



Rapport de visite :

4 au 8 avril 2022 – 1^{ère} visite

Pôle de psychiatrie du centre
hospitalier de Vichy

(Allier)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite, annoncée la semaine précédente, du pôle de psychiatrie du centre hospitalier (CH) de Vichy du 4 au 8 avril 2022.

Le rapport provisoire présentant l'ensemble des constats a été adressé le 6 février 2023 au directeur du CH, au directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône Alpes, à la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Cusset et au procureur de la République près ce tribunal ainsi qu'au préfet de l'Allier. Seuls la présidente du TJ et le directeur du CH ont, par courriers respectivement envoyés les 20 et 28 février 2023, renvoyé leurs observations. Ces dernières sont intégrées dans le présent rapport définitif.

L'établissement prend en charge les patients des deux secteurs de psychiatrie adulte du Sud de l'Allier et dispose de trois unités d'hospitalisation à temps complet. La pédopsychiatrie, rattachée au pôle femme-enfant, ne dispose pas de lit d'hospitalisation.

La psychiatrie occupe une place reconnue au sein du centre hospitalier de Vichy et fait partie intégrante des filières de soins. Les relations entre le pôle de psychiatrie et le reste de l'hôpital sont apparues fluides et constructives. Les équipes sont soucieuses du bien-être des patients et particulièrement attentives au respect de leurs droits.

La prise en charge psychiatrique, pluridisciplinaire, est très satisfaisante. Les psychiatres sont présents dans les unités et les patients sont reçus en entretien plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement dans les unités de soins intensifs (USI). Les projets de soins sont individualisés et fréquemment réévalués, les proches sont associés, les liens entre l'intra et l'extrahospitalier sont favorisés et les réunions cliniques et institutionnelles organisées à un rythme opérationnel. Cependant, les activités thérapeutiques sont diversement développées selon les services.

Les dispositions légales encadrant la prise en charge des patients en soins sans consentement sont globalement connues et maîtrisées. Les procédures tant d'admission que de renouvellement sont respectées. Le contrôle judiciaire par le juge des libertés est effectif, en revanche l'absence de contrôle par la CDSP est particulièrement regrettable.

L'information générale donnée aux patients sur l'hospitalisation et les règles de vie est de bonne qualité et la distribution d'un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie constitue une bonne pratique. En revanche, l'établissement doit améliorer ses procédures de notification et d'information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement.

Si le respect des droits et de la dignité des patients dans leur vie quotidienne à l'hôpital est une préoccupation permanente des équipes, les restrictions à la liberté d'aller et venir au sein des USI doivent néanmoins être réinterrogées.

Enfin, les pratiques d'isolement et la contention font l'objet d'une véritable réflexion institutionnelle et le recours à ces mesures est très limité.

Les nombreuses mesures mises en œuvre par l'établissement depuis la visite du CGLPL – explicitées par le directeur dans sa réponse – afin de prendre en compte les recommandations formulées dans le rapport provisoire témoignent d'une attention aigüe au respect des droits fondamentaux des patients.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 23

Pour le déjeuner et le dîner, des plateaux supplémentaires sont prévus pour les soignants (quatre sur les unités ouvertes et deux sur les unités fermées) afin que tous les jours ces moments soient des repas thérapeutiques, permettant un contexte relationnel satisfaisant dans une ambiance de partage et de convivialité propice au mieux-être du patient.

BONNE PRATIQUE 2 29

Les rapports trimestriels et annuels présentés aux instances sur les pratiques d'isolement et de contention listent l'ensemble des formations et actions menées ou en projet.

BONNE PRATIQUE 3 46

L'organisation de la prise en charge des mineurs est formalisée et vise à éviter autant que possible les hospitalisations de mineurs au sein des unités adultes.

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 5

L'activité de psychiatrie financée par la DAF doit l'être à la hauteur de ses besoins pour un accès aux soins répondant à la qualité et au respect des droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 2 10

Une équipe de psychiatrie de liaison doit permettre au service des urgences un accès 24h/24 à un infirmier de psychiatrie et un médecin psychiatre.

RECOMMANDATION 3 10

Toute mesure d'isolement et de contention décidée par un urgentiste pour un patient relevant de la psychiatrie doit être confirmée dans l'heure par un psychiatre.

RECOMMANDATION 4 11

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

RECOMMANDATION 5 13

L'établissement doit disposer d'un outil permettant de recenser son activité de manière fiable, exhaustive et précise, en particulier s'agissant de celle relative aux soins sans consentement.

RECOMMANDATION 6 13

Le recours aux procédures dérogatoires, en particulier les soins à la demande d'un tiers en urgence, doit rester exceptionnel.

RECOMMANDATION 7	15
Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient dès que son état clinique le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.	
RECOMMANDATION 8	17
Pour garantir le droit des patients à l'intimité, des verrous de confort doivent être installés sur les portes de toutes les chambres.	
RECOMMANDATION 9	21
Chaque patient doit pouvoir déposer lui-même ses affaires dans un lieu sûr et en disposer librement. Pour cela, les armoires de toutes les chambres doivent être sécurisées.	
RECOMMANDATION 10	26
Il doit être mis en place une procédure de vigilance pour garantir l'anonymat des personnes désireuses de la confidentialité de leur hospitalisation, de former les soignants, d'avertir les patients de ce droit et de s'assurer qu'il est respecté.	
RECOMMANDATION 11	27
L'établissement doit développer une réflexion institutionnelle relative à la sexualité des patients et assurer la formation du personnel à ce sujet. Un espace de dialogue devrait également être utilement mis en place à cet égard entre le personnel soignant et les patients.	
RECOMMANDATION 12	32
La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.	
RECOMMANDATION 13	33
La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.	
RECOMMANDATION 14	34
Le représentant de l'Etat dans le département de l'Allier doit procéder au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres soient aptes à exercer leur mission et en acceptent toutes les obligations. La CDSP de l'Allier doit sans délai être mise en état de fonctionnement pour ainsi reprendre de façon pérenne ses visites biannuelles du pôle de psychiatrie.	
RECOMMANDATION 15	36
Les décisions du JLD devraient être annoncées et explicitées par le juge au patient à l'issue de l'audience, même si elles sont rédigées et notifiées ultérieurement.	
RECOMMANDATION 16	39
Des activités thérapeutiques diversifiées doivent être organisées de façon pérenne et régulière.	
RECOMMANDATION 17	40
Toutes les prescriptions de psychotropes doivent faire l'objet d'une validation par un pharmacien. La conciliation médicamenteuse doit être proposée en psychiatrie.	
RECOMMANDATION 18	42
Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir ses observations avant de rendre son avis.	

RECOMMANDATION 19 47

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge et à leurs besoins, notamment en matière de scolarité.

RECOMMANDATION 20 48

Un mineur hospitalisé à la demande de ses parents n'est pas placé sous le régime juridique des soins sans consentement qui, seul, permet des mesures d'isolement ou de contention. Les mineurs, hors ce cadre juridique, ne doivent donc pas faire l'objet de ces pratiques.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
RAPPORT	3
1. CONDITIONS DE LA VISITE	3
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	4
2.1 L'établissement occupe, dans le département, une place centrale dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques	4
2.2 Les dotations financières attribuées au pôle ne permettent pas l'exercice de ses missions	4
2.3 Les postes vacants de soignants sont peu nombreux et l'absentéisme est faible	5
2.4 Les événements indésirables sont suivis avec une attention particulière	7
2.5 L'établissement dispose d'un espace éthique identifié et actif	8
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	9
3.1 Les patients sont admis aux urgences avec le souci d'une moindre contention mais sans procédure formalisée	9
3.2 La grande majorité des patients en soins sans consentement sont admis sous le statut de SDTU	12
3.3 Les patients en soins sans consentement sont correctement informés de leurs droits mais les décisions d'admission sont insuffisamment motivées	14
4. LES CONDITIONS DE VIE	16
4.1 Les conditions d'hébergement favorisent l'autonomie et le respect de l'intimité des patients mais les locaux des unités Est et Ouest sont vieillissants	16
4.2 Les locaux sont bien entretenus et les patients ont les moyens de conserver une bonne hygiène personnelle	19
4.3 Les patients n'ont pas un accès libre à leurs biens et ne peuvent pas les mettre en sécurité	20
4.4 L'offre alimentaire est satisfaisante mais les quantités servies sont parfois insuffisantes	22
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	24
5.1 La liberté d'aller et venir est entravée dans les unités de soins intensifs	24
5.2 Peu de contraintes sont imposées au sein des unités de soins	25
5.3 Les communications avec l'extérieur sont aisées mais la confidentialité de l'hospitalisation est insuffisamment respectée	25
5.4 La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion collective	26
5.5 L'exercice du droit de vote est formalisé	27
5.6 L'accès au culte est possible mais peu demandé	27

6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	28
6.1 Le pôle de psychiatrie dispose d'une unique chambre d'isolement et développe des espaces d'apaisement afin de limiter le recours aux mesures d'isolement.	28
6.2 Les pratiques d'isolement et contention font l'objet d'une attention particulière	29
6.3 Le registre d'isolement et de contention est réglementairement tenu	31
6.4 Le consentement du patient aux soins n'est pas toujours recherché	32
7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	34
7.1 La commission départementale des soins psychiatriques n'exerce plus sa mission de contrôle depuis 2019 et les représentants des usagers ne visitent pas les unités de psychiatrie.....	34
7.3 Le contrôle du JLD est effectif	35
8. LES SOINS.....	37
8.1 Les soins psychiatriques sont assurés mais les activités thérapeutiques et la prise en charge médicamenteuse sont insuffisamment développées	37
8.2 Les soins somatiques sont assurés	41
8.3 Les sorties de courte durée, facilement accordées, ont pour objectif la préparation de la levée de la mesure ou le passage en programme de soins....	41
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	43
9.1 La prise en charge en gérontopsychiatrie respecte les droits et la dignité des patients.....	43
9.2 Quelques mineurs sont parfois hospitalisés dans les unités adultes.....	45

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, coordonnatrice de la mission ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Marie-Agnès Crédoz ;
- Maud Dayet ;
- Marion Testud.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier (CH) de Vichy, situé boulevard Dernière, du 4 au 8 avril 2022. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement à 14h ; une réunion de présentation de la mission a immédiatement été organisée en présence d'une quinzaine de personnes dont le directeur du CH, le président de la commission médicale d'établissement (CME), deux directeur adjoints, le chef du pôle de psychiatrie, la cadre supérieure du pôle, des cadres de santé et médecins.

La directrice de cabinet de la préfète de l'Allier, le directeur départemental de l'agence régionale de santé (ARS), la présidente et le procureur près le tribunal judiciaire (TJ) de Cusset ont été avisés de la visite.

Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités d'hospitalisation du pôle. Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec les patients ainsi qu'avec des membres du personnel de santé et des agents de l'administration.

Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenus téléphoniquement avec la présidente du TJ.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs ; deux d'entre eux se sont entretenus, à leur demande, avec des représentants d'organisations syndicales.

Une réunion de restitution s'est tenue le 8 octobre à 11h, dans un format équivalent à celui de la réunion de présentation.

Le rapport provisoire présentant l'ensemble des constats a été adressé le 6 février 2023 au directeur du CH, au directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône Alpes, à la présidente du TJ de Cusset et au procureur de la République près ce tribunal ainsi qu'au préfet de l'Allier pour échange contradictoire dans un délai d'un mois. Seuls la présidente du TJ et le directeur du CH ont, par courriers respectivement envoyés les 20 et 28 février 2023, adressé leurs observations. Ces dernières ont été intégrées dans le présent rapport définitif (encadrés gris sous les recommandations ou paragraphes correspondants).

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT OCCUPE, DANS LE DEPARTEMENT, UNE PLACE CENTRALE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Le centre hospitalier de Vichy est un hôpital général membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Territoires d'Auvergne, dont le CHU de Clermont-Ferrand est l'établissement support.

Il prend en charge les patients des deux secteurs de psychiatrie adulte du Sud de l'Allier (Vichy Est et Vichy Ouest) pour environ 140 000 habitants. L'offre publique d'hospitalisation en psychiatrie à temps complet sur le département est également assurée par les CH de Moulins-Yzeure et de Montluçon. Ce dernier n'est néanmoins plus habilité à recevoir des patients en soins sans consentement (SSC) depuis le mois de février 2022 ; les patients en SSC dépendant des secteurs du CH de Montluçon sont prioritairement orientés vers le CH de Vichy, celui de Moulins ne disposant pas d'un nombre de lits suffisants.

Il n'y a pas de lits d'hospitalisation en psychiatrie dans le secteur privé sur les secteurs de Vichy et seuls trois médecins psychiatres exercent en libéral mais, étant tous proches de la retraite, ils ne prennent plus de nouveaux patients.

Le pôle de psychiatrie adulte dispose de trois unités d'hospitalisation à temps complet (deux sectorisées et une intersectorielle) localisées sur le site du CH et susceptibles d'accueillir des patients en SSC :

- unité Vichy Ouest : 30 lits dont 9 en « unité de soins intensifs », USI (partie fermée de l'unité qui accueille les patients en SSC en crise) ;
- unité Vichy Est : 30 lits dont 9 en USI ;
- unité de psychiatrie du sujet âgé (UPSA, réservée aux patients de plus de 65ans) : 25 lits dont 6 en USI.

Il dispose également d'une unité de 16 lits d'hospitalisation de soins de suite et réhabilitation au centre-ville de Vichy, qui n'accueille jamais de patients en SSC.

L'établissement n'accueille pas de patients détenus.

La pédopsychiatrie, rattachée au pôle femme-enfant, ne dispose pas de lits d'hospitalisation (cf. § 9.2).

L'offre de soins extrahospitalière est riche. La filière du sujet âgé compte un hôpital de jour (HJ), un centre médico-psychologique (CMP) et un centre d'aide thérapeutique à temps partiel (CATTP) spécifiques (cf. § 9.1). Le pôle dispose également de deux autres CMP sectorisés et de structures intersectorielles : un CATTP, un HJ, huit places d'accueil familial thérapeutique et une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP). Il participe également à un groupe d'entraide mutuelle (GEM), géré par l'association « Les Acacias ».

Le projet médical du pôle de psychiatrie adulte, inclus dans le projet d'établissement, couvre la période 2019-2023. Il fixe un certain nombre de propositions afin d'améliorer la prise en charge des patients : regrouper le CMP du secteur de Vichy-Est situé à Cusset avec les structures ambulatoires situées dans le centre de Vichy ; mettre en place un contrat local de santé mentale (CLSM) ; améliorer les liaisons urgences-psychiatrie ; améliorer la liaison pédopsychiatrie-psychiatrie adulte ; travailler les articulations entre psychiatrie et gériatrie.

2.2 LES DOTATIONS FINANCIERES ATTRIBUEES AU POLE NE PERMETTENT PAS L'EXERCICE DE SES MISSIONS

Le budget global du CH était en 2020 de 174 millions d'euros, dont 164 millions pour l'activité sanitaire. 62 % de ce budget sont consacrés à la masse salariale. L'établissement est actuellement à l'équilibre après avoir connu plusieurs années de déficit d'exploitation. La dette s'élève à 36 millions d'euros.

Le budget consacré à la psychiatrie est principalement issu de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), avec une partie annexe provenant de la tarification à l'activité (tarif et forfait journaliers). La répartition de

cette DAF s'effectue, sur la base des charges, à hauteur de 85% pour la psychiatrie adulte et 15% pour la pédopsychiatrie.

L'évolution de la DAF globale en base reductible attribuée à l'établissement a évolué de 11 642 729 euros en 2017 pour être de 11 833 308 en 2021, soit une évolution de + 1,64% en cinq ans.

La comptabilité analytique réalisée par l'établissement montre les éléments suivants : la totalité de la DAF reductible ajoutée aux enveloppes spécifiques annuelles s'est élevée en 2019 à 12 658 427 euros répartis en 10 759 663 euros pour la psychiatrie adulte et 1 898 764 euros pour la pédopsychiatrie. Cette DAF globale comprend 11 619 918 de base reductible auxquels s'ajoutent 1 000 000 « d'aides financières », 27 181 de financement ponctuel (« soutien à l'activité ou dégel »), et 11 328 de « compensation transport art 80 ».

Concernant les seuls services de psychiatrie adulte, les produits 2019 du pôle de psychiatrie se sont élevés à 11 736 292 euros (11 803 513 euros en 2017) dont les 10 759 663 euros de DAF et 976 629 de recettes correspondant aux forfaits et tarifs journaliers.

Les charges du pôle de psychiatrie s'élevaient en 2019 à 13 781 947 euros (13 837 706 euros en 2017). Elles comprennent les coûts liés au personnel à hauteur de 8 733 545 euros (8 770 766 en 2017) soit 63,1 % des charges et 74,4 % des produits. Les charges directes sont globalement évaluées à 8 971 184 euros (9 099 138 en 2017) et la totalité des charges indirectes s'élève à 3 542 488 euros (3 506 623).

Par ailleurs, la part de DAF permettant le fonctionnement de la pédopsychiatrie (1 898 764 euros en 2019) ne permet pas non plus l'exercice de toutes ces missions ; il n'a pas été procédé à l'analyse de cette partie.

Au total, La comptabilité analytique du pôle de psychiatrie objective un déficit structurel permanent depuis plusieurs années de 2 millions d'euros, auquel s'ajoute une aide financière annuelle d'un million d'euros octroyée depuis 2017 sur la DAF globale, soit un manque permanent réel de 3 millions d'euros pour équilibrer le compte de résultat. Qu'il s'agisse de l'activité adulte ou de la pédopsychiatrie, les moyens de l'établissement ne lui permettent pas d'assurer toutes ses missions.

Pour l'année 2021, les crédits compensatoires versés au titre du Ségur (un million d'euros) ne compensent pas intégralement le surcoût des charges liées aux revalorisations salariales du Ségur avec un reste à charge pour l'établissement estimé à 115 000 euros pour la première année pour le seul secteur de psychiatrie adulte.

RECOMMANDATION 1

L'activité de psychiatrie financée par la DAF doit l'être à la hauteur de ses besoins pour un accès aux soins répondant à la qualité et au respect des droits fondamentaux des patients.

Dans sa réponse, le directeur du CH précise : « L'Etablissement confirme la sous dotation constante des activités de psychiatrie et pédopsychiatrie avec 14 millions d'euros de dotation annuelle de financement pour 17 millions d'euros de coûts directs ».

2.3 LES POSTES VACANTS DE SOIGNANTS SONT PEU NOMBREUX ET L'ABSENTEISME EST FAIBLE

2.3.1 Les effectifs

L'établissement compte au total, en 2021, 179 équivalents temps plein (ETP) budgétés de personnels médicaux (PM) dont 25,56 non pourvus et 1 675,7 ETP de personnels non médicaux (PNM) dont 17,84 non pourvus. Il comportait, en 2020, 178,8 ETP de médecins dont 36,6 non pourvus et 1 657,5 ETP de PNM, dont 3,13 non pourvus.

L'absentéisme, en 2020, s'élevait pour le PNM à 8,4 % pour l'ensemble de l'établissement et à 5,5 % pour la psychiatrie ; pour les médecins le taux d'absentéisme était de 3,25 %. Enfin le turn-over était de 11,59 % pour l'établissement et de 4,42 % pour la psychiatrie.

a) Effectifs non médicaux

Les effectifs du pôle de psychiatrie comptent au moment de la visite 163,9 ETP.

Une réorganisation des maquettes a amené, en 2018, la suppression 4,8 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH), de 0,6 ETP d'infirmiers (IDE) sur chacune des deux unités sectorisées et d'1 ETP d'aide-soignant (AS) sur le pôle. En revanche un poste d'infirmier de pratique avancée (IPA) a été récemment créé.

L'organisation des soins au quotidien dans les services (30 lits) est basée sur un effectif de fonctionnement fixé à quatre soignants au minimum par demi-journée et deux la nuit (deux IDE, sauf à l'UPSA où interviennent une IDE et une AS).

L'analyse des plannings montre, sur le mois de mars 2022 (62 demi-journées), une grande régularité de la présence des soignants auprès des patients au cours de la semaine, permettant une bonne organisation des soins :

- Unité psychiatrie du sujet âgé : les soignants (IDE et AS) ont été 15 fois au nombre de 5 auprès des patients, 45 fois au nombre de 4 et 2 fois au nombre de 3, pour une moyenne de 4,2 agents par demi-journée ; à une seule reprise, un agent s'est ajouté en horaire de jour ;
- Unité Vichy Ouest : les soignants ont été 2 fois au nombre de 6 auprès des patients, 6 fois au nombre de 5, 51 fois au nombre de 4 et 3 fois au nombre de 3, pour une moyenne de 4,12 agents par demi-journée. Sur 11 jours, des effectifs de jour se sont ajoutés : 8 fois un agent, 2 fois deux agents et une fois trois agents ; soit une moyenne journalière de 0,48 agents supplémentaires ;
- Unité Vichy Est : les soignants ont été deux fois au nombre de six auprès des patients, 3 fois au nombre de 5, 55 fois au nombre de 4 et 2 fois au nombre de 3, pour une moyenne de 4,08 agents par demi-journée. Sur 25 jours des effectifs de jour se sont ajoutés : 1 fois six agents, 3 fois cinq agents, 8 fois quatre agents, 5 fois trois agents, 4 fois deux agents et 4 fois un agent ; soit une moyenne journalière ajoutée de 2,58 agents.

Ces effectifs sont à mettre en rapport avec le fait que n'interviennent au sein du pôle ni ergothérapeute, ni psychomotricien, ni kinésithérapeute, ni personnel socio-éducatif. Le pôle comprend en revanche 8,5 ETP de psychologues et 3,8 ETP des travailleurs sociaux qui exercent à la fois en intra et extrahospitalier.

La direction a mis en place une politique de recrutement et de fidélisation très active et il n'y a que très peu de postes vacants. Il est organisé des séances de job dating et le nombre d'élèves dans les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants a été augmenté.

Pour pallier les absences longues, le pool de remplacement du pôle, composé de quatre IDE, est sollicité. Pour les absences courtes et imprévues, les professionnels d'autres services sont sollicités, à défaut, il est fait appel à des volontaires inscrits (200 agents) sur une application dédiée (Hublot).

b) Effectifs médicaux

Au sein du pôle de psychiatrie œuvrent 14 médecins (représentant 11,5 ETP pour 12 budgétés) dont deux docteurs juniors (pour six mois), un médecin associé lauréat de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) et deux généralistes (représentant 1,1 ETP). Il n'y a pas d'interne au moment du contrôle. Les effectifs étaient descendus à 7 ETP en 2019. Quelques psychiatres ne travaillent qu'en extrahospitalier. Aucun praticien hospitalier à temps plein n'exerce une activité libérale. Un seul PH effectue une activité d'intérêt général au sein d'un établissement médico-social pour enfants.

2.3.2 Le tutorat, la formation, la supervision

Les nouveaux soignants ne bénéficient pas d'un véritable tutorat mais d'un parcours d'intégration avec une formation e-learning d'une journée et un accompagnement en doublure durant quinze jours. Les arrivants peuvent suivre chaque mois, comme tous les autres soignants, les formations internes « Culture psy ».

Concernant la formation continue en général, les soignants ont suivi de nombreuses formations relatives aux droits des patients, aux soins sans consentement, à l'isolement et la contention, au toucher relationnel, à la gestion des violences et la désescalade ainsi qu'à l'hypnose en technique de médiation. Les formations suivies sont recensées au sein de chaque rapport annuel des pratiques d'isolement et contention.

La somme totale destinée au plan de formation 2022 (dont la promotion interne) a été de 1 018 000 euros dont 233 355 euros pour la psychiatrie. 102 soignants différents du pôle ont été formés en 2021, 82 en 2020 et 96 en 2019.

Concernant les médecins, le développement personnel continu (DPC) est initié. Des présentations sont faites chaque mois dans le cadre de « Culture psy » et une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « contention aux urgences » a été faite en 2020. Un médecin a également suivi une formation individuelle sur l'isolement.

Il n'y a pas de supervision (individuelle ou collective) organisée avec un psychologue extérieur, laquelle ne serait pas demandée par les professionnels. Les soignants indiquent que la réunion clinique mensuelle leur donne l'occasion de réfléchir et d'échanger sur leurs pratiques. Beaucoup participent au cycle « Culture psy » ; au mois de mai 2022, certains se sont inscrits à une formation dispensée par un organisme extérieur sur le thème de la désescalade. La psychologue du travail se met à leur disposition pour toute demande de supervision individuelle.

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT SUIVIS AVEC UNE ATTENTION PARTICULIERE

La direction de la qualité, des risques et des usagers, placée sous la responsabilité d'un directeur d'hôpital assisté de deux ingénieurs qualité, assure le traitement des événements indésirables (EI).

Les EI sont renseignés sur un logiciel ad hoc (*Qualios*[®]) par toutes les catégories de personnel et sont systématiquement transmis au cadre et au cadre supérieur. 60 % des EI sont renseignés par les IDE. Sur les six derniers mois, du 1^{er} octobre 2021 au 31 mars 2022, 38 EI (78 sur l'ensemble de l'année 2021) ont été renseignés au sein du pôle de psychiatrie. 42 % des EI concernent la violence du patient dans le cadre de sa prise en charge, 34 % relèvent de l'exécution d'une prise en charge, les autres sujets représentent des chiffres très faibles inférieurs à 0,5 %.

La culture de la qualité est très ancrée au sein de l'établissement ; en effet une réunion hebdomadaire est tenue entre « la qualité » et la direction des soins pour appréhender l'ensemble des problématiques qui ont pu avoir lieu la semaine précédente. Une charte d'incitation au signalement des EI encourageant les personnels à se saisir de cette démarche a été signée le 19 novembre 2021 par le directeur de l'hôpital, le président de la CME et la coordinatrice des soins.

Lors des comités de retour d'expérience (CREX), le cadre en charge du sujet sur l'unité choisit chaque mois un EI, l'analyse dans le cadre de la méthode *Orion*[®] et le présente afin d'échanger avec ses collègues pour définir des actions correctives et préventives.

Lorsque le sujet le nécessite, certains CREX sont effectués lors de réunions institutionnelles en présence notamment du directeur d'établissement. C'est le cas notamment pour des événements indésirables graves¹ (EIG) qui sont déclarés à l'ARS. En 2021, aucun EIG n'a concerné le pôle de psychiatrie.

La direction considère qu'il convient de mettre en place une « culture positive de l'erreur ». Pour exemple, le service des urgences a mis en œuvre une EPP² sur la contention après une pratique inadaptée d'un de ses agents.

2.5 L'ETABLISSEMENT DISPOSE D'UN ESPACE ETHIQUE IDENTIFIE ET ACTIF

L'établissement dispose d'un « espace éthique », composé de représentants de toutes les catégories professionnelles de l'établissement.

Jusqu'à la crise sanitaire les réunions de son bureau et les réunions plénières se tenaient de façon très régulière. Au moment de la visite, si les réunions n'ont pas encore repris avec la même régularité, cet espace demeure actif, il est connu des différents services de l'hôpital et s'empare de sujets susceptibles de concerner les droits fondamentaux des patients hospitalisés en psychiatrie. Il a notamment été, en 2017, à l'initiative d'une réflexion sur la contention et d'un état des lieux des pratiques dans l'ensemble des services du CH.

¹ Défini par l'établissement comme : « un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale ».

² Analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LES PATIENTS SONT ADMIS AUX URGENCES AVEC LE SOUCI D'UNE MOINDRE CONTENTION MAIS SANS PROCEDURE FORMALISEE

L'établissement dispose de structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) mais pas de structures de prise en charge des crises précoces au domicile, permettant de réduire le recours systématique à l'hospitalisation. D'autre part, les délais d'obtention d'un primo rendez-vous en CMP avec un médecin sont en moyenne de deux mois.

Les patients en soins sans consentement ou subissant une phase de crise ou d'agitation sont amenés aux urgences générales du CH de Vichy.

3.1.1 La prise en charge aux urgences générales

Le service d'accueil des urgences (SAU) a assuré la prise en charge, toutes pathologies confondues, de 31 000 personnes en 2021 (adultes et enfants). 2,13 % de ces passages ont concerné des patients relevant de soins de psychiatrie. La moitié des postes d'urgentistes sont vacants ou partiellement compensés par des intérimaires ou des médecins associés.

L'évaluation initiale est effectuée par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA), souvent avec le médecin d'accueil et d'orientation. Le bureau de l'IOA donne sur l'espace d'accueil du public mais les soignants se déplacent aussi parfois dans le sas pour voir le patient dans le véhicule de transport.



Entrée des urgences allongées



Brancard prééquipé

Le patient, s'il est agité ou à risque de déstabilisation, est placé dans un box individuel fermé (*cf. infra*) dans lequel il est examiné par un urgentiste. Deux brancards prééquipés de moyens de contention sont positionnés dans un couloir des urgences.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « Depuis le passage des contrôleurs, l'établissement a fait l'acquisition de 2 dispositifs « portoir souple de contention Salvafast » destinés à se mettre sur un brancard des urgences et compatibles avec le véhicule de transport sanitaire afin de sécuriser le transport et le transfert du patient contentonné. Par ailleurs, une demande de crédits complémentaires a été portée auprès de l'ARS pour financer des travaux d'aménagement du box des urgences dans lequel les patients en crise sont accueillis dans l'attente de l'examen du Psychiatre. Des améliorations sont possibles mais seul le projet de nouveau

bâtiment (projet dans lequel le service des Urgences est inclus) permettra de résoudre les problématiques liées au manque d'espace disponible dans le service ».

Si le patient relève d'une prise en charge psychiatrique, le psychiatre d'astreinte de jour ou de nuit est appelé et se déplace aux urgences. Aucune sédation n'est administrée avant que le psychiatre puisse avoir donné son avis.

Si une hospitalisation est décidée, le psychiatre se met en rapport avec le service d'admission. Le patient attend son transfert soit dans le box « d'isolement » dans lequel il peut être contentonné, soit dans le bureau de psychiatrie qui dispose d'une table d'examen et d'une chaise. Le temps d'attente est court une fois l'hospitalisation décidée. En revanche, en l'absence d'équipe de psychiatrie de liaison, il arrive que le médecin d'astreinte, occupé à dispenser d'autres soins, ne puisse se libérer avant un certain temps. En tout état de cause, il est rapporté qu'aucun patient n'attend son transfert plus de six à douze heures.

RECOMMANDATION 2

Une équipe de psychiatrie de liaison doit permettre au service des urgences un accès 24h/24 à un infirmier de psychiatrie et un médecin psychiatre.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Dans le cadre de l'appel à projet FIOP 2022 (Fonds d'innovation Organisationnelle en Psychiatrie) relayé par l'ARS, le CH de Vichy a déposé un projet dit d'E.V.A.L.I.PSY (Equipe Vichyssoise d'Accueil et de Liaison en Psychiatrie). Les objectifs de cette équipe mobile seraient les suivants : améliorer la réactivité et la mobilité de l'accueil des urgences psychiatriques ; évaluer et diminuer le recours aux SSC notamment en SDTU et PI ; tisser un maillage territorial adossé au réseau de l'EMPP avec d'avantage de lien Ville-Hôpital ; prévenir les récurrences d'hospitalisation en travaillant sur une transition fluide vers le domicile ou les structures d'aval ».* Le document détaillant ce projet est joint au courrier.

La pièce d'isolement ne ferme pas à clef et la personne qui y est éventuellement attachée est alors placée sous la surveillance constante d'un aide-soignant le temps d'être transférée. Cette pièce dispose d'un WC, mais aussi d'un hublot donnant directement sur le couloir qui devra être occultable.

L'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement est décidée par le médecin des urgences qui l'inscrit dans le dossier médical du patient. Cette décision n'est cependant pas confirmée dans l'heure par un psychiatre. Aucun patient n'est en isolement ou contenu au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 3

Toute mesure d'isolement et de contention décidée par un urgentiste pour un patient relevant de la psychiatrie doit être confirmée dans l'heure par un psychiatre.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *La mise en place du projet EVALIPSY sera un facteur facilitant l'atteinte de cet objectif. Dans le cadre de l'amélioration des pratiques d'isolement et de contention au sein des services généraux du CHV, un travail sur la contention est prévu en mars 2023 dans l'ensemble des services de soins (hors psychiatrie) et notamment aux urgences. (...) Suite à cet audit et à l'enquête, un plan d'actions sera élaboré par le cadre du groupe de coordination contention pour une mise en œuvre courant 2023. (...) A noter la formation en décembre 2022 sur isolement/contention et les techniques de désamorçage au sein du service des urgences : 7 agents formés (2 IDE, 4 AS, 1 cadre de santé) ».*



Piece d'isolement



Bureau de psychiatrie aux urgences

En ce qui concerne le placement en soins sans consentement, celui-ci est effectué parfois par un médecin généraliste au domicile, le plus souvent par le médecin du SMUR du CH. Pour les besoins de deuxième certificat médical d'un médecin ne faisant pas partie de l'établissement, il n'y a actuellement aucun autre médecin pouvant se déplacer aux urgences (cf. § 3.2).

Une réflexion est en cours pour travailler avec le réseau des médecins libéraux (communauté pluriprofessionnelle de territoire) afin d'envisager leur déplacement lors de la garde de médecine de ville de 20h00 à minuit, et limiter ainsi la proportion élevée de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU). Parallèlement, depuis mai 2021, le CH a initié un travail pour que les médecins généralistes du secteur disposent d'un psychiatre référent ; l'objectif étant de privilégier des hospitalisations programmées et non en urgence.

Un protocole relatif aux contentions est accessible dans le logiciel *Qualios* pour les soignants.

Il n'y a cependant pas de registre de ces mesures et pas d'analyse régulière de la pratique de contention.

RECOMMANDATION 4

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

Dans sa réponse, le directeur du CH précise qu'il : « s'agit d'un axe de travail que le Pôle de Psychiatrie va discuter avec l'encadrement médico-soignant des urgences. Actuellement, un fichier Excel existe aux urgences mais son remplissage n'est pas réalisé. Le service informatique a étudié la possibilité d'ouvrir les habilitations permettant l'extraction automatisée de données sur le service des urgences. Techniquement cela est possible mais cela pose le problème d'accès au restant du registre pour les patients hospitalisés en Psychiatrie d'où un problème de confidentialité. En effet, comme le registre « isolement et contention » est unique sur l'établissement, le service des Urgences aura accès à l'ensemble des patients isolés et contentionnés en Psychiatrie. Actuellement, l'habilitation des droits d'accès au dossier des patients hospitalisés en psychiatrie n'est donnée qu'aux services de psychiatre. Les autres

services du CHV n'y ont pas accès. Il serait donc paradoxal de permettre l'accès aux données portant sur l'isolement et la contention alors que le restant des données du dossier patient est sécurisé (non accessible) ».

Enfin, les soignants rapportent des difficultés dans l'hospitalisation des mineurs et surtout des adolescents. Depuis peu, les effectifs médicaux de la pédopsychiatrie permettent de nouveau de bénéficier d'un avis spécialisé la journée aux urgences ; les enfants sont prioritairement hospitalisés en pédiatrie, ou dans les services de pédopsychiatrie de Moulins ou de Clermont-Ferrand ; quelques mineurs sont transitoirement placés dans les services de psychiatre adulte (cf. § 9.2).

Un projet de reconstruction du bâtiment des urgences est en discussion mais sa livraison n'est prévue qu'à long terme.

3.1.2 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitant ou les psychiatres dans les CMP et hôpitaux de jour ; ils sont cependant le plus souvent admis depuis les urgences.

A leur arrivée dans le service, ils sont reçus en entretien par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité et la leur font visiter ; les patients sont reçus en entretien par le psychiatre en présence d'un infirmier, le jour même généralement et par le psychiatre d'astreinte le week-end.

Il n'y a pas de restriction systématique en début d'hospitalisation : le principe posé est celui de la libre disposition du téléphone portable, de l'ordinateur, du tabac, des vêtements, jusqu'à ce que le psychiatre prescrive éventuellement des restrictions, après concertation de l'équipe soignante.

Un dispositif d'infirmier référent est en place pour certains patients (deux par exemple à l'UPSA). Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel.

3.2 LA GRANDE MAJORITE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT ADMIS SOUS LE STATUT DE SDTU

3.2.1 L'activité

La file active totale des patients suivis en psychiatrie est en augmentation : elle était de 2 376 patients en 2020 et de 2 576 en 2021. La file active exclusivement ambulatoire est de 1 770 patients en 2020 et de 1 947 patients en 2021 et celle relative aux patients hospitalisés à temps plein est de 533 en 2020 et de 556 en 2021.

En 2021, la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en soins libres est de 27 jours, durée stable par rapport à 2020. Pour les patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC), cette durée est plus longue, elle est de 39 jours pour les patients hospitalisés sur décision du directeur (SPDDE) et de 96 jours pour ceux admis sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

En 2021, 163 patients ont été hospitalisés en SSC, soit 26 % du nombre total de patients hospitalisés, part stable depuis 2020.

Parmi cette proportion, la grande majorité le sont en SDTU (décisions du directeur ne reposant que sur un seul certificat médical), même si ce statut d'admission n'est répertorié que depuis le 1^{er} janvier 2022. Il n'a donc pas été possible aux contrôleurs de disposer de chiffres sur les SDTU pour les deux dernières années. De plus, des données différentes d'activité générale ont été fournies aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 5

L'établissement doit disposer d'un outil permettant de recenser son activité de manière fiable, exhaustive et précise, en particulier s'agissant de celle relative aux soins sans consentement.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Le bureau des entrées tient un tableau de bord journalier qui recense les entrées en SSC. Une vérification mensuelle est mise place avec le registre de la loi pour croiser les données et s'assurer de leurs exhaustivités. Il a également mis en place depuis janvier 2022 un tableau de suivi mensuel permettant de comptabiliser les décisions de SSC (y compris les SDTU) et les décisions du JLD. Cf document joint en annexe. Un tableau spécifique permettant de suivre les patients hors secteurs est également opérationnel depuis avril 2022* ».

La part des SDTU est donc prépondérante. L'hôpital étant le siège du service des urgences et du service de psychiatrie, il est difficile de trouver un médecin extérieur à l'établissement pour effectuer le second certificat médical quand le premier a été élaboré par le médecin du SMUR.

RECOMMANDATION 6

Le recours aux procédures dérogatoires, en particulier les soins à la demande d'un tiers en urgence, doit rester exceptionnel.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Sur le bassin vichyssois, le nombre de médecin généraliste est faible et il n'existe plus qu'un seul psychiatre exerçant en ville. Les nouveaux arrivants rencontrent des difficultés à trouver un médecin traitant, les patients de psychiatrie encore davantage que les autres. Il s'avère donc difficile d'obtenir le second certificat médical nécessaire à une admission en SPDT. Si les psychiatres de l'hôpital doivent actuellement prioriser leur temps aux urgences et au profit des patients nécessitant des prises en charge lourdes et complexes, le projet avec un effectif médical plus conséquent est de répartir en sous-secteur notre territoire avec un psychiatre interlocuteur privilégié de médecins généralistes y exerçant. Nonobstant cette situation, nous avons pu mettre en place en 2023, ce qui n'était pas le cas au moment de la visite du CGLPL, un groupe de supervision avec des médecins généralistes et un psychiatre du service qui se déroule tous les deux mois. Il s'agit d'un partenariat avec l'association fédérale des médecins généralistes* ».

En revanche, les patients en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) sont rares car des démarches actives sont entreprises par les urgentistes pour trouver un tiers.

La part de patients en SDRE est faible, de l'ordre de vingt patients environ par an.

3.2.2 La gestion de la suroccupation

Les données communiquées font état d'un taux d'occupation des unités d'hospitalisation complète en 2020 de 74,4 % et en 2021 de 76 %.

Les unités n'ont pas fait état de situation de suroccupation. Quand cela arrive, les patients sont hospitalisés dans l'autre secteur et aucune difficulté particulière n'a été relevée à ce sujet. La chambre d'isolement n'est jamais utilisée comme chambre hôtelière et aucun lit n'est rajouté.

3.3 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT CORRECTEMENT INFORMES DE LEURS DROITS MAIS LES DECISIONS D'ADMISSION SONT INSUFFISAMMENT MOTIVEES

3.3.1 Information générale

Outre un fascicule tenu à disposition de toute personne admise au centre hospitalier de Vichy pour présenter l'hôpital, renseigner sur les formalités administratives, les droits et les devoirs des usagers, un livret d'accueil exclusivement conçu pour l'hospitalisation en psychiatrie est remis au patient lors de son arrivée, généralement par l'infirmier qui le prend en charge, voire par dépôt dans sa chambre. Ce livret explique, avec pédagogie et clarté, le particularisme de l'hospitalisation sans consentement et énonce les règles de vie communes à toutes les unités. Très complet, il donne les informations nécessaires sur les services à disposition des patients, les repas, les horaires de visite, les interdictions diverses, la composition de l'équipe soignante pluridisciplinaire, les sorties, les modalités de mise en œuvre de l'ensemble des droits.

Toutefois les règles de vie ne sont pas affichées dans l'unité ; selon les informations recueillies, elles sont explicitées oralement par les soignants lors de l'admission puis régulièrement reprises et discutées.

Dans chaque unité on trouve un panneau d'affichage sur lequel est apposé bon nombre d'informations telles notamment la charte de bientraitance et celle du patient hospitalisé, les coordonnées des représentants du culte, les noms des membres de l'équipe médicale et soignante, l'existence et le rôle de la commission des usagers (CDU), l'accès du patient à son dossier, la personne de confiance.

3.3.2 Information spécifique des patients en soins sans consentement

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit que chaque personne faisant l'objet de soins psychiatriques contraints doit être informée, dans la mesure où son état le permet, du projet de recours aux soins sans consentement la concernant puis de la décision d'admission et de chacune des décisions maintenant l'hospitalisation ainsi que des raisons qui les motivent et les droits qui en découlent.

A cette fin, une notice d'information est présentée pour signature au patient admis en SSC lors de la notification de la décision d'admission (qu'elle émane du représentant de l'Etat ou du directeur de l'établissement). Exhaustif et très compréhensible, ce document décline l'ensemble des droits énoncés par cet article L. 3211-3. Il est regrettable qu'un exemplaire de cette notice ne soit pas systématiquement laissé au patient afin qu'il puisse s'y référer au cours de son séjour.

La décision d'admission et les éventuelles décisions de prolongation sont notifiées même durant le week-end ou les jours fériés, rapidement et en toute hypothèse dès que l'état du patient le permet. Cependant il n'en est remis une copie au patient qu'à sa demande.

Ces décisions ne sont, en elles-mêmes, pas motivées en fait, c'est-à-dire au regard des nécessités médicales qui les justifient. Or le certificat médical sur lequel elles se fondent n'est pas présenté au patient mais immédiatement classé à son dossier. De plus, le recueil des observations du patient, nécessaire à tous les stades de la procédure, n'est pas tracé dans les certificats.

Le personnel soignant, bien que regrettant n'avoir qu'une connaissance imparfaite du droit des patients, a précisé aux contrôleurs s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « *au mieux* » au patient la particularité de son statut juridique, bien que ce dernier ne s'y intéresse guère. Les médecins rencontrés ont également déclaré donner des explications les plus claires possibles au patient lors de la rédaction des certificats médicaux, tout en admettant ne tracer que de manière très lacunaire le recueil des observations éventuelles de celui-ci.

RECOMMANDATION 7

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. A défaut, les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient dès que son état clinique le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Le certificat médical est systématiquement lu et signé par le directeur ou son représentant avant toute décision. Par ailleurs les décisions du directeur ou de son représentant sont motivées dans le sens où elles font référence explicitement au certificat médical du psychiatre. En revanche, les décisions ne reprennent ni ne résument le contenu figurant sur ce certificat. L'établissement estime que les termes d'un certificat médical réalisé intuitu personae n'ont pas à être repris par un tiers, d'autant que celui-ci n'appartient pas au corps médical* ».

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT FAVORISENT L'AUTONOMIE ET LE RESPECT DE L'INTIMITE DES PATIENTS MAIS LES LOCAUX DES UNITES EST ET OUEST SONT VIEILLISSANTS

Les unités de psychiatrie sont situées dans l'enceinte de l'hôpital général à proximité des services médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), ce qui permet aux patients d'avoir un accès aisé à l'ensemble de ces spécialités.

Les bâtiments d'hospitalisation sont tous de plein pied ce qui favorise l'autonomie du patient. Ils sont d'époques différentes, par conséquent les conditions d'hébergement sont de qualités variables et si les deux unités, Vichy Est (VE) et Vichy Ouest (VO) auraient besoin d'un rafraîchissement en peinture, VO est la moins bien lotie. A VO, il a été relevé un manque de confort et de convivialité des espaces communs, il n'y a pas de fauteuils dans la salle de télévision. Au jour du contrôle, deux chambres y étaient condamnées pour travaux.

Concernant les conditions matérielles d'hébergement, le directeur du CH indique dans sa réponse : « Depuis la visite des contrôleurs, l'établissement a pu améliorer les conditions d'accueil sur les unités d'admission, notamment dans l'unité Vichy Ouest, ceci grâce à diverses enveloppes ARS dont celle dite des « Investissement du Quotidien » 2022 ». Une description précise des nombreux équipements et aménagements réalisés au sein des unités d'hospitalisation, notamment dans le patio des USI, accompagnée de photographies, est jointe à la réponse.

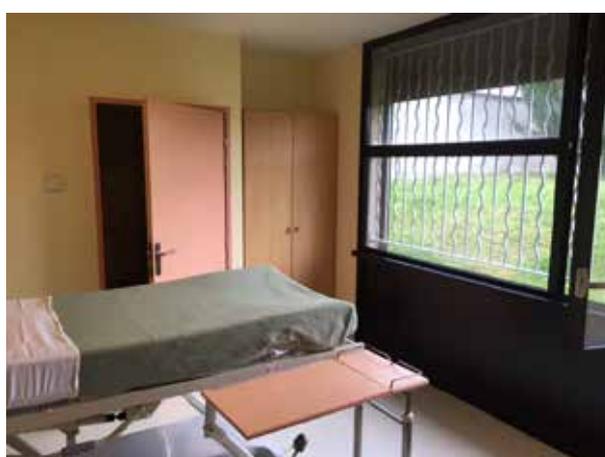
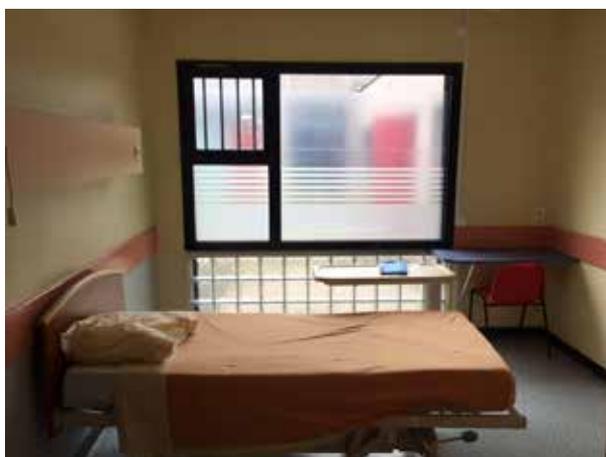


Vues des bâtiments de Vichy Est et Vichy Ouest

La majorité des chambres sont individuelles et toutes dotées de salles d'eau ; l'unité VO dispose de sept chambres doubles et VE de trois, toutes situées dans la partie ouverte de chacune des unités. Le mobilier des chambres est disparate et souvent spartiate (absence de fauteuil).



Vue d'une chambre double et sa salle de bains à VO



Deux chambres de l'USI à VE

Dans ces deux unités les portes des chambres sont dépourvues de verrous de confort ce qui peut être insécurisant pour les patients, mais un projet d'installation était en cours de réflexion.

RECOMMANDATION 8

Pour garantir le droit des patients à l'intimité, des verrous de confort doivent être installés sur les portes de toutes les chambres.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « Des verrous de confort ont été installés sur l'ensemble des portes des chambres des 3 USI soit 24 chambres. Compte tenu du coût associé (5.5 K€), cette opération pourra s'étendre aux secteurs d'hospitalisation libre si jamais l'établissement est attributaire de crédits dans le cadre de l'enveloppe « Investissement du Quotidien » 2023 ».

Depuis le mois de novembre 2021, l'unité VE est dotée d'une chambre d'isolement et d'un salon d'apaisement (cf. § 6.1) ; à VO, un salon d'apaisement devrait être mis en fonctionnement à l'été 2022.

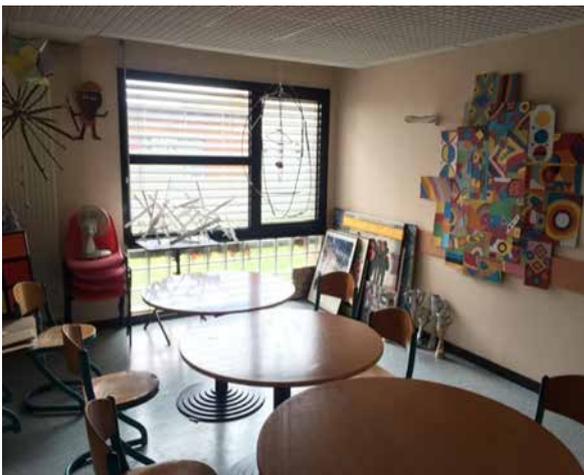
Sur ce point, la direction de l'établissement précise : « Un salon d'apaisement a été créé dans l'unité Vichy Ouest incluant une table de massage, une colonne à bulle, une banquette avec couverture lestée, etc. Il est en fonctionnement depuis le 19 octobre 2022. Enfin, un salon d'apaisement type SNOEZELEN a été créé en janvier 2023 à l'UPSA. Il est orienté patient âgé, avec un matelas à eau chauffant, un fauteuil spécifique personne âgée Huntington, une colonne à bulle, un chariot multi-sensoriel etc. Son aménagement est encore en cours à l'heure de la présente rédaction, l'intégralité du matériel n'ayant pas été reçu ».

Au sein des unités ouvertes, les patients ont accès à une grande cour agréable ; les USI disposent d'un patio plus petit, celui de l'unité VE présente un aspect assez carcéral.



Vues de la cour de l'unité ouverte à VE et de la cour de l'USI de VO

Les deux unités disposent de plusieurs salles d'activité. Celles-ci sont plus agréables et mieux décorées à l'VE qu'à VO.



Vue de la salle d'art thérapie à VE



Vue de la salle de yoga et de détente à VO

Les unités sont dotées de bureaux d'entretiens, d'un grand bureau infirmier – où se réunissent les professionnels pour leurs différents briefings et réunions – auquel est accolée une salle de soins où les IDE distribuent les médicaments.

4.2 LES LOCAUX SONT BIEN ENTRETENUS ET LES PATIENTS ONT LES MOYENS DE CONSERVER UNE BONNE HYGIENE PERSONNELLE

Bien que les locaux aient besoin d'un rafraîchissement, ils sont propres et bien entretenus. Les chambres et les locaux communs sont nettoyés tous les jours par un ASH présent sur un service de 12 heures.

Les chambres sont toutes équipées de toilettes et de douches assurant une grande autonomie au patient concernant son hygiène. Des produits d'hygiène tels que des savons et des shampoings peuvent être distribués si besoin. L'organisation du travail des ASH n'impacte pas la libre circulation des patients vers leurs chambres, ainsi même durant le ménage de leur chambre, les patients peuvent y demeurer.

Des serviettes, gants et draps sont à disposition des patients sur un chariot entreposé dans les couloirs des unités.

Les patients sans ressource peuvent accéder à un vestiaire de vêtements constitué de dons d'associations ou de biens laissés par des patients ayant quitté l'hôpital.

Le lavage du linge personnel est prioritairement pris en charge par les familles ; ceux qui en ont les moyens financiers peuvent le confier à un service de nettoyage extérieur. Le linge des patients isolés et sans ressources peut être lavé dans l'unité gratuitement (machine à laver et sèche-linge).

Dans l'unité VE, un espace est dédié aux soins esthétiques où les patients (patientes essentiellement) peuvent parfois aller seuls pour se coiffer, se maquiller *etc.* Il dispose d'un lavabo avec un bac pour le shampoing. Des soignants effectuent régulièrement des shampoings, couleurs ou coupes aux patients qui le souhaitent. Il n'y a pas d'intervention d'un coiffeur extérieur.



Vue de l'espace dédié aux soins esthétiques au sein de VE

4.3 LES PATIENTS N'ONT PAS UN ACCES LIBRE A LEURS BIENS ET NE PEUVENT PAS LES METTRE EN SECURITE

4.3.1 La protection des effets personnels

L'inventaire des biens des patients à leur arrivée au sein d'une unité d'hospitalisation est réalisé par les équipes soignantes et reporté dans le dossier informatisé. Il est également tracé dans un document signé par le soignant et le patient qui en conserve un exemplaire. Néanmoins, durant l'hospitalisation, lorsque la famille rapporte des vêtements ou des biens ou en récupère, l'inventaire n'est pas mis à jour. Téléphone portable, ordinateur, tablette, cigarettes ainsi que les effets personnels sont laissés aux patients sauf contre-indication médicale. Le briquet est laissé aux patients sur l'unité ouverte VO mais pas sur l'unité fermée, où ils disposent d'un allume-cigarettes. Seuls les objets dangereux sont retirés systématiquement : ceintures, cordons, chargeurs, flacons en verre, rasoirs *etc.*



Affiche collée sur les portes des chambres sur l'unité Est

Les patients sont autorisés à garder sur eux 20 à 30 euros ; au-delà ils peuvent conserver jusqu'à 220 euros (et tout objet de valeur, carte bancaire etc.) dans le coffre-fort situé dans le bureau du cadre qui tient une comptabilité de toutes sommes prélevées ou remises par le patient et transmet ces données à chaque fin de mois à la régie hospitalière.

A défaut de pouvoir protéger eux-mêmes leurs affaires dans l'armoire de leur chambre (à VO aucun placard ne ferme à clé contrairement à VE où seules deux chambres de l'USI sont dépourvues de placard fermable), les patients peuvent conserver certains objets dans des casiers individuels situés dans le bureau des IDE. Rien ne garantit donc le respect de l'intégrité des effets personnels des patients, qui doivent, par ailleurs, solliciter le personnel soignant pour en disposer.

RECOMMANDATION 9

Chaque patient doit pouvoir déposer lui-même ses affaires dans un lieu sûr et en disposer librement. Pour cela, les armoires de toutes les chambres doivent être sécurisées.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « Dans chaque chambre de l'unité VO, les armoires ont été équipées d'un verrou dans l'ensemble des chambres doubles et dans 8 chambres seules. Cela permet au patient d'y mettre ses effets personnels qu'il souhaite sécuriser. Il demeure 7 chambres seules actuellement qui ne sont pas encore équipées. Il conviendra de l'inscrire au prochain plan d'équipement ».

4.3.2 L'intervention des mandataires judiciaires

Les personnes bénéficiant déjà d'une protection juridique ou susceptibles d'en relever sont identifiées par le service social, intervenant dans chaque unité (0,6 ETP d'assistante sociale sur

chacune des deux unités Vichy Est et Ouest). Il n'y a pas de tutelles hospitalières à l'établissement, l'assistante sociale de l'unité travaille avec trois associations : Croix-Marine, AT Nord-Auvergne³ et l'UDAF⁴. Elle effectue une vingtaine de signalements par an au juge des tutelles pour demander le placement sous protection judiciaire d'un patient. Au jour de la visite, une dizaine de patients de l'unité Ouest bénéficiaient d'une protection ou étaient évalués dans cette optique.

Les liens avec les mandataires familiaux et les mandataires judiciaires sont fluides. L'assistante sociale anime régulièrement des réunions de réseaux avec les mandataires associatifs. Les mandataires participent en général aux réunions de synthèses de leurs protégés.

4.4 L'OFFRE ALIMENTAIRE EST SATISFAISANTE MAIS LES QUANTITES SERVIES SONT PARFOIS INSUFFISANTES



Salle à manger UO



Chariot permettant de réchauffer le plat chaud UO

Les repas sont pris à 8h pour le petit-déjeuner, 12h pour le déjeuner, 19h pour le dîner. Une collation est servie à 16h et une tisane à 22h.

Les patients prennent tous leur repas dans la salle commune mais dans le contexte de la crise sanitaire, une salle de réunion est également utilisée à cette fin dans le but de respecter les distanciations physiques.

Les repas sont confectionnés dans les cuisines de l'hôpital. Il s'agit d'un système de « régéthermie », les aliments sont cuits à l'avance, puis passés en cellule de refroidissement et réchauffés dans des chariots avant d'être servis.

Les patients ne se plaignent pas de la qualité de la nourriture mais indiquent que le soir « le repas est parfois trop léger ». Ils peuvent demander une double ration mais seulement avec l'accord du psychiatre et après examen de la diététicienne. Cette dichotomie entre quantité suffisante et sentiment de satiété, qui peut être liée à la prise d'antidépresseurs altérant parfois le sentiment de rassasiement, est intégrée par certains patients dont l'une précisera aux contrôleurs « *ici, on*

³ Association tutélaire.

⁴ Union départementales des associations familiales.

est bien soigné et ils font attention à ce qu'on ne grossisse pas ». Pour autant, il apparaît souhaitable que les besoins et envies des patients soient pris en compte, au besoin par l'ajout de produits peu caloriques le soir de nature à satisfaire ceux qui considèrent le dîner trop léger.

BONNE PRATIQUE 1

Pour le déjeuner et le dîner, des plateaux supplémentaires sont prévus pour les soignants (quatre sur les unités ouvertes et deux sur les unités fermées) afin que tous les jours ces moments soient des repas thérapeutiques, permettant un contexte relationnel satisfaisant dans une ambiance de partage et de convivialité propice au mieux-être du patient.

Les familles ne sont pas autorisées à venir prendre un repas avec le patient, mais elles peuvent lui apporter des denrées non périssables (gâteaux, confiseries, *etc.*) qu'il peut garder en chambre dans des quantités limitées.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST ENTRAVEE DANS LES UNITES DE SOINS INTENSIFS

5.1.1 La circulation extérieure et la sécurité du site

Vaste, légèrement arborée et vallonnée, l'emprise totale de l'établissement devrait constituer un espace idéal pour les promenades des patients, accompagnés ou non de visiteurs ou de soignants. En réalité, peu d'aménagements sont prévus pour les piétons, les voies de circulation étant essentiellement affectées aux véhicules automobiles.

Le site du CH est un grand espace non clos, sécurisé par dix-huit caméras extérieures. Les patients autorisés à sortir peuvent aisément aller vers le centre-ville en empruntant les transports en commun tandis que les visiteurs n'ont pas de difficultés à trouver de place dans l'un des trois parkings réservés pour l'hôpital. Il n'a pas été fait part aux contrôleurs de problématique en termes de sécurité qui serait due à la porosité du site.

5.1.2 La circulation dans et depuis les unités

Au sein des pavillons Est et Ouest autant qu'à l'UPSA (cf. § 9.1.), le patient circule librement et dispose de sa chambre, sans aucune restriction d'horaire de 7h à 23h ; il ne peut pas y recevoir la visite d'autres patients.

Dans l'unité fermée de chaque pavillon le patient ne sort qu'accompagné d'un, voire deux soignants, après délivrance, selon son statut, d'une autorisation du directeur ou du préfet. Il peut accéder au patio, ouvert de 7h30 à 21h ; cet horaire est parfois prolongé ou très ponctuellement réduit, soit pour des raisons climatiques soit au regard de l'état clinique d'un patient.

Dans sa réponse, le directeur du CH précise que les patios sont désormais accessibles la nuit.

En revanche la circulation des unités ouvertes vers l'extérieur se fait aisément. En dehors des temps de repas et de consultation médicale, les patients en soins libres peuvent sortir de l'unité comme bon leur semble, en journée, pour se rendre dans le parc et à la cafétéria de l'établissement. Ils sont en revanche invités à prévenir les soignants s'ils souhaitent se rendre à l'extérieur du site hospitalier. Si l'état clinique d'un patient se détériore, il peut être ponctuellement interdit de sortir après discussion avec les soignants et le psychiatre. Les patients en soins sans consentement hébergés en secteur ouvert ne sont autorisés à sortir, y compris pour se rendre dans le parc ou à la cafétéria, que lorsqu'une autorisation de sortie non accompagnée leur a été accordée (cf. § 8.3).

Ainsi, selon les données transmises aux contrôleurs au premier jour de leur visite, sept patients n'étaient pas autorisés à sortir de leur unité d'hospitalisation et neuf autres bénéficiaient d'autorisations de sortie non accompagnés.

Il apparaît opportun d'introduire une réflexion institutionnelle sur l'intérêt de maintenir un tiers des lits en unités fermées (18 lits) étant rappelé que la prise en charge sécuritaire des patients peut être assurée autrement que par la fermeture des portes. La liberté d'aller et venir est le principe et les restrictions doivent demeurer l'exception.

5.2 PEU DE CONTRAINTES SONT IMPOSEES AU SEIN DES UNITES DE SOINS

5.2.1 Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces des unités

Indiqués dans le livret d'accueil, les horaires de repas sont réglementés. Sauf décision médicale, les repas ne sont pas servis en chambre. Ils sont pris dans la salle à manger commune où les patients se placent selon leur convenance.

En journée les patients disposent librement des espaces communs et choisissent les programmes télévisés.

5.2.2 Le tabac

Les patients peuvent conserver leur tabac, avec de très rares exceptions lorsqu'une personne ne parvient manifestement pas à réguler sa consommation, ou lorsqu'elle viole l'interdiction de fumer dans sa chambre.

L'approvisionnement en tabac est réalisé grâce à une livraison effectuée par un bureau de tabac proche du CH, par les visiteurs ou les patients eux-mêmes lorsqu'ils sont autorisés à sortir de leur unité.

Les allumettes et les briquets ne sont pas laissés aux patients hospitalisés en unité fermée pour des raisons de sécurité ; des allumes-cigarettes électroniques sont disponibles dans les patios.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT AISEES MAIS LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST INSUFFISAMMENT RESPECTEE

5.3.1 Le téléphone et le courrier

Le livret d'accueil informe sur les conditions d'utilisation du téléphone, du matériel informatique et de la télévision en posant le principe de la libre disposition sauf décision médicale contraire, alors expliquée au patient et régulièrement réévaluée. En unité fermée, les patients sont invités à remettre leur téléphone en soirée pour recharger la batterie durant la nuit. Au jour des visites, seuls deux patients de l'unité fermée à Vichy Est n'étaient pas autorisés à garder leur téléphone portable. Dans cette hypothèse ou dans celle, devenue rare, d'un patient dépourvu de smartphone, l'utilisation du téléphone du service est possible sans garantie de complète confidentialité.

Chaque unité dispose d'un poste de télévision dans une salle collective. En revanche, les patients ont l'interdiction d'en posséder un dans leur chambre.

Les ordinateurs portables ou les tablettes avec accès 3G ou 4G sont soumis à autorisation, mais les patients qui en détiennent ne sont pas nombreux (quatre pendant le temps de contrôle).

Le courrier est distribué aux patients sans être contrôlé ; quand un patient souhaite envoyer un courrier, l'établissement lui fournit le matériel nécessaire et se charge de l'expédition gratuitement. Les adresses des autorités telles la commission départementale des soins psychiatrique, les chefs de juridiction ou le CGLPL ne sont pas affichées dans les pavillons.

5.3.2 Les visites

L'horaire des visites mentionné dans le livret d'accueil, 14h- 18h30, est en réalité appliqué avec souplesse ; les visiteurs peuvent ainsi se présenter dès 13h30 et jusque 19h, parfois même plus tard en été. Les visites des enfants en deçà de l'âge de 15 ans requièrent une autorisation

médicale. Dans la mesure du possible, et parce que les pavillons ne disposent pas de salon réservé à cette fin, les visites se déroulent dans les espaces extérieurs ou dans la chambre du patient, à défaut dans le hall d'entrée et les parties communes. Les familles ont la possibilité d'apporter des friandises et des denrées non périssables mais en aucun cas des produits frais. Au jour de la visite des contrôleurs, deux patients en soins sans consentement étaient interdits de visites.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Elargissement des horaires de visite depuis la venue des contrôleurs : les visites sont possibles de 13h00 à 20h00. Ces horaires peuvent être adaptés si besoin aux demandes des proches notamment dans le cadre des SSC* ».

5.3.3 La confidentialité quant à l'hospitalisation

Le personnel soignant est ignorant de l'existence de la procédure d'hospitalisation sous anonymat ; il en est de même des patients qui ne sont pas informés de ce droit, certains ayant d'ailleurs dit aux contrôleurs le regretter. Certes les soignants ont précisé être attentifs aux informations données téléphoniquement, après avoir eu l'accord du patient. Pourtant un contrôleur, ayant composé le numéro du standard de l'hôpital, demanda à être mis en relation avec une patiente dénommée hospitalisée en unité fermée. En contact avec un personnel soignant de l'unité de prise en charge il lui fut alors donné, sans toutefois les détailler, des nouvelles très rassurantes concernant l'évolution de l'état de santé de l'intéressée « sans doute proche de la sortie ».

RECOMMANDATION 10

Il doit être mis en place une procédure de vigilance pour garantir l'anonymat des personnes désireuses de la confidentialité de leur hospitalisation, de former les soignants, d'avertir les patients de ce droit et de s'assurer qu'il est respecté.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Le livret d'accueil remis systématiquement au patient a été modifié pour intégrer cet élément. Un travail de sensibilisation des agents a été fait par les cadres des différentes unités concernées* ». Le nouveau livret d'accueil est joint au courrier de la direction.

5.4 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION COLLECTIVE

Cette thématique ne constitue pas un tabou mais est abordée essentiellement sous l'angle de la protection des personnes vulnérables. Les soignants ont précisé avoir pour objectif une prise en charge facilitant une sortie rapide de l'unité et la sexualité ne leur apparaît pas comme un thème prioritaire ni essentiel. Le sujet n'est pas évoqué lors de l'entretien d'admission avec le psychiatre et il n'existe pas d'informations systématiques sur les maladies sexuellement transmissibles ni sur la contraception. Les préservatifs ne sont pas disponibles dans les unités mais peuvent toutefois être obtenus sur demande.

La contraception féminine est gérée par le médecin somaticien. Il faut rappeler que les visites de la famille sont autorisées dans les chambres et que les soignants disent respecter alors l'intimité des occupants.

RECOMMANDATION 11

L'établissement doit développer une réflexion institutionnelle relative à la sexualité des patients et assurer la formation du personnel à ce sujet. Un espace de dialogue devrait également être utilement mis en place à cet égard entre le personnel soignant et les patients.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *L'espace Ethique du CHV a été destinataire du rapport provisoire du CGLPL. Il a été convenu qu'un groupe de travail sera organisé en son sein. Pour conduire sa réflexion, il s'appuiera sur le rapport thématique « l'intimité au risque de la privation de liberté » publié en juillet 2022, rapport qui n'était pas paru au moment de la visite du CGLPL. Ce groupe de travail aura pour mission de questionner les pratiques et la place de la sexualité chez les patients suivis en psychiatrie et plus globalement au sein de l'établissement ».*

5.5 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST FORMALISE

Ce droit n'est pas mentionné dans le livret d'accueil. Pourtant en vue des élections présidentielles puis législatives de 2022, le bureau des admissions, dans une note du 14 mars 2022, a explicité la procédure de vote par procuration dont le recueil est à la charge d'un agent du commissariat de Vichy qui se déplace à l'hôpital. Les patients en soins libres, s'ils en ont la possibilité, votent au bureau de leur inscription électorale tandis que les patients en soins sans consentement doivent solliciter une autorisation de sortie. Au dernier jour de la visite des contrôleurs, soit le 8 avril 2022, une seule demande de procuration avait été rédigée et sept patients avaient manifesté l'intention de sortir pour exercer leur droit.

5.6 L'ACCES AU CULTE EST POSSIBLE MAIS PEU DEMANDE

Le nom, le numéro de téléphone et l'adresse électronique des quatre aumôniers intervenant à l'hôpital et représentant les religions monothéistes (catholique, protestante, musulmane et judaïque) sont indiqués dans le livret d'accueil. Conformément aux dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique ce droit est d'ailleurs notifié aux patients en soins sans consentement en même temps que la décision d'admission.

Dans chaque unité un affichage rappelle la possibilité de rencontrer les représentants des aumôneries. Depuis la crise sanitaire leur passage dans les unités ne se fait plus à fréquence régulière mais à la demande des patients et les célébrations religieuses ont été interrompues sans précision de la date de reprise.

Il est apparu que les patients étaient très peu demandeurs quant à l'exercice de ce droit et les contrôleurs n'ont pas entendu de doléances exprimant la moindre difficulté d'accès au culte.

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

6.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE DISPOSE D'UNE UNIQUE CHAMBRE D'ISOLEMENT ET DEVELOPPE DES ESPACES D'APAISEMENT AFIN DE LIMITER LE RECOURS AUX MESURES D'ISOLEMENT

Jusqu'à la fin de l'année 2021, le pôle de psychiatrie ne disposait pas de chambre d'isolement. Une chambre d'isolement et un salon d'apaisement ont été ouverts en novembre 2021 au sein de l'unité Vichy Est.

La chambre d'isolement, située dans l'USI, est attenante au bureau infirmier, elle est équipée de façon adaptée et complète. Elle comporte deux accès précédés d'un sas, un interphone, un espace extérieur sécurisé permettant de fumer, une horloge numérique située dans le sas permettant un repère temporel, des enceintes encastrées sécurisées pour diffuser de la musique, une télévision, un lit de type Cumbria, un WC en inox surmonté d'un lavabo et une douche. Les patients ont accès à un bouton d'appel y compris lors des phases de contention.

Il est regrettable que l'espace sanitaire ne soit pas isolé du reste de la chambre.



La chambre d'isolement

Dans les deux autres bâtiments d'hospitalisation, les isolements sont réalisés en chambre hôtelière dans le secteur fermé de l'unité. La chambre d'isolement de Vichy Est peut néanmoins être parfois utilisée pour les patients de l'unité Vichy Ouest.

Le salon d'apaisement, accessible depuis le secteur ouvert et disposant d'un accès vers la chambre d'isolement, a été pensé en équipe pluridisciplinaire afin de prévenir et prendre en charge les moments de tensions et de violence potentielle des patients dans un souci de réduire le recours aux mesures d'isolement et de contention.

Il est équipé d'une banquette, d'un fauteuil, d'une table de massage et de divers objets permettant de lutter contre le stress (diffuseur d'huiles essentielles, aquarium etc.). L'intensité et la couleur de la lumière sont modulables.



Salon d'apaisement

Un salon d'apaisement identique devait être installé à Vichy Ouest dans le courant de l'année 2022 et, à plus long terme, à l'UPSA (cf. § 4.1).

6.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET CONTENTION FONT L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIERE

6.2.1 La politique menée

L'établissement aborde la problématique du recours à l'isolement et à la contention, comme d'ailleurs celle des droits fondamentaux des patients, dans son projet d'établissement à travers le projet de création d'espaces d'apaisement et d'une chambre d'isolement par service.

C'est surtout lors des commissions médicales d'établissement (CME) et à chaque trimestre que sont présentés des rapports très complets sur la pratique de l'isolement et de la contention, les formations suivies et les évolutions organisationnelles souhaitables.

BONNE PRATIQUE 2

Les rapports trimestriels et annuels présentés aux instances sur les pratiques d'isolement et de contention listent l'ensemble des formations et actions menées ou en projet.

Ces rapports réguliers montrent une diminution significative de la pratique d'isolement depuis 2018, le taux de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement passant, par exemple, de 47,6% dans l'unité la plus élevée en 2018 à 13,3% en 2022. Quelques erreurs ont été relevées dans la quantification du nombre de patients ayant eu au moins une mesure d'isolement en 2021 mais au « détriment » du CH puisqu'il est mentionné 49 patients à l'unité Vichy Ouest au lieu de 27, des patients étant comptés plusieurs fois lorsque faisant l'objet de mesures sur différents trimestres.

Enfin, un état des lieux sur la contention a été organisé en 2017-2018 par l'espace éthique dans l'ensemble des services de l'hôpital à l'aide notamment d'un questionnaire.

6.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins valident l'onglet isolement/contention du logiciel *Orbis* au sein duquel sont horodatées les différentes décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soient le mode légal d'hospitalisation, les heures des décisions, l'indication de l'isolement, les alternatives conduites, les objectifs attendus, la surveillance, la signature du médecin. Les services de psychiatrie devaient changer de logiciel en juin 2022 au profit d'*Easily*.

Trois protocoles sont à disposition des soignants sur le logiciel *Qualios* : décision et surveillance d'une mesure d'isolement pour patient relevant de soins psychiatriques, décision et surveillance d'une mesure de contention mécanique pour un patient relevant de soins psychiatriques, et gestion de désescalade et de la violence (intégrant modalité d'utilisation de l'espace apaisement). L'isolement est malheureusement encore qualifié parfois dans ces documents de « thérapeutique ». Une procédure a été récemment actualisée, relative à la saisine systématique du JLD dans la cadre des mesures d'isolement et de contention (cf. § 7.3).

De nombreuses formations internes sont dispensées dans un souci d'appropriation médicale et paramédicale des droits et libertés des patients. On note ainsi le dispositif « culture psy » qui consiste en une formation mensuelle d'une heure trente proposée par les psychiatres aux professionnels du pôle sur divers thèmes comme par exemple, en 2021, la crise suicidaire ou encore « objectif zéro contention » (cf. § 2.3.2).

Une semaine thématique « contention et isolement » a été organisée également du 15 au 19 novembre 2021 pour tous les services du CH afin de les sensibiliser sur les bonnes pratiques. Ainsi des visites en binôme psychiatre/cadre de santé ont eu lieu aux urgences, en cardiologie, en réanimation, en pneumologie, neurologie, rhumatologie. Des supports et fiches mémo ont été distribués et des ateliers « contention cinq points » animés.

Une EPP « contention aux urgences » a été réalisée en 2021, se basant sur un questionnaire testant les connaissances théoriques des soignants sur la contention, et sur l'observation de la pratique de contention dans le service des urgences, sa surveillance, sa levée et sa finalité.

Enfin, l'établissement a participé en 2021 au comité de pilotage « socle Care Auvergne Rhône Alpes » afin d'améliorer les pratiques et favoriser la transmission de savoirs en psychiatrie.

La direction de l'établissement ajoute dans ses observations : « Concernant les pratiques d'isolement et de contention, 15 agents ont pu bénéficier d'une formation au Soclecare du 10 au 12 octobre 2022. Un second groupe de 15 agents doit être formé sur site du 3 au 5 avril 2023. Ces formations ont fait l'objet d'un financement par l'ARS. Des crédits complémentaires ont été demandés afin de former un nouveau groupe de 15 personnes ».

Les procédures de décision sont respectées et un médecin est toujours présent lors des placements en chambre d'isolement. La surveillance est assurée par les médecins avec deux visites physiques par vingt-quatre heures. La surveillance par les soignants est effective, toutes les heures, et les relevés de constantes sont tracés.

6.2.3 Les conditions de prise en charge

Dans la pratique, les alternatives à l'isolement sont toujours recherchées et tracées dans le dossier médical. La chambre d'isolement n'est jamais utilisée en chambre hospitalière et la

chambre du patient est toujours conservée. Le salon d'apaisement est utilisé en première intention et devra faire l'objet d'une analyse rétrospective permettant d'en analyser les avantages pour les patients.

Le patient peut fumer dans un petit patio attenant à la CI et directement accessible depuis la chambre, avec un soignant. Seule la contention cinq points est utilisée. Le port du pyjama n'est pas systématique. Le repas est pris dans la chambre sur un adaptable en présence des soignants. Le patient peut avoir accès à des livres, à la radio ou à la télévision s'il le souhaite.

Le médecin somaticien vient examiner les personnes en isolement à l'UPSA ; dans les deux autres unités, cette visite est plus aléatoire au regard de l'absence actuelle du médecin ; celui de l'UPSA y vient cependant à la demande des psychiatres.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, sortie extérieure, tabac) durant quelques heures avant la sortie définitive.

Les personnes enfermées, en chambre hôtelière ou d'isolement, sont signalées en temps réel au service de sécurité incendie de l'établissement.

Le matériel de contention comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles, par un système à aimants. Dans l'unité, un référent « contention », est chargé de vérifier régulièrement le matériel et d'expliquer son utilisation aux nouveaux arrivants.

Il n'y avait aucun patient en isolement et aucune contention au moment du contrôle.

6.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST REGLEMENTAIREMENT TENU

Les cadres des unités procèdent à l'extraction, depuis le logiciel *Orbis*, des données permettant la réalisation d'un registre sur un tableur Excel. Celui-ci, s'il est exhaustif vis-à-vis du nombre de mesures et comprend toutes les données exigées par la réglementation, ne permet pas facilement une exploitation chiffrée de la pratique et devra être amélioré.

Les contrôleurs ont cependant pu en dégager les données suivantes, concernant l'année 2021.

Unité Vichy Ouest :

Sur une file active de 193 patients présents et entrés dans le service, 16 patients (8,3%) ont eu un isolement lors de 40 mesures (deux patients comptent 20 mesures à eux seul).

Les durées d'isolement varient de trois heures à deux mois ; toutefois, exception faite de trois patients totalisant chacun deux mois, 24 jours et 56 heures, tous les autres placements en isolement ont des durées inférieures à 18 heures.

Sur ces 16 patients isolés, sept (3,6% de la file active) ont eu des contentions lors de sept mesures, de 4 à 18 heures (moyenne de 11h30).

Unité Vichy Est :

Sur une file active de 187 patients présents et entrés dans le service, 27 patients (14,4%) ont eu un isolement lors de 46 mesures ; un patient souffrant d'autisme totalise seul 9 mesures. Trois patients (dont le précédent) présentent des durées de 134, 76 et 70 heures ; toutes les autres mesures ont des durées inférieures à 48 heures.

Sur ces 27 patients, 10 ont eu des contentions (5,3% de la file active) lors de 20 mesures d'une durée allant de 3 à 76 heures ; le patient souffrant d'autisme totalise 9 mesures de 1 à 76 heures. Pour les 9 autres patients, les durées s'échelonnent de 3 à 18 heures (moyenne de 6 heures). 3 des patients étaient mineurs dont un ayant eu une contention associée de 3 heures.

Unité de psychiatrie du sujet âgé :

Sur une file active de 112 patients présents et entrés dans le service, 1 patient (0,9%) a eu un isolement associé à une contention lors d'une mesure de 50 heures.

L'ensemble de ces chiffres montre des pratiques d'isolement et contention limitées (les moyennes nationales des établissements contrôlés étant actuellement de 22% pour l'isolement et 5% pour la contention, de la file active), et des durées d'isolement plus courtes que la moyenne observée dans les établissements de santé contrôlés par le CGLPL qui est de 5 jours.

Par ailleurs la pratique est régulièrement analysée de manière informelle chaque trimestre par les soignants et un rapport complet est présenté à la CME.

6.4 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS N'EST PAS TOUJOURS RECHERCHE

La recherche du consentement est perfectible, tout d'abord dans l'explication des certificats médicaux lors de leur rédaction et dans le recueil des observations du patient qui sont parfois inscrites dans les dossiers médicaux mais jamais consignées dans les certificats. Pour rappel, ces certificats médicaux ne sont pas remis au moment de la notification des décisions (cf. § 3.3.2).

La recherche du consentement bénéficie, le cas échéant, de l'aide de la personne de confiance qui est toujours proposée lors de l'admission ou dès que l'état clinique du patient le permet et expliquée dans le livret d'accueil. Cette personne n'est cependant désignée que dans la moitié des cas. La personne de confiance est contactée pour recueillir son acceptation.

Par ailleurs, l'établissement n'a pas mis en place les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise (ou plan de prévention des crises). Les seules directives anticipées citées dans le livret d'accueil concernent la fin de vie. Ces directives sont d'autant plus importantes à recueillir que l'information des tiers lors des phases d'isolement est conditionnée à la volonté du patient qui doit être recueillie avant la phase de crise et reformulée lors de celle-ci.

RECOMMANDATION 12

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « Une procédure de gestion de la désescalade et de la violence ainsi qu'un logigramme ont été élaborés fin 2021. Ils figurent dans les documents accessibles à tous via le logiciel documentaire de la Qualité (Qualios). Il convient désormais de travailler à une meilleure appropriation de ces supports en équipe ». Les documents sont joints au courrier.

Concernant le consentement aux traitements, quelques prescriptions de traitement injectable en « si besoin » sont établies au sein d'une des deux unités d'admission, alors même que le « droit au respect de la dignité et au consentement aux soins » est rappelé dans le livret d'accueil.

RECOMMANDATION 13

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « Dès la fin de la visite du CGLPL, la mise en œuvre de prescriptions injections « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, a été proscrite. Les médecins ont été informés et les documents institutionnels mis en conformité en ce sens. Les psychiatres procèdent désormais comme il leur avait été conseillé pour la nuit à une transmission de médecin à médecin en cas de risque de majoration du traitement pendant la nuit. La pratique demeure à titre marginale, la prise du traitement per os étant toujours privilégié ».

Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue de manière individualisée grâce à un chariot mobile à proximité du réfectoire, parfois dans la salle de soins porte fermée ou dans la chambre du patient.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques et ne réalisent pas de séances de conciliation médicamenteuse (cf. § 8.1).

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EXERCE PLUS SA MISSION DE CONTROLE DEPUIS 2019 ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS NE VISITENT PAS LES UNITES DE PSYCHIATRIE

L'ARS de la région Auvergne-Rhône-Alpes a mis en œuvre une organisation du service de soins psychiatriques sans consentement selon laquelle la gestion de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de l'Allier est assurée par un agent référent, localisé à la délégation départementale du Puy-de-Dôme, qui assure le suivi des soins sans consentement pour les départements de l'Allier et de la Haute-Loire.

Aucun rapport d'activité de la CDSP n'a été rédigé depuis 2018. Le dernier arrêté de composition, en date du 24 septembre 2019, n'a jamais été effectif, le médecin généraliste y figurant refusant de répondre aux convocations de l'ARS. Ainsi depuis plus de quatre ans, le pôle de psychiatrie de l'hôpital de Vichy n'a pas été visité par la CDSP. Il n'a pas été possible aux contrôleurs de connaître la date de sa dernière venue.

Les soignants, et même certains médecins, tout comme les patients sont dans l'ignorance totale de l'existence de cet organe. Selon les renseignements obtenus par l'ARS, ce dysfonctionnement résulte de l'impossibilité à trouver un médecin généraliste et un psychiatre qui acceptent de s'y investir. Il a toutefois été ajouté que l'autorité préfectorale, qui se doit de renouveler au mois de septembre 2022 l'arrêté de la composition de la CDSP, allait mettre en œuvre les moyens nécessaires pour rechercher les personnes en capacité d'accepter d'exercer leurs fonctions telles que dévolues par la loi.

RECOMMANDATION 14

Le représentant de l'Etat dans le département de l'Allier doit procéder au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres soient aptes à exercer leur mission et en acceptent toutes les obligations. La CDSP de l'Allier doit sans délai être mise en état de fonctionnement pour ainsi reprendre de façon pérenne ses visites biannuelles du pôle de psychiatrie.

Concernant les représentants des usagers, les contrôleurs ont pu constater leur participation active aux différentes instances de l'établissement, notamment à la commission des usagers, au conseil de surveillance et au comité de bientraitance. Ces représentants ont indiqué n'être destinataires que de peu de réclamations concernant le secteur psychiatrique (une seule en 2021).

Ils ont précisé être prêts à mettre en œuvre un projet de visites régulières dans les unités de psychiatrie.

7.2 LES REGISTRES DE LA LOI SONT GLOBALEMENT BIEN TENUS

Le registre ou livre de la loi – un registre unique pour les différents types de mesure SPDRE et SDDE – est tenu par les agents du bureau des entrées de l'hôpital sur un modèle normalisé. Le dernier registre ouvert a été visé sans observation par le vice-procureur et la présidente du TJ de Cusset 1^{er} décembre 2021, à l'exclusion de toute autre autorité.

Ce registre est globalement convenablement renseigné au regard des exigences fixées par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique. Néanmoins, la mention de la date de délivrance des informations exigées aux a et b de cet article n'y apparaît pas et les certificats médicaux circonstanciés adressés au JLD avant l'audience ne sont pas reproduits. De plus, les mesures de protection juridique ne sont pas toujours renseignées ce qui peut être lié à un défaut d'information du bureau des entrées sur leur existence, surtout lorsqu'elles interviennent pendant l'hospitalisation.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Concernant le registre de la Loi tenu au bureau des entrées, des améliorations ont été apportées pendant la visite du contrôleur du CGLPL : le document de notification des droits est collé dans le registre (seul document non collé avant la visite)* ».

7.3 LE CONTROLE DU JLD EST EFFECTIF

Un vice-président du tribunal judiciaire de Cusset assure, depuis le mois de septembre 2020, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) organisées au sein de l'établissement. Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 7 avril 2022.

7.3.1 Le contrôle de la légalité des mesures d'hospitalisation

Les locaux affectés au JLD sur l'emprise du CH, convenablement indiqués, sont situés au premier étage d'un bâtiment de consultation médicale. Ils comptent une salle d'audience, un local permettant l'entretien individuel avec l'avocat et un espace d'attente.

Jusqu'à la fin de l'année 2021, deux audiences hebdomadaires étaient organisées au CH ; les charges annexes du JLD statutaire ainsi que les vacances de postes au sein du TJ ont contraint la juridiction à ne plus organiser qu'une seule audience par semaine, le jeudi. Dès lors – et afin de respecter les délais légaux – les patients hospitalisés du mercredi au dimanche matin sont convoqués à l'audience le jeudi suivant leur entrée au CH, à une date très proche de l'admission (surtout pour ceux hospitalisés le week-end). Des certificats médicaux circonstanciés sont parfois rédigés le même jour que le certificat médical des 72h. La comparution de certains patients devant le JLD dans un délai très proche de la fin de la période d'observation, outre qu'elle contraint fortement les délais pour le CH, prive le contrôle du JLD d'une part de son intérêt.

Dans ses observations au rapport provisoire, la présidente du TJ indique : « *Comme évoqué dans le rapport, l'organisation interne du tribunal a nécessité de passer de deux audiences à une audience par semaine, pour libérer du temps de magistrat et de greffe, étant rappelé que le service du JLD civil ne représente que 0,18 équivalent temps plein pour le JLD statutaire, en charge aussi du JLD pénal mais également président de la chambre civile du tribunal judiciaire* ».

Un noyau d'avocats désignés sur la base du volontariat, formés et en nombre suffisant, assure la permanence pour ces audiences.

Les décisions du JLD sont particulièrement bien motivées ; le contrôle du maintien de l'hospitalisation est effectif. Les décisions de mainlevées d'hospitalisations – 16 pour 138 ordonnances rendues en 2021 – sont parfois motivées par la faiblesse du contenu de certains

certificats médicaux qui ne caractérisent pas suffisamment la nécessité de soins contraints. Néanmoins, selon les informations recueillies, les certificats médicaux sont désormais mieux étayés. Plusieurs mainlevées sont motivées par l'absence de nécessité de la mesure de SSC au regard de l'évolution de l'état de santé du patient au moment de l'audience.

En revanche, les décisions ne sont pas annoncées par le juge au patient, à l'issue de l'audience, même en l'absence de moyen soulevé par la défense. Un temps de rédaction important, l'organisation de l'accompagnement des patients de leur unité à la salle d'audience et des problèmes d'imprimante sont avancés pour justifier cette pratique. La notification des ordonnances repose sur l'équipe soignante qui peut se trouver en difficulté pour expliquer au patient la position du JLD.

RECOMMANDATION 15

Les décisions du JLD devraient être annoncées et explicitées par le juge au patient à l'issue de l'audience, même si elles sont rédigées et notifiées ultérieurement.

Dans sa réponse, la présidente du TJ indique : « *Je ne peux que contester la recommandation n°15 qui amènerait à dicter au juge des libertés et de la détention la manière dont il entend rendre la décision. La pratique adoptée, visant systématiquement à mettre en délibéré, pour rédiger au tribunal avant de rendre la décision à 15 heures au plus tard (horaire convenu avec l'hôpital) n'a pas à être commentée, à mon sens, par le CGLPL, alors même qu'il est relevé dans le même temps, la qualité des décisions rendues, particulièrement bien motivées. (...) De par les échanges avec le personnel soignant, les cadres de santé et la direction, nous savons que nos décisions seront relues aux patients et que celles-ci serviront de base pour la poursuite des soins, raisons pour lesquelles ces décisions ne doivent pas être rédigées dans la précipitation. Par ailleurs, il est évident que si le juge des libertés rendait la décision à l'audience, il ne ferait pas autre chose que lire sa motivation* ».

7.3.2 Le contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention

Le tribunal judiciaire et le centre hospitalier ont activement collaboré à l'élaboration d'une procédure d'information et de saisine du JLD en matière d'isolement et de contention conformément aux dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique. Des formulaires ad hoc ont été rédigés par le CH.

Sur ce point, la présidente du TJ précise : « *L'extrême sensibilité de ce contentieux conduit à des échanges réguliers entre les magistrats, le greffe, l'hôpital (direction-soignants-cadre de santé) et les avocats intervenants, par une réunion a minima annuelle au tribunal et des visites sur site. La mise en place du contrôle des mesures d'isolement et de contention a donné lieu à des échanges nourris et à l'élaboration d'un circuit d'information validé par l'ensemble des participants* ».

Au moment de la visite, les magistrats n'avaient pas encore été saisis aux fins de mainlevée de ce type de mesures et, selon les informations fournies, ne s'étaient pas, faute de ressources humaines suffisantes, saisis d'office après information par le médecin du renouvellement de ces mesures.

8. LES SOINS

8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES ET LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE SONT INSUFFISAMMENT DEVELOPPEES

8.1.1 Les pratiques psychiatriques

a) Le projet

Le projet d'établissement 2019 – 2023 indique plusieurs objectifs :

- les objectifs atteints : développer les liens avec le secteur médico-social afin d'assurer les relais en sortie d'hospitalisation, travailler sur les filières à partir de l'accueil aux urgences ;
- les objectifs en cours : améliorer la pertinence des soins en psychiatrie, assurer la prise en charge des soins somatiques en psychiatrie et la coopération inter hôpitaux pour les patients difficiles ;
- et les objectifs non atteints : développer l'accueil familial thérapeutique (AFT) en ville, étudier le principe de création d'une unité de deux lits portes psychiatriques de crise adossés aux urgences, et la coopération en matière de développement de programmes d'éducation thérapeutique avec le CH de Thiers.

Le projet indique aussi la mise en place d'un contrat local de santé mentale, le regroupement de certaines structures ambulatoires et l'amélioration des liaisons urgences – psychiatrie avec un examen systématique somatique, une réflexion sur la contention et un travail sur les articulations entre psychiatrie et gériatrie.

Concernant les trois services de psychiatrie adulte, il n'y pas de projet de service médico-soignant permettant de conceptualiser et stabiliser le fonctionnement des services et l'organisation des soins, ni projet de pôle. Pour autant, le pôle de psychiatrie a établi un « *cahier d'accueil médecin psychiatre* » dans lequel sont détaillés l'ensemble du fonctionnement médical des trois services et ce qui est attendu de tous les médecins y œuvrant. Ces éléments pourraient intégrer de manière opérationnel le projet médico-soignant. On y trouve par exemple les règles à respecter en matière de soins sans consentement, d'isolement et contention, la règle d'une consultation par jour en secteur fermé et deux par semaine en secteur ouvert.

b) La prise en charge

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et un médecin est toujours présent dans les services de psychiatrie adulte. La présence des psychiatres dans chaque service est précisée matin et après-midi dans un grand tableau nominatif par semaine, fourni aux soignants.

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers et fréquents avec un médecin psychiatre : deux fois par semaine en unité ouverte et tous les jours en unité fermée. Les consultations de psychiatre s'effectuent en présence d'un infirmier.

Des réunions cliniques et de synthèse ont lieu très régulièrement dans les trois unités et associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, psychologues, infirmiers. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient d'un temps dédié. Des réunions associent régulièrement les équipes intra et extrahospitalières pour préparer les sorties des patients. Le médecin généraliste participe aux réunions cliniques et au suivi du projet de soin au sein de l'UPSA mais pas dans les deux unités Vichy Est et Ouest.

De nombreuses réunions de pôle régulières et à différents périmètres (médicales, médico-soignantes, etc.) permettent d'évoquer les difficultés de prise en charge ou échanger autour de certaines pratiques.

Les projets de soins individualisés sont discutés lors de réunions collégiales et proposés aux patients. Ils ne sont pas toujours formalisés par écrit et jamais présentés formellement au patient ni signé par lui.

Les patients bénéficient dans toutes les unités d'entretiens infirmiers mais qui ne sont pas forcément tracés dans le dossier du patient.

Des réunions soignants-soignés ne se tiennent que dans l'unité Vichy Est, à raison de trois fois par mois. Appelée « café-parole », cette réunion n'a pas d'ordre du jour préétabli mais il peut y avoir des réunions thématiques à la demande. Un compte rendu de ces réunions est rédigé dans un cahier de liaison rangé dans le bureau infirmier et consultable par les patients.

Les familles et proches de la personne hospitalisée sont associés aux soins et peuvent assister aux consultations. Le concept de médiateur pair n'est pas développé.

Le principe d'infirmiers référents n'est pas utilisé dans tous les services et il n'est mis en place que pour des patients particuliers.

8.1.2 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Cinq patients (un patient à l'UPSA, trois à VO, un à VE) sont hospitalisés au moment du contrôle alors même que leurs besoins de santé relèvent soit d'une structure médico-sociale, indisponible, soit d'une prise en charge inexistante ailleurs. Par exemple, un patient, souvent placé en isolement, souffre d'une psychose infantile avec agitation psychomotrice et relèverait d'une autre structure type maison d'accueil spécialisée (MAS) mais son état clinique ne le permet pas encore. Aucune demande d'un temps d'éducateur spécialisé n'a été faite auprès de l'agence régionale de santé.

8.1.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les services disposent de plusieurs espaces permettant des activités occupationnelles ou thérapeutiques. En dehors des salons de télévision, les services comportent baby-foot, ping-pong, jeux de société, bibliothèque. Le matériel est en état de fonctionnement et utilisé spontanément par les patients ; l'offre est cependant plus pauvre à l'unité Vichy Ouest (le service ne dispose pas vraiment d'une bibliothèque).

Des activités diversifiées sont proposées dans les unités pour les patients quel que soit leur statut (soins libres ou sans consentement) : hortithérapie, art plastique, musique et chant, soins esthétiques et coiffure, photolangage, art-thérapie, cuisine thérapeutique, toucher relationnel ou toucher massage, bains relaxants, groupes de paroles. Une fois par semaine, des activités physiques et sportives sont proposées aux patients des trois unités. Néanmoins, elles sont

beaucoup plus diversifiées dans l'unité Vichy Est, où les salles sont décorées de manière à les rendre attractives et conviviales, que dans l'unité Vichy Ouest. Dans cette dernière unité, plusieurs patients ont fait part de leur ennui et ont regretté le peu d'activités proposées.



Salle d'art thérapie Vichy Est



Salle à manger, salon tv et salle d'activité de l'USI (Vichy Est). Les tables de repas sont regroupées pour faire table de ping-pong

Surtout, les activités ne sont pas intégrées dans l'organisation de façon formelle. En effet, en l'absence de thérapeutes, leur mise en place effective dépend de la présence et de la disponibilité des IDE référents (et formés) qui s'en occupent. Ainsi, à l'exception de l'activité physique adaptée qui a lieu tous les jeudis dans un gymnase de la ville avec deux IDE du pôle, les activités ne sont pas planifiées hebdomadairement et régulièrement et ont plutôt lieu une à deux fois par mois. Cette organisation a été défendue comme permettant une souplesse, les cadres essayant par ailleurs d'affecter les mêmes jours les deux IDE de journée formés aux mêmes activités afin qu'elles puissent avoir lieu. En pratique, elle empêche les patients de s'inscrire et de s'investir durablement dans une activité d'autant qu'ils sont prévenus quelques jours avant seulement de l'organisation de l'activité.

RECOMMANDATION 16

Des activités thérapeutiques diversifiées doivent être organisées de façon pérenne et régulière.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « Une demande de financement d'un temps d'ergothérapeute (1 ETP) a été portée auprès de l'ARS. Cet ergothérapeute serait affecté sur l'USI de Vichy Ouest et de Vichy Est. Objectif : développer des activités manuelles comme outil de désescalade et permettant au patient de déplacer l'objet d'angoisse sur un support neutre. Coût prévisionnel annuel : 54 000 € »

Des « journées thérapeutiques » sont régulièrement organisées à l'extérieur : visites, promenades. Depuis les restrictions sanitaires, il n'y a plus de séjour thérapeutique.

Les infirmiers ou soignants effectuant des actes de thérapeutes ne renseignent pas les dossiers médicaux des patients mais évoquent leurs observations lors des réunions cliniques et transmissions.

Enfin, un repas thérapeutique est assuré midi et soir, par quatre soignants dans chaque service (ouvert et fermé).

Les unités du pôle disposent d'un budget annuel allant de 500 à 650 euros octroyés par le CH. Cet argent permet par exemple l'abonnement au journal la montagne à l'UPSA. Par ailleurs, une subvention est versée à chaque unité par l'association Acacia (100 à 250 euros par an). Ce budget activités est considéré comme suffisant pour acheter du matériel de peinture, de bricolage, des produits esthétiques et des denrées alimentaires pour l'atelier cuisine.

8.1.4 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. 6 ETP de pharmacien et un interne de pharmacie assurent leur mission sur l'ensemble de l'établissement. Le 6^{ème} PH a été recruté sur des missions de pharmacie clinique pour effectuer davantage d'analyse pharmaceutique de niveau 2 et développer la conciliation médicamenteuse, mais son initiation n'a pas encore concerné la psychiatrie.

Au moment du contrôle, les pharmaciens ne peuvent pas procéder à la validation pharmaceutique de 100% des prescriptions. Seules 50% des prescriptions sont analysées concernant les médicaments priorités et font l'objet d'une validation pharmaceutique ; les psychotropes n'en font pas partie. Le pourcentage des propositions d'optimisation thérapeutique acceptées par les prescripteurs contactés ne peut donc pas être connu.

Les pharmaciens ne participent jamais aux réunions cliniques en psychiatrie.

Il y a une astreinte des pharmaciens de nuit et le WE.

RECOMMANDATION 17

Toutes les prescriptions de psychotropes doivent faire l'objet d'une validation par un pharmacien. La conciliation médicamenteuse doit être proposée en psychiatrie.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « Il est pris bonne note de la recommandation n°17 de votre rapport concernant le déploiement d'activité de pharmacie clinique en secteur psychiatrique. Le CH Vichy a déployé un nouveau logiciel Dossier Patient Informatisé (DPI) - EASILY® intégrant un Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) certifié. La prescription informatisée dans ce logiciel a été déployée en unités de psychiatrie, comme sur l'ensemble de l'établissement, en début d'année 2022. Cette prescription informatisée permet un accès aux pharmaciens de l'établissement à l'ensemble des prescriptions réalisées sur le CH Vichy pour validation pharmaceutique. Si l'objectif ultime est bien d'approcher les 100% de validations pharmaceutiques sur l'établissement, le volume et la diversité des activités médicales avec chacune leurs spécificités, contraignent à prioriser ces validations en ciblant les médicaments et les patients les plus à risques dans un premier temps, puis d'étendre la validation aux autres séjours dans la mesure du possible. En ce sens, une liste de médicaments à risque a été validée en COMEDIMS, incluant certains psychotropes (mais pas tous) mais également des produits de chimiothérapie, des électrolytes concentrés, des immunosuppresseurs, ... assurant un suivi nominatif et une validation pharmaceutique systématique avant dispensation ».

Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) s'est réunie plusieurs fois en 2021. Un psychiatre en est membre et y participe effectivement. Peu de sujets de psychiatrie y ont été évoqués dernièrement.

Les médicaments sont fournis aux services hospitaliers en dotation globale (non individuelle). Les piluliers sont préparés par l'équipe de nuit.

8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES

Les soins somatiques sont dispensés au sein des trois unités d'hospitalisation complète par deux médecins généralistes (pour 1,1ETP) ; un des médecins est présent tous les matins à l'UPSA et l'autre dans les deux unités Vichy Ouest et Est. Les médecins du service des urgences assurent la permanence de nuit et de week-end.

La prise en charge somatique est réalisée par des visites dans les services. Outre une consultation systématique de toutes les admissions, le médecin généraliste répond à toutes les demandes des soignants et vient examiner les patients admis en chambre d'isolement.

Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès des gynécologues du CH. Il ne participe à la réunion clinique que dans le service UPSA, le temps médical étant moindre dans les deux autres unités. Il n'y a pas d'action d'éducation à la santé formalisée.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés dispensés au sein du CH. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée sauf un certain délai pour les rendez-vous d'endocrinologie. Cependant, un infirmier de psychiatrie doit toujours rester présent avec le patient hospitalisé dans un autre service y compris la nuit, sans individualisation de la mesure.

8.3 LES SORTIES DE COURTE DUREE, FACILEMENT ACCORDEES, ONT POUR OBJECTIF LA PREPARATION DE LA LEVEE DE LA MESURE OU LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS

Il ressort des informations recueillies que la prise en charge du patient en SSC est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale. Dans chacun des pavillons une assistante de service social, qui participe au « staff » hebdomadaire, fait le lien entre l'intra et l'extrahospitalier et apporte à l'équipe soignante son expertise.

8.3.1 Les sorties de courte durée

Concernant les patients en SDDE, les sorties accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures sont régulièrement demandées et toujours accordées. Outre celles qui permettent aux patients de circuler dans l'enceinte de l'établissement (cf. § 5.1) d'autres sont demandées pour maintenir les liens familiaux et faire des démarches extérieures à caractère médico-social. La demande est rédigée par le psychiatre et transmise au bureau des admissions pour accord tacite du directeur. La sortie est tracée dans le dossier administratif et dans le logiciel. Compte tenu des délais généralement très courts, les tiers (famille, tiers demandeur à l'hospitalisation, tuteur éventuel) sont généralement informés par courrier électronique ou par téléphone. Dans certains cas et plus particulièrement dans l'hypothèse de très courtes sorties, accompagnées d'un soignant pour faire des achats, la famille n'est pas systématiquement avisée. Du 1^{er} octobre 2021 au 1^{er} mars 2022, soixante-sept patients ont ainsi bénéficié d'une ou plusieurs sorties de ce type tandis que quarante-huit ont été autorisés à sortir seuls, pour une durée maximum de 48 heures. Aucune doléance n'a été rapportée à ce sujet.

Concernant les patients en SDRE, une vigilance est mise en place au bureau des admissions pour que la demande d'autorisation de sortie soit transmise à l'ARS dans un délai jamais inférieur à 48

heures. Bien qu'il ne fût pas possible d'obtenir communication du nombre de sorties demandées puis accordées au cours de l'année écoulée, l'ARS a fait savoir aux contrôleurs que la pratique actuelle du représentant de l'état était de n'autoriser des sorties de 48h qu'après une ou plusieurs sorties accompagnées de moins de 12h. C'est ainsi qu'en 2021 une dizaine de demandes a été refusée.

Il est apparu que les relations avec l'ARS étaient de qualité et empreintes de recherche de l'intérêt du patient.

8.3.2 Les programmes de soins

Les trente-neuf programmes de soins (PDS), dont douze concernent des SPDRE, sont menés en ambulatoire et les retours séquentiels à l'hôpital sont exceptionnels. Le passage en PDS correspond ainsi à une réelle sortie d'hospitalisation du patient pour favoriser une reprise optimale de sa vie en société.

L'effectivité du suivi des patients en PDS est bien réelle ; les réintégrations, pratiquées avec modération, sont exclusivement justifiées par l'état clinique du patient. Au cours des six derniers mois, soit du 1^{er} octobre 2021 au 1^{er} avril 2022, quatre patients ont dû réintégrer l'hôpital ; la durée de la nouvelle hospitalisation est restée inférieure à trois semaines.

8.3.3 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit sur convocation du directeur, gérée par le bureau des admissions qui veille au respect des échéances.

Le représentant non médical peut être membre de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'hospitalisation ou du service ambulatoire. Le collège est appelé à se réunir beaucoup plus pour les patients en PDS que pour ceux, très peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an.

A compter du 1^{er} avril 2022, vingt-quatre réunions de collège sont d'ores et déjà programmées pour examiner la situation de patients SDDE en programme de soins. Pour la troisième fois un collège devra donner son avis quant au maintien de la mesure d'hospitalisation complète d'un patient en soins sans consentement depuis trois ans.

Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionne dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L. 3212-17 du code de la santé publique, qui exigent le recueil de l'avis du patient. Des informations souvent floues, voire contradictoires, qui leur ont été communiquées, il ressort que ce collège se contente, la plupart du temps, de travailler sur le dossier du patient sans juger utile de le recevoir pour l'entendre.

RECOMMANDATION 18

Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir ses observations avant de rendre son avis.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Au regard des dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique : le collège du patient se tiendra en présence de deux médecins psychiatres, du patient et un cadre de santé selon la réglementation. Les procédures du Collège*

de patients et des notifications des droits en programme de soins vont être formalisées sur 2023 ».

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE EN GERONTOPSYCHIATRIE RESPECTE LES DROITS ET LA DIGNITE DES PATIENTS

9.1.1 L'organisation du service

L'unité compte 25 lits, dont 6 en partie fermée (chambres individuelles) et 19 en secteur ouvert (trois chambres doubles). Au moment du contrôle, l'intégralité de la zone fermée était vide et 12 patients étaient présents du côté ouvert. Trois personnes avaient moins de 65 ans dont une 29 ans.

L'ensemble du service est de plain-pied, vaste et lumineux avec une salle de télévision, une salle d'activité en libre accès, une grande salle comportant une cuisine et permettant des activités de groupes, un accès libre en journée à un jardin de chaque côté (ouvert et fermé) ; plusieurs espaces permettent de s'asseoir à différents endroits du service. Le bâtiment comprend des barres d'appui dans tous les espaces de déambulation, y compris dans les allées du jardin.



Couloir du service



Une des salles d'activités

Toutes les chambres disposent pour chaque personne d'un lit, d'une table de chevet, d'un fauteuil et d'un grand placard fermant à clefs. La clef est laissée aux patients qui ont la capacité de l'utiliser. Deux lits sont des « lits Alzheimer », complétés la nuit d'un matelas apposé à côté pour protéger des chutes. Aucune contention n'est utilisée. Les chambres disposent de fenêtres permettant l'aération. L'éclairage est complet avec veilleuse pour la nuit indiquant les toilettes et liseuses ; les volets sont fermables électriquement dans la chambre. Les salles d'eau comprennent une douche accessible aux PMR avec siège, des WC, un lavabo avec miroir, un porte serviette mais pas de patère. Les portes des chambres comportent un verrou de confort.



Chambre et salle d'eau

Il n'y a pas de télévision dans les chambres ; les patients peuvent apporter leurs ordinateurs et tablettes ; une tablette est à disposition des patients pour communiquer avec leur famille.

Les locaux sont propres. Chaque arrivant se voit proposer deux serviettes, deux gants de toilettes et une chemise de nuit.

L'unité compte en théorie 1 ETP de psychiatre et 0,6 ETP de médecin généraliste mais, au moment du contrôle et depuis 2019, il n'y a plus qu'un médecin psychiatre sur les deux postes, le médecin chef du service assurant seul toute la filière intra et extra hospitalières en ne prenant qu'une semaine de vacances par an. Sur le seul service UPSA, il manque ainsi 0,5 ETP de médecin psychiatre et le poste d'interne n'est pas pourvu.

Il y a cinq demi-journées durant lesquelles il n'y a pas de psychiatre dans le service (celui-ci étant néanmoins toujours joignable) dont trois durant lesquelles le médecin somaticien est présent (présent tous les matins du lundi au vendredi).

Un infirmier de pratique avancée (IPA) viendra bientôt renforcer la prise en charge ambulatoire pour permettre une prise en charge plus rapide des primo accédants.

Les effectifs de soignants comprennent une IDE et deux AS le matin et l'après-midi et un à deux soignants en journée pour assurer les activités et la surveillance. La nuit est assurée par une IDE et une AS.

Dans le service, 0,3 ETP de psychologue et 0,5 ETP d'assistant social sont présents.

9.1.2 Les modalités de prise en charge

Le projet de service est ancien et un nouveau projet médico-soignant de l'unité est en cours de réflexion. La filière de psychiatrie du sujet âgée est organisée en intersectoriel mais dispose de l'ensemble de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie adulte : il y a ainsi un CMP et HJ spécialisés inter sectorialisés ; les soignants du CMP réalisent des visites à domicile y compris dans des EHPAD.

Les médecins sont présents et disponibles tant auprès des soignants que des patients ; les projets de soins sont individualisés et suivis très régulièrement de manière pluridisciplinaire dans la perspective d'un retour rapide au domicile. Les réunions cliniques, de synthèse, sont régulières et associent régulièrement les équipes extra hospitalières.



Jeux de sociétés



Une des salles d'activités

Les activités occupationnelles et thérapeutiques sont intégrées dans le projet de soins individualisé et sont nombreuses (cf. § 8.1).

Le chef de service reste souple dans les admissions au regard de l'âge et il développe une politique intergénérationnelle grâce à l'admission de certains patients jeunes (un à deux maximum) en soins sans consentement mais stabilisés.

L'usage de la partie fermée est dit limité aux patients les plus instables et pour le temps le plus bref.

Il n'y a aucune chambre d'isolement dans l'unité. L'isolement est pratiqué si besoin dans la chambre du patient. Il est indiqué que l'usage de l'isolement comme de la contention est très rare. Le registre ne fait état que d'un isolement avec contention sur l'année 2021, d'une durée de 50 heures.

9.2 QUELQUES MINEURS SONT PARFOIS HOSPITALISES DANS LES UNITES ADULTES

9.2.1 L'organisation générale

Le CH de Vichy est autorisé uniquement pour l'activité de pédopsychiatrie ambulatoire et ne dispose pas de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie. Le dispositif ambulatoire comprend une maison des adolescents à Cusset, un CMP à Vichy, un CATTP pour adolescents et un pour enfants à Vichy et une unité d'accueil et de liaison (qui comprend deux psychologues, deux infirmiers et deux éducateurs encadrés par deux pédopsychiatres) qui a pour objectif de réaliser un premier entretien d'accueil, évaluer la situation pour prioriser les demandes. Un projet de création d'un hôpital de jour a été transmis à l'ARS début 2022. Dans le contexte d'une augmentation du nombre de mineurs accueillis, l'objectif est notamment d'éviter dans la mesure du possible les hospitalisations et de préparer au mieux le projet de sortie.

Dans le département, l'autorisation d'hospitalisation en pédopsychiatrie est portée par le CH de Moulins-Yzeure qui dispose d'une unité spécifique de huit lits pour les 12-18 ans. Dans le cadre du GHT, l'établissement peut également faire appel au CHU de Clermont-Ferrand qui dispose d'une unité spécifique de douze lits pour les 12-18 ans et d'une unité de seize lits pour les 16-25 ans. Néanmoins, il arrive régulièrement qu'aucune place ne soit disponible.

Un logigramme a été élaboré en interne au CH de Vichy pour tenter de remédier à ces difficultés. Ce logigramme présente de façon très claire l'organisation retenue lors de l'arrivée d'un mineur de moins de 18 ans. En semaine du lundi au vendredi, de 9h à 18h, l'enfant est évalué par la

pédopsychiatrie et l'urgentiste appelle l'unité d'accueil et de liaison ; hors ces horaires, le pédopsychiatre est joignable via le standard. Les nuits (de 18h30 à 8h30), les week-ends et jours fériés, l'enfant est évalué par le médecin d'astreinte (psychiatre ou pédopsychiatre). Si un besoin d'hospitalisation est repéré et que la situation est compatible avec une hospitalisation en pédiatrie, le psychiatre d'astreinte, après une évaluation systématique de l'enfant, appelle le médecin référent pédiatre qui valide l'admission ; en revanche si l'hospitalisation en pédiatrie n'est pas jugée possible, une place en pédopsychiatrie doit être cherchée en priorité à Moulins ou Clermont-Ferrand ; en dernier recours et uniquement si le patient a plus de 16 ans, l'hospitalisation en psychiatrie adulte en service fermé est envisagée sous la responsabilité médicale de la pédopsychiatrie ; si le mineur a moins de 16 ans, l'administrateur d'astreinte doit être appelé. Les mineurs nécessitant une hospitalisation le sont donc prioritairement en pédiatrie et systématiquement quand il s'agit de mineurs de moins de 16 ans. Lorsqu'il n'y a plus de places en pédiatrie ou lorsque l'état clinique du patient le justifie, les mineurs sont prioritairement orientés vers le CH de Moulins-Izeure qui a une compétence interdépartementale, ou vers le CH de Clermont-Ferrand. Le CH met donc tout en œuvre pour éviter que les mineurs soient hospitalisés avec les adultes.

BONNE PRATIQUE 3

L'organisation de la prise en charge des mineurs est formalisée et vise à éviter autant que possible les hospitalisations de mineurs au sein des unités adultes.

9.2.2 L'activité

Depuis 2020, huit mineurs ont été hospitalisés, cinq garçons et trois filles : deux en 2020, cinq en 2021 dont trois à plusieurs reprises et un au premier trimestre 2022. Aucun n'était accueilli au jour de la visite des contrôleurs. Le nombre de mineurs hospitalisés est faible mais il est en augmentation depuis le début de la pandémie de *Covid-19*. L'âge moyen des mineurs accueillis est de 17ans, la durée moyenne d'hospitalisation est de 2,5 jours en 2020, 12,6 jours en 2021 et 12 jours en 2022. Tous les mineurs étaient hospitalisés en soins libres. Les pathologies majeures rencontrées sont des troubles dépressifs avec tendances suicidaires.

9.2.3 La prise en charge

Les mineurs peuvent être hospitalisés dans toutes les unités fermées, le choix dépendra du fonctionnement et de l'ambiance de l'unité (occupation, patients difficiles, etc.). Ils font l'objet d'une surveillance accrue de la part des soignants et sont suivis par le service de pédopsychiatrie, les pédopsychiatres et l'équipe de liaison viennent les rencontrer régulièrement. Le projet d'établissement 2019-2023 vise, à ce propos, à améliorer la liaison pédopsychiatrie/psychiatrie adulte notamment lorsque des mineurs sont hospitalisés dans les unités adultes.

Le règlement intérieur du CH comprend une partie spécifique sur les mineurs explicitant les règles particulières s'appliquant dans ce cadre, le livret d'accueil du service de psychiatrie consacre aussi un bref paragraphe à ce sujet mais l'établissement n'a pas élaboré de livret d'accueil spécifique expliquant les modalités de la prise en charge et dont le contenu serait adapté à la maturité et au discernement d'un public adolescent.

Lors de l'arrivée, un document permet de recueillir et de formaliser la demande des titulaires de l'autorité parentale. Cette obligation est rappelée dans le logigramme élaborée par le CH. Le formulaire permet de recueillir l'accord des deux titulaires, néanmoins il est intitulé « *autorisation de soins pour mineur* ». Afin d'éclairer au mieux la demande des parents, il conviendrait qu'il soit plus précis dans son objet et qu'il soit intitulé « *demande d'hospitalisation de mon enfant dans un service de psychiatrie* ».

L'accord et l'avis des parents, ainsi que ceux du mineur, sont recueillis sur les actes de la vie quotidienne qu'il s'agisse de l'usage du téléphone, de l'accès au tabac ou des modalités de sortie par exemple. Les mineurs peuvent, comme les adultes, participer aux activités organisées par l'établissement. En revanche, aucun accès à la scolarité n'est organisé.

S'agissant du recueil d'informations préoccupantes, le CH a élaboré des fiches de procédure très claires.

Même si le CH met tout en œuvre pour éviter les hospitalisations de mineurs dans les unités adultes et que les soignants sont très attentifs quand un mineur est hospitalisé, la promiscuité d'adolescents avec des patients adultes aux pathologies très diverses n'est pas adaptée à leur maturité et est susceptible de les mettre en danger.

RECOMMANDATION 19

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes mais dans des unités spécifiques, adaptées à leur âge et à leurs besoins, notamment en matière de scolarité.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Comme indiqué dans le rapport, le CH de Vichy se trouve contraint d'hospitaliser des mineurs dans les unités pour adultes du fait de la carence des structures qui devraient les accueillir. Lorsque le jeune patient est un adolescent, il se retrouve de fait avec des adultes dans l'unité. C'est pourquoi les adolescents sont principalement hospitalisés à l'UPSA, cette unité accueillant des patients âgés et donc étant pour la plupart moins à risque pour le jeune. Lorsqu'une jeune mineure (11 ans) a dû être hospitalisée à l'USI de l'UPSA, cette unité a été intégralement vidée de ses patients, qui ont donc dû être hébergés dans les autres USI du Pôle, c'est-à-dire dans des unités moins adaptées pour leur profil. Cette décision avait été prise au vu du jeune âge de cette patiente et au regard du risque qu'elle faisait également courir aux autres patients. Cependant ce cas de figure reste très exceptionnel (il fait d'ailleurs l'objet d'échanges avec le Défenseur des Droits) et en règle générale il n'est pas matériellement possible de vider une USI lors de l'admission d'un patient de plus de 16 ans* ».

9.2.4 Les pratiques d'isolement et de contention

Ces pratiques sont rares et concernent le plus souvent des mineurs aux pathologies très complexes. Un seul mineur a été isolé en 2020 et trois en 2021 pour des durées respectives de 6h, 5h et 34h. Dans ce dernier cas, le mineur a été contentonné durant 3 heures. Les mineurs sont isolés dans les mêmes conditions que les adultes à la différence près que la surveillance est plus rapprochée. Leurs parents sont systématiquement informés.

RECOMMANDATION 20

Un mineur hospitalisé à la demande de ses parents n'est pas placé sous le régime juridique des soins sans consentement qui, seul, permet des mesures d'isolement ou de contention. Les mineurs, hors ce cadre juridique, ne doivent donc pas faire l'objet de ces pratiques.

Dans sa réponse, le directeur du CH indique : « *Au cours de l'année 2022 : aucun mineur n'a été hospitalisé en USI en dehors d'une mesure de soins sans consentement. Une mineure relevant d'un cas complexe a été hospitalisée en USI de l'UPSA, elle était alors placée sous le régime d'un SSC en SDRE. La recommandation n°20 a bien été prise en considération durant l'année 2022* ».

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19

www.cglpl.fr