticiens (2,9 ETP) et d'un interne. Pour l'ensemble du pôle de psychiatrie - addictologie, en plus de l'interne du CAC, il y a 6 autres internes et 1 docteur junior à mi-temps, l'autre mi-temps étant sur le CH Henri Laborit à Poitiers.

L'équipe infirmière se compose de dix-huit infirmiers, dont quatre travaillent de nuit, l'ensemble représente 14 ETP. Un psychologue intervient à mi-temps et l'équipe d'addictologie, ELSA, peut être sollicitée pour des entretiens et la mise en route d'une prise en charge. Une assistante sociale et un cadre complètent l'équipe.

L'appui aux urgences, c'est-à-dire les consultations, est assuré par l'un des trois praticiens de 8H30 à 18H30 et un infirmier, présent en permanence de 8H30 à 22H15, tous les jours, dimanche et fériés compris. Les jours ouvrables de la semaine à partir de 18H30, le samedi, le dimanche et jours fériés, l'appui aux urgences pour la partie médicale est assuré par la garde de psychiatrie.

Les parcours de soins et l'orientation des patients se travaillent pendant le staff hebdomadaire rassemblant l'ensemble du personnel soignant du service.

Une formation plus spécifiquement adaptée aux besoins du service est proposée aux soignants, relative à la prise en charge des états de stress aigu. La formation des internes est assurée par les seniors dans le cadre de leur parcours universitaire.

4.1.5 Les patients et les soins

Les patients arrivent au CAC depuis les urgences ou sont adressés depuis les consultations des CMP de tous les secteurs.

Il s'agit de patients dont l'état nécessite une hospitalisation dans les suites d'une crise suicidaire, présentant un état dépressif, une décompensation psychotique, ou souffrant d'une pathologie addictive. La durée moyenne de séjour est de cinq jours, maximale de huit jours. Les entretiens avec les psychiatres sont quotidiens du fait de l'état de crise. Les familles sont reçues, et l'instauration d'un traitement s'accompagne d'explications et parfois de négociations en invitant éventuellement la famille.

Le service n'est pas fermé, la circulation y est libre. L'utilisation des téléphones portables n'est autorisée que de 14h30 à 19h et ceux-ci doivent ensuite être rapportés dans la salle de soins où ils sont conservés dans des casiers personnalisés au nom de chaque patient.

RECOMMANDATION 6

Les patients hospitalisés au centre d'accueil de crise ne doivent pas se voir retirer leur téléphone autrement que pour des motifs médicaux individualisés et réévalués régulièrement.

Il n'existe ni activité thérapeutique ni réunion soignant soignés.

Seules des activités occupationnelles, telles des jeux de société et de la lecture, sont proposées. Le service dispose de deux espaces de détente et deux postes de télévision.

4.1.6 Les locaux

Les locaux sont très vétustes mais néanmoins bien entretenus. D'une capacité d'accueil de dix lits, le service comprend :

- deux chambres sans lavabo, ni toilettes, qui ne sont pas équipées d'appel malade ;
- huit chambres équipées de lavabos mais sans toilettes ;
- une chambre équipée d'un lit médicalisé ;
- trois WC, deux cabines de douche et une salle de bains avec une baignoire.

L'absence de verrou de confort dans les chambres est perçue, par les occupants, comme une atteinte à leur intimité et source de sentiment d'insécurité.

RECOMMANDATION 7

La réhabilitation des locaux du centre d'accueil et de crise doit être rapidement engagée afin d'accueillir les patients dans des conditions respectant leur dignité et offrant une sécurité et un confort élémentaires.

Les patients sortent avec une lettre de liaison pour le médecin traitant. Pour les personnes ayant connu un épisode suicidaire, l'adhésion au dispositif VIGILAN "S"² est proposé.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé indique que : « *le centre hospitalier de Niort a engagé les démarches de réhabilitation du service de psychiatrie. Dans ce cadre il a déposé un dossier au titre du Ségur de l'investissement, qui est en cours d'instruction au niveau des services de l'ARS Nouvelle Aquitaine, afin de pouvoir mener des travaux de réhabilitation de grande ampleur de l'ensemble des secteurs de psychiatrie de l'établissement.* »

4.1.7 La psychiatrie de liaison

Fréquemment rattachée aux services d'accueil et d'urgence, la psychiatrie de liaison fait défaut, les demandes sont traitées par le secteur dont dépend la personne hospitalisée en MCO, connue ou pas du secteur psychiatrique.

Conscient de ce manque, le chef de service a fait état d'un projet de psychiatrie de liaison en réflexion.

² Le dispositif VIGILAN''S'' consiste à garder un lien avec les personnes ayant présenté un épisode suicidaire par le biais d'appels téléphoniques par un professionnel de santé au 15^{ème} jour après le passage à l'acte, puis un mois et trois mois plus tard. L'adhésion à ce dispositif repose sur la base du volontariat. Le patient dispose également d'un numéro de téléphone lui permettant l'accès à un professionnel à toute heure. Ce dispositif, créé en 2015 est, en février 2022, déployé dans dix-sept régions.

RECOMMANDATION 8

La création d'un service de psychiatrie de liaison, dont la spécificité fait partie de l'offre de soins indispensable à la prise en charge de la population hospitalisée en MCO, doit être envisagée.

4.1.8 L'accueil des mineurs en urgence

Les mineurs hospitalisés sont orientés vers le service d'urgence de pédiatrie, situé à proximité du service des urgences adultes, où une prise en charge par les internes en pédiatrie est organisée avec appel aux pédopsychiatres si nécessaire. La limite d'âge officielle est respectée. Les auteurs d'une tentative de suicide et les patients présentant une alcoolisation aiguë sont gardés 72h. L'attention est portée sur l'évaluation et la prévention du risque suicidaire.

Les adolescents présentant des troubles des conduites alimentaires graves sont hospitalisés en pédiatrie et suivis conjointement avec l'équipe de pédopsychiatrie.

4.1.9 Le transport des patients

Une ambulance spécifique est affectée aux patients porteurs de troubles psychiatriques et présentant une agitation. Il s'agit d'un véhicule dont l'équipement est restreint afin de permettre la surveillance physique d'une personne agitée et contenue. Ce véhicule effectue également le transport des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) depuis la maison d'arrêt de Niort.

Son utilisation est déclenchée par les services du « 15 » sur un appel d'un médecin, d'un maire ou d'un CMP quand il s'agit de l'hospitalisation d'un patient en soins sans consentement (SSC) ou de sa réintégration suite à un programme de soins (PDS), ou par l'équipe du SMUR appelée sur place auprès d'une personne agitée.

En amont, l'équipage est constitué par le cadre de garde et comprend deux soignants en psychiatrie et un ambulancier formé à ce type de prise en charge. Quand il s'agit d'une réintégration de programme de soin, le choix d'infirmiers connaissant le patient est priorisé.

Les patients connus ne passent pas systématiquement par l'accueil des urgences et peuvent être directement conduits dans l'unité où ils seront pris en charge.

Le projet d'une équipe permanente de soignants avec la mission d'intervenir également en renfort sur les situations de crise dans les unités d'hospitalisation est en réflexion.



Brancard pour le transport des patients agités



Ambulance spécialement aménagée pour le transport des patients agités

4.2 LA PROPORTION DES PATIENTS ADMIS EN SSC REPRESENTE UN TIERS DE LA FILE ACTIVE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES

4.2.1 L'activité

Le dernier rapport d'activité établi par l'établissement porte sur l'année 2018. Il fait état d'une baisse du nombre d'entrées en hospitalisation temps plein, passé de 1 810 en 2016 à 1 523 en 2017 puis 1 476 en 2018. Au cours de ces mêmes années, la file active (FA) des patients hospitalisés à temps plein a connu une évolution semblable, passant de 1 271 à 1 085 puis 985, soit une baisse de 22,5% sur la période.

Entre 2020 et 2021, la FA des hospitalisations à temps complet a baissé de 907 à 870 (- 4%), le nombre de séjours étant stable. La baisse du nombre d'entrées en hospitalisations à temps complet se poursuit, toutefois à un rythme moins soutenu. En termes d'activité, la durée moyenne d'hospitalisation a augmenté de 3,3% entre 2017 et 2021. La forte hausse de 2020 s'explique par un arrêt des hospitalisations en raison de la période de confinement liée à la crise sanitaire et de ce fait des hospitalisations plus longues pour les patients présents.

Cette compensation explique en partie que la tension sur les lits persiste, tension également alimentée par la fermeture de lits en raison de l'épidémie de COVID-19 et des travaux. Elle est surtout imputable à la politique, injustifiée juridiquement et même cliniquement puisqu'elle est systématique, d'imposer l'hébergement des patients en soins sans consentement dans des unités fermées.

4.2.2 Les patients en soins sans consentement

L'établissement a fourni les données de répartition de l'activité selon les statuts d'admission figurant dans le tableau ci-dessous :

	Nombre de mesures de soins sans consentement		Nombre de patients par statut	
	2020	2021	2020	2021
Total des SDDE¹	291	259	261	255
SDT ² et SDTU ³	249	226	219	223
SPI ⁴	42	33	42	32
Total des autres mesures	22	25	23	25
SDRE ⁵	20	24	20	24
Décisions judiciaires	0	0	1	0
Détenus	2	1	2	1
Soins libres			1 628	1 641
Total des patients			1 912	1 921

¹ SDDE : soins sur décision du directeur de l'établissement

² SDT : soins sur demande d'un tiers

³ SDTU : soins sur demande d'un tiers en urgence

⁴ SPI : soins selon la procédure prévue en cas de péril imminent

⁵ SDRE : soins sur décision du représentant de l'État

Pour les hospitalisations complètes, le pourcentage passe de 14,85 % en 2020 à 14,57 % en 2021. Ces pourcentages plus élevés par rapport aux années précédentes s'expliquent pour l'année 2020 par le cumul de la fermeture des admissions en soins sans consentement du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres, fermeture liée à l'assassinat d'une infirmière par un patient pris en charge en psychiatrie et par la diminution des hospitalisations en soins libres en raison du confinement et de la crise sanitaire. Pour l'année 2021, le pourcentage a légèrement diminué malgré le maintien des non-admissions en soins sans consentement sur le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres. Les admissions de ces patients ont été effectuées alternativement suivant les semaines paires et impaires par le Centre Hospitalier Henri Laborit (Poitiers) et le Centre Hospitalier de Niort.

La proportion de patients admis selon la procédure prévue en cas de péril imminent est relativement faible ce qui s'explique par la nécessité, en pareil cas, de faire intervenir un médecin n'appartenant pas au centre hospitalier pour établir le certificat médical d'admission, intervention difficile à obtenir.

Les patients en soins sans consentement sont principalement hébergés dans les unités sectorielles, ils ne représentent que 11 % de ceux de la psychogériatrie.

4.3 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DELIVREE AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST INCOMPLETE

4.3.1 Le règlement intérieur et le livret d'accueil

Le règlement intérieur (RI) de l'établissement n'est disponible que dans certaines unités. La version présentée datait de 2011 alors que la dernière mise à jour remonte à l'année 2018. Cette mise à jour est postérieure à la réforme de 2016³ mais n'en a pas repris toutes les évolutions en matière de droits des patients, en particulier elle reste muette sur la définition et le cadre d'utilisation de l'isolement et de la contention dans son paragraphe 2 portant sur les dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement.

Le RI dans sa dernière version est accessible sur l'Intranet. Le patient n'y a pas un accès direct et le site Internet de l'établissement ne le propose pas à la consultation. Il peut demander à le consulter en s'adressant à la direction ou au cadre de santé.

Un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie est disponible. Ce document rassemble l'information sur les droits et les conditions générales d'admission et de séjour. Il comporte un rabat avec plusieurs documents complémentaires : une notice détaillée sur la commission des usagers, une description de l'espace des usagers et la liste des associations au service des patients de psychiatrie, une fiche de présentation du secteur ou de l'intersecteur de rattachement de l'unité (mise à jour en 2014, sauf pour le secteur 2 et le centre d'accueil et de crise, dont la fiche a été mise à jour en novembre 2021), un plan, l'imprimé de désignation de la personne de confiance, une notice sur les directives anticipées, le questionnaire de sortie spécifique à la psychiatrie, un engagement de l'institution en matière de prise en charge de la douleur, une fiche de promotion de l'enquête annuelle « e-satis ».

Ce livret est remis au patient dans les premiers temps de son admission mais certaines unités étaient en rupture de stock durant la semaine de contrôle.

Des règlements intérieurs d'unité, dans des formes disparates, sont affichés au choix des unités dans le couloir d'entrée, les salles communes ou dans les chambres. Ils précisent pour l'essentiel des règles de vie qui contredisent quelquefois le livret d'accueil (exemple pour les horaires de repas, les communications téléphoniques extérieures possibles par principe dans le livret d'accueil et soumises à décision médicale dans le règlement d'unité, etc.). En outre, ces règlements ne respectent pas toujours le RI : ainsi, les visites dans les chambres sont interdites dans les uns et autorisées dans d'autres.

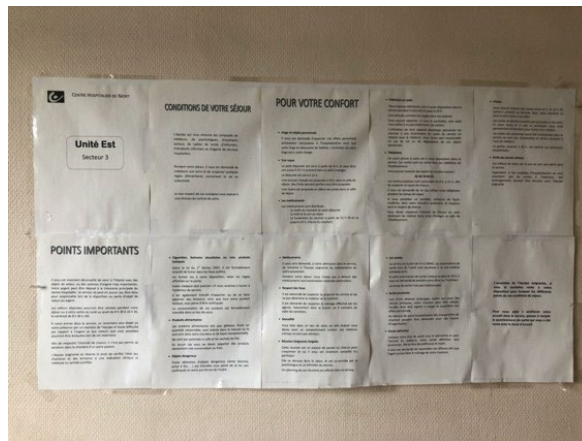
³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

RECOMMANDATION 9

Le règlement intérieur de l'établissement doit être mis à jour des droits qui s'attachent aux décisions d'isolement et de contention depuis la réforme de 2016.

Par ailleurs, les règlements des unités doivent être conformes aux principes énoncés dans le règlement intérieur.

L'affichage est en principe organisé sur des panneaux mais, faute de place, dans nombre de cas, les supports d'information sont scotchés sur les murs.



Affichage des règles de vie de l'unité Est

De nombreuses chartes sont affichées : charte de la personne hospitalisée, charte de bientraitance, ou encore charte de la laïcité. Certains affichages distincts dans leur contenu sont organisés dans des locaux fermés à clefs comme les salons de visite, ce qui n'est pas satisfaisant.

RECOMMANDATION 10

Les documents d'information générale et spécifiques aux unités de psychiatrie et aux mesures de soins sans consentement doivent être affichés dans des conditions qui assurent leur bonne conservation et leur lecture directe par les patients.

L'information générale sur le fonctionnement et les droits incombe aux équipes. Néanmoins en complément, au secteur 3, un poste d'aide-soignant a été créé en 2020 pour renforcer l'information des patients. Cette fonction comprend l'accueil, l'information et l'orientation individualisée des patients hospitalisés. Elle se traduit par des réponses aux questions pratiques qu'ils se posent en leur fournissant les documents nécessaires au bon déroulement de leur séjour au terme duquel ils sont invités à s'exprimer par écrit, ce qui se traduit par une bien meilleure participation aux enquêtes de satisfaction.

BONNE PRATIQUE 1

La création dans le secteur 3 d'un poste dédié à l'orientation et l'information des patients mérite d'être généralisée pour un meilleur accueil et accompagnement tout au long du séjour.

4.3.2 Information sur les droits spécifiques

L'encadrement soignant de l'unité (ou le cadre de psychiatrie d'astreinte la nuit et le week-end et jours fériés) est l'interlocuteur privilégié du patient quant à son information. Le cadre reçoit du bureau des admissions les décisions d'hospitalisation qu'il lui revient d'expliquer et de notifier au patient. Les décisions sont signées en semaine par l'encadrement du bureau des admissions, qui a délégation à cet effet, ou par le directeur délégué à la psychiatrie pour les soins psychiatriques en cas de péril imminent, et par le directeur de garde durant la période de la permanence des soins. Dans la pratique, les échanges se font par fax ou par mail.

L'organisation permet d'assurer l'information et la notification des droits 7 jours sur 7.

Si la décision est remise en main propre au patient contre récépissé (ou son refus tracé), accompagnée d'un courrier de notification de ses droits listés exhaustivement, c'est rarement le cas pour les certificats médicaux (pratiques différentes selon les unités). Un suivi individualisé des notifications est organisé au niveau de l'unité en utilisant un imprimé sur lequel est attesté la remise ou l'envoi postal de la décision au patient. Cette traçabilité, aux dires des cadres, est une sécurité supplémentaire qui s'ajoute à celle du récépissé signé par le patient. En cas de premier refus, la décision est parfois présentée à nouveau au patient en regard de l'intérêt que son contenu représente pour lui.

Sur le contenu des décisions d'hospitalisation prises par le directeur de l'établissement, on soulignera l'absence de mention de l'identité du tiers, le patient la découvrant au moment de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATION 11

Les certificats médicaux qui fondent la décision d'admission et le maintien des soins psychiatriques sans consentement doivent être communiqués au patient. Cette communication participe à la recherche de son adhésion aux soins. Par ailleurs, l'identité du tiers doit être portée à la connaissance du patient avec la décision d'admission.

S'agissant de l'accès au dossier médical, un document d'information destiné au patient lui explique les modalités pratiques. La demande doit être faite par écrit. Dans le cas particulier d'un patient hospitalisé sous contrainte, la consultation est organisée par l'intermédiaire d'un médecin qu'il aura désigné à cet effet. Ce choix et la rédaction de l'imprimé (version n°1 du 22 avril 2005) qui en découle pour ces patients va au-delà de la lettre de la loi dans la mesure où l'article L 1111-7 du code de la santé publique qualifie le recours à un médecin désigné par le patient d'« exceptionnel » alors que l'imprimé pose comme une exigence la présence médicale.

Les demandes d'accès aux dossiers médicaux en psychiatrie sont en hausse chaque année : 66 en 2018 ; 86 en 2020 et 92 en 2021 (chiffres non communiqués pour 2019).

RECOMMANDATION 12

Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir accéder à leur dossier médical dans les conditions prévues par la loi, sans restriction.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES LOCAUX SONT HETEROGENES DANS LEUR CONCEPTION ET LEUR ETAT ET CERTAINES CHAMBRES PRESENTENT DES DEFAUTS D'EQUIPEMENT

Un contraste général existe au niveau des services de psychiatrie entre des locaux vieillissants et parfois vétustes, comme ceux du CAC ou des secteurs 2 et 3 de psychiatrie adulte, et d'autres relativement neufs ou récents comme le Centre d'expertise autisme adultes (CEAA) et les unités Gâtine et Cytises du secteur 1 de psychiatrie adulte. Le CGLPL renvoie également au descriptif détaillé des locaux contenu dans son rapport de première visite en 2011⁴.

5.1.1 Les espaces extérieurs



Unité Lisière



Unité Sud

La plupart des unités de psychiatrie adulte et autres services de psychiatrie sont dotés d'espaces extérieurs propres, clos : patio en psychogériatrie, terrasse (unité Sud), terrasse avec jardin (unité Lisière) ou jardin (unité Gâtine, accessible également via un escalier pour l'unité Cytises). En psychiatrie adulte, seules certaines unités en étage (unités Est et Littoral), dites « ouvertes » mais qui ne le sont ni pleinement, ni tout le temps, n'en disposent pas (Cf. § 6.1).

Ces espaces extérieurs, arborés pour certains, sont généralement équipés de tables et de chaises de jardin ou de bancs, avec parfois la possibilité d'installer temporairement des tables pour déjeuner (unité Gâtine). Plusieurs comportent un espace de jardinage, accessible et entretenu par les patients (unités Gâtine et Lisière). Si certains sont équipés d'abris (toile repliable en psychogériatrie, auvent à Gâtine), ce n'est pas le cas pour d'autres, même si des projets en ce sens sont à l'étude (unité Lisière). Un défaut d'entretien a été constaté sur l'une des terrasses (unité Sud, Cf. photo ci-dessus). Les fumoirs de plusieurs unités sont des espaces entièrement grillagés. Ils sont globalement, de l'avis de plusieurs patients et soignants, peu accueillants, voire austères. Un cadre de santé a exprimé une volonté d'« humaniser » ces fumoirs, et plus globalement, les espaces extérieurs.

⁴ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier général de Niort (Deux-Sèvres), janvier 2011.

*Fumoir unité Sud**Fumoir unité Littoral*

On relèvera également que le cloître voisin des unités de psychiatrie pour adultes, endroit calme et bien entretenu, pourrait accueillir des patients et leurs visiteurs. Mais bien qu'il semble être en libre accès, il ne dispose d'aucun banc pour s'asseoir.

5.1.2 L'hébergement

La plupart des patients disposent d'une chambre individuelle. Les chambres doubles, moins nombreuses, ont été fermées en priorité dans le cadre de la réduction récente du nombre de lits. Celles qui restent ouvertes sont actuellement affectées en dernier ressort.

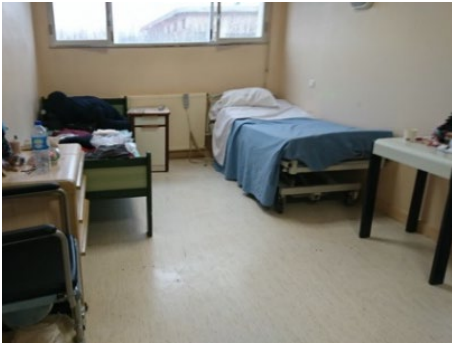
RECOMMANDATION 13

Les patients doivent bénéficier d'un hébergement individuel. Une réflexion doit être engagée sur les possibilités d'aménagement propres à garantir pleinement ce principe, déjà largement mis en œuvre, auquel il ne doit être dérogé que lorsque les personnes concernées en expriment le souhait et que celui-ci est conforme à leur intérêt.

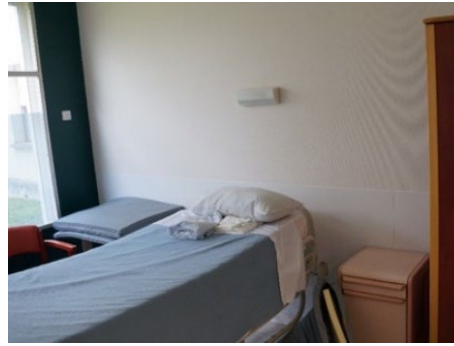
Les chambres sont, dans l'ensemble, relativement spacieuses et lumineuses, éclairées par des fenêtres pouvant être au moins entrouvertes et généralement équipées de volets roulants. Sauf exception, comme en psychogériatrie où plusieurs chambres donnent directement sur un parking, leur vue donne sur des espaces élargis. Des films occultants préservent en partie l'intimité des occupants. Un éclairage central est installé au plafond, avec parfois une applique complémentaire au-dessus du lit.

L'équipement en lits est hétérogène. Tous les lits du service de psychogériatrie sont médicalisés mais seulement ceux de certaines chambres en psychiatrie adulte, et notamment au niveau du secteur 3. Les chambres sont meublées, généralement, d'un lit, d'une table, d'une chaise et d'une table de chevet. Dans certaines unités, les patients ont également accès à un placard personnel qu'ils peuvent eux-mêmes fermer à clé (unités Cytises et Gâtine). En psychogériatrie, c'est le personnel soignant qui conserve les clés des placards et procède aux ouvertures et fermetures à la demande des patients. Sauf exceptions, notamment pour des patients en long séjour, les chambres ne sont pas décorées.

Un système d'appel malade est en place dans les trois unités dites « fermées » de psychiatrie pour adultes et dans certaines unités ouvertes (unité Ouest). Ce système a été installé fin 2020 au sein de l'unité Lisière, avec plusieurs boutons en chambre et un affichage au niveau du plafond du couloir pour l'équipe soignante. Il a été délibérément désactivé dans l'une des unités ouvertes (Littoral), alors même que des fermetures de chambre subsistent.



Unité Lisière



Unité Littoral



Psychogériatrie : chambre sans WC



Chambre CAC

Ont été globalement relevés, parmi les carences et points d'amélioration possibles :

- l'absence de verrous de confort dans toutes les unités ;
- l'absence de système d'appel en chambre pour les malades en psychogériatrie ;
- l'absence de porte ou séparation entre le bloc sanitaire et la chambre à l'unité Lisière ;
- l'absence de fermeture à clé pour les placards situés en chambre ou au niveau du bloc sanitaire de celles-ci, même si des cadenas sont ponctuellement mis à disposition ou si certains placards peuvent être fermés à l'initiative des soignants (par exemple en psychogériatrie) ;
- la présence d'un oculus en psychogériatrie, l'absence totale d'occultation (3 chambres à l'unité Sud) ou encore son insuffisance (unité Lisière) au niveau des portes d'entrée des chambres, l'intimité des patients n'étant ainsi pas pleinement garantie ;
- la présence de films occultant aux fenêtres qui, dans certains cas, privent les patients d'une vue extérieure (unité Lisière) ; ou leur efficacité limitée, de nuit, lorsque la chambre est éclairée (psychogériatrie). Le CGLPL avait déjà formulé une recommandation (n°13) sur ce point à l'issue de sa visite en 2011 ;
- le caractère défectueux de certaines huisseries (ex. unité Littoral) affectant les possibilités d'ouverture et de fermeture pleine des fenêtres et donc d'isolation, dans certaines chambres mais également parfois dans les parties communes (ex. unité Littoral) ;
- la qualité variable des sommiers et de la literie (matelas), signalée par plusieurs soignants et patients, certains, parmi ces derniers, s'étant plaint d'avoir mal au dos même à l'issue de courts séjours ;

- l'absence de certains équipements complémentaires essentiels dans les chambres : porte-manteau, liseuse (ex. unité Lisière, psychogériatrie) ;
- l'absence de poste de radio en chambre, même si dans les unités dites « ouvertes », les patients peuvent généralement y conserver leurs effets personnels (ordinateur portable, chaîne Hi-Fi).

RECOMMANDATION 14

Il convient de remplacer rapidement ou de réparer, dans les chambres, tous les équipements indispensables à une prise en charge des patients garantissant leur confort et leur intimité.

L'équipement et l'état des chambres d'isolement sont examinés par ailleurs (Cf. § 7.1)

5.1.3 Espaces communs et salles d'activités

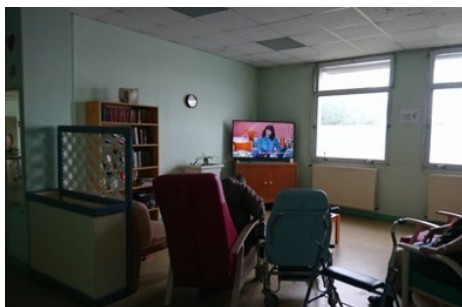
La plupart des services disposent d'une ou deux salles d'activités, pouvant inclure un salon avec un téléviseur. Leur niveau d'équipement et leur état sont variables. Certaines sont relativement bien dotées, d'autres sont peu conviviales, avec une décoration sommaire sinon inexistante comme aux unités Ouest et Sud. Par endroits, peintures et revêtements de sol nécessiteraient des réfections (unité Littoral). Le mobilier est souvent hétéroclite, vétuste ou dégradé, avec toutefois des aménagements récents ou attendus (Cf. § 5.1.5). Une partie du personnel soignant a exprimé aux contrôleurs la nécessité de rendre les lieux plus accueillants en valorisant les espaces communs.



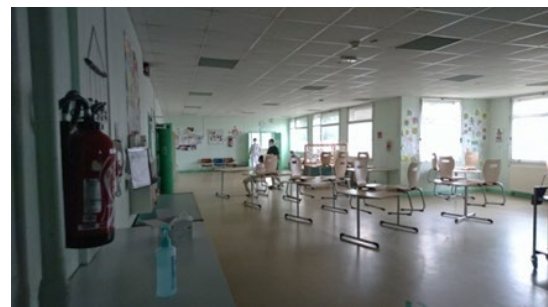
Salon TV et activités psychogériatrie



Salon TV et activités unité Lisière



Salon TV et activités unité Littoral



Salle à manger unité Littoral

Les espaces de restauration sont de taille variable et leur usage n'est pas nécessairement exclusif. Des patients ont pu émettre des réserves, fondées, sur la qualité de certains équipements récemment acquis : à l'unité Littoral, les tables récemment installées pour les repas ne sont pas stables à l'usage.

RECOMMANDATION 15

Les patients doivent pouvoir bénéficier, au quotidien, d'un environnement permettant et encourageant les relations avec autrui. Un travail général de valorisation des espaces communs intérieurs comme extérieurs, et notamment des salles d'activités, doit être entrepris.

5.1.4 Locaux réservés aux professionnels

Les services et unités de psychiatrie disposent généralement de locaux professionnels globalement adaptés pour les équipes (bureau du cadre, bureau des soignants, vestiaires éventuellement) et les soins.

Les unités récentes (unités Gâtine et Cytises) sont les mieux dotées pour les entretiens médicaux et infirmiers, là où d'autres doivent recourir à l'espace également prévu pour les visites (unité Lisière).

5.1.5 Travaux et perspectives

Des travaux de mise aux normes du système de désenfumage ont été réalisés ces dernières années dans les unités dites « fermées » en psychiatrie adulte (unité Ormeaux en 2017 ; unités Sud et Lisière en 2018). Des acquisitions d'équipements hôteliers ont également été actées en février 2022. Elles devraient permettre de combler certains déficits identifiés s'agissant de l'équipement des chambres (unité Ormeaux), des salons (unités Gâtine, Est, Littoral), des espaces de restauration (unités Gâtine et Est) ainsi que des espaces extérieurs (unités Cytises et Ormeaux)⁵.

Reste qu'une priorité générale semble avoir été accordée au réaménagement des chambres d'isolement et à des projets de création de chambres dites « sécurisables », avec plusieurs chantiers en cours (Cf. § 7.1).

Par ailleurs, en l'absence de projet de soins global arrêtant l'affectation et l'organisation générale des locaux, certains travaux et réfection d'ampleur nécessaires (reprise des sols, faux-plafonds, peintures, sanitaires) qui nécessitent des « opérations tiroir » restent, de fait, en suspens.

Globalement, l'état et l'équipement général des locaux des services et unités de psychiatrie, y compris les chambres où sont hébergés les patients, sont donc globalement perfectibles. Ainsi, plus d'un patient sur 4 (28,4 %) ayant renseigné en 2021 un formulaire de satisfaction à l'issue de son hospitalisation se disait « *plutôt pas ou pas du tout satisfait* » des conditions d'hébergement, une proportion plus élevée que sur d'autres aspects de la prise en charge. Les formulaires de satisfaction renseignés, issus en grande particulier du secteur 3, comportaient ainsi des demandes claires de patients concernant la qualité de la literie et, dans une moindre mesure, la température ou l'isolation phonique dans les chambres ou encore le fonctionnement des sanitaires.

⁵ Etaient ainsi prévus : table et chaises de jardin (Les Cytises), chaises pour l'espace repas (Gâtine), téléviseur (Gâtine), fauteuil et table basse (Lisière, salle des visites), mini-chaîne et pouf à mémoire de forme (Lisière, salle d'activité), téléviseurs et meuble télévision, canapé, tables et chaises et meubles de rangement (Est, salon TV), tables et chaises, meubles de rangement (Est – salle à manger), chaîne Hi-fi et enceintes (Littoral, salon), fauteuil (Littoral, salle à manger), literie (Ouest).

RECOMMANDATION 16

Les avis des patients sur les conditions matérielles de leur hospitalisation doivent être plus souvent recueillis et exploités. Ces derniers doivent être associés, dans une démarche participative, au recensement des besoins prioritaires d'équipement et à la valorisation des espaces communs.

5.2 LES LOCAUX SANITAIRES SONT INSUFFISANTS EN NOMBRE ET EN EQUIPEMENT

5.2.1 Les locaux

Les chambres individuelles des unités dont les locaux sont récents disposent d'une salle d'eau attenante équipée d'un lavabo surmonté d'un miroir, d'un porte-serviettes, d'une douche à l'italienne avec flexible, d'un siège de WC avec lunette et abattant.

Dans les unités dont les locaux sont plus anciens – La Lisière, Littoral, Est, psychogériatrie, le CAC – la situation est plus dégradée. Au mieux la chambre est équipée d'un lavabo et de toilettes (La Lisière, Littoral) mais sans lunette ni abattant pour les WC, sans dérouleur pour papier-toilette. Les WC collectifs sont généralement bien entretenus mais ne sont pas nécessairement accessibles de manière permanente et autonome, ils sont parfois fermés à clé en journée voire la nuit comme à l'unité Sud.

Les vingt chambres – toutes individuelles – de l'unité de psychogériatrie sont équipées d'un lavabo mais pas de douche ; seulement six d'entre elles disposent de WC. Ce sous-équipement est partiellement compensé par des seaux hygiéniques dans les chambres et par quatre espaces sanitaires « collectifs » répartis dans les deux ailes de l'unité. Les WC collectifs sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR) comme les douches collectives mais ces dernières sont très encombrées par les chariots de linge sale, les soulèves-malades et autres matériels gériatriques.

Cette situation est d'autant plus dommageable que les séjours des patients en psychogériatrie sont longs.

Toutes les unités disposent de salles de bains, parfois dans un état très vétuste.



Seau hygiénique dans une chambre de psychogériatrie



Salle de bains du CAC



Une douche collective en psychogériatrie

S'agissant de l'équipement des blocs sanitaires, ont été relevés dans plusieurs chambres, et signalés par des patients, l'absence de miroir au niveau du lavabo (unité Lisière) et l'absence de porte-serviettes (psychogériatrie et unité Lisière ponctuellement).

Lors du contrôle, les locaux étaient propres, correctement entretenus hormis les sanitaires en psychogériatrie où l'on a constaté un manque de savon pour se laver les mains, et de l'urine au sol. Une réclamation sur l'hygiène y a été enregistrée en 2021.

RECOMMANDATION 17

Il convient de remplacer ou d'installer dans les sanitaires des chambres les équipements nécessaires indispensables au confort des patients, notamment en psychogériatrie.

Les patients doivent avoir un accès libre et à tout moment à des WC.

5.2.2 L'hygiène personnelle

Un kit d'hygiène (savon et gel douche, brosse à dents, peigne, mousse à raser) est à disposition des patients et de l'eau de Cologne peut être fournie à la demande (pas le flacon lui-même), de même que du linge de toilette ou des habits provenant du vestiaire de dons.

Le linge est entretenu prioritairement par les familles et toutes les unités sont équipées pour l'entretien du linge. Le linge marqué peut être lavé par la buanderie de l'établissement. Le délai de retour est satisfaisant.

Les coupes de cheveux sont assurées le plus souvent en ville par un rendez-vous chez un coiffeur et, s'il le faut, l'accompagnement d'un soignant lors d'une sortie qui, en outre, permet d'évaluer le patient. Pour ceux qui sont incapables d'aller en ville, une coiffeuse se déplace et envoie la note le plus souvent au tuteur.

Une convention a été passée avec un pédicure par unité.

5.3 LA PROTECTION JUDICIAIRE DES PATIENTS EST ASSURÉE MAIS LA SÉCURITÉ DE LEURS BIENS À L'INTÉRIEUR DES LOCAUX NE L'EST PAS

Par principe le règlement intérieur invite le patient à déposer, après inventaire contradictoire, les objets qu'il détient, dans un souci de bonne conservation. S'il est incapable de procéder lui-même à ce dépôt, l'inventaire est réalisé par deux personnes jusqu'à ce que le patient puisse exprimer la volonté de récupérer ses objets personnels.

En psychiatrie, les règlements intérieurs des unités précisent les conditions de réalisation de l'inventaire contradictoire à l'admission et recommandent que les dépôts des valeurs soient faits au coffre de l'hôpital ; il a été signalé que les délais de reversement de ses espèces sur le compte bancaire du patient au moment de sa sortie peuvent être longs. Certaines unités disposent d'un petit coffre où de l'argent peut être mis en sécurité. Les objets inventoriés sont mentionnés sur un imprimé informatique qui est édité et classé ensuite dans le dossier du patient. Un double de cet imprimé n'est pas remis au patient.

RECOMMANDATION 18

Un double des inventaires réalisés au cours du séjour doit être systématiquement remis au patient.

Pour le reste, les règlements intérieurs des unités précisent la nature des biens qui ne peuvent être détenus par le patient : objets coupants ou tranchants, produits de toilette à base d'alcool, médicaments, produits alimentaires périssables, cigarettes, boissons alcoolisées et toxiques.

La détention du téléphone ou de l'ordinateur portable est acceptée uniquement sur prescription médicale et interdite de manière générale durant les trois premiers jours de l'hospitalisation.

RECOMMANDATION 19

Le patient doit pouvoir conserver son téléphone à son admission, sauf restriction clinique individualisée.

Les soignants se réservent la possibilité de réaliser au cours du séjour des inventaires supplémentaires, qui s'apparentent de fait à des fouilles de chambre et d'armoire suivies de confiscations.

RECOMMANDATION 20

La liste des objets interdits dans les unités comme susceptibles de présenter un danger doit être portée à la connaissance des visiteurs et ces derniers invités à se rapprocher des équipes soignantes le cas échéant. Le personnel ne doit pas se livrer à des fouilles des chambres ou placards.

Les conditions de conservation sont précaires faute de coffre dans les chambres. La modalité la plus courante consiste à confier au personnel la conservation des objets personnels dans des casiers au nom des patients, installés dans le poste de soins ou dans un local fermant à clé assurant la fonction de bagagerie pour des effets plus volumineux.

RECOMMANDATION 21

Les patients doivent pouvoir conserver en toute sécurité leurs effets personnels dans leur chambre.

Les patients en situation de grande précarité ou vulnérables sont rapidement identifiés par les médecins qui font des déclarations au procureur de la République par le biais des assistants de service social (ASS) pour la mise en place d'une mesure de protection. Les ASS, et les mandataires judiciaires hospitaliers pour les patients qu'ils suivent, participent aux réunions d'équipe, aux synthèses intermédiaires et finales pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet de sortie. Les soignants savent les solliciter et le lien fonctionne bien. Cette articulation des acteurs de la prise en charge sociale est facilitée par l'instauration de réunions annuelles qui associent également les organismes de protection privés.

En moyenne, la mise en place d'une mesure aboutit en trois mois. L'établissement dispose de ressources internes avec des effectifs de mandataires hospitaliers permettant de gérer correctement les mesures qui leur sont confiées (3,5 ETP plus une secrétaire pour 130 dossiers dont 100 de psychiatrie dont 25 concernent des patients hospitalisés) et de rendre ce service accessible aux patients avec une ouverture quotidienne du guichet (tous les matins de 9h00 à 12h30).

Depuis la suppression de la gestion par le Trésor Public des comptes des patients hospitalisés, les mandataires judiciaires hospitaliers s'assurent de l'ouverture de comptes bancaires pour les patients (un compte de fonctionnement pour les dépenses contraintes et un compte de retrait d'espèces qui offre un minimum de ressources utilisables). Les patients, selon leurs ressources, disposent en moyenne de cent euros par semaine pour ceux suivis en ambulatoire et de trente euros pour deux séjournant à l'hôpital. Il existe aussi des possibilités d'achats organisés

(vêtements, cigarettes, traitement médicamenteux hors psychiatrie) avec le concours des soignants pour les majeurs protégés qui ne peuvent sortir de l'établissement.

5.4 LES REPAS ET COLLATIONS SONT SERVIS EN QUANTITE INSUFFISANTE EU EGARD AU PROFIL DE CERTAINS PATIENTS

Les repas sont pris à heures fixes, en un seul service (petit-déjeuner à 8h30 ; déjeuner à 12h00 ; dîner à 19h00). Un goûter et une tisane sont par ailleurs servis aux patients qui le souhaitent. Les menus sont affichés chaque semaine ou chaque jour selon les unités.

Les repas sont pris dans la salle à manger de chaque unité et les patients s'installent où ils le souhaitent, sauf contre-indication particulière. Les soignants sont présents pendant les repas et mangent à la même table que les patients ou à des tables différentes selon les unités.

Il doit être relevé que dans certaines unités, des professionnels ont déploré le fait que les patients étaient parfois contraints de manger à même les barquettes de livraison en raison de problèmes de pannes de lave-vaisselle.

Si la qualité gustative des repas ne semble pas constituer un problème majeur, le défaut de variété et le manque de goût sont toutefois des éléments qui ressortent des questionnaires de satisfaction.

Enfin, il a été signalé par des patients et des soignants lors de la visite, que les quantités étaient insuffisantes et inadaptées au profil de certains patients.

Il doit être souligné qu'un travail étroit est mis en place entre les unités et le service diététique afin de proposer une alimentation thérapeutique adaptée à chaque patient. Aussi, faisant suite au décès d'un patient en décembre 2021, le service de diététique a pour projet de mettre en place une formation relative aux troubles de la déglutition à destination des soignants. Par ailleurs, un groupe de travail, au niveau institutionnel, a été créé afin de mettre en place un protocole de lutte contre la constipation des patients hospitalisés en service psychiatrique.

RECOMMANDATION 22

La quantité des repas doit être adaptée au profil de chaque patient.

Les mets doivent être servis dans de la vaisselle et non directement dans des barquettes.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST ENTRAVEE SANS LIEN AVEC LE STATUT D'HOSPITALISATION

6.1.1 La liberté d'aller et venir



Cafétéria (intersectorielle)



Clôture extérieure d'une terrasse extérieure, Sud (Secteur 2)

Le centre hospitalier présente l'avantage d'être en centre-ville, bien desservi par les transports en commun. La gare ferroviaire se trouve à proximité immédiate. A l'exception du centre d'expertise sur l'autisme adulte (CEAA) et une partie du service de pédopsychiatrie, situé sur le site de Goise, de l'autre côté des voies ferrées, l'essentiel des services et unités de psychiatrie se trouve sur le site principal du centre hospitalier. Plusieurs entrées pour les piétons sont accessibles aux patients et visiteurs, et notamment celle située avenue Saint-Jean d'Angély, non loin des services de psychiatrie pour adultes et de psychogériatrie. Les entrées et sorties du site ne sont pas contrôlées aux heures d'ouverture. Le centre hospitalier ferme le soir à 21h00, heure à laquelle seule son entrée principale, par laquelle se fait l'accès voisin aux urgences, demeure accessible. La circulation au sein même du site du CH est globalement libre, même si par endroits elle est malaisée pour les piétons.

En psychiatrie adulte, trois unités sont officiellement présentées comme étant « fermées » (Sud, Ormeaux, Lisière). Elles accueillent pourtant des patients en soins libres. Inversement, des patients en soins sans consentement sont hospitalisés dans certaines unités dites « ouvertes » (Cf. § 4.1). Dans ce contexte, plusieurs restrictions à la liberté d'aller et venir ont été relevées et signalées aux contrôleurs, sans qu'elles ne répondent strictement aux exigences posées par le code de la santé publique.

Au sein des unités « fermées », la fermeture est la règle, aucun patient ne pouvant sortir, *a fortiori* seul, sans évaluation ni autorisation médicale. Plusieurs unités en principe « ouvertes » sont, de fait, fermées, y compris en journée, pour des motifs variables et parfois concurrents. L'unité Est est par exemple fermée le matin pour raison sanitaire en lien avec l'épidémie de la COVID-19 et l'après-midi au motif que deux des patients hébergés présentent des risques de fugue. Des moments de fermeture interviennent également sur le temps des repas, pour éviter les intrusions et vols lorsque l'équipe est mobilisée sur une partie de l'unité où elle n'a pas de visibilité sur l'entrée du service (unités Est et Ouest). Dans une autre unité encore, les règles de vie précisent « *votre médecin peut vous accorder des heures de sortie du service que vous devrez respecter* » (unité Cytises) formulation pouvant suggérer que l'interdiction est par défaut la règle, même si les restrictions semblent être la résultante de décisions médicales individualisées.

Par ailleurs, au moment de la visite des contrôleurs, la suspension de l'accès à la cafétéria intersectorielle, en principe ouverte du lundi au vendredi, était maintenue. Cette restriction, imposée au moment de la crise sanitaire, persistait y compris pour les patients dotés de passes

sanitaires, alors que les règles générales d'accès aux lieux publics ont évolué en dehors du centre hospitalier.

Les restrictions d'aller et venir s'exercent également à l'intérieur même de certaines unités puisque les contrôleurs ont constaté des pratiques d'enfermement – donc d'isolement – en chambres hôtelières (Cf. § 7.2.1), décidées pour prévenir des comportements susceptibles d'affecter la vie des unités et la sécurité des autres patients : ainsi, selon un soignant, « *pour des patients agressifs ou qui déambulent la nuit et pour éviter les intrusions dans d'autres chambres* » (unité Sud) ; pour une patiente pouvant parfois sortir nue dans les couloirs, par conséquent parfois enfermée en chambre, sur prescription « si besoin » (unité Littoral) ; ou encore pour un patient régulièrement mis sous contention dans sa propre chambre (unité Lisière). Plusieurs des patients concernés par ces pratiques sont pourtant hospitalisés en soins libres. Par ailleurs, l'accès des patients à leur chambre peut être limité à certains horaires, ou possible à la demande uniquement. Dans l'unité Ormeaux, du fait des travaux en cours, un accès aux chambres est autorisé jusqu'à 10h00 et entre 13h30 et 15h00 éventuellement, les patients étant à l'étage le reste de la journée.

Il a également été constaté que l'accès aux espaces partagés, notamment extérieurs, est parfois conditionné, de fait, à un accompagnement par des soignants, lesquels ne sont pas toujours disponibles. Ainsi, dans l'unité Sud, depuis l'agression d'une soignante en 2021, l'accès aux terrasses est subordonné à la présence constante de deux soignants, avec pour conséquence que cet accès ne se fait que sur des temps limités, à l'initiative des soignants. De même, à l'unité Lisière, l'accès à l'extérieur est conditionné à la présence permanente d'un soignant au motif que la clôture de l'espace extérieur pouvant être facilement escaladée, les fugues sont aisées. L'accès à l'extérieur n'est pas restreint dans d'autres unités, comme dans l'unité Gâtine, où il est possible de 8h00 à 22h00.

En psychogériatrie, l'unité est, par défaut, fermée. Aucun patient, quel que soit son statut, ne peut sortir seul. Le patio est également fermé, l'accès ne pouvant se faire qu'« *à la demande* ». Deux sorties hebdomadaires d'une heure sont organisées par le service pour se rendre à la cafétéria. L'essentiel des autres activités se déroulent au sein de l'unité. Les sorties accompagnées sont toutefois possibles, avec l'assistante sociale ou les familles.

En pédopsychiatrie, l'une des deux unités d'hospitalisation complète, est une unité fermée, et les chambres peuvent également être fermées en journée. De plus, l'espace réservé aux chambres n'est pas librement accessible dans la journée. L'autre unité de pédopsychiatrie, six lits réservés aux moyens séjours, est ouverte.

Le CAC est un service ouvert sans aucune restriction d'aller et venir.

Les unités du CEAA sont totalement fermées et les patients sont en permanence accompagnés dans tous leurs déplacements ou activités du fait de leur état de santé. Le service est très cloisonné avec des espaces bien déterminés où sont en général regroupés les patients : salle de repas, espaces de jeux ou ergothérapie.

RECOMMANDATION 23

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être individualisées, nécessaires, adaptées, proportionnées et régulièrement revues. Elles ne peuvent résulter de contraintes d'organisation des services, ni affecter l'ensemble des patients d'une unité au motif qu'elles

doivent s'appliquer à l'un d'entre eux. Un réexamen et une harmonisation des règles et pratiques prévalant au sein des différents services et unités doivent être entrepris.

6.1.2 La sécurisation du site

Le centre hospitalier est équipé d'un système de veille permanente contre les incendies. Le poste central du service sécurité incendie (SSI), situé à moins de cinq minutes de marche des unités de psychiatrie adulte compte trois agents de permanence. Un agent de sécurité, seul sur l'ensemble du site, est désormais présent 24h/24 (rotation en équipe). Cet agent est par défaut posté au niveau du service des urgences mais effectue des rondes de sécurité prédéfinies, y compris la nuit. Les agents du SSI effectuent également des rondes, aléatoires, sur l'ensemble du site. En dehors d'événements ponctuels, aucun problème majeur de sécurité ayant trait à des violences ou des trafics aux abords ou au sein des services de psychiatrie n'a été signalé aux contrôleurs.

Les professionnels en psychiatrie sont équipés de dispositifs de protection pour travailleur isolé (PTI) qui, lorsque déclenchés, alertent automatiquement le SSI, dont les agents saisissent à leur tour l'agent de sécurité du centre hospitalier. Plusieurs agents interrogés relèvent toutefois l'absence de protocole d'intervention clair pour les agents du SSI, y compris en cas de violences au sein des unités (Cf. recommandation 1).

6.2 LES RESTRICTIONS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE NE SONT PAS INDIVIDUALISEES

La journée des patients hospitalisés en psychiatrie pour adultes est rythmée par les temps de repas, fixés à titre indicatif par le livret d'accueil et généralement appliqués au sein des unités. Si plusieurs soignants interrogés insistent sur la flexibilité relative des horaires, des contraintes subsistent. Ainsi à l'unité Littoral un affichage prévoit des sanctions en cas de non-respect : « *après 8h30, le petit-déjeuner est fermé* » ou encore : « *le repas est servi à midi, donc à 12h00, si vous n'êtes pas à table, il n'y aura pas d'entrée et pareil pour le reste du repas, si vous n'êtes toujours pas présent à table* ».

Le port du pyjama n'est imposé dans aucune unité et les patients peuvent porter leurs vêtements personnels, que ce soit en psychiatrie pour adultes, en pédopsychiatrie ou en psychogériatrie.

En pratique, les règles relatives au tabac varient d'une unité à l'autre, qu'il s'agisse de l'autonomie des patients pour l'accès à leur tabac, aux briquets, aux allume-cigarettes, aux espaces extérieurs ou fumeurs dédiés.

Au sein des unités, tabac et cigarettes sont parfois conservés par les soignants, en fonction des patients et éventuellement de leur « programme de soins » (unité Cytises, où certains les conservent) ou « plan de soins » (unité Ormeaux, où les patients n'y ont pas accès) ou « contrat personnalisé » (unité Gâtine, où huit patients sur treize sont concernés) et/ou encore, selon le personnel, pour prévenir surconsommation et risques de vol (unités Ormeaux, Gâtine, Sud). Les briquets peuvent être laissés aux patients (unité Ormeaux) ou parfois remisés dans le bureau des soignants (unité Lisière). Plusieurs unités disposent d'allume-cigarettes électroniques (unité Littoral) ou devaient en bénéficier prochainement (unité Ormeaux). Le principe d'accompagnement par un soignant ou la nécessaire ouverture de l'espace extérieur peut être source de restrictions supplémentaires, notamment tôt le matin. Certaines unités sont dotées de fumeurs entièrement grillagés, avec un accès plus fluide (unités Littoral, Est, Sud). D'autres restrictions, plus ponctuelles, existent également. Ainsi, dans l'unité Ormeaux, en journée, les patients ne peuvent fumer que sur le palier de l'escalier temporaire d'accès, qui ne peut accueillir

plusieurs patients à la fois en raison de son exigüité (1 m²). Il est également impossible d'y fumer la nuit, l'accès à l'extérieur se faisant par la partie « jour », à l'étage.

En pédopsychiatrie, le formulaire d'admission et d'autorisation de soins permet aux représentants légaux d'autoriser ou non leurs enfants de plus de 16 ans à fumer.

RECOMMANDATION 24

Les patients doivent pouvoir accéder à leur chambre et disposer de leurs effets personnels sauf décision médicale individuelle justifiée par l'état du patient. Une réflexion institutionnelle sur les restrictions dans les actes de la vie quotidienne doit être entreprise pour permettre d'harmoniser les pratiques au sein de l'établissement.

6.3 LA GESTION RESTRICTIVE DES ECHANGES AVEC L'EXTERIEUR PORTE ATTEINTE AU DROIT A LA VIE PRIVEE

6.3.1 Le courrier

Le droit des patients de communiquer avec des tiers par courrier est globalement garanti. Le livret d'accueil de psychiatrie s'y réfère (page 12) et contient les précisions utiles pour l'adressage des courriers à destination des patients. Les courriers au départ peuvent être remis au personnel des unités. Les frais d'affranchissement sont en principe à la charge des patients, même si les équipes de plusieurs secteurs indiquent trouver au besoin des solutions pour les patients ne pouvant s'en acquitter. Stylos et papiers peuvent être fournis si besoin, et une aide à la rédaction est possible, si les patients la sollicitent. Le courrier est distribué au sein des unités tous les jours, du lundi au vendredi.

La confidentialité des échanges semble elle aussi garantie, sauf exception. En effet, si les courriers ne sont pas lus avant d'être remis aux patients, certains colis sont tout de même ouverts en présence de soignants dès lors que la présence de produits stupéfiants est suspectée. De même, certains courriers au départ peuvent faire l'objet d'un contrôle préalable par les soignants se disant soucieux que le patient n'agisse pas ainsi contre son intérêt (ex. en résiliant son bail ou en démissionnant). Toutefois ce type de pratiques n'a pas nécessairement lieu d'être dès lors qu'une mesure de protection juridique est en place, ou qu'il est veillé à ce qu'elle le soit rapidement lorsqu'il y a lieu, ce qui est d'ailleurs effectivement le cas en psychiatrie pour adultes.

6.3.2 Le téléphone

Le livret d'accueil du centre hospitalier indique que les téléphones « *peuvent être tolérés* » au sein des unités. Est ajouté « *se renseigner dans l'unité* ». Il indique également qu'il est possible de recevoir des communications de l'extérieur et que des *points-phones* sont disponibles dans certaines unités. Certains règlements intérieurs ou règles de vie d'unités dites « ouvertes » précisent la possibilité de recevoir des appels sur un numéro dédié, d'user, le cas échéant, d'un téléphone portable en chambre et comportent des indications générales pour ne pas gêner les autres patients et la vie collective (utilisation en chambre uniquement, hors temps de repas, etc.). Les données transmises aux contrôleurs par l'établissement et les entretiens menés confirment que de nombreux patients ont effectivement la possibilité de communiquer avec des tiers par téléphone. Les règles et pratiques divergent toutefois s'agissant de l'accès au téléphone, et tout particulièrement au téléphone portable.

Ainsi, si l'accès est la règle générale dans certaines unités « ouvertes » en l'absence de contre-indication médicale ou de prescription individuelle (accès de 16h00 à 19h00 pour un patient à l'unité Littoral), il est en revanche généralement restreint par ailleurs, encadré avec en outre des règles complémentaires au cas par cas, en fonction d'indications médicales (unité Lisière) ou de contrats de soins (unité Gâtine).

Dans plusieurs unités, le téléphone n'est accessible que pour une durée donnée (« 30 min le matin, 30 min l'après-midi » à l'unité Lisière) ou sur des créneaux fixes, même si des consultations à la demande restent possibles (selon le règlement de l'unité Ormeaux). Les patients ne sont pas toujours autorisés à disposer librement du chargeur de leur téléphone, qui peut être conservé dans le bureau des soignants, en même temps que d'autres effets personnels.

Plusieurs unités disposent d'un poste téléphonique sur lequel des appels reçus de l'extérieur peuvent être reçus ou transférés, notamment pour des patients n'ayant pas de téléphone portable (unités Est et Littoral). Toutefois, la confidentialité des échanges n'est pas garantie, ces téléphones étant situés dans un espace de circulation. Il a pu être supprimé ailleurs mais avec la possibilité d'utiliser un téléphone sans fil du service (unité Ormeaux). De même, certains patients peuvent recevoir ou émettre des appels vers des tiers depuis le bureau des soignants, là encore sur un créneaux horaire précis, depuis un téléphone fixe (unité Lisière, de 17h00 à 18h30) ou sans fil (unité Ormeaux de 16h30 à 16h45 ; en psychogériatrie, sans restriction horaire, mais sur indication médicale). La médiatisation des appels ne semble pas systématiquement consécutive à une directive médicale mais relever aussi de décisions de l'équipe soignante.

Au centre d'accueil et de crise (CAC), les téléphones portables sont accessibles aux patients de 14h30 à 19h00 et sont le reste du temps remisés dans le bureau des infirmiers. L'accès peut y être donné dans la matinée, en cas de besoin pour des démarches administratives. En psychogériatrie, ils sont retenus. Être joint ou téléphoner demeure possible, mais oblige le patient à en faire la demande. A la date du contrôle, un seul patient conservait son téléphone personnel.

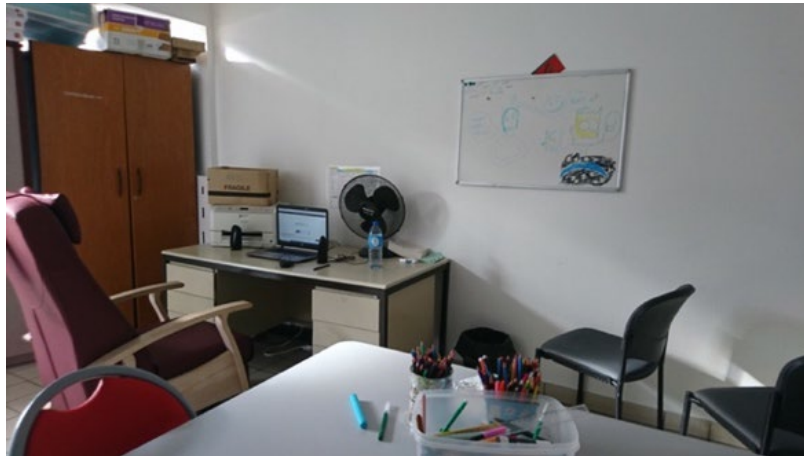
Globalement, les restrictions générales constatées tiennent donc à la possibilité même de détenir et d'user de son téléphone portable, aux heures pour en disposer, ou encore aux conditions d'émission ou de réception d'appels. Plusieurs patients et soignants estiment certaines de ces règles excessivement restrictives. Ainsi, une patiente auditionnée par le JLD en présence des contrôleurs a indiqué que son téléphone portable ne lui était accessible qu'une heure par jour et que le temps de charge en était décompté. Si des soignants font état d'une certaine souplesse sur l'application des règles ainsi définies, le fonctionnement actuel réduit l'autonomie générale des patients et n'exclut pas le risque d'arbitraire. Le CGLPL avait déjà recommandé en 2011 d'engager une réflexion générale sur l'accès au téléphone et l'utilisation des téléphones portables et signalait également la nécessité de veiller à la confidentialité des conversations (recommandation n°6). Cette recommandation reste à prendre en compte.

RECOMMANDATION 25

Les règles et pratiques d'accès au téléphone doivent être harmonisées et la possibilité d'en disposer doit être le principe. Toute restriction, quelle qu'en soit la nature, doit être effectivement justifiée par la clinique du patient, nécessaire, adaptée, proportionnée et régulièrement revue. La médiation ou la présence de tiers lors des appels doit également

relever d'une décision médicale individualisée et la confidentialité des communications doit être rendue possible.

6.3.3 L'accès aux médias



Salle d'activité avec un accès Internet à l'unité Lisière

Les accès à Internet, aux réseaux sociaux et à l'information restent globalement limités pour les patients. Comme prévu par le règlement intérieur du CH, ceux-ci peuvent regarder la télévision dans les espaces communs des unités mais il n'y a pas de téléviseur en chambre.

L'achat de la presse est possible à l'extérieur et certains journaux sont vendus à la cafétéria voisine mais peu de journaux sont disponibles au sein même des unités ; seule une distribution de quotidiens est assurée ponctuellement au secteur 3 à l'initiative de la chargée d'accueil.

Les secteurs de psychiatrie pour adultes n'offrent pas d'accès Wifi et la commission des usagers (CDU) avait souhaité, en 2020 et 2021, que des solutions soient recherchées en ce sens, pour l'ensemble des patients du CH⁶. Si d'autres services du CH ont pu effectivement en être dotés depuis, cela n'était pas le cas de la psychiatrie au moment de la visite des contrôleurs. Certaines unités disposent tout de même d'un poste informatique fixe, accessible en principe sur prescription (Lisière), pour utiliser Internet, visionner des vidéos ou écouter de la musique (unités Lisière, Gâtine) sinon principalement pour des démarches administratives (unité Cytises). Cet équipement n'existe pas par ailleurs.

Les personnes hospitalisées peuvent, dans certaines unités, utiliser librement leur ordinateur portable si elles en disposent (unité Littoral), ce qui semble être exceptionnel, aucun patient n'en avait à l'unité Est ou Lisière. L'accès aux réseaux sociaux dépend donc de la détention d'un téléphone portable doté d'un forfait Internet.

A l'unité Lisière, les contrôleurs ont été informés d'un contrôle périodique de l'historique du navigateur utilisé par les patients, sans que cette pratique ne soit ni encadrée, ni tracée. Le CGLPL rappelle que tout éventuel contrôle de l'administration sur l'activité numérique et en ligne des personnes privées de liberté doit être justifié, individualisé et tracé. Le droit à la vie privée et à la protection des données personnelles, de même que la liberté d'expression et d'opinion doivent être préservés. Leur exercice ne peut être limité que par des nécessités individualisées de sécurité, d'ordre public ou de protection des mineurs au sein des établissements concernés.

⁶ CDU, Rapport annuel d'activité 2020, p. 6 & 49.

RECOMMANDATION 26

Tout contrôle éventuel de l'utilisation faite des postes et des connexions à distance ne peut relever d'initiatives personnelles des soignants. Il doit être motivé par le comportement du patient, encadré et tracé. Une telle mesure, qui doit rester exceptionnelle, doit faire l'objet d'une information préalable des patients.

Le CGLPL renvoie également à son avis public relatif à l'accès à Internet dans les lieux de privation de liberté⁷ qui recommande que celui-ci soit « *aménagé dans l'ensemble des centres hospitaliers accueillant des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement, afin de permettre aux patients dont l'état clinique le permet de consulter leur messagerie, de se former ou de s'informer et d'initier des démarches pour préparer leur levée d'hospitalisation, en toute autonomie. De même, les patients doivent pouvoir conserver leurs terminaux mobiles personnels (smartphones, ordinateurs portables, tablettes, etc.). Les seules exceptions doivent relever d'une décision médicale ou du choix du patient concerné (...) Les établissements de santé doivent par ailleurs aménager un accès wifi pour permettre aux patients d'utiliser leurs terminaux personnels* ».

RECOMMANDATION 27

L'accès Internet doit être aménagé pour les personnes hospitalisées en psychiatrie. Celui-ci ne peut être restreint qu'en vertu de décisions médicales individuelles et motivées au regard de l'état clinique des patients, et soumises à réévaluation régulière.

6.3.4 Les visites

Un temps suspendu en raison du contexte sanitaire, la possibilité de recevoir des visites a été rétablie. Toutefois, l'affichage n'a pas été systématiquement mis à jour. Certaines informations affichées à l'entrée des unités sont obsolètes, notamment sur les horaires et les restrictions applicables. Les pratiques observées au niveau des différents services, secteurs et unités restent par ailleurs hétérogènes et parfois excessivement restrictives.

Le livret d'accueil du centre hospitalier prévoit, pour la psychiatrie, des possibilités de visites l'après-midi, en fonction des règles spécifiques à chaque unité. Ces visites sont effectivement autorisées principalement l'après-midi, avec une amplitude horaire variable, sur présentation du passe sanitaire et généralement sur rendez-vous.

Des restrictions générales ont été relevées : ainsi à l'unité Gâtine où un seul créneau de visite est ouvert par jour, ne permettant donc qu'à un seul des treize patients d'en bénéficier. De même en psychogériatrie, une seule visite par semaine est autorisée par patient.

Les données transmises par l'établissement et les entretiens réalisés confirment que la plupart des patients peuvent effectivement recevoir des visites⁸. En l'absence de prescription médicale, elles sont généralement considérées comme libres, quoique potentiellement proscrites pour une période initiale de 24 heures (Cytises). En pédopsychiatrie, elles sont à l'inverse subordonnées à l'existence d'une prescription médicale.

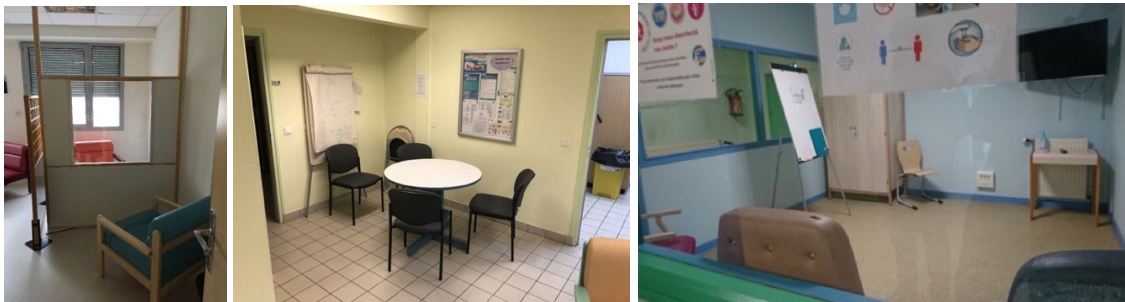
⁷ CGLPL, Avis du 12 décembre 2019 relatif à l'accès à Internet dans les lieux de privation de liberté.

⁸ Lisière : 8/9 ; Littoral : 15/15 ; Est : 12/12 ; Sud 13/15 ; Ouest 15/15 ; Cytises 13/15 ; Gâtine 14/13 ; Ormeaux 13/13 ; Pédopsychiatrie : 9/9 ; Psychogériatrie : 0/16.

Elles peuvent être « contingentées » et éventuellement « médiatisées » par des soignants (unité Ormeaux). Cette médiatisation pose également question dès lors qu'elle ne semble pas toujours relever d'une indication médicale. Les contrôleurs ont également constaté qu'à unité Lisière, pour des considérations d'ordre sécuritaire, visiteur(s) et patient étaient enfermés le temps de la visite.

La plupart des unités disposent d'un salon visiteurs, à l'exception de l'unité Est où la salle d'activité est utilisée. Les visites sont possibles et encouragées dans les espaces extérieurs, notamment pour les patients hospitalisés en soins libres. Bien que le règlement intérieur général du CH prévoit que « *la personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées* », en psychiatrie, cette possibilité n'apparaît qu'exceptionnellement offerte, et dans certaines unités seulement (unité Cytises). Sauf dérogation en cas d'accompagnement en fin de vie, ces visites en chambre ne sont plus possibles en psychogériatrie, alors que les familles pouvaient auparavant y rendre visite à leur proche matin comme après-midi. Des appels en « visio » sont en revanche possible avec les tablettes dont le service a été doté.

L'état des salons visiteurs est variable et parfois inadapté. Certains salons sont sommairement aménagés et meublés (ex. en psychogériatrie avec des claustras en bois) ou servent par ailleurs à entreposer du matériel médical ou bureautique. L'équipement est parfois minimal ou dans un état dégradé : absence de table et fauteuil dégradé à l'unité Littoral. Des représentants des membres de famille et proches de patients jugent ces salons généralement « peu conviviaux », impression partagée par les contrôleurs. La confidentialité des visites et des échanges entre patients et visiteurs est parfois compromise par l'aménagement des espaces où plusieurs visites ont parfois lieu simultanément ou encore dès lors que le local est vitré et directement visible depuis le couloir de l'unité.



Espaces visites : Unités Cytises/Gâtine ; Lisière ; Littoral

RECOMMANDATION 28

Les règles relatives aux visites doivent être mises à jour et affichées. Les conditions matérielles doivent être améliorées et la confidentialité des conversations doit être respectée. En aucun cas les visiteurs ne doivent être enfermés dans l'espace de visite.

Les règles et pratiques concernant les visites de mineurs semblent également hétérogènes. Elles peuvent être interdites, en application d'une interdiction plus générale de présence de mineurs au sein des services. Cette interdiction est spécifiée pour les mineurs de moins de 15 ans dans le livret d'accueil général et parfois visée par le règlement intérieur de l'unité, lequel peut prévoir des exceptions (unité Ormeaux) ou des aménagements (unité Littoral, Est), comme la mise à

disposition d'une salle de réunion, du hall de l'unité des Cytises de la « partie nuit » (pour l'unité Ormeaux) pour éviter le croisement avec d'autres patients. Certains affichages, datés, continuent de faire état d'une interdiction stricte des visites des mineurs (unité Lisière datant de juillet 2021). La justification de cette interdiction de principe ne semble pas évidente, certaines salles de visite étant accessibles sans pénétrer dans les unités de soins.

RECOMMANDATION 29

La possibilité pour des mineurs de rendre visite à un parent ou un proche, dans des conditions assurant leur sécurité, doit être effectivement garantie, sauf à ce qu'une mesure judiciaire et/ou l'intérêt supérieur des mineurs s'y oppose.

6.3.5 La confidentialité de la présence dans l'établissement et de l'état de santé

Par convention oralement partagée, le personnel du bureau des admissions du centre hospitalier signale comme confidentielles, par défaut, les hospitalisations sans consentement en psychiatrie mais pas celle des patients en soins libres, pratique qui permet effectivement de préserver ce droit dans les premiers temps de l'hospitalisation.

En cas d'appel au standard général, le secteur d'hospitalisation est contacté et informé d'un appel mais aucune information n'est directement donnée à la personne appelante sur la présence ou non du patient demandé. Pour autant, l'information directe, orale et le renseignement des volontés des patients sur l'éventuelle confidentialité de leur présence ne semble ni protocolisée, ni systématique, même si la possibilité de « *demandeur que (votre) présence à l'hôpital ne soit pas divulguée* » figure bien dans le livret d'accueil (p. 6). Il arrive toutefois que certains patients signalent ne pas vouloir de contacts, information qui sera consignée dans le dossier informatisé (« *personne ne souhaite pas de contacts* »).

Plusieurs professionnels confondent visiblement confidentialité de l'hospitalisation et anonymisation du dossier ou secret relatif à l'état de santé. Ils indiquent solliciter utilement la direction des usagers pour avis ou sont en demande d'un protocole général, clair et partagé, relatif à ces enjeux, complété d'une formation plus large des équipes. Il a été signalé que la confidentialité n'est pas préservée lors de l'information des agents SSI sur les isolements et les contentions. Plusieurs agents indiquent que des soignants communiquent les noms des patients, et non seulement les chambres concernées.

RECOMMANDATION 30

La formation des professionnels sur la confidentialité de l'hospitalisation d'une personne ou l'information de tiers sur son état de santé, l'information des patients et l'enregistrement des volontés de ceux-ci doivent être renforcés. Un protocole interne pourrait utilement consolider et compléter les initiatives déjà en place dans ce domaine.

6.4 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE ET SON ORGANISATION DEMEURE LIMITEE

Au dernier jour du contrôle, correspondant également à la date de clôture officielle de la procédure d'inscription sur les listes électorales pour les élections présidentielles prévues les 10 et 24 avril 2022, aucune action n'avait été engagée par la direction pour informer les patients des unités des modalités d'exercice de leur droit de vote dans le cadre des élections présidentielles et législatives à venir.

De manière générale, à l'issue de la mission, il est apparu que rien n'avait été prévu pour ces scrutins s'agissant de l'inscription sur les listes électorales comme des modalités de vote par procuration.

Toutefois, la semaine suivant le départ de la mission de contrôle, une note d'information des personnes hospitalisées au CH de Niort devait être établie et diffusée par la direction aux fins d'information relative aux modalités du vote par procuration.

RECOMMANDATION 31

Tout scrutin électoral doit faire l'objet d'une information et d'une organisation destinées à favoriser l'exercice du droit de vote des patients. Chacun doit être informé en temps utile des modalités d'inscription sur les listes électorales, des modes d'exercice du droit de vote et des échéances des scrutins afin d'être en mesure d'engager les démarches nécessaires.

6.5 L'INFORMATION LACUNAIRE DES PATIENTS LIMITE L'ACCES A L'EXERCICE D'UN CULTE

Les soignants des différentes unités visitées ont montré qu'ils étaient sensibles au droit de chaque patient de pratiquer le culte de son choix et les aumôniers n'ont pas de difficulté d'accès aux unités. Cependant, le niveau d'information des patients semble limité et varier d'une unité à l'autre.

Le livret d'accueil remis aux patients contient des informations obsolètes et parcellaires sur l'accès aux différents cultes. Les contacts de chaque aumônier figurant dans le livret, noms et numéros de téléphone, ne sont plus à jour depuis plusieurs années pour certains.

Le livret d'accueil et l'affichage dans les unités ne font pas mention des modalités exactes d'accès aux cultes. La seule information y figurant relative à la fréquence de la messe dans la chapelle est erronée puisqu'une messe est célébrée une fois par mois, le quatrième dimanche, et non tous les dimanches comme mentionné.

De même, il n'est pas fait mention de la présence sur place d'un aumônier catholique accessible tous les jours ainsi que de la présence d'un aumônier protestant deux fois par semaine. Pour les autres cultes, aucune information n'est disponible sur la possibilité de faire venir sur place des aumôniers musulman, juif et orthodoxe à la demande.

Outre la chapelle, il n'est fait aucune mention de la salle œcuménique accessible à tous les cultes.

RECOMMANDATION 32

Afin d'assurer un accès effectif au culte, l'information des patients relative aux célébrations et à la possibilité de contact avec un aumônier doit être mise à jour dans le livret d'accueil et sur les affiches dans unités.

6.6 LA QUESTION DE LA LIBERTE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS ABORDEE INSTITUTIONNELLEMENT

De manière générale, la question de la vie sexuelle des patients n'a fait l'objet d'aucune discussion institutionnelle.

Par ailleurs, l'examen des règlements de chaque unité et les échanges avec le personnel soignant font apparaître des approches très hétérogènes. Dans certaines unités, la règle est l'interdiction de principe de toute relation sexuelle alors qu'aucune directive n'est en vigueur dans d'autres.

Dans l'ensemble, le constat est que la question de la vie sexuelle des patients n'est pas abordée et discutée dans les unités visitées. Si les soignants sont vigilants sur la question du consentement et parfois de la prévention, la question de l'interdiction dans la majorité des unités n'est pas débattue.

RECOMMANDATION 33

Il convient de revoir les règles de vie des unités afférentes à la sexualité et de mettre en place une réflexion institutionnelle au sein de chaque pôle concernant la liberté sexuelle des patients. Le CGLPL rappelle que la liberté sexuelle est une liberté fondamentale et qu'un établissement sanitaire ne peut interdire les relations sexuelles de manière générale⁹.

⁹ CGLPL, *L'intimité dans les lieux de privation de liberté*, Rapport thématique, juillet 2022 (reco. 25 not.).

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

7.1 LES LIEUX D'ISOLEMENT NE SE LIMITENT PAS AUX CHAMBRES D'ISOLEMENT AMENAGEES A CET EFFET ET DONT L'ETAT EST TRES INEGAL

Les documents fournis par le pôle font état de cinq chambres d'isolement (CI) réparties dans trois unités : deux à l'unité des Ormeaux du secteur 1, deux à l'unité Sud du secteur 2 et une à l'unité la Lisière du secteur 3 ; lors de la visite, l'unité des Ormeaux est en travaux et ses chambres d'isolement sont inutilisables. Ce décompte montre que l'établissement ne prend pas en considération les deux CI installées au centre expertise autisme adulte (CEAA) dont l'une était hors d'usage et en réfection lors de la visite.

En pratique, les patients peuvent être enfermés ou attachés dans d'autres lieux : un « studio d'isolement » à l'unité d'hospitalisation de l'intersecteur de pédopsychiatrie, une chambre dénommée d'« hypostimulation » et deux chambres à mobilier adapté dans l'unité de psychogériatrie et une chambre de « retrait calme » au service handi-santé. En outre, au service des urgences, des patients peuvent être « isolés » dans les boxes qui ne se ferment pas, attachés sur un brancard spécifique « lit Rochette », toujours prêt à l'usage (Cf. § 4.1.1).

Enfin, l'unité des Ormeaux s'est dotée d'une chambre « modulable » dans laquelle des patients peuvent être placés porte fermée.

Les CI sont dans un état inégal, certaines ayant été refaites récemment. L'accès est précédé d'un sas, le mobilier – limité à un lit – est identique partout. Il est constitué de blocs de mousse de forte densité recouverts de toile de plastique épaisse. Du mobilier supplémentaire de même constitution peut être fourni, notamment un pouf pouvant servir de table.

Le sas donne accès à la chambre ainsi qu'à la salle d'eau. À l'unité Sud, il dessert les deux chambres, la salle d'eau et un accès à un autre couloir proche de l'entrée de service de l'unité ; cette disposition permet de faire entrer plus rapidement dans la CI un patient venant de l'extérieur pour un placement direct en isolement.

Une horloge indiquant le jour et l'heure par affichage analogique est fixée au mur du sas face à la porte d'accès à la chambre ; elle n'est pas visible aux personnes attachées.

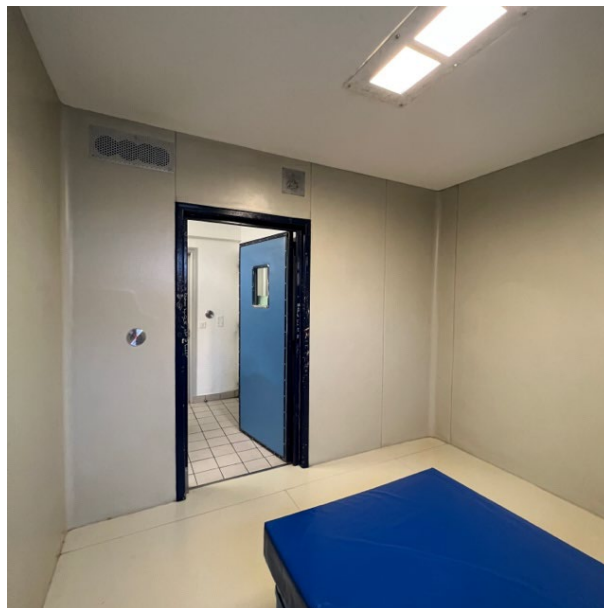
Un ou deux boutons d'appel, selon les chambres, sont installés, ils ne peuvent pas être actionnés par un patient attaché.

Les dispositifs de réglage de l'intensité de la lumière et de la température sont placés à l'extérieur, donc hors de portée de l'occupant, situation inconfortable lorsque la lumière zénithale est imposée au patient, attaché ou simplement allongé.

La fenêtre opacifiée ne donne pas vue sur l'extérieur ; elle est fermée à clef mais le battant peut être ouvert pour l'aération de la pièce.



Unité La Lisière



Unité Sud

La salle d'eau attenante aux CI de l'unité Sud est équipée d'une douche à l'italienne. De même, une douche et un lavabo en inox sont installés dans le sas de l'unité La Lisière dont la CI comporte un siège de WC en inox auquel le patient isolé a donc librement accès.

Tel n'est pas le cas à l'unité Sud où le patient doit utiliser un urinal, le WC étant dans un état immonde, ou, lorsque celui-ci est plein, des verres en plastique pour faire ses besoins naturels. De même, les WC de la CI du CEAA sont installés dans la salle d'eau attenante, le patient n'y a accès qu'accompagné du personnel soignant.

Les portes des CI sont percées d'un fenestron qui donne vue sur la pièce depuis le sas. Certains de ces fenestrons sont en partie occultés par une protection artisanale.



Urinal et ses annexes CI unité Sud

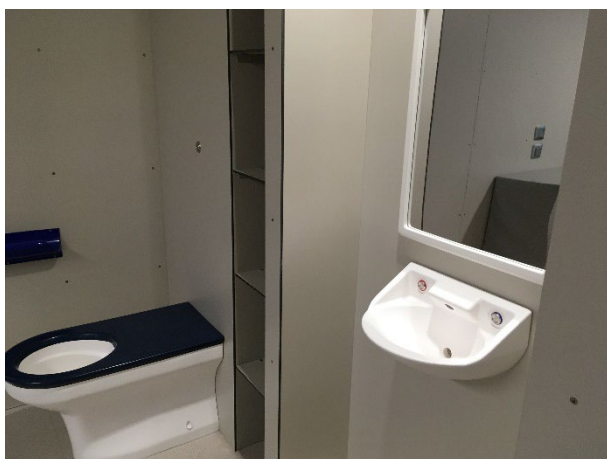


Fenestron de la CI unité Sud

RECOMMANDATION 34

Le patient isolé doit toujours pouvoir actionner le bouton d'appel, notamment lorsqu'il est attaché, régler lui-même l'intensité de la lumière, avoir à tout moment accès à des toilettes dans des conditions qui préservent son intimité et sa dignité.

La chambre « modulable » de l'unité des Ormeaux dispose d'un mobilier plus fourni : un lit qui n'est pas fixé au sol, une table, un tabouret et un fauteuil, tous en mousse dense et recouverte de toile plastique, y compris l'oreiller. Un siège de WC et un lavabo surmonté d'un miroir sont installés à l'intérieur de la pièce ainsi qu'une horloge à affichage digital indiquant l'heure et le jour. Les murs sont recouverts d'un isolant phonique et il est prévu que le patient puisse faire diffuser de la musique, dispositif qui ne fonctionne pas lors de la visite. Une partie grillagée de la fenêtre peut être entrouverte permettant le passage d'un courant d'air.



Chambre « modulable » de l'unité des Ormeaux

7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT MECONNAISSENT LARGEMENT LE CADRE LEGAL ET LA SECURITE DES PATIENTS

Les lieux et pratiques d'isolement particuliers à la psychogériatrie sont traités dans le chapitre consacré à cette unité (Cf. § 10.1) et ceux propres à la pédopsychiatrie dans le paragraphe 10.2.

7.2.1 Le déroulement des mesures

Les mesures d'isolement ne se déroulent pas toujours dans les conditions de respect de la dignité ou de la sécurité des patients. Les documents¹⁰ indiquant les procédures à suivre fournis aux contrôleurs ne décrivent pas une procédure précise à suivre pour un isolement ou une contention. Ils ne sont pas à jour des dispositions législatives et ne constituent pas un guide des modalités pratiques de réalisation de la mesure. Cette carence explique en partie les errements constatés des équipes insuffisamment informées et formées (Cf. recommandation *infra*).

Les conditions légales relatives à ces mesures ne sont pas toujours respectées : ainsi, alors que la décision d'isolement, de même que la décision de renouvellement de la mesure, doivent être prises par un psychiatre après entretien avec le patient, il arrive que les internes, sollicités par téléphone, décident le renouvellement sans voir le patient et sans faire valider leur décision par un senior. De même, des isolements « si besoin » figurent dans les prescriptions des patients, alors que de telles « prescriptions » sont prohibées.

L'examen somatique n'est pas systématiquement demandé lorsqu'une mise en chambre d'isolement ou en contention est réalisée. De même, les patients maintenus en chambre d'apaisement fermée ne sont pas systématiquement signalés à l'attention du médecin généraliste ni examinés.

En revanche, le patient est informé, ainsi que les proches qu'il a désignés, en général bien après le début de la mesure, des droits afférents à sa situation. Si aucune désignation n'a été faite à l'entrée, la désignation est de nouveau sollicitée auprès du patient au moment du renouvellement de l'isolement et l'information est alors faite.

Toutes les unités ne signalent pas systématiquement au service de sécurité-incendie l'utilisation d'une CI ni un enfermement en chambre. Ce service n'est pas toujours informé précisément de la fin des mesures ou des levées de contention.

Les patients isolés en CI sont systématiquement mis en pyjama institutionnel, sans que l'utilité de cette mesure soit discutée, et il arrive même, que des patients soient laissés nus, à même le surmatelas.

On trouve des utilisations fréquentes des CI comme chambres hôtelières lors d'épisodes de suroccupation des unités.

De nombreux isolements sont pratiqués en chambre hôtelière, en pareil cas, ils ne sont pas enregistrés dans le dossier patient informatisé (DPI) et ne sont donc pas comptabilisés dans les données statistiques. Les isolements dans les chambres d'apaisement, au CEAA ou dans le service de psychogériatrie ne sont pas non plus enregistrés.

Des isolements sont décidés pour des motifs qui n'entrent pas dans le cadre prévu par la loi laquelle dispose : « Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ». Tel est le cas pour les personnes détenues, systématiquement placées à l'isolement, alors que le statut pénal du patient ne saurait, à lui seul, justifier la mesure. Tel est également le cas lorsqu'un patient mineur est, faute de lit disponible dans l'unité des adolescents, hébergé dans une unité pour adultes et qu'il est alors placé en CI pour l'éloigner des autres patients ; la minorité ne saurait non plus être un motif légal d'isolement.

¹⁰ Référencés « CEAA-SHS-PSY-MO-001 version N°2 MAJ 27 juillet 2016 « CEAA-SHS-PSY-MO-001-001, version N°2 MAJ 11 juillet 2016 » et « CEAA-SHS-PSY-MO-001-001, version N°2 MAJ 27 juillet 2016 ».

Le débriefing avec le patient en sortie d'isolement n'est pas systématique, mais la phase d'isolement peut éventuellement être « reprise » plus tard.

RECOMMANDATION 35

Toutes les dispositions légales encadrant le placement à l'isolement doivent être respectées, et le personnel doit être parfaitement formé à sa mise en œuvre.

Les mesures d'isolement doivent être décidées et renouvelées par un psychiatre après entretien avec le patient.

Les isolements et contentions en chambre ordinaire doivent être proscrits, de même que les « prescriptions d'isolement si besoin » ou la mise à nu du patient au mépris de sa dignité et de son intimité.

Un examen somatique doit être réalisé systématiquement dans les heures suivant la mise en isolement ou en contention et renouvelé quotidiennement sur les patients attachés.

Le service de sécurité et d'incendie doit être immédiatement prévenu de l'enfermement d'un patient, son lieu et ses conditions.

7.2.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

Depuis le 1^{er} janvier 2022, le bureau des admissions reçoit l'information que lui communiquent les unités sur les décisions d'isolement et de contention.

Les agents de ce bureau tiennent à jour un tableau Excel, partagé par les cadres et les secrétariats des secteurs, qui constitue un agenda de suivi des différentes phases de l'intervention du JLD pour chaque mesure d'isolement en cours. Lorsqu'un isolement ou une contention est décidé, le cadre de l'unité renseigne le tableau à partir des données du DPI. Lorsque la durée de l'isolement atteint 48 heures (24 heures pour une contention), le bureau des admissions adresse un courriel d'information au juge des libertés et de la détention (JLD). Lorsque la durée de mesure atteint 72 heures (48 heures pour une contention), un courriel de saisine est adressé au JLD. Lorsque la mesure est renouvelée sur autorisation du JLD, celui-ci est de nouveau saisi dans les conditions prévues par la loi.

Quoiqu'à la date du contrôle (début mars 2022) le décret d'application n'était pas paru, dix décisions avaient été rendues depuis le début de l'année. Le JLD a censuré la méconnaissance de la procédure légale, notamment le respect des délais d'information et le motif de la mesure d'isolement, et prononcé la mainlevée de mesures irrégulièrement conduites.

7.3 LA POLITIQUE DE DIMINUTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT RESTE A ELABORER

7.3.1 Le registre d'isolement

Les décisions d'isolement sont enregistrées dans le DPI, sous l'onglet « prescription » du logiciel de gestion *CROSSWAY*. Une fonctionnalité ouvre un écran mentionnant en haut « décision initiale d'hypostimulation » et affiche automatiquement la date, l'heure – celles du moment où les données son renseignées, qui peuvent être changées –, et, sous la rubrique « médecin prescripteur », le nom de la personne ayant ouvert la session.

Un tableau permet ensuite de cocher un nom de médecin prescripteur parmi une liste de cinquante praticiens, nombre bien supérieur à celui des psychiatres du pôle habilités à prendre une telle mesure. Diverses informations peuvent également être entrées : type d'isolement (espace dédié ou non), information du patient, durée « prescrite » de la décision initiale, fréquence et modalité de la surveillance.

Le logiciel permet également de saisir les données relatives à un renouvellement de mesure d'isolement (ou de contention), mesure dénommée par cet outil « mise en hypostimulation ». Il est possible de saisir une décision de renouvellement de mesure d'isolement alors qu'aucune mesure initiale n'a été prise ; de même, il est possible d'enregistrer pour un patient une nouvelle mesure d'isolement alors que la fin d'une mesure antérieure n'est pas enregistrée.

Un registre d'isolement est confectionné par extraction trimestrielle de ces données, à la demande du service qualité. Même si l'agent en charge de cette extraction s'efforce de vérifier les données les plus manifestement susceptibles d'être erronées, notamment les durées, et de les corriger en prenant contact avec les unités, les modalités d'enregistrement des éléments des isolements et contentions dans le DPI ne garantissent en rien la fiabilité de ce qui figure dans ce registre.

En outre, il convient de préciser que les « temps en chambre » et les enfermements en chambre la nuit, systématiques pour certains patients, ne sont pas enregistrés et que ne le sont pas non plus les placements en « chambre modulable ».

Ce registre ne constitue donc pas un outil fiable et exhaustif d'observation du nombre et des modalités d'isolement et de contention. Sa confection correspond à la préoccupation de se conformer aux obligations prévues par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique¹¹ mais elle ne répond pas à l'objectif de fournir aux professionnels un outil fiable d'observation chiffrée des pratiques et de réflexion institutionnelle sur celles-ci (Cf. *infra* recommandation *infra*).

7.3.2 La politique de réduction du recours

Le rapport annuel est, pour sa moitié, un rappel des procédures de mise à l'isolement, pour partie des « copié-collé » des rapports des années précédentes ; le rapport pour 2019 annonce la mise en place d'un comité de pilotage sur la question et précise qu'il ne s'est jamais réuni au cours de cette année-là « *en raison de la réflexion menée sur la mise en place du nouveau dossier patient informatisé* ».

La cadre supérieure de santé du secteur 3 est en charge d'une mission sur l'isolement et la contention qu'elle structure en comité de pilotage.

¹¹ Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « (...) III.- Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. ».

Un programme « contention et isolement Pôle psychiatrie » portant sur la période 2021-2022 a été élaboré sous la responsabilité du directeur de la psychiatrie, du coordonnateur des soins et du médecin psychiatre chef de pôle. Il prévoit qu'un comité de pilotage restreint se réunira tous les deux mois pour suivre la réalisation de ce programme. Celui-ci répond au constat d'un besoin de coordination des différents acteurs du pôle « concernant l'application des recommandations de la HAS et la législation de recours aux mesures d'isolement et de contentions en psychiatrie générale ». Il décline huit axes de travail qui, pour la majorité, visent la sécurité juridique des pratiques par la mise en place de procédures assurant le respect des dispositions législatives, la sécurité des soignants (notamment effectifs suffisants, formation à la prise en charge de la violence ou celle dénommée « contentions sans tabou » en vue d'harmoniser et sécuriser la mise en œuvre de contentions) et la sécurité du patient à travers l'adaptation de l'architecture et l'acquisition de matériel sécurisé.

L'objectif de diminution du recours à ces mesures se traduit, dans ce document, par la création d'espaces d'apaisement – réalisés aux unités Sud et Ormeaux et prévus à Lisière – et par l'organisation de temps de rencontre pluriprofessionnels quotidiens (dont il n'est pas précisé s'ils ne sont pas déjà constitués par les temps de transmission) et par l'harmonisation à venir sur l'utilisation des espaces d'apaisement.

Il ressort, en effet, des entretiens conduits par les contrôleurs auprès des professionnels que la conception de l'utilisation de ces espaces et des chambres « modulables » est loin de faire consensus parmi les soignants, médecins comme non médecins. Singulièrement, la qualification de « modulable » masque le fait que, si les conditions de séjour y sont moins inconfortables que dans les CI classiques, le patient y est bel et bien enfermé, donc isolé au sens réel – et légal – du terme. Le déploiement de ces chambres ou autres lieux d'apaisement ne constitue donc pas, si le patient y est enfermé, un moyen de diminuer le recours à l'isolement mais une façon différente de le pratiquer.

Les outils d'observation et d'analyse des pratiques – le registre ou les statistiques – sont inexistantes ou peu fiables. Pourtant, le recours à l'isolement est important : alors que les données qui ont été communiquées minimisent les faits, en raison d'un sous-enregistrement, il apparaît que 16 % de la file active des patients hospitalisée connaît au moins une mesure d'isolement pendant son séjour et ce taux atteint 56 % des patients en soins sans consentement. Les équipes témoignent qu'il n'y a pas de discussion formelle sur les données quantitatives qui peuvent leur être fournies indépendamment de la fiabilité ou de la représentativité réelle de celles-ci.

La réflexion institutionnelle est actuellement orientée vers une sécurisation juridique et matérielle. L'objectif de diminution du recours, difficile à préciser faute d'outil de mesure fiable et exhaustif de l'existant, reste à prioriser.

RECOMMANDATION 36

Le pôle de psychiatrie doit élaborer un registre des isolements et des contentions, maintenu quotidiennement à jour, fiable et prenant en compte toutes les modalités d'enfermement et de contention. Son exploitation, en donnant une description de la réalité des pratiques, doit alimenter la réflexion institutionnelle sur la question. Celle-ci, au-delà des préoccupations de sécurité juridique et matérielle, doit viser une diminution du recours à ces mesures dans la prise en charge des patients.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA CDSP EST EN DESHERENCE ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT PEU ASSOCIES AUX PROJETS DU SERVICE

8.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne fonctionnait déjà pas au complet lors du dernier contrôle en 2011, elle ne fonctionne plus du tout depuis 2019. L'ARS n'a pas indiqué rechercher des volontaires dans des départements voisins.

Les derniers rapports annuels (2018 et 2019) tiennent en deux pages et se limitent à compiler les données d'hospitalisations sans consentement des établissements de santé du département dans un tableau, sans observation. Ils passent sous silence tout une série de contrôles obligatoires et d'analyses, comme la situation des personnes hospitalisées depuis plus d'un an ou celle portant sur des patients hospitalisés en SDT dans le cadre d'un péril imminent ou d'une procédure d'urgence et les modalités d'accès des patients aux informations de santé qui les concernent. Il n'est fait mention d'aucune réclamation adressée à la commission.

La dernière visite de l'établissement date de 2013 et cette situation ne semble pas vraiment préoccuper l'ARS.

RECOMMANDATION 37

La commission départementale des soins psychiatriques doit sans délai être rétablie dans son fonctionnement de façon à exercer effectivement la mission qui lui est confiée par la loi de s'assurer du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes hospitalisées sous contrainte en milieu psychiatrique.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé indique que : « *les démarches pour rétablir la commission départementale des soins psychiatriques sont en cours. Les représentants d'association d'usagers agréés ont donné leur accord pour siéger au sein de celle-ci et des recherches actives des médecins (psychiatres et médecins généralistes) sont effectuées.* »

8.1.2 La place des usagers et la commission des usagers

La représentation des usagers de la psychiatrie dans l'établissement est exercée parmi beaucoup d'autres représentations de patients en raison du nombre important de pathologies prises en charge au CH de Niort. On compte une trentaine d'associations recensées dont deux concernent les maladies mentales. Au sein de la commission des usagers (CDU), sur les deux sièges revenant aux représentants des usagers, un est occupé par le représentant de l'UNAFAM en tant que vice-président de l'instance ; cette association de familles d'usagers de la psychiatrie siège également au Conseil de Surveillance. Les représentants des usagers peuvent participer pratiquement à toutes les instances de l'établissement à l'exception du comité technique d'établissement (CTE), de la commission médicale d'établissement (CME) et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). C'est du reste le cas pour le représentant de l'UNAFAM qui siège à la CDU comme dans toutes les instances.

Les usagers de la psychiatrie et leurs familles disposent de locaux nombreux et spacieux, dans l'espace des usagers (situé dans le hall de l'hôpital) partagés avec d'autres associations et près de l'ancien cloître affectés exclusivement à l'UNAFAM.



Espace des usagers et salle de réunion du local de l'UNAFAM

La composition et le rôle de la CDU sont facilement connus des patients ; ces informations sont affichées dans les couloirs des unités et explicitées de façon très complète dans le livret d'accueil et sur le site Internet de l'hôpital mais avec une recherche inconcomode.

La CDU se réunit régulièrement (huit fois en 2019, six fois en 2020, six fois à date d'octobre 2021) sous deux formes. Une forme élargie à toutes les associations d'usagers agréées par l'établissement durant laquelle elle n'aborde que les questions en rapport avec les projets institutionnels et leur impact sur les droits des patients, et sous une forme restreinte limitée et réservée à l'examen des événements indésirables graves, des réclamations et plaintes, du compte-rendu des médiations et du rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie.

Depuis quelques années, on constate une dégradation de la participation aux réunions de la CDU notamment du côté des professionnels de santé. La liste des personnes excusées est maintenant plus longue que celle des présentes. Les médecins ne viennent que très rarement et le seul psychiatre, pratiquement jamais, ce qui conduit à des présentations sans véritable débat sur la politique médicale de réduction des mesures de restriction des libertés. Aucun médecin psychiatre membre de la CDU n'était présent lors de l'examen des rapports 2019 et 2020 sur l'isolement et la contention. Il convient donc d'être aussi vigilant au risque d'être dans l'impossibilité de siéger comme c'est le cas pour la CDSP.

RECOMMANDATION 38

La pluridisciplinarité de la commission des usagers permet d'instaurer des débats argumentés et constructifs mais l'absence du médecin psychiatre désigné à la commission réduit la portée des analyses et constitue un obstacle à l'évaluation des droits des patients. La présence d'un psychiatre aux travaux de l'instance doit être garantie.

Pour fonctionner correctement, ses membres peuvent se former à l'évolution des droits des patients, aux dispositions du droit de la santé, à leur rôle au sein de la CDU mais la participation aux formations est assez faible (deux personnes en moyenne par an) en s'appuyant sur l'offre des associations des usagers et de l'établissement.

Elle produit un rapport annuel très complet largement constitué d'annexes rassemblant les données quantitatives et qualitatives utiles à son travail.

Il n'apparaît pas qu'elle soit informée des plaintes dans son fonctionnement courant (commission restreinte) alors que celles-ci relèvent de son champ d'information quant à leur nature et leur évolution au niveau juridique.

Elle formule des recommandations pour la psychiatrie chaque année dont certaines n'ont que peu d'écho de la part de l'institution aux dires des représentants des usagers :

- suivi des travaux concernant les chambres d'isolement ;
- accès au wifi aux patients ;
- dysfonctionnement de la CDSP ;
- amélioration du stationnement des patients.

L'établissement s'est donné pour ambition de finaliser un projet des usagers dont les axes intéressants devront effectivement se décliner pour la psychiatrie :

- 1. Droits, obligations et informations ;
- 2. Accompagnement des patients et des proches ;
- 3. Mobilité des soins, « aller vers ».

En revanche, les représentants des usagers de la psychiatrie s'estiment insuffisamment associés à l'évolution du projet de la psychiatrie à l'échelle de l'établissement (réorganisation fonctionnelle des unités et travaux sur les chambres d'apaisement) comme du territoire des Deux-Sèvres.

RECOMMANDATION 39

Les représentants des usagers doivent être mieux impliqués dans les projets de réorganisation de la psychiatrie et de la prise en charge des patients.

8.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction, propre à la psychiatrie adulte, a été mis en place en 2020, et un relatif à la psychiatrie infanto-juvénile a été proposé en 2021. Ce questionnaire est joint au livret d'accueil remis en début de séjour au patient.

Les taux de retour ont beaucoup varié au cours des dernières années avec des périmètres d'analyse différents qui gênent la comparaison. Avant 2020, la psychiatrie en hospitalisation était regroupée avec l'addictologie et le CAC qui, sur les 152 questionnaires, représentaient à eux seuls 70,39 % des répondants. En réalité, les questionnaires relatifs à la psychiatrie étaient très peu nombreux : 11 en 2019, 21 en 2020 mais 198 en 2021¹².

On doit le résultat 2021 à la mise en place d'un agent chargé de favoriser ce recueil au secteur 3 l'avant-veille de la sortie des patients, sans qu'il soit possible, dans la grille d'analyse des observations, de distinguer précisément la performance de chacun des secteurs de psychiatrie.

¹² Annexe 13 du rapport CDU 2021, p. 21.

Les items ne prennent en compte que partiellement les droits fondamentaux. Au rang de ceux qui ne sont pas investigués on mentionnera les relations avec les proches et l'extérieur et la liberté d'aller et venir.

RECOMMANDATION 40

Le questionnaire de satisfaction, spécifique à la psychiatrie, doit être complété d'items permettant de mieux mesurer le respect des droits fondamentaux et les restrictions aux libertés individuelles.

Les résultats obtenus dépassent toujours 80 % de satisfaits. C'est surtout vrai dans la façon d'accueillir le patient, dans la prise en charge infirmière ou le respect de la confidentialité et l'intimité du patient. Quelques items sont davantage critiqués comme l'information sur les résultats d'examen, les repas, le confort des chambres ou les activités thérapeutiques qui sont jugées insuffisantes pour 40 % des répondants. Les verbatims révèlent des équipes attentives mais un manque de confort, de quiétude et des patients dormant mal du fait du bruit et de l'inconfort des matelas.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLET ET PEU CONTROLE PAR LES AUTORITES COMPETENTES

L'établissement a fait le choix d'un classement chronologique sans distinction des unités et sans distinction des modes d'hospitalisation. Les registres de 200 feuillets foliotés chacun rassemblent les certificats et décisions. Des classeurs annexes permettent *via* les noms des patients hospitalisés, indexés par ordre alphabétique, de retrouver les documents légaux collés dans les registres. Il est parfois nécessaire de sortir plusieurs registres pour suivre le parcours hospitalier d'un même malade.

Ce mode d'organisation n'a pas évolué depuis le précédent contrôle.

Un certain nombre de pièces ou informations obligatoires sont manquantes :

- les décisions de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice. Actuellement ces informations figurent dans le système de gestion administrative du malade (GAM) ;
- les dates de délivrance des décisions et de notifications des droits et voies de recours (en l'état, ces informations sont collectées dans l'unité, dans le dossier patient pour les premières et dans un classeur distinct au bureau des admissions pour les secondes) ;
- la date et le dispositif de saisine et de décision du juge des libertés et de la détention.

De façon satisfaisante, on note que les certificats font systématiquement mention du recueil des observations du patient. En revanche, l'identité du tiers n'est pas portée dans la décision d'hospitalisation prise par le chef d'établissement.

RECOMMANDATION 41

L'exhaustivité des mentions obligatoires du registre de la loi visées à l'article L.3212-11 du code de la santé publique doit être garantie. Une solution dématérialisée est à rechercher et à mettre en œuvre.

Les autorités en charge de visiter l'établissement sont peu nombreuses à contrôler le registre de la loi, hormis le président du tribunal judiciaire (2021) et le procureur de la République (2017, 2019, 2021). Le préfet, le maire et la CDSP ne le contrôlent jamais.

8.3 LE RECOURS AU JLD PERMET AU PATIENT D'EXERCER SES DROITS DANS DE BONNES CONDITIONS MAIS LE DELAI DE PRODUCTION DES AVIS MEDICAUX EST TARDIF

8.3.1 La convocation à l'audience

Les audiences foraines sont organisées deux fois par semaine, le mardi et le jeudi. Le juge des libertés et de la détention (JLD) reçoit les saisines de l'établissement le lundi pour les patients à convoquer le jeudi, et le jeudi pour ceux appelés à être entendus le mardi. Les deux audiences par semaine sont adaptées et doivent être maintenues. On compte en moyenne 18 saisines par mois ce qui revient à examiner le cas de deux ou trois patients par audience.

La convocation du juge (pas toujours datée) est adressée par mail au bureau des admissions qui la transfère au cadre de santé de l'unité chargé de la notifier au patient. Si celui-ci n'est pas empêché en raison de son état clinique, le cadre recueille son accord ou son refus de se présenter à l'audience et les conditions de sa représentation par un avocat. Le document reprend le chemin inverse pour être adressé au juge.

Les conditions d'information du patient sur le rôle de chacun dans ce rendez-vous judiciaire sont correctes mais pourraient être complétées. L'encadrement et quelques soignants plus expérimentés se sentent en capacité d'informer et de rassurer le patient sur les enjeux. Ce n'est pas toujours le cas pour tous les cadres dont certains récemment affectés en psychiatrie attendent d'être formés. Le cadre joue un rôle central dans l'information du patient : avis d'audience, recueil d'un choix d'avocat en particulier, notification des décisions. Bien que le plus souvent un avocat soit commis d'office, il y aurait lieu d'afficher la liste des avocats du barreau des Deux-Sèvres et de préciser dans le livret d'accueil propre à la psychiatrie le rôle du juge des libertés et de la détention en ne le résumant pas à une adresse de recours.

RECOMMANDATION 42

Les nouveaux cadres de santé doivent être formés dès leur prise de poste aux modalités de contrôle par le juge des libertés et de la détention des mesures de soins psychiatriques sans consentement et des mesures portant prolongation de l'isolement et de la contention.

La liste des avocats inscrits au barreau des Deux-Sèvres doit être consultable par les patients.

La présence des patients est variable à l'audience d'un mois sur l'autre mais en proportion plus importante qu'observé dans d'autres établissements. L'établissement tient depuis le 1^{er} janvier 2022 un décompte précis du nombre de patients auditionnés.

Sur les cinq premiers mois de 2022 (janvier à mai), sur 87 saisines du juge on décompte :

- 49 patients présents à l'audience ;
- 17 patients absents pour motif personnel (2 patients sortis avant l'audience en permission de sortie et 15 par suite de levée de la contrainte avant l'audience) ;
- 21 patients absents pour motif médical (problème d'audibilité).

Sur les 70 décisions rendues (en dehors des 17 décisions de non-lieu, *Cf. supra*), 65 ont maintenu l'hospitalisation et 5 l'ont levée. Les ordonnances de mainlevée sont prises en raison, par exemple, de documents manquants (absence de notification des droits) ou tardivement produits, de défaut de motivation dans les avis médicaux insuffisamment argumentés sur le plan clinique (absence de caractérisation des troubles nécessitant l'hospitalisation).

Pour les patients sous mesure de protection judiciaire, les mandataires sont toujours convoqués mais ne se rendent à l'audience que si le patient s'y rend également.

8.3.2 La tenue de l'audience

La salle d'audience se trouve dans l'ancien cloître. Elle est vaste et permet d'y accueillir du public hors le temps du délibéré. Entre cette salle et une autre voisine, assez impersonnelle servant de bureau pour les avocats, un couloir fait office de salle d'attente. Ces locaux ne sont pas identifiés en tant que tels mais comme de simples salles de réunion.

RECOMMANDATION 43

Une signalétique adaptée doit être installée de façon à pouvoir identifier la salle d'audience au sein de l'établissement.



Salle d'audience

Les contrôleurs ont assisté à deux auditions. Les patients étaient accompagnés d'un soignant, vêtus de façon correcte avec leurs effets personnels. Ils ont pu s'entretenir seuls avec leur avocat avant l'audience.

Le déroulement fut sensiblement le même : le juge, assisté de son greffier, accueille le patient, son avocat et le soignant, se présente, interroge le patient sur l'évolution de son hospitalisation, vérifie sur pièces la régularité de celle-ci et fait état du contenu du certificat médical. Après avoir entendu la plaidoirie de l'avocat, le patient est invité à s'exprimer à nouveau. Le juge délibère ensuite seul puis fait revenir le patient et son avocat afin de lui expliciter sa décision. Les voies d'appel sont précisées au patient. L'ordonnance n'est pas remise au patient. Cette dernière lui parviendra par la suite via l'encadrement de l'unité. La traçabilité de sa remise est renseignée sur un imprimé conservé dans le dossier du patient. A défaut de pouvoir être remise en main propre, l'ordonnance est envoyée au domicile du patient en recommandé avec accusé de réception.

Dans les deux cas, l'avis motivé du médecin n'a été communiqué à l'avocat qu'en séance. Ce fait semble se répéter en raison du retard que prennent les médecins à respecter les délais pour les rédiger. En l'espèce, leur rédaction est précise et argumentée.

RECOMMANDATION 44

Les avis médicaux motivés doivent être produits dans un délai permettant aux avocats de prendre connaissance de la totalité du dossier de saisine avant le jour de l'audience.

9. LES SOINS

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES NE SONT PAS PORTES PAR UN PROJET MEDICAL

Les soins psychiatriques proposés aux personnes hospitalisées dans les différentes unités, ouvertes ou fermées, sont inégalement organisés. Ils sont doublement marqués par l'absence de projet médical de pôle et par les difficultés à pourvoir des postes médicaux comblés vainement par un grand renouvellement d'intérimaires peu sensibles à la spécificité du service public aggravant ainsi l'incohérence des prises en charge.

9.1.1 L'organisation des soins

Les services de psychiatrie, organisés en trois secteurs sous l'égide d'un seul chef de pôle, n'ont pas pu jusqu'à ce jour trouver une cohérence sur l'orientation du projet de pôle que la direction souhaiterait sur un modèle de filière, alors que le chef de pôle en place reste sur l'organisation sectorielle.

Les difficultés de recrutement de médecins psychiatres, conjuguées à l'absence de projet de pôle ont conduit à la fermeture de vingt-sept lits en réduisant les capacités d'accueil de chaque unité de vingt à quinze lits et en fermant une unité. L'organisation actuelle repose sur une unité fermée et une unité ouverte dans chaque secteur.

Certaines unités n'ont pas de médecin psychiatre attitré. L'unité Gâtine fonctionne ainsi depuis un an et trois mois. Un couple de psychiatres intérimaires vient 15 jours tous les deux mois ; ainsi, en dehors de problèmes urgents, les patients sont vus tous les deux mois. A la plainte des soignants, il est répondu qu'il s'agit d'un service de « chroniques », que le médecin d'astreinte appelé règle les problèmes du quotidien, la validité des ordonnances étant indéfinie. Les patients de certaines unités ne voient que l'interne.

De nombreuses activités thérapeutiques de type repas thérapeutiques, sorties mensuelles, jardinage, pâtisserie, sport, dessin, tennis de table, lecture sont évoquées comme possibles dans les différentes unités. Un art-thérapeute organise des prises en charge dans une unité une fois par semaine, une aide-soignante formée à la médiation animale va commencer une activité dans un autre service. L'indication des activités se fait selon une prescription médicale mais elles restent limitées dans leur réalisation par l'absence de cohérence, de projets thérapeutiques et, surtout, de moyens.

Les réunions cliniques sont tenues dans toutes les unités où la présence médicale ne fait pas défaut. Les psychologues sont présents mais de manière très variable : de quelques heures à une présence plus constante avec des prises en charges individuelles. Les assistances sociales font également partie de certains staffs.

Aucune réunion soignants-soignés n'est organisée en dehors de celle mise en place dans le service de psychogériatrie.

L'ensemble donne un sentiment de désorganisation et d'absence de sens. De plus, l'offre de soins est très variable selon les services et selon la présence médicale.

Si dans certains services l'accès au médecin est facile, avec des entretiens réguliers, un projet de soin proposé dès le début de l'hospitalisation et un accompagnement pour une sortie rapide et une prise en charge sur les structures extérieures avec certains professionnels participant aux réunions cliniques, d'autres services ne proposent aux patients chroniques, vieillissants qu'une

présence soignante certes attentive et bienveillante mais souvent assez désespérée elle-même par l'absence de projet et de possibilités pour les personnes accueillies dans le service.

Le constat d'une désorganisation des soins dans les unités visitées du fait de l'absence de projet de service et des difficultés de recrutement médical contraste avec les descriptions des prises en charge réalisées en extrahospitalier.

RECOMMANDATION 45

Un projet médical de pôle doit impérativement être élaboré avec les médecins et les soignants afin de redonner une cohérence à la prise en charge psychiatrique. Il permettrait également de redonner une certaine attractivité au pôle de psychiatrie.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé indique que : « *le projet médical de pôle est pratiquement finalisé. Il doit être présenté en comité médical d'établissement au mois de mars 2023 et par la suite au conseil de surveillance de l'établissement.* »

9.1.2 La permanence des soins

La permanence de soin de l'ensemble des différents services de psychiatrie de l'hôpital est assurée par le système de garde et d'astreinte suivant :

- une présence effective d'un interne selon une garde de 18h30 à 8h30 en semaine, ainsi que le samedi de 12h30 à 8h30 le lendemain ;
- les dimanches et jours fériés une astreinte opérationnelle de 8h30 18h30 assurée par un senior et la nuit par l'interne de garde (18h30 à 8h30).

Les gardes réalisées par les internes sont seniorisées, c'est-à-dire que les internes peuvent faire appel à un praticien qui reste en deuxième ligne.

Il apparaît cependant, au vu des entretiens réalisés, que les internes, qui ont la charge de la permanence des soins sur une grande amplitude horaire, bien que théoriquement seniorisés, se trouvent en situation d'établir seuls des soins, dont les mises en chambre d'isolement ou leur renouvellement, sans la présence effective du senior, contacté ou pas par téléphone.

RECOMMANDATION 46

La permanence des soins ne peut reposer uniquement sur la présence des internes. La présence physique du senior auprès des internes, garante de la qualité et de la sécurité des soins, doit être plus effective pendant les astreintes opérationnelles des praticiens hospitaliers.

9.1.3 Le collège des professionnels de santé

Pour la plupart des services, aucun patient en programme de soins ne reste dans les unités.

Le collège des professionnels de santé se réunit et statue sur dossier, le patient n'est pas reçu et le soignant n'est pas toujours un de ceux « qui participe à la prise en charge ».

RECOMMANDATION 47

Le collège des professionnels de santé doit comporter un soignant participant à la prise en charge du patient. L'avis du patient doit être systématiquement recueilli, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

9.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES A MINIMA**9.2.1 L'organisation des soins**

Le service référent des soins somatiques pour les services de psychiatrie est assuré par trois médecins généralistes qui se répartissent 2,2 équivalents temps plein dont un ETP pour le référent en titre.

La présence d'au moins un médecin généraliste par demi-journée est systématiquement prévue en semaine pour les trois secteurs de psychiatrie, le CAC et la psychogériatrie.

Les samedis, dimanches et jours fériés la présence médicale est assurée par une astreinte de journée de 8h30 à 18h30. Pendant la nuit il est fait appel au 15 en cas d'urgence vitale ou à l'interne de psychiatrie de garde. La ligne d'astreinte de nuit en semaine a été supprimée depuis plusieurs années.

Chaque praticien a un service en responsabilité et organise ses soins avec un passage quotidien systématique dans les unités et des consultations selon les demandes du personnel soignant. Les visites sont faites dans les unités d'hospitalisation selon un planning connu des services. En cas d'absence, c'est un autre praticien qui assure la permanence dans la journée. Le degré de satisfaction est variable et dépend du praticien. Certaines unités se plaignent de l'absence de réactivité du praticien responsable et de son refus d'examiner les patients hostiles ou complexes.

Comme mentionné *supra*, le suivi n'est pas assuré comme il devrait l'être pour les patients en chambre d'isolement.

9.2.2 L'examen d'entrée

Les seuls patients bénéficiant d'un examen d'entrée réalisé systématiquement sont ceux dont le parcours de soin comporte un passage par les urgences où ont été réalisés un examen clinique somatique, un premier bilan sanguin, un électrocardiogramme.

En revanche, les patients adressés après une consultation avec les psychiatres dans les structures ambulatoires arrivent sans passer par les urgences ainsi que les patients transportés en ambulance spéciale (Cf. § 4.1.1) qui ne sont pas forcément examinés par les urgentistes ou alors sommairement sur le lieu de l'intervention.

RECOMMANDATION 48

Un examen somatique doit être systématiquement réalisé avant l'hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Il n'est pas mentionné de difficultés particulières pour l'accès aux spécialités, que ce soit la radiologie ou la cardiologie, sauf pour les patients du service de psychogériatrie.

En effet si les bilans de neuro-psychogériatrie avec scanner, IRM et bilan peuvent être réalisés dans l'unité de psychogériatrie, les avis de spécialistes pour les patients de cette unité interviennent souvent très tard. L'inter-secteur fait valoir qu'il rend entre 700 et 900 avis psychogériatriques par an pour la MCO et qu'il ne peut en retour avoir des avis de spécialités que souvent après la sortie d'hospitalisation des patients.

Il n'existe pas de temps de kinésithérapie spécifiquement attribué à la psychiatrie. Il peut être fait appel à l'équipe de rééducation.

Pour les consultations dentaires, une unité est spécialement dédiée à l'hôpital et les rendez-vous peuvent être pris au même titre que les autres spécialités.

La diététicienne affectée au pôle de psychiatrie a organisé avec les médecins généralistes une prise en charge systématique des personnes hospitalisées en psychiatrie du fait des troubles métaboliques fréquemment observés dans la population présentant des troubles psychiatriques et consommant des psychotropes. Une consultation diététique est systématiquement effectuée pour toutes les entrées avec évaluation obésité/dénutrition. Le projet d'un groupe sur la prise en charge du syndrome métabolique est en cours de réflexion avec l'objectif de création d'ateliers thérapeutiques pour les patients.

BONNE PRATIQUE 2

La consultation diététique systématique avec évaluation de l'obésité et de la dénutrition et suivi au cours de l'hospitalisation constitue une bonne pratique, à consolider par les ateliers thérapeutiques en projets.

Plusieurs protocoles ont été élaborés par l'équipe de médecine générale en charge de la psychiatrie et mis à la disposition des soignants :

- l'entrée en psychiatrie avec les différents examens demandés dont la surveillance de l'obésité ;
- un protocole de lutte contre la constipation.

Par ailleurs, l'équipe participe à un travail sur les protocoles de lutte et de traitement de la douleur en liaison avec le comité de lutte contre la douleur (CLUD). Ainsi un audit interne a montré que 80 % des patients avait eu une évaluation de la douleur en début d'hospitalisation.

L'équipe médicale est investie dans le projet d'une maison médicale pour la transition ville/hôpital.

Des séances de stimulation magnétique transcrânienne peuvent être réalisées en psychogériatrie mais il n'existe pas de possibilité de réalisation de séances de sismothérapie au sein de l'hôpital.

9.2.3 La pharmacie

L'équipe hospitalière est composée de neuf pharmaciens et deux internes.

Le pharmacien en charge de la psychiatrie effectuant le contrôle des ordonnances a quitté l'établissement depuis plusieurs mois et, depuis, cette mission n'est plus effectuée. Les ordonnances de psychotropes ne sont donc plus contrôlées en dehors de certaines prescriptions dont les neuroleptiques retard, les prescriptions hors dotation ou les médicaments dont la délivrance est soumise à certaines obligations légales comme la Clozapine. Le logiciel de prescription donne des alertes en cas de problème mais pas s'il existe une insuffisance rénale, ni

d'étude d'incompatibilité, qui sont autant d'éléments utiles et nécessaires au prescripteur et aux patients pour la sécurité de la prescription.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit tous les 3 à 4 mois et les représentants des services de psychiatrie participent aux réunions. Un groupe de retour d'expérience (RETEX) est constitué auquel participe le cadre de santé de psychiatrie avec un projet de réalisation d'un audit sur le circuit du médicament et la liste des médicaments à risque.

Dans les unités, le stock de médicaments est conservé dans des armoires sécurisées. Il peut y avoir des visites d'un pharmacien dans les services à la demande du cadre ou du médecin. La commande des médicaments est programmée par semaine, puis alimentée quotidiennement selon les besoins. En cas de besoin ponctuel ou urgent, les soignants viennent chercher les médicaments.

La pharmacie n'est pas équipée de robot et n'organise donc pas de dispensation individuelle nominative.

Les infirmiers font des déclarations sur les erreurs de dosages.

RECOMMANDATION 49

Il convient de revoir le fonctionnement actuel de la pharmacie centrale pour la dispensation des traitements psychotropes afin que soient respectées et assurées la sécurité des patients et l'aide au personnel médical et soignant.

L'activité de conciliation thérapeutique ne se fait que pour un seul service de médecine interne. Il n'a pas été fait mention de projet dans le domaine de la psychiatrie alors que le contrôle et l'information autour de la consommation de psychotropes reste un des axes de priorité de santé publique.

9.3 LA PREPARATION A LA SORTIE EST LIMITEE PAR L'ABSENCE DE STRUCTURE D'ACCUEIL EN AVAL DE L'HOSPITALISATION

Les moyens mis en œuvre pour la préparation à la sortie sont très hétérogènes et variables selon les unités mais sont surtout affectés par la faible présence de temps médicaux pour conduire les projets de sortie et le manque de structures d'hébergement en aval des hospitalisations.

Dans toutes les unités, la préparation à la sortie est une préoccupation manifeste dès le début de l'hospitalisation et fait partie du projet de soins. Les réunions de synthèses sont le lieu d'élaboration des projets de sortie. Selon les unités, des professionnels des structures ambulatoires, les tuteurs et curateurs peuvent y être conviés, de même que la famille, mais pas le patient. Pourtant, les représentants de l'UNAFAM, rencontrés pendant la visite, font état de « sorties sèches » de patients, sans anticipation et l'impression d'être parfois, en tant que membres de la famille, tenus à l'écart des projets pendant la période d'hospitalisation.

Cette préparation s'appuie sur les différentes structures externes, selon les secteurs, avec les classiques CMP, hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Deux appartements thérapeutiques dans l'un des secteurs permettent, avec le passage régulier de soignants, d'évaluer les capacités d'autonomie des personnes. Un « lieu de vie » est organisé dans un autre secteur, dans une maison située près de la gare qui accueille six colocataires ; un

soignant de l'unité Gâtine y intervient chaque jour ainsi qu'une femme de ménage et les repas sont livrés par l'hôpital. Les patients peuvent revenir également pour les activités à la cafétéria.

Il existe pourtant des hospitalisations de très longue durée dans certaines unités, par défaut de places dans le secteur médico-social d'aval ou par refus de ces structures d'accueillir des personnes présentant des troubles psychiatriques. Certains patients sont hospitalisés depuis plusieurs années dans des services sans réelle possibilité de sortie : pour exemple, quatre patients dans l'unité la Lisière et huit patients sur les vingt hospitalisés dans l'unité Sud sont sans logement et sans perspective de sortie.

Ainsi, certaines unités sont devenues par la force des choses des lieux de vie, avec des séjours de plusieurs années pour certains patients. Pas de projet de soin, pas de suivi psychologique, pas d'assistant social, le suivi médical est effectué par les internes, les intérimaires ou sur appel des médecins généralistes en cas d'urgence.

Dans le service Gâtine, depuis de nombreux mois, un patient en attente d'une place fait des séjours d'essai dans un foyer dans l'espoir d'une hypothétique admission en 2024.

La création d'un poste de chargée d'accueil dans le secteur 3 contribue à la préparation de la sortie. La chargée d'accueil organise et accompagne les personnes hospitalisées au cours de sorties et de visites de structures extérieures. Elle fait le lien également avec le service de protection de biens et des personnes, parfois difficilement mobilisable, et les familles.

En psychogériatrie, la sortie est travaillée dès le début d'hospitalisation avec l'objectif d'une échéance de sortie à 20 jours environ grâce au réseau constitué par convention avec les EHPAD du territoire de responsabilité. Le service social coordonne les partenaires impliqués. Les tuteurs viennent aux synthèses une fois au cours de l'hospitalisation, surtout pour les patients inconnus de l'inter secteur.

En pédopsychiatrie, le projet de sortie est travaillé avec la famille, les conseillers principaux d'éducatifs ou les structures d'accueil dès l'admission.

Il existe une « commission de séjour longs » à laquelle participent les partenaires (MDPH et quelques structures médico-sociales), elle peut être saisie en cas d'impasse pour les sorties mais elle ne s'est pas réunie depuis plus de quatre mois.

RECOMMANDATION 50

Le travail en partenariat, annoncé comme un des axes du projet d'établissement, doit se faire en priorité avec le secteur médico-social afin de résoudre des situations d'hospitalisation de longue durée qui constituent des atteintes autant à la dignité des personnes qu'au droit au logement.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé indique que : « *l'établissement mène des travaux avec un foyer de vie du département pour élaborer et mettre en œuvre un projet en faveur des personnes hospitalisées au long cours.* »

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN PSYCHOGERIATRIE EST ASSUREE PAR UNE EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

10.1.1 L'organisation

La caractéristique de l'intersecteur tient au fait que des patients âgés de plus de 65 ans et nécessitant une première hospitalisation seront suivis pendant des années dans la file active psychogériatrique. Pour les patients connus, le suivi se poursuit avec les intervenants du secteur qui passent le relais au service de psychogériatrie quand la personne entre en EHPAD après six mois de résidence.

L'unité accompagne en fin de vie les patients souffrant d'insuffisance d'organes. Un certain nombre de décès, chaque année, sont à rattacher à ces prises en charges : 11 en 2019, 13 en 2020 et 9 en 2021.

Comme mentionné *supra*, les conditions hôtelières sont inadaptées à la prise en charge (Cf. § 5.1 et 5.2).

L'unité de psychogériatrie a la particularité d'être financée en DAF (UF 8600) pour ses 20 lits de psychiatrie mais aussi en T2A (UF 2707) en raison d'un accord de l'ARS compte-tenu de la lourdeur gériatrique et somatique des patients (hors facturation des séjours des patients en SSC).

50 % des objectifs internes assignés par le projet médical 2018-2020 à l'unité ont été réalisés (réduction des contentions) mais aucun des objectifs territoriaux (amélioration de la prise en charge des démences fronto-temporales par création de 7 lits complémentaires à proximité de l'unité). Un projet médico-soignant est en cours depuis 2019.

L'activité réalisée montre une prédominance d'hospitalisations en soins libres :

- 2020 : 328 patients hospitalisés dont 37 en SSC (11,28%) ; DMS 21 jours en SL et 30 jours en SSC ;
- 2021 : 289 patients hospitalisés dont 27 en SSC (9,34%) pour une file active d'environ 4 685 patients (le double d'un secteur de psychiatre générale du CH de Niort).

Seize patients étaient hospitalisés au moment du contrôle, tous en soins libres. Cette unité ne connaît pas de problème de suroccupation.

10.1.2 Le personnel

L'effectif médical de l'unité s'élève à 1,2 ETP de psychiatre et 1 ETP de somaticien-gériatre.

L'effectif soignant est composé de :

- matin : 2 IDE, 2 AS, 1 ASH de 6h45 à 14h30 ;
- journée : 1 IDE coordinateur de 9h00 à 17h15 ;
- après-midi : 1 IDE, 2AS, 1 ASH de 13h45 à 21h30 et 1 ASH de 12h45 à 20h30 ;
- nuit : 1 IDE et 1 AS de 21h00 à 7h00.

S'y ajoutent : un temps plein de cadre supérieur de santé ; un temps plein de cadre de santé ; 0,6 ETP de psychomotricien ; 0,6 ETP de psychologue ; 0,6 ETP d'assistante de service social.

Fin 2021, un poste d'IDE correspondant à 1,2 ETP a été attribué mais non pourvu ; à cette vacance s'ajoute celle de 1,8 ETP d'IDE. L'hôpital remplace ces 3 ETP vacants en faisant appel à de l'intérim et aux remplaçants volontaires en interne du centre hospitalier (système HUBLO).

Les agents de l'unité étaient, en 2019, parmi ceux qui se formaient le plus dans le pôle de psychiatrie : formation aux gestes d'urgence (AFGSU), l'approfondissement de la prise en charge du patient dément, la formation OMEGA, la kinésionomie, la prévention du suicide. L'unité dispose de plusieurs référents (douleur, hygiène, diététique).

Il existe un dispositif de tutorat comprenant l'accueil et l'intégration du nouvel agent : l'agent est doublé pendant quelques jours et peut bénéficier de la formation d'adaptation en psychiatrie de cinq jours. Il existe également une supervision des pratiques à raison de cinq séquences par an.

La moyenne d'ancienneté dans l'unité est voisine de deux ans pour les IDE et de quatre ans pour les AS, le *turn-over* est donc relativement important.

10.1.3 L'accueil et l'information

Le mode d'admission principal est le parcours par les urgences : en 2021, 79 % des patients sont admis via les urgences (62 % en 2020) et 52 % en provenance de leur domicile. L'accueil est donc impacté par une programmation difficile. Il est assuré par l'infirmier de coordination : visite de la chambre, présentation des conditions de fonctionnement de l'unité (affichées dans le placard de chambre mais pas toujours), inventaire des effets personnels, puis le patient est vu par le médecin. Si la personne est en mesure de recevoir l'information, elle lui est donnée sinon elle est donnée à la famille qui accompagne le patient à l'entrée.

Le livret d'accueil est déposé dans la chambre du patient. Il mentionne l'intersecteur de psychogériatrie et est complété d'un feuillet descriptif de l'offre de l'intersecteur mais qui n'est pas à jour.

Le règlement intérieur de l'unité est apposé au dos de la porte du placard de la chambre, lequel est fermé à clef donc n'est pas directement consultable. Il manque en outre dans nombre de placards des chambres.

En cas d'hospitalisation sans consentement, l'information sur les droits et les décisions sont remises par le cadre de l'unité ou, en son absence, par le cadre supérieur de santé. Le week-end c'est l'une des infirmières présente qui s'en charge. Il est proposé au patient de conserver les décisions mais le plus souvent son état de santé ne le permet pas.

En matière d'informations générales on trouve à l'affichage dans le couloir les chartes de la personne hospitalisée, de la laïcité et de la bientraitance ; les tarifs ; la composition, la mission et les coordonnées de la commission des usagers ; la liste des associations d'usagers ; les données du service qualité ; le planning des permanences de l'espace des usagers et les règles d'opposition et de consultation des données personnelles traitées par l'établissement.

10.1.4 Le projet de service et la prise en charge

Le projet de service de psychogériatrie en hospitalisation complète doit être actualisé comme l'ensemble du projet médical de la psychiatrie. Les objectifs du projet étant arrivés au terme de leur période de définition (2018-2022), l'équipe est peu au courant du projet de service. Elle se réfère à une présentation de l'offre comprenant une description du rôle de l'unité d'hospitalisation complète (livret d'accueil du service de psychogériatrie à l'adresse des professionnels).

La prise en charge est définie par le psychiatre et le somaticien. Le patient est vu par le psychiatre plusieurs fois par semaine et par le somaticien dès l'entrée. Il y a en revanche moins de temps de

gériatre depuis la vacance d'un poste non remplacé sur le service, le chef de service ayant fait le choix de recentrer le temps de gériatre sur la consultation mémoire.

Il existe un parcours de définition du projet individualisé de soin qui est bâti à l'entrée comme suit :

- mardi matin : réunion sur les entrées pour établissement d'un plan de soins et de sortie, avec le médecin, l'assistante sociale, un infirmier et le cadre de santé ;
- jeudi de 13h30 à 16h00 : staff clinique où tous les dossiers sont traités en présence du médecin, des soignants, d'un infirmier de l'équipe mobile psychogériatrie et d'un infirmier de l'hôpital de jour de psychogériatrie.

Entre ces deux réunions, des consultations familles sont organisées en présentiel avec le médecin responsable du patient et le cadre de santé.

Il existe un travail de guidance familiale le lundi, en individuel et en groupe. Cette dernière formule devant se tenir tous les trois mois ne fonctionne pas bien.

Des activités thérapeutiques sont proposées une fois par jour mais sont peu variées. Le tableau de programmation au jour de contrôle faisait état de :

- Lundi après-midi : sortie cafétéria ;
- Mardi matin : réunion soignants-soignés ;
- Mercredi matin : expression corporelle ;
- Jeudi matin : sortie cafétéria ;
- Vendredi matin : réveil musculaire (gymnastique douce).

On peut trouver ponctuellement d'autres activités comme la lecture du journal, le jardinage ou encore la pâtisserie.

Il existe un budget de 10 000 euros affecté aux activités thérapeutiques pour l'ensemble de la filière psychogériatrique. A titre d'exemples, l'unité s'en sert pour des dépenses diverses : lampes, poupées d'empathie, couvertures lestées, consommations à la cafétéria lors de sorties accompagnées, dépenses sur le marché de Niort.

10.1.5 La gestion des incidents

Le nombre d'événements indésirables relevant de l'unité est en forte hausse entre 2020 (29) et 2021 (88) ; habituellement on se situe autour d'une trentaine de déclarations par an. Les événements indésirables concernent pour l'essentiel des chutes et une analyse approfondie des causes a été réalisé en 2021 sur un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer ayant chuté du lit et s'étant blessé au visage.

Le nombre d'événements violents déclarés en psychogériatrie évolue comme suit : 9 en 2019 ; 9 ; 11 en 2020 et 3 en 2021.

Il s'agit pour l'essentiel d'agressions physiques réactionnelles à l'endroit des soignants. Elles seraient sous-déclarées. On ne relève pas de suicide depuis de nombreuses années. Au cours des trois dernières années, on ne note aucun événement ayant conduit à un signalement aux autorités judiciaires ou, en interne, à une sollicitation d'un accompagnement du professionnel victime.

10.1.6 Les restrictions aux libertés individuelles

L'unité est fermée ainsi que l'accès au patio. Les patients étant très désorientés et très altérés au plan de la communication et de la mobilité, quasiment aucun patient, quel que soit son statut, ne pourrait sortir seul.

Pour autant, s'agissant d'une unité fermée mais qui accueille essentiellement des patients en soins libres, l'unité contrevient à plusieurs reprises au règlement Intérieur (RI) de l'établissement. A titre d'exemple, le RI interdit les portables dans l'enceinte de l'établissement alors que le règlement de l'unité les rend utilisables en mode restreint.

Pour atténuer ces restrictions, deux sorties par semaine d'une heure sont en principe organisées pour se rendre à la cafétéria mais son accès est actuellement limité du fait des mesures liées à la crise sanitaire. Il s'agit de sorties accompagnées avec l'assistance sociale ou les familles.

Alors que les visites ne peuvent se faire que sur rendez-vous et une fois par semaine depuis la crise sanitaire, le principe est de restreindre l'usage du téléphone portable. Un seul patient était au jour du contrôle autorisé à conserver son portable mais tous n'en ont pas, loin de là. Les patients sont joignables par le téléphone sans fil du service sur indication médicale et il n'y a pas de restriction pour téléphoner et être joint. Cela suppose une demande du patient.

Le tabac est laissé aux patients uniquement lorsqu'ils n'ont pas de troubles cognitifs ou qu'ils ne sont pas en crise. Aucun patient ne fumait au jour du contrôle ce qui est souvent le cas dans les unités psycho gériatriques. Les rares fumeurs peuvent demander aux soignants d'accéder au patio équipé d'un briquet électronique et des patchs leur sont proposés si besoin.

Les relations avec l'extérieur sont limitées. Les familles, qui auparavant pouvaient visiter leur proche dans leur chambre le matin et l'après-midi, les rencontrent désormais dans un local peu chaleureux, sommairement aménagé avec des claustras. Si besoin, le personnel propose des « visios » grâce aux tablettes dont l'unité a été dotée. Des dérogations sont possibles en cas d'accompagnement en fin de vie.

Il n'y pas de presse. L'information se résume au journal télévisé.

RECOMMANDATION 51

Un effort doit être consenti pour permettre aux patients de l'unité de psychogériatrie de s'informer par le biais d'ouvrages de presse mis à disposition et commentés.

S'agissant de l'inventaire et de la conservation des biens, il est procédé comme dans les autres unités (Cf. § 5.3). Le service peut dépanner les patients en savon, rasoir, vêtement, gant de toilette, pyjama. Les vols seraient rares. Il existe un petit coffre dans l'unité au cas où de l'argent devait être mis en sécurité.

Au jour du contrôle, sur treize patients, aucun n'avait de mesure de protection juridique particulière mais deux étaient en cours de mise en place. L'équipe est vigilante pour alerter le médecin et l'assistante sociale. Les tuteurs viennent aux synthèses une fois au cours de l'hospitalisation surtout pour les patients inconnus de l'intersecteur afin de construire le projet de sortie avec l'équipe.

En matière d'organisation de la vie quotidienne, il y a un certain continuum le matin pour la réalisation de l'aide à la toilette alternant entre 6h45 et 10h00, entrecoupé de la prise du petit-déjeuner. Les patients ne sont pas douchés tous les jours, plutôt deux ou trois fois par semaine. Tous les patients sont habillés avec leurs effets personnels dans la journée.

La télévision est éteinte selon l'horaire de coucher des patients, variable donc, mais en général aux alentours de 21h30.

Les chambres sont fermées la journée et les patients n'y ont pas un accès libre.

Il y a une convention avec un pédicure mais pas avec un coiffeur. Si besoin, les coiffeurs rémunérés par les familles se déplacent.

Le droit à la sexualité n'est pas un sujet tabou. L'unité est appelée à gérer des comportements de patients « désinhibés ». Dans ce cas, le patient est conduit dans sa chambre.

10.1.7 L'isolement et la contention

a) L'isolement

Il existe deux lieux d'isolement : une chambre dénommée d'« hypostimulation » et deux chambres à mobiliers adaptés.

La première est composée d'un cadre de lit fixe protégé sur lequel est placé un matelas en mousse, d'un fauteuil, d'un pouf et d'une table tous trois en mousse. Le sol est amortissant. La pièce comprend un coin lavabo. Elle n'est pas comptabilisée dans les vingt lits de l'unité mais en sus. Aucun bouton d'appel n'est installé, ni repère temporo-spatial et la pièce est difficilement aérable, conférant par son exigüité un sentiment d'oppression.

Les deux autres chambres sont comptabilisées dans les vingt lits. Elles sont situées à l'extrémité du couloir de l'aile à droite de l'entrée (chambres 20 et 21) ; elles diffèrent entre elles uniquement par le mobilier dont une partie est en mousse.



Chambre d'hypostimulation



Chambre à mobilier adapté

L'utilisation de la chambre d'hypostimulation serait rare et de courte durée, le temps que les psychotropes fassent effet. S'agissant de décisions médicales qui ne sont pas recensées en tant que mesures d'isolement dans le registre obligatoire, il a fallu analyser la liste des patients isolés en 2021 pour se donner une idée de leur importance :

- nombre de patients isolés hospitalisés en soins libres : 9 ;
- nombre de patients isolés en SSC : 1 ;
- durées initiales prescrites : 12 heures (8 fois), 7 heures (1 fois), 6 heures (1 fois) ;

- durées d'isolement : l'heure de sortie n'étant pas indiquée, la durée d'isolement n'est pas vérifiable mais on peut noter que sur les dix mesures, trois ont fait l'objet de renouvellement correspondant à 48 heures d'isolement pour deux d'entre elles et 24 heures pour la troisième.

Elles ne sont donc pas anodines. En outre, on note que l'heure de sortie du patient n'est pas mentionnée, que le nom du prescripteur manque quelquefois et que la surveillance infirmière n'est jamais tracée.

b) La contention

Selon les interlocuteurs rencontrés, aucune contention n'est pratiquée hormis pour des patients qui s'arracheraient une perfusion. Là également la traçabilité est lacunaire.

Quelques médecins édictent des « prescriptions si besoin », un psychiatre et un médecin généraliste ont cette pratique, soit 2 sur 5.

Le cadre supérieur de santé a présenté un projet de procédure de recours en phase de rédaction sur la pédopsychiatrie (procédure de recours au studio d'hypostimulation) dans l'idée d'une adaptation à la psychogériatrie.

Les recommandations 34, 35, 36 sont pleinement applicables aux patients du service de psychogériatrie.

10.2 L'ISOLEMENT SE PRATIQUE EN PEDOPSYCHIATRIE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INDIGNES ET HORS DE TOUT CADRE LEGAL

Le service de pédopsychiatrie comprend deux services d'hospitalisation complète pour les 12/18 ans :

- une unité d'hospitalisation complète de neuf lits dans une unité fermée, dont une chambre d'isolement ;
- une unité moyen séjour de six lits.

Si une hospitalisation est réalisée dans un service adulte, un pédopsychiatre passe faire une consultation tous les jours. Aux urgences pédiatriques ou en service de pédiatrie, l'infirmier de liaison et l'interne se déplacent.

10.2.1 L'unité d'hospitalisation complète

Seule la première a été visitée, l'unité moyen séjour étant, en fait, un internat thérapeutique avec des cours et des soins fonctionnant du dimanche soir au vendredi. Les durées de séjour y sont de trois à six mois.

L'objectif est de permettre un retour à une scolarité normale après une hospitalisation complète dans l'unité fermée.

Si une hospitalisation est réalisée dans un service adulte, un pédopsychiatre passe faire une consultation tous les jours. Lorsque l'hospitalisation passe par les urgences pédiatriques, ou en service de pédiatrie, l'infirmier de liaison et l'interne se déplacent.

L'unité d'hospitalisation complète reçoit des adolescents de 12 à 18 ans pour des hospitalisations d'environ 3 semaines mais au moment de la visite une adolescente était hospitalisée depuis 11 mois.

Le recrutement couvre tout le département. Les jeunes patients sont admis selon différents circuits dont les consultations réalisées en centre médico-psychologique, les urgences ou encore le service de pédiatrie. Les patients relevant d'une ordonnance de placement provisoire peuvent y être accueillis mais le cas ne s'est pas présenté au cours des deux dernières années.

Les patients sont considérés comme en soins libres, les deux parents ayant accepté le contrat de soin et ayant signé une autorisation d'hospitalisation.

Les mineurs admis en soins sur décision du représentant de l'Etat sont hospitalisés en service adulte.

Les adolescents ayant effectué une tentative de suicide ou porteurs de troubles du comportement alimentaire sont le plus souvent hospitalisés en pédiatrie et sont suivis par une équipe de pédopsychiatrie de liaison.

Les pédopsychiatres sont présents tous les jours.

10.2.2 Les conditions d'hospitalisation

L'accueil se fait en présence de la famille et le contrat régissant l'hospitalisation est présenté. Il est précis et contient de nombreuses restrictions de liberté : il n'y a pas de contact avec la famille la première semaine, ce qui signifie qu'aucune visite ni aucun appel téléphonique ne sont possibles.

Les règles de vie sont présentées lors de cet entretien et certains objets sont tolérés comme l'ordinateur et le téléphone personnel.

L'usage du tabac est toléré pour les patients âgés de plus de 16 ans avec l'autorisation des parents. L'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) intervient dans le service afin de rencontrer les jeunes fumeurs, les informer sur les conséquences des comportements addictifs et leur proposer des prises en charge.

BONNE PRATIQUE 3

L'intervention de l'équipe ELSA auprès d'adolescents hospitalisés permet une prise en charge précoce des addictions.

La journée est rythmée par :

- le lever à 7h30 avec une tolérance jusqu'à 8h30 au plus tard. Le petit-déjeuner est pris en salle à manger jusqu'à 9h15 ;
- un retour en chambre jusqu'à 10h30 pour la toilette. A partir de ce moment, l'espace nuit est fermé ;
- de 10h30 à 12h les soins, les activités thérapeutiques et occupationnelles sont réalisées dans des espaces comprenant plusieurs salles d'activités dont des salles de détente, un jardin intérieur et diverses salles de consultation ;
- de 12h à 13h le repas collectif est servi en salle à manger et de 13h à 13h30 les chambres sont ouvertes pendant les transmissions pour un temps de repos ;
- de 14h à 15h les adolescents bénéficient d'un temps libre pendant lequel se déroulent les réunions de staff et réunions cliniques les lundi, mercredi et jeudi. A 15h, les chambres sont fermées, c'est-à-dire inaccessibles aux jeunes patients et les soins reprennent ;

- à 16h le goûter est servi puis les activités reprennent. Le téléviseur est allumé selon les horaires de détente ;
- à 18h, la réouverture des chambres pour un nouveau temps libre ;
- de 19h à 20h le repas du soir est pris en salle à manger ;
- le coucher se fait à 22h en semaine, 23h le week-end, avec un « temps tisane » proposé au moment de l'arrivée de l'équipe de nuit.

10.2.3 Le déroulement de l'hospitalisation

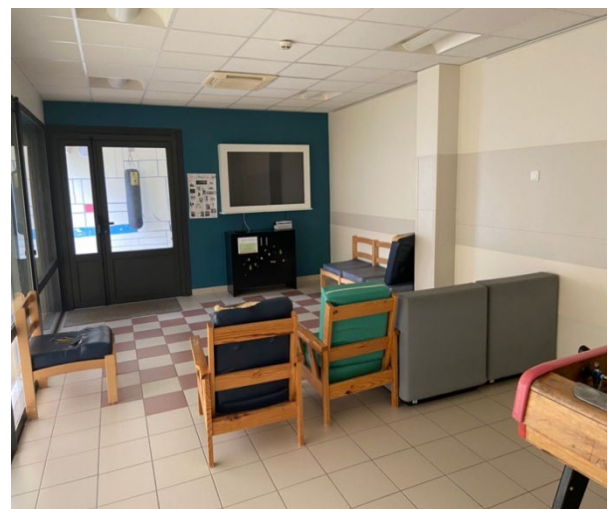
Les activités sont nombreuses :

- lundi : la présence d'une psychomotricienne permet des activités de yoga, relaxation ;
- mardi : activité peinture avec les patients du service et des patients « petite enfance » fréquentant un hôpital de jour ;
- mercredi : groupe de parole avec des thèmes différents ;
- jeudi : travail avec une assistante sociale autour de la famille ;
- vendredi : 2 heures d'activité sportive réalisée au gymnase prêté par la MAIF.

D'autres activités occupationnelles sont proposées, comme la participation des adolescents à la radio de l'hôpital créée par des infirmiers en psychiatrie (radio PIN PON), avec des lectures de texte. Plusieurs projets sont en cours d'élaboration dont un projet de terrain multisports et un projet d'atelier graffitis avec des artistes.



Salle d'activité donnant sur cour et expression picturale sur mur



Salle de détente

Le service est fermé et les patients peuvent être enfermés en chambre. Après la première semaine d'hospitalisation, les contacts avec la famille reprennent et les communications téléphoniques sont autorisées à raison d'un appel entrant et un appel sortant par jour. Les visites sont autorisées soit dans le service soit selon des temps de sortie.

La deuxième semaine, il y a des entretiens familiaux et des permissions. Des contacts sont également pris avec les conseillers principaux d'éducation pour la reprise de la scolarité.

Selon le personnel soignant, les passages à l'acte sont peu fréquents dans le service et les traitements injectables pour les situations de crise très rares.

10.2.4 L'isolement

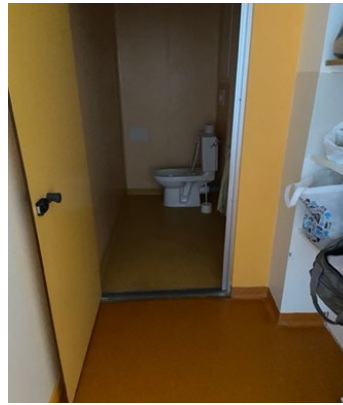
L'isolement est pratiqué dans le service en dehors de toute règle légale.

Une chambre nommée « chambre d'hypostimulation » s'avère être une chambre d'isolement. Elle comprend un espace assez grand qui fait office de salon sur lequel s'ouvre la chambre d'isolement et le cabinet de toilette attenant à la chambre d'isolement.

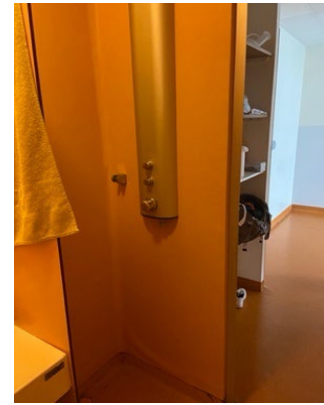
Les conditions matérielles de cet ensemble ne répondent en rien au cahier des charges des chambres d'isolement telles qu'elles sont définies dans les recommandations de l'HAS de mars 2017. Elles sont dépourvues de dispositif d'appel malade, de toilettes dans la chambre et de point d'eau. Le cabinet de toilette attenant à la chambre d'isolement comporte un WC et une colonne de douche avec un lavabo, le tout dans un espace minimaliste sans lumière du jour, il semble avoir été construit dans un ancien placard. Il n'y a pas de double entrée et l'ensemble est loin du poste infirmier.



Chambre d'isolement



Cabinet de toilette à côté de la chambre d'isolement



Colonne de douche dans le cabinet de toilette

Cet espace étroit et réduit ne permet pas une intervention facile en cas de besoin. Les indications de cet espace pour les soignants sont les résistances aux neuroleptiques et les crises clastiques. Son usage est tracé dans le dossier du patient, avec une feuille de surveillance infirmière. L'inscription dans le registre ne semble pas maîtrisée par le personnel présent.

Au cours de la visite, la chambre d'isolement était occupée par une adolescente.

L'enfermement dans les chambres ordinaires est rare mais possible.

Tous les patients mineurs hospitalisés en pédopsychiatrie étant le sous le régime de l'hospitalisation en soin libre, leur isolement n'est pas légalement permis, sauf à changer leur mode d'hospitalisation, si les conditions médicales sont réunies.

Les recommandations 34, 35, 36 sont pleinement applicables aux patients mineurs. Il sera ajouté que :

RECOMMANDATION 52

L'isolement de mineurs hospitalisés en soins libres n'est pas légalement possible. Le cas échéant, le statut d'admission du mineur doit être modifié afin que ses droits soient respectés comme la possibilité de saisir le juge des libertés sur sa situation.

L'isolement en pédopsychiatrie, s'il est pratiqué, doit se faire dans un espace dédié assurant la sécurité, la dignité et le confort des patients.

11. ANNEXES

Ci-après figurent les observations adressées par la direction de l'établissement en réponse au rapport provisoire. Les corrections portant sur des erreurs formelles ou des omissions ont été intégrées au présent rapport définitif. Toutes les autres observations portant sur des réponses aux recommandations du CGLPL ou sur des constats réalisés pendant la visite des contrôleurs sont dans ces annexes. La numérotation des pages du rapport provisoire citée par l'établissement ne tient pas compte des ajouts de texte dans le rapport définitif.

Réponses au Rapport provisoire de la visite du 28 février au 4 mars 2022 du CGLPL

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT (Pages 13 à 18)

3.1 L'ABSENCE DE PROJET DE POLE EN PSYCHIATRIE NUIT A L'ORGANISATION DES SERVICES ET A UNE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS RESPECTUEUSE DE LEURS DROITS (pages 13-14)

Paragraphe 2 : *La rédaction est inexacte. Il serait préférable de noter : Le CH est l'établissement de recours pour la population des Deux-Sèvres. Pour la psychiatrie, il couvre les besoins de la population du Sud du département en incluant le canton de PARTHENAY, canton rattaché à l'hôpital de Niort pour des raisons historiques validées par le SROS. Le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres prend en charge la population des Secteurs 4 et 5 (THOUARS et BRESSUIRE). Compte tenu de la situation géographique, Niort étant à une vingtaine de kilomètres du Sud Vendée, il arrive que des personnes soient prises en charge ponctuellement par les services de psychiatrie de l'établissement avant d'être réorientées vers le centre hospitalier de référence en Vendée.*

Sur la description du pôle :

- *Secteur 1 : supprimer Les pour l'unité Gâtine et supprimer le « s » sur tout le rapport*
- *Secteur 3 : il manque l'unité La Lisière, 10 lits*

Pour le dispositif intersectoriel,

- *pour la pédopsychiatrie, il est préférable de noter qu'il s'agit de l'intersecteur Sud Deux-Sèvres qui comprend 3 unités : petite enfance (0-5 ans), enfance (6 – 10 ans), adolescents (11-18 ans) à vocation départementale de 15 lits.*
- *Pour la psychogériatrie, il faut ajouter que le service de psychogériatrie comprend 20 lits d'hospitalisation complète et 24 places d'hôpital de jour*
- *Le centre expertise sur l'autisme adulte (CEAA) de 10 lits dont 2 lits d'apaisement et non 15 lits.*

Au moment de la visite des contrôleurs, ce n'était pas l'unité Sud en travaux de rénovation mais l'unité Les Ormeaux. Des travaux de rénovation complète de l'unité Sud sont programmés à partir de 2023.

Dans les structures ambulatoires, il manque :

- Niort
 - o Psychogériatrie : CMP, consultation mémoire, HJ d'évaluation (2 places), et HJ 20 places
- Chef-Boutonne
 - o CMP Secteur 2.

L'unité de douze lits qui a fermé faute d'effectif n'est pas Marée mais Marais (nom donné en raison du Marais Poitevin). A la fin de ce paragraphe, il pourrait être ajouté que depuis la visite du CGLPL, les unités Les Ormeaux et Sud ont fusionné avec une capacité de 15 lits dont 2 chambres de soins intensifs plus 2 chambres d'isolement. Ce regroupement permet la rénovation complète de l'unité Sud.

3.2 L'ETABLISSEMENT SOLLICITE UN SOUTIEN FINANCIER CONSEQUENT POUR FAIRE FACE AUX RENOVATIONS INDISPENSABLES DU POLE DE PSYCHIATRIE (page 14)

Le montant sollicité auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine n'est pas de dix millions d'euros mais de quarante-sept millions et cinq cent mille euros.

Depuis ce qui est mentionné dans la dernière phrase de ce point, il faut rajouter que suite à différentes rencontres entre la direction, les responsables de psychiatrie et les cadres supérieurs de santé, un schéma global de réorganisation de la psychiatrie adulte a été validé en juin 2022 et transmis à l'ARS pour appuyer la demande d'investissement dans la cadre du Ségur de la Santé.

3.4 LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST CORRECTEMENT ORGANISEE MAIS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS VICTIMES PEU FORMALISEE (pages 15 à 17)

3.4.1 Les événements indésirables

Il faut ajouter à la fin de l'avant dernier paragraphe que le dispositif d'appel malade est désormais installé dans toutes les chambres des unités fermées y compris les chambres d'isolement. Il reste à installer dans les chambres du service de psychogériatrie.

*Il est fait mention d'un protocole concernant la présence sur site d'un vigile. Ce protocole ne concerne que les services de Médecine-Chirurgie et Obstétrique. Il ne concerne pas la Psychiatrie. Ainsi, la **recommandation 1** n'a pas lieu d'être. En effet, la prise en charge des états d'agitation des patients est réalisée par les soignants. Si des renforts sont nécessaires, les soignants disposent du système de PTI qui permet d'avoir des renforts de soignants des autres unités. De plus, un poste de renfort a été mis de jour comme de nuit sur l'unité ayant regroupé les unités des Ormeaux et Sud. La formation OMEGA a également apporté une aide à la prise en charge de ces états d'agitation. Enfin, dans le projet de réorganisation de la psychiatrie adulte, il est prévu la création d'une équipe mobile de renfort et de proximité.*

*A propos de la **recommandation 2** portant sur l'accompagnement des patients victimes de violence, le protocole de dépôt de plainte par un patient victime est en cours de signature avec le Parquet et les forces de l'ordre.*

Un groupe de travail sur les victimes de violences a élaboré des plaquettes d'information pour les patients et les professionnels fin 2021.

Une convention a été signée avec France Victimes pour la mise en place de permanence à l'Espace des Usagers qui ont débuté en mai 2022.

Dans le paragraphe suivant, il est faux de mentionner les sorties contre avis médical de patients en soins libres comme des fugues. La sortie contre avis médical est un droit du patient.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE DOIT OUVRIR SON QUESTIONNEMENT AUX DROITS FONDAMENTAUX DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE (pages 17-18)

La dernière phrase du paragraphe portant sur la composition du Comité d'Ethique devrait être modifiée comme suit : Ce groupe fonctionne sous l'animation d'un référent, praticien hospitalier de l'établissement à la retraite.

Recommandation 3 : *Un usager a été intégré au groupe d'appui éthique*

En octobre 2022, le groupe d'appui éthique a été sollicité autour d'une question relative à la sexualité par une unité de psychiatrie. Un café éthique ouvert à tous sur ce sujet est en cours d'organisation à partir de ce questionnement.

Depuis 2022 le bilan d'activité et une promotion du groupe d'appui éthique sont effectués aux instances de l'établissement sur le mois de mars.

Un état des lieux des situations éthiques va être mené sur l'année 2023 auprès des services, ce qui permettra également une meilleure connaissance du groupe par les professionnels.

Le règlement intérieur a été mis à jour en avril 2022, retirant la notion d'accord du responsable de service lors de saisie par un professionnel.

Le deuxième café éthique du groupe d'appui éthique portait sur la situation des patients libres pris en charge en service fermé en 2010.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT (pages 19 à 28)

4.1 L'ACCUEIL PSYCHIATRIQUE A PEU DE PLACE AU SEIN DES URGENCES

4.1.1 Le circuit des urgences

Recommandation 4 : Un box est privilégié aux urgences pour la prise en charge des patients agités. Dans le projet d'agrandissement des Urgences, un lieu spécifique permettant l'accueil en urgence est prévu.

4.1.2 L'équipe d'appui et d'urgence en psychiatrie

Recommandation 5 : Si l'enveloppe SEGUR est acceptée pour la rénovation des urgences, des travaux seront menés avec, à nouveau, l'identification de locaux pour les prises en charge de patients par l'équipe d'appui. En 2021, l'implantation de l'unité d'accueil des victimes de violences a été privilégiée, et a débordé sur les salles utilisées par l'équipe d'appui. Cependant actuellement, en consultation externe (filière ambulatoire), un bureau est dédié à l'accueil de ces patients et côté box (circuit long), une salle est dédiée à leur accueil.

4.1.4 La composition de l'équipe (page 21)

Des erreurs sont constatées sur la composition de l'équipe.

L'équipe médicale est composée de trois praticiens (2,9 ETP) et d'un interne (interne en fonction des possibilités de la Faculté de Poitiers). (En février 2022, pour l'ensemble du pôle de psychiatrie - addictologie, en plus de l'interne du CAC, il y avait 6 autres internes et 1 docteur junior à mi-temps, l'autre mi-temps étant sur le CH Henri Laborit de POITIERS).

Le psychologue qui intervient n'est pas à temps plein mais à mi-temps.

L'appui aux urgences, c'est-à-dire les consultations, est assuré par l'un des trois praticiens de 8H30 à 18H30 et un infirmier, présent en permanence de 8H30 à 22H15, tous les jours, dimanche et fériés compris. Les jours ouvrables de la semaine à partir de 18H30, le samedi, le dimanche et fériés compris, l'appui aux urgences pour la partie médicale est assuré par la garde de psychiatrie.

4.1.5 Les patients et les soins (page 21)

Les patients hospitalisés au CAC le sont par plusieurs modes d'entrée : rdv médicaux de secteurs donc de CMP, urgences, urgences des centres hospitaliers de la région.

La durée moyenne de séjour est de 5 jours, maximale de 8 jours.

L'utilisation des téléphones portables autorisée de 14H30 à 19H est mentionnée dans le règlement intérieur du service. Celui-ci va être revu.

Recommandation 6 : *Le règlement intérieur du centre d'accueil et de crise sera revu sur la question de l'utilisation du téléphone portable et il sera mentionné que le téléphone portable ne sera retiré que sur motifs médicaux avec une réévaluation régulière.*

Le fait qu'il n'y ait ni activité thérapeutique, ni réunion soignants/ soignés s'explique par une durée de séjour de courte durée.

4.1.6 Les locaux (pages 21-22)

La pose de verrou dans les chambres sera à planifier dans le cadre des travaux annuels avec la possibilité de passe pour les professionnels pour leur permettre d'intervenir en cas de problème. Ce dispositif existe déjà dans le service de Psychogériatrie et doit s'étendre à terme à toutes les unités de psychiatrie.

Recommandation 7 : *La réhabilitation des locaux du centre d'accueil et de crise est inscrite dans le cadre de la rénovation globale de la psychiatrie adulte. La rénovation de ce service sera mise en priorité.*

4.1.7 La psychiatrie de liaison (page 22)

Recommandation 8 : *La création d'un service de psychiatrie de liaison s'inscrit dans le projet médical du pôle de psychiatrie en cours de finalisation.*

Certes, il n'existe pas de service de psychiatrie de liaison, chaque secteur assure ses liaisons sur le MCO le plus souvent avec un déplacement du médecin d'astreinte sur la journée si le patient ne peut se déplacer. Dans le cadre de la réorganisation de la psychiatrie adulte et du projet médical, ce sujet est en cours de réflexion.

Cette activité de liaison existe pour la Gériatrie et elle est assurée par le service de psychogériatrie avec une infirmière de liaison et également en Pédiatrie par une infirmière de liaison de pédopsychiatrie et par un interne de pédopsychiatrie avec l'appui téléphonique d'un sénior.

4.1.9 La psychiatrie de liaison (pages 22-23)

1^{er} paragraphe de la page 23. Modification souhaitée : En amont, le cadre de garde contacté par le SAMU constitue l'équipage qui comprend deux soignants de psychiatrie (deux infirmiers ou un

infirmier et un aide-soignant ou un aide médico-psychologique) et un des ambulanciers formés à ce type de prise en charge.

4.2 LA PROPORTION DES PATIENTS ADMIS EN SSC REPRESENTE UN TIERS DE LA FILE ACTIVE DES HOSPITALISATIONS COMPLETES (pages 23-24-25)

Le titre devra être revu car les chiffres mentionnés dans ce paragraphe sont faux.

4.2.1 L'activité (page 23-24)

La phrase « sous réserve que les données fournies soient exactes » laisse supposer que l'établissement n'a pas communiqué les bonnes données. Or, après vérification par le Département d'Information Médicale, il semble que les erreurs proviennent d'une mauvaise retranscription.

En effet, la DMS en 2017 est de 58,30 jours et non de 60,27 jours. Les chiffres de DMS de 2020 et de 2021 ont été inversés. En fait, elle est de 69,77 jours en 2020 et de 61,46 jours en 2021 en 2021. La forte hausse de 2020 s'explique par un arrêt des hospitalisations en raison de la période de confinement liée à la crise sanitaire et de ce fait des hospitalisations plus longues pour les patients présents.

La phrase suivante : « augmentation de 15 % de la DMS entre 2017 et 2021 » est donc fautive : elle est de 3.3%.

L'observation des chiffres montre plutôt un allongement de la DMS en 2020 et 2021 et un retour à des chiffres proches de 2017 car elle est de 61.46 jours en 2021 et même de 59.69 jours en 2022.

A noter : la DMS évoquée est en fait la « DMH » (durée moyenne d'hospitalisation). Les deux notions ne sont pas équivalentes.

4.2.2 Les patients en soins sans consentement

Le tableau figurant dans cette partie comprend des erreurs sur les chiffres 2020 et sur le nombre de patients par statut. Les bons chiffres figurent dans le tableau ci-dessous.

	Nombre de mesures de soins sans consentement		Nombre de patients par statut	
	2020	2021	2020	2021
Total des SDDE	291	259	261	255

SDT et SDTU	249	226	219	223
SPI	42	33	42	32
Total des autres mesures	22	25	23	25
SDRE	20	24	20	24
Décisions judiciaires	0	0	1	0
Détenus	2	1	2	1
Soins Libres			1 628	1 641
Total des patients			1 912	1 921

Il n'est pas exact d'indiquer que la proportion de patients admis en soins sans consentement parmi les hospitalisations à temps complet est relativement plus élevée. En effet, s'il n'est pris que les chiffres des hospitalisations complètes, le pourcentage passe de 14,85 % en 2020 à 14,57 % en 2021. Ces pourcentages plus élevés par rapport aux années précédentes s'expliquent pour l'année 2020 par le cumul de la fermeture des admissions en soins sans consentement du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres, fermeture liée à l'assassinat d'une infirmière par un patient pris en charge en psychiatrie et par la diminution des hospitalisations en soins libres en raison du confinement et de la crise sanitaire. Pour l'année 2021, le pourcentage a légèrement diminué malgré le maintien des non-admissions en soins sans consentement sur le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres. Les admissions de ces patients ont été effectuées alternativement suivant les semaines paires et impaires par le Centre Hospitalier Henri Laborit (Poitiers) et le Centre Hospitalier de Niort. Cette situation s'est poursuivie en 2022.

4.3 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DELIVREE AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST INCOMPLETE (pages 25 à 28)

4.3.1 Le règlement intérieur et le livret d'accueil (pages 25-26)

Recommandation 9 : Le règlement intérieur de l'établissement mis à jour sera présenté aux instances du mois de juin 2023. Cette mise à jour n'a pas été effectuée jusqu'à présent en raison de la réglementation qui n'a cessé de changer depuis la réforme de 2016.

Le règlement des unités sera harmonisé à partir des règles énoncées dans le règlement intérieur.

L'affichage des informations va progressivement se faire sur des écrans de télévision où défileront des informations sur les droits des patients et la démarche qualité de l'établissement. Cet affichage permettra de répondre à la **recommandation 10**.

La bonne pratique 1 porte sur la création au secteur 3 d'un poste dédié à l'orientation et l'information des patients. Il est prévu que cette bonne pratique soit harmonisée et mutualisée sur l'ensemble du pôle.

4.3.2 Information sur les droits spécifiques (pages 27-28)

Recommandation 11 : *Sur les certificats médicaux fondant la décision d'admission et le maintien des soins sans consentement en psychiatrie, le patient a accès à ses documents par l'intermédiaire de son avocat ou de l'avocat commis d'office qui reçoit le patient 45 minutes avant l'audience devant le JLD.*

Concernant la nécessité de porter à la connaissance du patient l'identité du tiers avec la décision d'admission, en la matière, la CADA et la Cour administrative d'appel de Nantes (Avis CADA 25/05/2000 n° 2002123 ; et CAA Nantes, 7 octobre 1999) considèrent que l'identité du tiers demandeur constitue une «information relative à un tiers», qui, à ce titre, n'est pas communicable au patient qui en ferait la demande. C'est pourquoi, les décisions d'admission ne mentionnent pas le nom du tiers.

Cependant, compte-tenu de la position du ministère de santé dans une lettre du 5 février 2003, il est possible de communiquer le tiers au patient qui en fait la demande. Cette demande fait l'objet d'un accompagnement particulier afin de limiter les risques susceptibles de résulter de l'accès par le patient à ces éléments, conformément aux dispositions de l'article L1111-7 al. 4 du Code de la Santé Publique.

Recommandation 12 : *Pour toute demande d'accès au dossier médical, les patients de psychiatrie font une demande sur papier libre ou à partir du formulaire commun à tous les patients.*

Ce n'est que si, après réception de la demande d'accès à son dossier, le médecin recommande une consultation par l'intermédiaire d'un médecin, que le formulaire spécifique est adressé au patient. Sur l'année 2022, aucune demande n'a nécessité d'utiliser ce formulaire. Toutes les demandes ont été faites sur papier libre ou formulaire global.

5. LES CONDITIONS DE VIE (pages 19 à 38)

5.1 LES LOCAUX SONT HETEROGENES DANS LEUR CONCEPTION ET LEUR ETAT ET CERTAINES CHAMBRES PRESENTENT DES DEFAUTS D'EQUIPEMENTS

Par rapport à la première visite en 2011 du CGLPL, en plus des locaux mentionnés comme relativement neufs, des travaux de rénovation et de mise aux normes ont été réalisés :

- Chambres d'isolement des unités Lisière et Ormeaux
- Partie jour de l'unité des Ormeaux
- CMP – CATTP – Hôpital de jour Le Verger et le Bosquet

1)

5.1.1 Les espaces extérieurs (pages 29-30)

Le défaut d'entretien sur l'une des terrasses de l'unité Sud (photo dans le rapport) sera revu dans le cadre de la rénovation complète de l'unité Sud programmée à partir de 2023.

Les fumoirs de plusieurs unités, locaux aérés accessibles aux patients fumeurs, plus exactement des unités fermées, sont grillagés pour permettre aux patients d'y accéder facilement sans mobiliser la surveillance par des soignants. Les autres fumoirs grillagés sont situés au niveau du bâtiment intitulé bloc thérapeutique avec des unités en étage. Ces espaces accessibles aux fumeurs qui ont été construits après avis de l'ABF, sont en libre accès et le grillage s'explique pour prévenir le risque suicidaire.

L'humanisation des terrasses couvertes extérieures et plus globalement des espaces extérieurs s'inscrit dans la réflexion de rénovation complète de la psychiatrie adulte.

5.1.2 L'hébergement (pages 30 à 32)

Recommandation 13 : La très grande majorité des patients bénéficie d'un hébergement individuel par la réduction capacitaire des unités. Cependant, il subsiste encore 3 chambres à 2 lits à l'unité Est qui comprend en tout 15 lits. Le projet de rénovation de la psychiatrie adulte, y compris la psychogériatrie, ne prévoit que des chambres individuelles avec salle d'eau. Compte-tenu des postes soignants et médicaux vacants, il est envisagé la fusion de cette unité avec l'unité Ouest du Secteur 2 ce qui entraîne une diminution de capacité de 15 lits. Cette diminution sera compensée par l'ouverture d'un hôpital de jour de crise.

L'ensemble des carences et des points d'amélioration mentionnés sera repris dans le cadre du plan de rénovation globale de la psychiatrie adulte. Cependant, certaines unités disposent de verrous de confort et il est déjà prévu de l'étendre à d'autres unités. En revanche, l'absence de porte-manteau peut s'expliquer pour des raisons de sécurité et afin de limiter le risque suicidaire. Pour pallier ce problème, des porte-manteaux anti-suicide ont été installés dans certaines chambres de psychogériatrie.

Recommandation 14 : Par rapport à cette recommandation, il existe un plan annuel d'équipement pour permettre le remplacement d'équipement défectueux. En cas d'urgence, le remplacement est priorisé. Par ailleurs, la rénovation des unités s'accompagne également d'un plan d'équipement à neuf des unités garantissant le confort des patients et leur intimité.

5.1.3 Espaces communs et salles d'activités (pages 32-33)

Recommandation 15 : Par rapport à cette recommandation, la valorisation des espaces communs intérieurs comme extérieurs, y compris les salles d'activités, s'inscrit dans l'objectif de rénovation des unités. Ainsi, l'unité des Ormeaux a bénéficié en 2022 de cette valorisation. Par ailleurs, certaines unités viennent de mettre en place des espaces calme – retrait – apaisement avec du mobilier spécifique, une lumière tamisée et la possibilité de musique apaisante. Ces espaces sont en libre accès et dans le cadre du projet de réorganisation de la psychiatrie, il est prévu que chaque unité dispose de ce type d'équipement.

5.1.4 Locaux réservés aux professionnels (page 33)

Dans le cadre des travaux de rénovation complète de la psychiatrie adulte, il sera prévu des locaux adaptés aux professionnels sur le même modèle que les unités Gâtine et Cytises.

5.1.5 Travaux et perspectives (pages 33-34)

Dans le premier paragraphe, il est noté que des déficits d'équipement ont été identifiés dans certaines unités. Dans la majorité des unités mentionnées en annotation, les équipements prévus ont été installés.

Il est indiqué que certains travaux et réfections d'ampleur nécessaires nécessitent des « opérations tiroir ». Celles-ci n'étaient pas envisageables jusqu'à présent puisque toutes les unités étaient en activité. Avec la fermeture de l'unité Marais, le regroupement des unités Sud et Ormeaux et la fusion des unités Est et Ouest, il est possible de réaliser ces travaux dans des bâtiments non occupés. Ainsi, à partir de cette année, la rénovation complète de l'unité Sud désormais vide va débuter.

Recommandation 16 : Il existe des réunions soignants/soignés portant sur les conditions d'accueil et de vie dans les unités. Les propositions d'amélioration issue de ces réunions peuvent être priorisées lors du recensement des besoins pour l'élaboration du plan annuel d'équipement du pôle de psychiatrie.

5.2 LES LOCAUX SONT INSUFFISANTS EN NOMBRE ET EN EQUIPEMENT (Pages 34 à 36)

5.2.1 Les locaux (pages 34 à 36)

Dans le cadre du projet de rénovation de la psychiatrie adulte et de la psychogériatrie, il n'est prévu que des chambres individuelles avec salle d'eau comprenant WC, lavabo et douche) comme dans les unités Gâtine et Cytises.

Pour la Psychogériatrie, un projet a été travaillé avec les services techniques dans les locaux existant mais la superficie de certaines chambres ne permet pas l'installation de douche.

Il n'est pas exact d'écrire que les séjours en psychogériatrie sont longs. En effet, la durée moyenne de séjours dans ce service se situe aux alentours de 21 jours, soit la DMS la plus courte des unités de psychiatrie après celle du CAC.

Dans le dernier paragraphe de la page 35, il est indiqué qu'il a été constaté un manque de savon pour se laver les mains et de l'urine au sol dans les sanitaires. Le service de psychogériatrie accueille des patients de plus de 65 ans souffrant de problèmes cognitifs dont la maladie d'Alzheimer. Ainsi, il est possible qu'au moment de la visite l'équipe soignante n'ait pas eu le temps de nettoyer l'urine. Compte-tenu des pathologies, il arrive également que certains patients ne se rappellent plus de la localisation des sanitaires.

Un projet de réaménagement et de rénovation des locaux de psychogériatrie est à l'étude avec les services techniques.

Recommandation 17 : *La réfection des sanitaires est prévue dans le cadre du programme de rénovation de la psychiatrie adulte et de la psychogériatrie.*

Les patients ont un accès libre et à tout moment à des WC.

5.2.2 L'hygiène corporelle (page 36)

Au deuxième paragraphe de ce point, il est préférable d'écrire que le linge est entretenu prioritairement par les familles et toutes les unités sont équipées pour l'entretien du linge.

Une convention a été passée avec un pédicure par unité.

5.3 LA PROTECTION JUDICIAIRE DES PATIENTS EST ASSURÉE MAIS LA SÉCURITÉ DE LEURS BIENS À L'INTÉRIEUR DES LOCAUX NE L'EST PAS (Pages 36 - 37)

Le dépôt de valeurs des patients n'est plus fait au coffre de l'hôpital dans la mesure où la réglementation a changé et les Trésoreries hospitalières ne conservent plus l'argent liquide ou autres biens des patients. Désormais, ces dépôts sont faits dans les coffres individuels des chambres. De plus, chaque unité dispose d'un coffre commun.

Recommandation 18 : *L'inventaire des biens du patient est fait à l'entrée. A l'entrée, cet inventaire est mis dans le dossier du patient. Un autre inventaire est fait à la sortie et est remis au patient. Une procédure est en cours de rédaction pour la remise du double de l'inventaire, notamment si le patient n'est pas en mesure de gérer ses biens.*

Recommandation 19 : *Sauf sur restriction médicale, les patients conservent leur téléphone portable. Le chargeur est conservé par les soignants pour prévenir le risque suicidaire. Dans certaines circonstances, le téléphone portable peut être retiré pour éviter que le patient ne soit harcelé par des appels incessants.*

Recommandation 20 : *La liste des objets interdits dans les unités figure dans le règlement intérieur des unités. Il est proposé de faire une affiche avec des pictogrammes des objets interdits à l'entrée du service.*

Après des sorties autorisées et après des retours de week-ends, les soignants peuvent être amenés à faire des inventaires complémentaires. Ainsi, il a été retrouvé des armes blanches, de la drogue ou des bouteilles d'alcool.

Recommandation 21 : *Les patients disposent de coffre individuel dans leur chambre. Comme il est mentionné les objets personnels volumineux qui le coffre ne peut contenir sont placés soit dans le poste soignant, soit dans la bagagerie de l'unité fermée à clef.*

5.4 LES REPAS ET COLLATIONS SONT SERVIS EN QUANTITE INSUFFISANTE EU EGARD AU PROFIL DE CERTAINS PATIENTS (Page 38)

Au paragraphe 3 de ce point, il est indiqué que « les patients étaient parfois contraints de manger à même les barquettes de livraison en raison de problèmes de vaisselle et de lave-vaisselle ». Il n'existe pas de problème de vaisselle dans la mesure où les services de psychiatrie en sont équipés. Les patients sont exceptionnellement amenés à manger dans les barquettes de livraison en raison des pannes de lave-vaisselle. Un plan de renouvellement des équipements est réalisé annuellement.

Recommandation 22 : *A l'inverse des services de médecine, chirurgie et obstétrique, les mets sont servis dans de la vaisselle en psychiatrie. Dans le cadre de la construction de la nouvelle cuisine centrale, tous les mets seront servis dans de la vaisselle.*

Les portions des repas sont adaptés suivant l'avis médical et de la diététicienne. Le logiciel de commande des repas permet d'adapter la quantité au profil des patients.

Par ailleurs, les repas sont adaptés en fonction de la religion des patients.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES (pages 39 à 49)

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST ENTRAVEE SANS LIEN AVEC LE STATUT D'HOSPITALISATION (pages 39 à 41)

6.1.1 La liberté d'aller et venir (pages 39-40-41)

Dans le premier paragraphe, il faut ajouter que sur le site de Goise se trouve également une partie du service de Pédopsychiatrie avec les unités petite enfance (0-5ans) et enfance (6-11 ans).

Depuis la visite de février 2022, l'établissement ne dispose plus que de deux unités fermées avec le regroupement des unités Ormeaux et Sud, unité nommée La Frênaie, (15 lits) et l'unité Lisière (10 lits). Certains patients en soins libres se trouvent dans ces unités parce qu'ils ont été admis au départ en soins sans consentement et compte-tenu d'une prise en charge complexe, ils sont restés dans ces unités car il est difficile de leur trouver un établissement d'accueil pouvant les accueillir en raison de leur pathologie.

Il est également noté que, « au moment de la visite du contrôleurs, la suspension de l'accès à la cafétéria intersectorielle, en principe ouverte du lundi au vendredi, était maintenue ». Contrairement à ce qui est écrit, la cafétéria intersectorielle n'est pas un lieu public mais un lieu concourant aux soins. De ce fait, il continuait de s'appliquer les règles sanitaires de l'époque en raison de la crise COVID. Cependant, il avait été mis en place un drive (guichet extérieur) permettant aux patients de disposer des services de la cafétéria.

Recommandation 23 : *Sur les restrictions à la liberté d'aller et venir, une réflexion est en cours dans le cadre du projet de réorganisation de la psychiatrie et dans le cadre du projet de rénovation des unités de psychiatrie. Ainsi, il est prévu dans chaque unité des espaces calme-retrait-apaisement en accès libre. Cette réflexion s'appuie également sur le guide d'utilisation des dispositifs de soins en chambre d'isolement, de recours à la contention mécanique et ses alternatives validé en octobre 2022 et dont certaines procédures sont en cours de finalisation.*

6.1.2 La sécurisation du site (page 41)

Concernant les interventions du SSI, une information sera refaite aux agents. Lorsqu'un PTI est déclenché, le SSI est informé et les agents de ce service se rendent sur place afin de sécuriser le lieux mais n'interviennent pas avec les soignants en cas de violence au sein des unités. La procédure de renvoi des alarmes PTI est en cours d'actualisation pour tenir compte des suppressions ou de regroupement d'unités.

6.2 LES RESTRICTIONS DANS LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE NE SONT PAS INDIVIDUALISEES (pages 41 à 42)

La remarque écrite dans le premier paragraphe sur les sanctions à l'unité Littoral n'a plus lieu d'être. Le règlement intérieur de l'unité a été modifié et les sanctions n'y figurent plus.

Pour l'usage du tabac dans l'unité des Ormeaux, l'écrit s'inscrit dans le cadre des travaux de rénovation des Ormeaux qui comprenait une partie jour en étage et une partie hébergement pour la nuit. Depuis les travaux sont terminés et les patients des Ormeaux peuvent avoir accès pour fumer aux deux espaces extérieurs de l'unité.

Recommandation 24 : *Par rapport à cette recommandation, depuis la visite de février 2022, une réflexion a été menée et les restrictions d'accès aux chambres et de manière générale, les restrictions dans les actes de la vie quotidienne ne s'appliquent que sur décision médicale individuelle.*

6.3 LA GESTION TROP RESTRICTIVE DES COMMUNICATIONS ET DES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR NE RESPECTE PAS LE DROIT DES PATIENTS (pages 42 à 47)

6.3.1 Le courrier (page 42) - RAS

6.3.2 Le téléphone (pages 42-43-44)

Recommandation 25 : *Les règles et pratiques d'accès au téléphone sont en cours d'harmonisation. Les restrictions sont justifiées par la clinique du patient. Dans la configuration actuelle des locaux, la confidentialité des communications n'est pas possible car les point-phones se trouvent dans les couloirs. Ces point-phones sont amenés à disparaître.*

6.3.3 L'accès aux médias (pages 44-45)

Dans le cadre de la rénovation des locaux, il sera envisagé de revoir l'accès à internet.

Des abonnements à un quotidien local existent dans les différents secteurs de psychiatrie adulte.

L'accès WIFI n'est pas possible actuellement en raison de la configuration des locaux. Cette possibilité n'existe pas non plus pour les services MCO.

Recommandation 26 : *Suivant la charte informatique de l'établissement, le service informatique est amené à faire un contrôle sur l'utilisation faites des postes et des connexions. Si lors de ce contrôle il est détecté un problème, le service informatique le signale au cadre de santé de l'unité. Ce contrôle est fait sur tous les postes informatiques de l'établissement et entre dans le cadre de la sécurisation informatique de l'hôpital.*

Recommandation 27 : L'accès à internet est aménagé pour les personnes hospitalisées en psychiatrie. Cet accès est effectivement restreint ou suspendu suivant les décisions médicales prises pour chaque patient. En application de la charte informatique, un contrôle de sécurité est effectué par le service informatique.

6.3.4 Les visites (pages 45-46-47)

Lors de la visite du CGLPL, les règles relatives aux visites venaient juste de changer en raison du contexte sanitaire. De ce fait, certains services n'avaient pas encore mis à jour les nouvelles règles. Par ailleurs, certaines restrictions continuaient à s'appliquer notamment en psychogériatrie car accueillant des personnes âgées, public fragile dans le cadre de la COVID 19.

Pour les visites des familles, l'unité de psychogériatrie a transformé une chambre en salon de visite pour permettre la confidentialité des conversations.

Recommandation 28 : Les règles relatives aux visites sont revenues à la normale et ces règles sont affichées. Les locaux prévus pour les visites seront redéfinis dans le cadre de la rénovation de la psychiatrie adulte. Déjà un salon des visites a été aménagé dans l'unité des Ormeaux récemment rénovée.

Recommandation 29 : Des aménagements de temps de visites avec des mineurs sont prévus sous réserve de dispositions contraires.

6.3.4 La confidentialité de la présence dans l'établissement et de l'état de santé (page 47)

Recommandation 30 : Il existe une procédure d'anonymisation du patient au sein de l'établissement.

Synthèse

La procédure a pour objectif de fixer les règles de saisie de l'identité anonyme d'un patient afin de préserver le secret de l'admission et de son identité dans le système d'information du Centre hospitalier de Niort.

Il existe trois cas d'**anonymisation** prévus par la loi : l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement sous X et la toxicomanie. Le dossier de soins est alors vierge (sans antériorité).

Hors cadre réglementaire, la **non-divulgarion** de l'identité d'un patient peut être justifiée dans certaines circonstances particulières et/ou pour convenance personnelle à la demande du patient.

La notion de **confidentialité d'un dossier** est obtenue en cochant dans le dossier de soins la case «confidentiel». Le patient est donc hospitalisé sous son identité. La confidentialité permet d'avoir accès à l'antériorité du dossier de soins. Seules les soignants et médecins du service et ayant accès au planning d'hospitalisation peuvent voir l'hospitalisation du patient et avoir accès à son dossier de soins. Les autres services du CH Niort (hors psychiatrie) ne peuvent pas voir son séjour dans le SIH.

6.4 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE ET SON ORGANISATION DEMEURE LIMITEE (pages 47-48)

Recommandation 31 : Cette recommandation n'a pas lieu d'être mentionnée dans la mesure où toutes les informations sont communiquées suffisamment en avance pour que les patients puissent exercer leur droit de vote.

Pour précision, les établissements de santé ont pour obligation d'organiser un vote par procuration pour les patients hospitalisés qui ne peuvent sortir, mais pas celle de l'inscription sur les listes électorales comme nommé sur le rapport.

Ainsi, pour les élections présidentielles nommées dans le rapport :

- Dates des élections : 10 avril et 24 avril 2022
- Note d'information : le 09 mars 2022
- Envoi de la note d'information par mail : 5 avril 2022
- Date limite pour le vote par procuration : le jeudi précédent l'élection pour les habitants hors Niort, le vendredi précédent l'élection pour les habitants de Niort.

Donc, les délais concernant l'organisation du vote par procuration étaient respectés. De plus, pour les patients ne pouvant se déplacer, un officier d'état civil s'est déplacé pour recueillir la procuration.

6.5 L'INFORMATION LACUNAIRE DES PATIENTS LIMITE L'ACCES A L'EXERCICE D'UN CULTE (page 48)

Recommandation 32 : Le livret d'accueil de psychiatrie est en cours de mise à jour par le groupe de travail de psychiatrie droits des patients auquel est associé un représentant des usagers, membre de l'association UNAFAM.

Une affiche a été mise à jour en janvier 2023 avec la liste et les coordonnées des cultes.

Le rapport d'activité de l'aumônerie de 2019 montre une fréquentation importante de l'aumônerie par les patients de psychiatrie.

6.6 LA QUESTION DE LA LIBERTE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS ABORDEE INSTITUTIONNELLEMENT (pages 48-49)

Recommandation 33 : La saisie du groupe d'appui éthique en novembre 2022 autour de la question des relations sexuelles de patients de psychiatrie en cours d'hospitalisation a été l'occasion de mener une réflexion à l'échelle de l'établissement sur 2023.

Par ailleurs, l'information existante dans certains règlements intérieurs d'unités sera actualisée et il sera mentionné la notion de consentement.

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT (pages 50 à 57)

7.1 LES LIEUX D'ISOLEMENT NE SE LIMITENT PAS AUX CHAMBRES D'ISOLEMENT AMENAGEES A CET EFFET ET DONT L'ETAT EST INEGAL (pages 50 à 52)

Dans le décompte des chambres d'isolement, les chambres d'apaisement du CEAA ne sont pas comptabilisées dans la mesure où ce dispositif est utilisé dans le cadre d'une procédure et d'un mode opératoire de recours au principe de l'hypostimulation sensorielle. Cette procédure a été transmise à l'HAS pour validation.

Pour l'unité des adolescents de Pédopsychiatrie, il existe effectivement un studio de soins intensifs avec une perspective d'amélioration des modalités de soins afin de créer un espace d'apaisement et une chambre de soins intensifs.

Globalement au cours de l'année 2022, le comité de pilotage sur les soins sans consentement a travaillé à l'élaboration d'un guide d'utilisation des dispositifs de soins en chambre d'isolement, de recours à la contention mécanique et ses alternatives. Ce guide a été validé en octobre 2022 et décrit les différents lieux où il y a des chambres d'isolement et uniformise les appellations des autres dispositifs avec les chambres de soins intensifs et les espaces de calme-retrait-apaisement. Pour chacun de ces dispositifs, un protocole est en cours d'actualisation ou d'écriture, notamment pour les personnes âgées, les mineurs, les patients du CEAA, les adultes sous main de justice et les adultes à mobilité réduite.

Concernant les urgences, la prise en charge des personnes agitées dans un lieu adapté sera revue dans le cadre de la rénovation et de l'agrandissement des urgences.

Depuis la visite, l'établissement ne dispose que de 3 chambres d'isolement opérationnelles. Les travaux des chambres d'isolement de l'unité des Ormeaux ont été terminés en décembre 2022. Avec la fusion des unités Sud et Ormeaux, unité La Frênaie, les chambres d'isolement de l'unité Sud ne sont plus utilisées. Des travaux de rénovation de l'unité Sud sont planifiés à partir de 2023 avec une mise aux normes des chambres d'isolement.

Il est noté qu'une personne attachée en isolement n'a pas la possibilité d'accéder à l'appel malade. Or, la pratique est qu'il est très rare qu'un patient à l'isolement soit également contentonné sur le matelas mousse.

Recommandation 34 : *Le patient en isolement a toujours la possibilité d'actionner le bouton d'appel dans la mesure où la mise en place de contention mécanique est extrêmement rare pour les personnes isolées. Dans les nouvelles chambres d'isolement de l'unité des Ormeaux, le patient peut régler l'intensité de la lumière et a accès aux toilettes dans le respect de son intimité et de sa dignité. Cela sera la même chose dans les futures chambres d'isolement de l'unité Sud.*

Le terme de chambres « modulables » n'est plus utilisé. Avec l'édition du guide, le terme de chambre de soins intensifs est la règle.

7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT MECONNAISSENT LARGEMENT LE CADRE LEGAL ET LA SECURITE DES PATIENTS (pages 53 - 54)

7.2.1 Le déroulement des mesures (pages 53-54)

Depuis la visite, comme il a été indiqué dans le point précédent un guide d'utilisation des dispositifs de soins en chambres d'isolement, de recours à la contention mécanique et de ses alternatives a été rédigé. Les procédures et les protocoles d'utilisations des dispositifs seront finalisés pour avril 2023.

Recommandation 35 : Les dispositions légales encadrant le placement en isolement ont fait l'objet de rappels des pratiques auprès des cadres de santé de psychiatrie, des internes et des psychiatres par le service des admissions. Lors de la mise en place des nouvelles dispositions à partir de janvier 2022, des formations des équipes soignantes ont été faites par le service des admissions. Depuis il a été rédigé un guide méthodologique qui reprend les dispositions légales et qui est publié sur le serveur de la psychiatrie.

Les mesures d'isolement, conformément aux dispositions de la loi, peuvent être renouvelées entre 21H30 et 8H30 par l'interne en fonction des observations de l'équipe soignante et après avis du sénior pour ne pas réveiller le patient ou par le psychiatre de garde s'il n'y a pas d'interne. Un entretien avec le patient est systématique lors de l'évaluation médicale dans la matinée.

Depuis la mise en place du guide, les « prescriptions d'isolement si besoin » n'existent plus.

La mise à nu du patient n'est plus d'actualité avec la mise en place de kit anti-suicide et des pyjamas anti-suicide.

Lors d'une admission en hospitalisation sans consentement nécessitant un isolement, l'examen somatique est réalisé soit par le médecin du SMUR, soit par le médecin urgentiste. Un examen somatique est réalisé au plus tard dans les 24 H et avant la mise en isolement, un check-up somatique est effectué par le psychiatre.

Le service de sécurité incendie est informé systématiquement lorsqu'un patient est mis en chambre d'isolement. Il en est de même pour les chambres de soins intensifs et les chambres ordinaires fermées.

7.2.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention (page 54)

Contrairement à ce qu'il est mentionné dans le dernier paragraphe de ce point, le juge des libertés et de la détention n'a censuré aucune mesure d'isolement en raison de l'absence de décret d'application. En effet, avant le vote de la loi et juste après, des réunions se sont tenues avec le Président du Tribunal Judiciaire et le juge des libertés et de la détention pour organiser les modalités d'information et de saisine à partir des instructions reçues du Ministère de la Justice et du Ministère de la Santé ce qui a permis d'éviter les mainlevées.

7.3 LA POLITIQUE DE DIMINUTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT RESTE A ELABORER (pages 54 à 57)

7.3.1 Le registre d'isolement (pages 54 – 55)

Le registre des isolements est issu des données enregistrées sur le dossier patient informatisé. Effectivement, avant 2022 les données n'étaient pas fiables dans la mesure où l'horaire de la mesure initiale n'est pas coché et que l'horaire de fin n'est pas toujours coché. Avec les nouvelles dispositions législatives et réglementaires de début 2022, le début et la fin de l'isolement sont systématiquement cochés dans le DPI.

Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire, il est planifié le changement du logiciel de DPI. Avec ce nouveau logiciel, il est envisagé que les horaires se mettent en place directement sans que le praticien n'est à cocher de cases.

Cependant, il existe une réflexion institutionnelle de réduction du recours à l'isolement qui s'est traduite par la création des chambres de soins intensifs, appellation stabilisée plutôt que chambre modulable ou sécurisable, par la création d'espace calme-retrait-apaisement, et par l'écriture d'un guide d'utilisation des dispositifs de soins en chambre d'isolement, de recours à la contention mécanique et de ses alternatives. La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) va également permettre pour les patients d'écrire leurs directives anticipées avec le guide prévention et soins (GPS).

7.3.2 La politique de réduction du recours (pages 55 – 57)

Le rapport annuel a été élaboré sur la base de l'instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement et sur la proposition du modèle de l'ADESM (Association des établissements du service public de santé mentale).

En 2022, l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine suite à un groupe de travail composé des représentants des établissements autorisés en psychiatrie adulte et des représentants du Cotrim (Comité technique régional de l'information médicale) réuni sous le pilotage de l'Observatoire Régional de la Santé afin d'élaborer un modèle de rapport vient de proposer un rapport standard pour tous les établissements de la région recevant des soins psychiatriques sans consentement.

Recommandation 36 : *Dans le cadre de la politique de diminution du recours à ces pratiques, il a été élaboré un guide d'utilisation des dispositifs de soins en chambre d'isolement, de recours à la contention mécanique et de ses alternatives avec une actualisation du protocole de mise en isolement et avec l'écriture d'un protocole d'utilisation des chambres de soins intensifs et d'utilisation des espaces calme-retrait-apaisement.*

Au cours de second semestre 2023, il est prévu de débiter avec l'aide du Réseau Réhab (centre de réhabilitation psychosociale de proximité) un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en psychiatrie avec dans son module 3 intitulé « se rétablir avec une maladie psychique... pourquoi pas moi », un travail avec le patient à l'élaboration de ses directives anticipées avec un guide prévention et soins (GPS).

Cette politique se concrétise également par la mise en place des formations Oméga avec des référents dans les unités qui sont également formateurs.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS (pages 58 à 64)

8.1 LA CDSP EST EN DESHERENCE ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT PEU ASSOCIES AU PROJET DE SERVICE (pages 58 à 61)

8.1.1 La politique de réduction du recours (pages 55 – 57)

La commission des usagers de l'établissement a sollicité l'ARS pour que la CDSP soit de nouveau mise en place.

Recommandation 37 : *Par divers e-mails, l'Agence Régionale de Santé a sollicité les établissements pour désigner un psychiatre pour participer à la CDSP.*

Compte-tenu du nombre important de postes vacants, situation qui concerne les autres établissements de l'ex-région Poitou-Charentes, il a été demandé à l'ARS de vérifier si un psychiatre à la retraite pouvait participer à la CDSP et s'il était possible de mettre en place une CDSP interdépartementale.

8.1.2 La place des usagers et la commission des usagers (pages 58 – 60)

Recommandation 38 : *Les horaires et jours de réunion de la Commission des Usagers, ainsi que le format et le contenu des réunions vont être repris pour répondre mieux aux disponibilités de tous (dont le médecin médiateur en psychiatrie) et aux attentes des associations.*

Les contentieux font l'objet d'informations à la Commission des Usagers en présentation annuelle et précise dans le rapport d'activité.

Au niveau du territoire des Deux-Sèvres, les usagers sont fortement impliqués dans le cadre de la Commission Santé Mentale et ont été associés dans le diagnostic et l'élaboration de certaines fiches actions du Projet Territorial de Santé Mentale dont le projet global a été présenté et validé par cette commission fin 2020.

Recommandation 39 : *Les projets de réorganisation de la psychiatrie reposent sur le projet médical, document élaboré par les médecins. Les équipes pluri-professionnelles des services ainsi que les usagers seront associés pour définir les projets des unités.*

Dès à présent, les familles et les usagers sont associés dans le cadre des prises en charge au niveau du Réseau Réhab, centre de réhabilitation psychosociale, pour la mise en place de plan de suivi individualisé.

De plus, les familles et les aidants sont accompagnés avec le développement depuis plusieurs années des formations ProFamille et depuis 2022 par les formations au programme BREF (programme de psychoéducation).

Par ailleurs, comme il a été mentionné dans la réponse à la recommandation 37, à partir du deuxième semestre 2023, les usagers seront impliqués dans l'écriture de leurs directives anticipées avec l'utilisation du GPS dans le cadre d'un programme ETP.

8.1.3 Le questionnaire de satisfaction (pages 60 – 61)

Le poste de l'agent chargé de favoriser le recueil des questionnaires de sortie au secteur 3 sera étendu à d'autres services.

Recommandation 40 : Le questionnaire de satisfaction, spécifique à la psychiatrie, sera revu en ajoutant des items permettant de mieux mesurer le respect des droits des patients.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLET ET PEU CONTROLE PAR LES AUTORITES COMPETENTES (page 61)

Recommandation 41 : « L'exhaustivité des mentions obligatoires du registre de la loi visées à l'article L3212-11 du CSP doit être garantie. Une solution dématérialisée est à recherche et à mettre en œuvre ».

Article L3212—11 :

Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures :

- 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ;
- 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ;
- 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ;
- 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ;
- 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;
- 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;
- 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;
- 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ;
- 9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

Le présent article est applicable aux personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres III et IV du présent titre.

Synthèse

Sont actuellement portés dans le registre de la loi les points 1°, 2°, 3°, 6°, 8° et 9° prévus dans l'article L 3212-11 du CSP.

Concernant les points suivants :

4° les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L 3211-3 :

a) la décision d'admission et chacune des décisions ;

b) notification de ses droits dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et après chacune des décisions.

Réponse :

La notification des droits admission est classée dans le dossier de saisine qui fait l'objet d'un classement dans un classeur annexe indexé par ordre alphabétique via les noms des patients, qui permet de retrouver facilement le document.

Les notifications des décisions et des droits sont saisies et signées sur un document unique nommé « Suivi des notifications des décisions au patient ». Il se présente sous forme de tableau qui regroupe l'ensemble des décisions et notifications remis au patient. Ce document est classé dans le dossier soins pour être accessible aux soignants et cadres afin de suivre les notifications des décisions et des droits. Ce document sera désormais numérisé dans le dossier partagé Psychiatrie/Admissions afin de permettre aux Admissions d'y avoir accès.

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous curatelle ou sauvegarde de justice.

Réponse : Les décisions de mise sous curatelle ou sauvegarde de justice seront désormais collées dans le registre de la loi. Si les services ont ces décisions à disposition, ils les enverront par mail aux Admissions qui les enregistrera dans le dossier partagé Psychiatrie/Admissions. Elles sont également numérisées dans le système de gestion administrative du malade (GAM) afin d'être accessibles pour une autre hospitalisation en psychiatrie ou dans un autre secteur d'activité.

7° La date et le dispositif des décisions rendues par le JLD en application des articles L. 3211-12 et 3211-12-1

Réponse : Les dossiers de saisine en vue de l'audience font l'objet d'un classement dans un classeur annexe indexé par ordre alphabétique via les noms des patients, permettant de retrouver facilement les documents. L'ensemble des documents qui constituent le dossier de saisine sont déjà portés dans le registre, dont l'avis motivé.

Les convocations, les ordonnances rendues par le JLD et les retours d'ordonnance signées par le patient seront portées dans le registre de la loi.

Concernant l'identité du tiers qui n'est pas portée dans la décision d'hospitalisation prise par le chef d'établissement :

Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des patients.

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

En conséquence : rien n'interdit à un médecin de faire figurer dans le dossier médical d'un patient des informations concernant des tiers, extérieurs à la relation de soins. Mais il doit veiller à ne pas les mentionner dans une pièce du dossier susceptible d'être communiquée au patient.

Au vu de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des patients, l'identité du tiers n'est pas portée dans la décision d'hospitalisation remise au patient.

8.3 LE RECOURS AU JLD PERMET AU PATIENT D'EXERCER SES DROITS DANS DE BONNES CONDITIONS MAIS LE DELAI D'ENVOI DES AVIS MEDICAUX EST TARDIF (pages 62 à 64)

8.3.1 La convocation à l'audience (pages 62-63)

Contrairement à ce qu'il est noté, la convocation du juge est toujours datée dans la mesure où elle est reçue par mail sur lequel figure toujours une date d'envoi qui fait preuve.

Recommandation 42 : Les nouveaux cadres de santé reçoivent systématiquement une information/formation individualisée par la cadre référent sur les soins sans consentement.

Les cadres et cadres supérieurs de santé ont bénéficié d'un rappel de la loi sur les soins sans consentement (5 dates de formation) en septembre 2022.

Ils ont également été formés à la législation sur l'isolement et la contention lors de sa mise en place.

Cette formation a été faite en septembre 2022 auprès des secrétaires médicales.

La liste des avocats est en cours de préparation pour être jointe au courrier remis au patient sur ces droits. Un document joint au livret d'accueil est prévu.

Au dernier paragraphe de la page 62, il n'est pas exact d'écrire que les ordonnances de mainlevée ont été « prises en raison, par exemple, de documents manquants (absence de notification des droits) ou tardivement produits ». En effet, lorsque ce fait est soulevé par les avocats, le juge des libertés et de la détention précise que le retard dans la notification des droits ne faisant pas grief

et n'étant pas soulevé par le patient, il n'y a pas d'irrégularité. Les ordonnances de mainlevée sont prises effectivement pour défaut de motivation des avis médicaux ou pour non-respect des délais de saisine.

8.3.2 La tenue de l'audience (pages 63-64)

Recommandation 43 : *Une signalétique sera installée mentionnant l'utilisation des salles de réunion comme salle d'audience les mardis et jeudis. Cette signalétique sera faite par l'un des ateliers du Réseau Réhab.*

Recommandation 44 : *Dans la mesure du possible, les avis médicaux sont transmis au plus tard 24 heures avant l'audience afin de tenir compte de l'état de santé du patient au plus près du jour de l'audience.*

9. LES SOINS (pages 65 à 70)

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES NE SONT PAS PORTES PAR UN PROJET MEDICAL (pages 65 à 67)

9.1.1 L'organisation des soins (pages 65-66)

Par rapport à la rédaction du premier paragraphe de ce point, des modifications sont intervenues. A l'issue de la fermeture de l'unité Marais en septembre 2021, des rencontres régulières entre la direction, les responsables médicaux des services et les cadres supérieurs de santé ont abouti en juin 2022 à la validation d'une réorganisation de la psychiatrie adulte, base du projet médical qui s'appuie sur une organisation en parcours de soins.

La fermeture des lits en psychiatrie ne s'explique pas seulement par les difficultés de recrutement de médecins psychiatres mais principalement par des postes infirmiers vacants non remplacés faute de candidats ce qui ne permettait pas le fonctionnement correct des unités. Pour pallier cette difficulté, il a été nécessaire de transformer provisoirement des postes infirmiers en postes d'aide-soignant, soit 13 postes. De plus, le Centre hospitalier de NIORT a mis en place un système de bourse d'étude à l'attention des étudiants infirmiers pour les inciter à prendre des postes en psychiatrie. Avec ce dispositif, 8 jeunes diplômés vont prendre des postes en psychiatrie.

Pour l'unité Gâtine qui accueille des patients hospitalisés au long cours, les patients ne sont pas seulement vus par les médecins intérimaires, il sont également vu par le chef de service du Secteur 1 à la demande des équipes soignantes. Le couple de médecins intérimaires qui est mentionné dans le rapport intervient prioritairement sur les unités d'hospitalisation au long cours et assurent des consultations.

Depuis la visite du CGLPL, en dehors du CAC, les services de psychiatrie adulte n'accueillent plus d'interne.

Recommandation 45 : *Un projet de réorganisation de la psychiatrie adulte dans le cadre de parcours de soins a été validé en juin 2022 et présenté aux instances en mars 2023. Ce projet associera les professionnels soignants pour la définition et l'organisation des prises en charge des unités. Des profils de postes médicaux ont été élaborés sur la base de ce projet mais à ce jour, aucun recrutement n'a abouti.*

9.1.2 La permanence des soins (page 66)

Recommandation 46 : *Il n'est pas exact de dire que la permanence des soins repose uniquement sur les internes. En journée de 8H30 à 18H30, en semaine, l'organisation prévue est que chaque secteur dispose d'un psychiatre de permanence qui répond aux consultations urgentes.*

Cependant, compte-tenu du nombre de postes vacants de psychiatres, il est envisagé une seule permanence sur la psychiatrie adulte. De plus, le projet médical de la psychiatrie adulte prévoit d'engager la formation d'infirmiers en pratique avancée (IPA) et la formation spécifique en interne d'infirmiers recevant en première ligne les demandes de soins non programmées. A partir de 18H30 jusqu'à 8H30 en semaine ainsi que le samedi de 12H30 à 8H30, un interne ou un docteur junior assure une garde sur place avec un sénior d'astreinte en relai, faute d'interne un praticien est présent sur place. Le dimanche en journée et le dimanche de 18H30 au lundi 8H30, la garde sur place est assurée par les praticiens hospitaliers.

9.1.3 Le collège des professionnels de santé (pages 66-67)

Recommandation 47 : *Dans la mesure des moyens humains disponibles, le collège des professionnels se réunira en conformité avec la réglementation.*

9.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES A MINIMA (pages 67 à 69)

9.2.1 L'organisation des soins (page 67) : RAS

9.2.2 L'examen d'entrée (pages 67-68)

Recommandation 48 : *L'examen somatique est systématiquement réalisé dans les 24 heures suivant l'hospitalisation conformément aux dispositions législatives et réglementaires.*

Le patient se trouvant aux urgences et pour lequel une hospitalisation en psychiatrie est prévue bénéficie d'un examen sommaire ou détaillé si besoin effectué par un médecin urgentiste.

Pour les patients au domicile devant être hospitalisés en soins sans consentements, l'examen somatique a généralement été fait par le médecin du SMUR ou le médecin traitant. Après une régulation éventuelle du psychiatre, avant son hospitalisation en psychiatrie, un passage aux urgences peut être fait pour des examens somatiques complémentaires.

Pour les personnes âgées, dans le cadre d'une hospitalisation programmée en psychogériatrie, un bilan somatique est effectué à la demande du psychogéronte soit par le médecin traitant, soit par le médecin coordonnateur de l'EHPAD afin d'orienter au mieux la personne et d'éviter une embolisation du service des urgences.

A la fin de ce point, il est indiqué qu'il n'existe pas de possibilité de réalisation de séances de sismothérapie au sein de l'hôpital. Dans le cadre du projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire des Deux-Sèvres, il était envisagé que les séances de sismothérapie soient assurées par le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres qui disposait de médecins formés et que le Centre hospitalier de Niort assure des séances de stimulation magnétique transcrânienne. En raison des difficultés rencontrées par l'établissement du Nord Deux-Sèvres, ce projet n'avait pas pu se mettre en place. Il est prévu qu'un premier patient soit pris en charge dans ce cadre en mai 2023.

9.2.3 La pharmacie (pages 69-70)

En réponse à la **recommandation 49**, l'analyse pharmaceutique a été réorganisée en début d'année 2023. Désormais, la sélection des prescriptions se fait à partir de la liste institutionnelle des médicaments à risque. Cela inclut donc des patients de psychiatrie.

En novembre 2022, une armoire connectée a été installée dans l'unité Est. Elle est interfacée avec le dossier patient informatisé. Il s'agit du service pilote pour l'implantation des armoires connectées dans l'établissement. Elle permet de sécuriser le stockage et la préparation des médicaments.

Les psychotropes figurent sur la liste des médicaments à risque spécifique de chaque unité dans les services de psychiatrie. Ils font l'objet d'un stockage sécurisé avec un détrompeur dans les armoires à pharmacie.

A noter, le logiciel de prescription ne précise pas les incompatibilités physico-chimiques lors du mélange de deux médicaments, mais il permet d'alerter le prescripteur sur les interactions médicamenteuses d'une prescription.

9.3 LA PREPARATION A LA SORTIE EST LIMITE PAR L'ABSENCE DE STRUCTURE D'ACCUEIL EN AVAL DE L'HOSPITALISATION (pages 69-70)

Avant la recommandation 51, il est fait mention d'une commission des séjours longs. En réalité, il existe dans le cadre du Dispositif d'Orientation Permanent animé par la MDPH, un groupe opérationnel de synthèse permanent qui regroupe outre la MDPH, le département, l'ARS, des représentants des usagers, le Centre hospitalier de Niort, les mandataires judiciaires, les structures médico-sociales concernés par la situation examinée. Les réunions de ce groupe visent à trouver des solutions pour les prises en charge complexes de patients ou de résidents de structures médico-sociales.

Recommandation 50 : Le travail en partenariat mentionné dans cette recommandation a débuté en 2021 par la mise en place d'une commission des séjours longs qui associe la MDPH, le département, l'ARS, les mandataires judiciaires et les services concernés par l'examen du dossier d'un patient.

Suite à une réunion avec l'ARS, la MDPH et le département en décembre 2022 pour l'examen de deux situations, il a été décidé la mise en place d'une commission des parcours de sortie d'hospitalisation associant le Centre hospitalier de Niort, le Centre hospitalier Nord Deux-Sèvres, la Maison Départementale des Personnes Handicapées, le Conseil Départemental, l'Agence Régionale de Santé, les établissements médico-sociaux et les mandataires judiciaires. Il est prévu une réunion par trimestre de cette commission. Cette commission figure dans l'une des fiches actions du Projet Territorial en Santé Mentale adopté et validé par l'ARS fin 2020.

Par ailleurs, depuis janvier 2022, il existe un Conseil Local en Santé Mentale du Niortais associant des élus de la Communauté d'Agglomération du Niortais, le Centre Hospitalier de Niort et l'UNAFAM. Un des thèmes de travail de ce CLSM porte sur les problèmes de logement des

personnes ayant des troubles psychiques. Cependant, pour l'instant, le poste de coordinateur du CLSM étant vacant, les travaux du CLSM sont à l'arrêt.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES (pages 71 à 80)

10.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EN GERONTOPSYCHIATRIE EST ASSUREE PAR UNE EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE (pages 71 à 76)

Remplacer le terme de gérontopsychiatrie par psychogériatrie.

10.1.1 L'organisation (page 71)

Les chiffres d'activité ne sont pas exacts.

- 2020 : 328 patients hospitalisés dont 37 en SSC (11,28 %) ; le reste sans changement.
- 2021 : 289 patients hospitalisés dont 27 en SSC (9,34 %) le reste sans changement.

2)

10.1.2 Le personnel (pages 71-72)

Le système HUBLO ne prend pas de T

10.1.3 L'accueil et l'information (page 72) (RAS)

10.1.4 Le projet de service et la prise en charge (pages 72-73)

Le projet de service de psychogériatrie pour tout le service sera revu au cours de l'année 2023. Cependant, il ne devrait y avoir que peu d'évolution par rapport à celui existant. Mais le projet médical de ce service ne repose désormais que sur la présence d'un seul psychiatre, un somaticien et 1,5 ETP de gériatres au lieu de huit praticiens précédemment, faute de recrutement possible.

A la page 73, il faut remplacer équipe mobile de gériatrie et hôpital de jour de gériatrie par équipe mobile de psychogériatrie et hôpital de jour de psychogériatrie.

10.1.5 La gestion des incidents (page 73) : RAS

10.1.6 Les restrictions aux libertés individuelles (pages 74-75)

Il est noté que l'unité est fermée ainsi que l'accès au patio. Il existe un projet de travailler à un dispositif permettant la sortie sur le jardin/patio pour les personnes âgées qui le peuvent.

Recommandation 51 : Comme toutes les unités de psychiatrie, le service de psychogériatrie dispose d'un abonnement à un des deux journaux de la presse locale. Ce quotidien est mis à la disposition des patients. Cependant, cette unité est un service de soins avec une DMS inférieure à

20 jours et, à l'inverse d'un EHPAD qui dispose d'animateur, il n'est pas possible pour les professionnels du service de commenter l'actualité.

10.1.7 L'isolement et la contention (pages 75-76)

Comme il a été mentionné pour la psychiatrie adulte, un guide d'utilisation des dispositifs de soins en chambre d'isolement, de recours à la contention mécanique et des alternatives a été rédigé en 2022. Une partie de ce guide est consacré à l'accueil de populations spécifiques dont les personnes âgées. Une procédure spécifique doit être finalisée pour avril 2023.

A la dernière phrase du paragraphe sur la contention, il faut remplacer le terme de pôle par service.

10.2 L'ISOLEMENT SE PRATIQUE EN PEDOPSYCHIATRIE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INDIGNES ET HORS DE TOUT CADRE LEGAL (Pages 76-80)

La description du service de pédopsychiatrie, unité pour adolescents, est à modifier.

L'unité pour adolescents comprend deux unités d'hospitalisation complète pour les 12/18 ans :

- Une unité de court séjour fermée de neuf lits dont une chambre de soins intensifs pour hypostimulation
- Une unité d'hospitalisation de semaine de six lits

10.2.1 L'unité d'hospitalisation complète (pages 76-77)

L'unité mentionnée comme du moyen séjour est l'unité d'hospitalisation de semaine puisque les adolescents accueillis dans cette unité sont pris en charge du dimanche soir au vendredi.

L'unité dite d'hospitalisation complète est l'unité de court séjour. Il est mentionné que lors de la visite une adolescente était présente depuis 11 mois. En effet, l'unité pour adolescents prend en charge des adolescents avec des situations complexes pour lesquels des solutions de sortie sont difficiles à trouver. De plus, certains sont des mineurs suivis par l'ASE. Pour ces situations complexes, il est mis en place des groupes opérationnels de synthèse (GOS) avec la MDPH, l'ASE, l'ARS, et tous les acteurs concernés pour parvenir à une solution et permettre d'articuler les besoins/ relais des soins à une solution d'hébergement notamment.

A la page 77, il est noté que « les adolescents ayant effectué une tentative de suicide ou porteurs de troubles du comportement alimentaires sont le plus souvent hospitalisés en pédiatrie et sont suivis par une équipe de pédopsychiatrie de liaison ». Les jeunes ayant effectué une tentative de suicide sont pris en charge en Pédiatrie dans le cadre d'un protocole de 72 H selon les recommandations de la HAS, contrat élaboré entre l'équipe de pédopsychiatrie et de pédiatrie,

permettant des soins complémentaires somatopsychiques. Le relais des soins est ensuite décidé, sur la pédopsychiatrie (déclinaison hospitalisation complète, accueil de jour intensif, ambulatoire en fonction de l'évaluation psychiatrique) ou relais libéral. De façon systématique, un rendez-vous médical pédopsychiatrique est proposé dans le service à J10 et J30, ainsi que l'accueil de jour intensif au décours d'un geste suicidaire.

10.2.2 Les conditions d'hospitalisation (pages 77-78)

Bonne pratique 3 : L'intervention précoce de l'équipe ELSA est non seulement faite auprès des adolescents hospitalisés et présentant des pathologies addictives, mais aussi auprès des patients adultes souffrant de ces pathologies. Les interventions sont faites à la demande des équipes.

10.2.3 Le déroulement de l'hospitalisation (pages 78-79) (RAS)

10.2.4 L'isolement (pages 79-80)

L'isolement ou plutôt l'apaisement a été réfléchi par les équipes de pédopsychiatrie dès le projet de création de l'unité des adolescents qui a ouvert en janvier 2008. Au départ, il s'agissait d'un studio d'apaisement qui a été détérioré suite des hospitalisations d'adolescents en crise. Cela a donné lieu à divers travaux d'aménagement aboutissant à la chambre actuelle qui dispose d'un cabinet de toilette avec WC, lavabo et douche attenant et non pas installé dans un ancien placard. Cependant, il ne s'agit pas d'une chambre d'isolement selon les normes de l'HAS mais une chambre de soins intensifs pour hypostimulation dont l'aménagement mobilier reste à finaliser.

Recommandation 52 : L'isolement en pédopsychiatrie est inscrit dans le guide méthodologique des dispositifs de soins en chambre d'isolement, de recours à la contention mécanique et ses alternatives. Le protocole pour les adolescents est en cours de finalisation. Cette prise en charge est tracée et se retrouve dans le rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention. Cette pratique ne se retrouve pas dans le rapport 2021. Pour 2022, cette pratique sera réintroduite avec l'édition d'un rapport standardisé transmis par l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine suite à un groupe de travail composé des représentants des établissements autorisés en psychiatrie adulte et des représentants du Cotrim (Comité technique régional de l'information médicale) réuni sous le pilotage de l'Observatoire Régional de la Santé afin d'élaborer un modèle de rapport.

Pour cette unité, il s'agit d'une chambre de soins intensifs pour l'hypostimulation des adolescents en crise. Cette prise en charge se fait avec l'accord des parents et dans la mesure du possible de l'adolescent.

Pour les adolescents de 16 – 18 ans nécessitant un isolement, une mesure de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat est prise et l'isolement est pratiqué dans une chambre d'isolement d'une unité fermée de psychiatrie adulte avec la surveillance médicale faite par un pédopsychiatre.

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