

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

5 au 9 juin 2023 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier Henri Guérin
de Pierrefeu-du-Var

(Var)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont visité du 5 au 9 juin 2023, le centre hospitalier Henri Guérin (CHHG) de Pierrefeu-du-Var. En réponse au rapport établi au terme de cette visite, le directeur de l'établissement a adressé ses observations en date du 21 novembre 2023, observations qui prennent en compte plusieurs recommandations notamment celles relatives au bâtimentaire, à l'accès aux soins somatiques et aux directives anticipées en psychiatrie ainsi que celle concernant les modalités d'audience du juge des libertés et de la détention.

L'établissement spécialisé prend en charge quatre des treize secteurs de psychiatrie adultes correspondant à une population de 406 000 habitants et un inter-secteur de pédopsychiatrie du département du Var. Il dispose d'une offre complète de structures ambulatoires et a repris la responsabilité de la prise en charge de deux secteurs de Draguignan (150 000 habitants) pour les patients en soins sans consentement (SSC). Enfin, des équipes de psychiatrie de liaison sont présentes dans les hôpitaux de Hyères et Brignoles, assurant les urgences psychiatriques.

L'intra hospitalier est concentré sur le site de Pierrefeu-du-Var avec, fin 2022, 134 lits. Six unités ainsi que le service des urgences de Hyères ont fait l'objet du présent contrôle qui a mis en évidence les points suivants :

Concernant la gestion des restrictions de liberté et le respect de la dignité

Une profonde évolution a marqué les cinq dernières années sur les restrictions de liberté d'aller et venir avec l'ouverture des portes de tous les services à l'exception d'une unité fermée destinée à l'admission des situations les plus à risque (mais avec des autorisations de sortie). Dans les services, l'accès à la cour est permis jusqu'à 23h00 et le port du pyjama a cessé.

Il reste néanmoins quelques restrictions non individualisées, non motivées et non proportionnées comme l'accès au tabac et le retrait des télécommandes qui sont variables selon les unités, l'interdiction de toute nourriture non périssable dans les chambres, l'interdiction d'accès des familles aux chambres. Le téléphone portable est encore systématiquement retiré à l'unité Palmier 1, les cordons de recharges sont laissés ou retirés selon les services ; il n'y a pas d'allume-cigarette dans les cours intérieures ; enfin, il n'y a pas encore de verrou de confort sur toutes les portes des chambres.

Concernant l'enfermement en chambre d'isolement, l'analyse du registre d'isolement semble indiquer, avec les précautions d'usage liées à la configuration d'une seule unité rassemblant les trois CI, un taux d'isolement par rapport à la file active totale des services d'admission de 16,5 % et un taux de contention de 2,8 % ; les durées moyennes d'isolement restent élevées, à 96 heures en 2023 et surtout, très souvent supérieures à 72 heures (54 % en 2022) ; la moyenne des durées des contentions s'établit à 17 heures en 2023. De fait, l'isolement est encore trop utilisé en prévention du suicide.

Enfin, des travaux sur des locaux indignes seront à prioriser en urgence. Ainsi, à l'unité pour « troubles envahissants du développement » (TED), tant les chambres que les espaces collectifs, la cour et le mobilier sont totalement inadaptés au public accueilli. L'unité Platanes dispose de chambres non individuelles dont certaines ne sont équipées ni d'un point d'eau ni de toilettes.

Les autres services présentent des caractéristiques permettant l'exercice serein de la psychiatrie avec de nombreuses salles d'activités et de vie, des espaces collectifs intérieurs et extérieurs bien équipés avec tables, bancs, paniers de basket, table de ping-pong ; le parc de l'établissement est

convivial ; des paravents dans certains services permettent le respect de l'intimité dans les chambres occupées par deux patients.

Concernant le respect du droit à l'accès aux soins :

La proportion des patients en SSC sur l'ensemble des soins est passée en cinq ans de 25 % à plus de 52 %, avec une augmentation des admissions se poursuivant depuis la fermeture de Draguignan. La gestion des lits est désormais assez tendue avec des listes d'attente en psychiatrie du sujet âgé et des lits hospitaliers de patients isolés utilisés pour des admissions.

Surtout, la filière des urgences psychiatriques n'est pas organisée ; des patients sont amenés en hospitalisation au CHS sans passer par un service d'urgence, privant le patient d'un bilan somatique complet sur un plateau technique adapté ; à quelques reprises par an, des patients sont même amenés sans même avoir sollicité l'autorisation du psychiatre depuis certains hôpitaux périphériques. Une convention entre le CHS et les hôpitaux sièges de services d'urgence devra clarifier le rôle de chacun au sein de la filière de prise en charge, y compris les responsabilités lors de contention.

Il n'y a pas encore partout de projet médico-soignant précisant l'organisation des soins en fonction des besoins des patients comme énoncé dans le décret d'autorisation de mars 2022, organisation des soins comprenant la nécessaire protocolisation de la surveillance des patients à risque suicidaire ou de sorties contre avis médical.

La présence médicale dans les services intra hospitaliers souffre d'un taux de vacance de postes de praticiens hospitaliers (PH) de 66 % compensé en partie par des contractuels mais laissant entre cinq et six postes vacants ; il n'y a pas assez de partage d'expériences et d'échanges de pratiques entre les médecins des différents pôles, même si on observe la tenue dans tous les services et pôles, de réunions cliniques et de synthèses régulières. En revanche, la conciliation médicamenteuse est initiée au sein de quelques services.

L'accès aux soins somatiques n'est pas assuré ; le service Odyssée ne dispose pas d'un accès à un somaticien en semaine, aucune permanence de cet accès n'est assurée en journée par l'ensemble des médecins (ou d'autres), toutes les admissions ne bénéficient ainsi pas d'un examen somatique et il est impossible pour un psychiatre d'avoir partout un accès à un somaticien pour un patient placé en isolement-contention lorsqu'il en estime le besoin. Par ailleurs, le faible nombre de somaticiens empêche la mise en place d'un suivi des maladies chroniques, des dépistage des cancers et la participation à des séances d'éducation à la santé, en nutrition ou addictologie par exemple.

L'accès est également difficile pour les autres spécialités puisqu'aucun spécialiste ne se déplace sur l'établissement, y compris le service d'addictologie, et il n'y a plus de plateau de consultations externes ni cabinet dentaire.

Les activités thérapeutiques sont vite associées au projet de soins et bénéficient d'infrastructures et d'une offre impressionnante, que ce soit à travers l'art-thérapie, l'activité physique ou les autres médiations mises en place et proposées.

La recherche du consentement est insuffisamment développée ; l'explication des certificats médicaux et les recueils des observations du patient sur ces certificats sont aléatoires en fonction des services et des médecins ; la personne de confiance est souvent désignée mais donne rarement son accord formellement et est très rarement associée aux soins, même si les familles sont, elles, souvent sollicitées ; les directives anticipées en psychiatrie ne sont pas encore

déployées sauf au pôle Centre ; au surplus, de très nombreuses prescriptions en « si besoin » de traitements en injectable sont en cours, dont une depuis deux ans.

Enfin, il n'y a pas de réflexion institutionnelle sur la sexualité, thème dont pourrait par exemple utilement s'emparer un comité d'éthique à remettre en place.

Concernant le patient sujet de droit :

Si le livret d'accueil contient de nombreuses informations, l'affichage sur les droits des patients est variable selon les unités ; en revanche, les règles de vie sont quasi partout disponibles.

Les décisions sont notifiées et remises dès que le patient est en capacité de les recevoir, mais jamais les certificats médicaux alors même que leur contenu n'est pas repris *in extenso* dans les décisions. Des médecins généralistes ou psychiatres libéraux établissent, en lieu et place des certificats médicaux réglementaires, des « lettres d'adressage » ; de plus, les certificats médicaux rédigés aux urgences sont souvent insuffisamment motivés et circonstanciés, jamais horodatés, et l'absence de second médecin amène l'utilisation presque exclusive des mesures dérogatoires (soins à la demande d'un tiers en urgence et péril imminent).

De plus, l'identité du tiers n'est pas communiquée aux patients avant qu'il ne le découvre devant le juge des libertés et de la détention (JLD).

Les audiences du JLD ne se tiennent pas comme réglementairement prévu au sein de l'établissement en présentiel mais avec un usage de la visiophonie qui n'était prévu, par dérogation, que durant l'état d'urgence sanitaire. Au surplus, les avocats sont parfois, lors des audiences en visiophonie, aux côtés du magistrat et non auprès de leur client.

Les sorties d'hospitalisation sont bien organisées par l'établissement mais freinées par l'accompagnement parfois impossible des sorties accompagnées par manque de soignants et une demande systématique de deuxième avis par le préfet.

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 14

Des séances de formation sont organisées conjointement avec les structures médico-sociales pour les soignants hospitaliers afin de partager leurs cultures et pratiques professionnelles.

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 16

Un comité d'éthique doit aider les soignants à répondre à leurs questionnements professionnels sur les modalités de respect des droits fondamentaux.

RECOMMANDATION 2 17

Les liens développés avec les communautés professionnelles territoriales de santé doivent permettre une formation des généralistes sur la forme des certificats médicaux initiaux de soins sans consentement.

RECOMMANDATION 3 18

Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.

RECOMMANDATION 4 19

Un protocole de travail devra être mis en place entre le CHG et le CHS afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres et urgentistes.

RECOMMANDATION 5 20

Le recours aux procédures dérogatoires et plus particulièrement à l'admission en cas de péril imminent doit rester exceptionnel. Des accords doivent être recherchés avec des médecins extérieurs aux établissements (CHHG et urgences) afin de rendre plus efficiente la procédure classique de soins sans son consentement à la demande d'un tiers.

RECOMMANDATION 6 21

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance. Il doit contenir des informations sur la mission, la composition et les moyens de saisir la commission départementale des soins psychiatriques.

RECOMMANDATION 7 23

Les certificats médicaux, sur lesquels s'appuie une décision de soins sans consentement doivent être remis au patient. Ses observations sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et une mention de cet avis doit être portée sur les certificats médicaux.

En cas d'admission sur demande d'un tiers, l'identité de celui-ci doit être communiquée au patient dès que son état le permet.

RECOMMANDATION 8 26

L'ensemble des chambres d'hospitalisation doivent disposer de verrous de confort et de boutons d'appel. La signalétique au sein du site doit être opérationnelle. Les conditions immobilières indignes de la prise en charge des patients à l'unité TED imposent une reconstruction urgente.

RECOMMANDATION 9 28

L'interdiction de conserver des aliments ou boissons non périssables en chambre doit être individualisée, motivée cliniquement et proportionnée au risque présenté.

RECOMMANDATION 10 30

Sauf urgence ou légitime défense, seul le personnel soignant peut intervenir dans la maîtrise physique des patients.

RECOMMANDATION 11 30

Le service d'incendie et de secours doit être informé en temps réel de l'occupation des chambres où des patients sont enfermés.

RECOMMANDATION 12 31

Les cours et patio doivent être équipés d'allume-cigares.

RECOMMANDATION 13 33

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé aux patients et des mesures doivent être prises afin qu'il soit pleinement assuré.

RECOMMANDATION 14 36

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention. Le patient doit pouvoir allumer ou éteindre la lumière de manière autonome, actionner les volets et la chasse d'eau, avoir accès librement à l'eau, aérer la pièce, disposer d'un siège et d'une table pour prendre ses repas.

RECOMMANDATION 15 39

Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement ; il doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu et motivé dans le dossier du patient.

RECOMMANDATION 16 39

Un détenu ne peut être placé en chambre d'isolement que lorsque la clinique l'impose, à l'instar de tous les autres patients de psychiatrie.

RECOMMANDATION 17 44

Les délégations de signature des décisions d'hospitalisation en soins sans consentement à la demande d'un tiers ne doivent pas être données à des agents non membres de la direction.

RECOMMANDATION 18 45

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, l'ensemble des pièces de procédure relatives à une mesure de soins sans consentement doivent figurer dans le registre de la loi ainsi que les dates de notification des décisions, tant d'admission que de maintien, et les droits et voies de recours qui leur sont associés.

RECOMMANDATION 19 47

L'accès au juge doit s'exercer en sa présence, de manière directe et personnelle, sans écran ni dispositif de séparation. Dès lors, conformément aux dispositions légales et réglementaires, les audiences du JLD dans le cadre des recours obligatoires ou facultatifs sur les mesures de soins sans

consentement doivent se tenir dans la salle d'audience spécialement aménagée au sein de l'établissement.

RECOMMANDATION 20 52

Les soins somatiques doivent être assurés, tant lors de l'admission que pour le suivi des pathologies aiguës et chroniques.

RECOMMANDATION 21 55

Les programmes de soins ne peuvent se substituer à une hospitalisation complète avec des autorisations de sorties quotidiennes ou hebdomadaires et doivent correspondre à une réelle fin du séjour hospitalier avec une mise en œuvre de modalités de prises en charge ambulatoires.

RECOMMANDATION 22 57

La personne de confiance désignée par le patient doit être systématiquement informée et invitée à contresigner le formulaire de demande de désignation. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.

RECOMMANDATION 23 57

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent être élaborées et généralisées, afin d'améliorer l'adhésion aux soins des patients.

RECOMMANDATION 24 58

La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration. L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, la prescription « si besoin » ne saurait perdurer.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 L'établissement souhaite moderniser son offre d'hospitalisation et développe ses compétences dans la prise en charge des troubles du spectre autistique ...	11
2.2 Le budget du centre hospitalier est en équilibre grâce à la vacance de postes médicaux.....	12
2.4 La déclaration des événements indésirables permet une amélioration de la qualité de la prise en charge.....	15
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	17
3.1 La filière des urgences n'est pas organisée entre médecins urgentistes et psychiatres.....	17
3.2 La gestion des lits est tendue et le taux des mesures de soins sans consentement selon les procédures d'urgence ou de péril imminent anormalement élevé	19
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	24
4.1 Le parc immobilier est partiellement vétuste	24
4.2 Les conditions d'hygiène sont respectées.....	27
4.3 La gestion des biens des patients respecte leurs droits.....	27
4.4 L'organisation des repas répond aux besoins des patients mais des restrictions sur la conservation de denrées en chambre ne sont pas individualisées	27
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	29
5.1 Les restrictions à la liberté d'aller et de venir sont limitées et individualisées...	29
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont individualisées et limitées	31
5.3 Les communications avec l'extérieur sont garanties mais la confidentialité sur la présence du patient n'est pas assurée	31
5.4 L'accès au vote est organisé	33
5.5 Seul le culte catholique est assuré de manière régulière	33
5.6 La sexualité n'est pas abordée de façon institutionnelle	33
6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	35
6.2 L'établissement a développé les outils nécessaires à la réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention	37
6.3 Le registre est analysé	40
7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	42
7.1 La commission départementale des soins psychiatriques et la commission des relations avec les usagers garantissent le respect des libertés individuelles	42

7.2	Le registre de la loi, tenu en temps réel, ne comporte cependant pas l'ensemble des mentions prescrites par la loi.....	43
7.3	Le contrôle des mesures de soins sans consentement par le juge des libertés et de la détention s'effectue selon des modalités proscrites par la loi.....	45
8.	LES SOINS.....	49
8.1	L'accès aux soins psychiatriques est assuré	49
8.2	Le nombre insuffisant de somaticiens est à l'origine d'une rupture de la permanence des soins	52
8.3	La levée de l'hospitalisation est freinée par le manque de places disponibles dans les structures d'accueil	53

Rapport

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Luc Chouchkaieff, chef de mission ;
- Christine Dubois ;
- Hélène Dupif ;
- Bénédicte Piana ;
- Claire Simon ;
- Rabah Yahiaoui.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var (département du Var) du 5 au 9 juin 2023.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, à la directrice de cabinet du préfet du Var, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur. La présidente du tribunal judiciaire de Toulon ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général de l'établissement et une réunion de présentation a permis aux contrôleurs de se présenter aux professionnels de santé et au personnel administratif concernés.

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

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

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et l'une d'elles a souhaité rencontrer les contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 9 juin 2023, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation et tous les médecins et cadres de santé des services contrôlés disponibles.

Un rapport provisoire a été adressé le 24 octobre 2023 au directeur général de l'établissement, au préfet du Var, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur et à la présidente du tribunal judiciaire de Toulon ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal. Seul le directeur de l'établissement a adressé ses observations en date du 21 novembre 2023, intégrées dans le présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT SOUHAITE MODERNISER SON OFFRE D'HOSPITALISATION ET DEVELOPPE SES COMPETENCES DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

Le centre hospitalier Henri Guérin (CHHG) est un établissement spécialisé qui prend en charge quatre des treize secteurs de psychiatrie adultes (G06 à G09) correspondant à une population de 406 000 habitants et un intersecteur de pédopsychiatrie du département du Var, dont la démographie connaît une vive croissance. L'établissement fait, depuis 2014, partie du groupement de coopération sociale et médicosociale « *passerelles 83* » qui associe aux secteurs de psychiatrie des CHHG et du CH de Toulon, 82 établissements et services médico-sociaux pour adultes et 23 établissements et services sociaux et médico-sociaux pour enfants et adolescents. L'hôpital est implanté depuis 1890 sur la commune de Pierrefeu-du-Var située à 25 km de Toulon. La gare SNCF la plus proche est à 6 km et l'hôpital est relativement difficile d'accès en transports en commun.

Les secteurs relevant de sa compétence sont très étendus, allant de la commune de Hyères, sur la côte, au Nord du département. L'établissement dispose d'une offre complète de structures ambulatoires, avec principalement 12 hôpitaux de jour dont 4 pour enfants, 16 centres médico-psychologiques (CMP) dont 5 pour la pédopsychiatrie, 18 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 8 équipes mobiles, 4 appartements communautaires, 5 places d'accueil familial thérapeutique. Le CH a repris, sur demande de l'ARS, la responsabilité de la prise en charge de deux secteurs de Draguignan (150 000 habitants) pour les patients en SSC. Enfin, des équipes de psychiatrie de liaison sont présentes dans les hôpitaux de Hyères et Brignoles, assurant les urgences psychiatriques.

Les structures intra hospitalières sont concentrées sur le site de Pierrefeu-du-Var avec, fin 2022, 134 lits (145 fin 2021 et 170 en 2017). L'établissement dispose d'une emprise foncière de 28 hectares traversée par un cours d'eau et dont une partie est inondable.

L'hospitalisation complète est structurée autour de quatre pôles :

- Le pôle centre (secteur G08 ; 111 000 habitants) :
 - o Unité « Odyssée » de 22 lits,
 - o Unité « Palmier 1 » de 16 lits,
- Le pôle nord (secteur G06 et G09 ; 156 000 habitants) :
 - o Unité « Platanes » de 20 lits (depuis 31 juillet 2022),
- Le pôle sud (secteur G07 ; 108 000 habitants) :
 - o Unité « Palmier 2 » de 25 lits,
 - o Unité pour troubles envahissants du développement (TED) de 13 lits.
- Le pôle de gérontopsychiatrie (intersectoriel pour plus de 65 ans) :
 - o Unité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie du sujet âgé (PSA) de 25 lits.

Ces six unités ainsi que le service des urgences de Hyères ont fait l'objet du présent contrôle.

Par ailleurs, le pôle infanto-juvénile est constitué de l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile, couvrant 66 600 mineurs de 18 ans ; ce pôle comprend 9 lits d'hospitalisation complète (HC) en soins libres à La Garde, « Villa Nova », et de nombreuses structures ambulatoires.

Enfin, un pôle d'addictologie comprend un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et l'inter secteur d'addictologie.

Le projet d'établissement 2021-2025 indique, dans son projet médical, le souhait d'améliorer les conditions d'accueil par des structures neuves, l'ouverture à tous les partenaires et la promotion des droits fondamentaux des patients. Une action clé s'intitule « *gestion des états de crise* » et une autre « *isolement et contention* ». Outre le repérage du phénomène de violence, l'action projette par exemple la formation à l'isolement et à la contention et à la gestion des états de crise. Les indicateurs de suivi affichent la diminution du nombre de mesures et le souhait d'amélioration des locaux d'isolement.

Les perspectives affichées de l'établissement concernent aussi la construction d'une unité TSA, inscrite dans le CPOM avec l'ARS pour la construction d'une unité de 15 lits d'HC et 10 places d'hôpital de jour (HDJ) pour troubles neuro-développementaux. Le projet évoque également la restructuration des moyens d'hospitalisation du pôle Nord.

Le projet d'établissement indique enfin la participation du CH, en qualité d'invité, aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du bassin d'intervention.

2.2 LE BUDGET DU CENTRE HOSPITALIER EST EN EQUILIBRE GRACE A LA VACANCE DE POSTES MEDICAUX

Les dépenses globales du CHS étaient en 2022 de 51 557 187 euros. 82,8 % de ce budget sont consacrés à la masse salariale (42 684 990 euros).

Les recettes globales étaient, en 2022, de 52 433 793 euros dont 48 805 000 de dotation annuelle de fonctionnement (DAF). A l'intérieur de cette DAF, 3 717 217 euros proviennent des « mesures Ségur » et 1 094 000 euros du transfert des secteurs de Draguignan. Aucune activité annexe n'est facturée en tarification à l'activité.

L'établissement est à l'équilibre depuis 2020 mais dans un contexte de nombreux postes médicaux vacants, ce qui minore les dépenses.

La dette est soutenable et il n'y a pas d'emprunt toxique. Le schéma directeur immobilier est approuvé en interne mais pas encore par l'ARS dans son intégralité. Son financement est indiqué comme ne devant pas impacter les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement, avec un taux d'endettement restant soutenable.

2.3 L'ABSENTEISME ELEVE LIMITE LA PRESENCE DES SOIGNANTS AUPRES DES PATIENTS ET LES POSTES VACANTS DE MEDECINS SONT NOMBREUX

2.3.1 Les effectifs

a) Effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux (PNM) de l'établissement s'élevaient à 648 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2021, contre 632 en 2019. Concernant les services intra hospitaliers, ces effectifs comprenaient en 2022 : 121,4 ETPR d'infirmier, 60,1 ETPR d'aide-soignant, 22,2 ETPR de personnel éducatif et social et 4,2 ETPR de psychologue.

Le service s'organise en douze heures dans presque toutes les unités, les agents pouvant également effectuer des nuits. L'effectif réellement présent au moment du contrôle est indiqué dans le tableau suivant (ETP) :

Jour et nuit	Palmiers 1	TED	Gérontopsy	Odysee	Platanes	Palmiers 2
IDE	14,2 + 1 vacant	12	14,3	11,9	16,9	19,4
AS	6	10,8	11,4	4 +1,9 vacants	5 +1 vacant	6
Psychologue	0,5	1	0,65 + 0,55 vacant	0	0 +1,3 vacants	0,5
Ergo/psychomot	0 + 1 vacant	3	0,7 +1,1 vacant	0	0	0
Socio éducatif	0	3 + 1 vacant	1,3	2	2	0 +1 vacant

L'établissement n'est pas confronté à la vacance de poste en PNM, les difficultés de recrutement concernant principalement les personnels éducatifs et les psychologues.

Les effectifs minimaux en cas de grève ont été déterminés, en journée, à 2 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et 1 aide-soignant (AS) à Odyssee et Palmiers 2, à 3 IDE et 1 AS à Palmier 1, à 2 IDE et 2 AS en journée pour les unités de gérontopsychiatrie et TED. La nuit, ces effectifs de sécurité sont fixés à 1 IDE et 1 AS.

L'examen des plannings des IDE et AS des unités d'hospitalisation des trois derniers mois fait apparaître, dans la plupart des unités, des effectifs présents auprès des patients en moyenne au-dessus de l'effectif minimum de sécurité : ainsi, à Palmier 2, la moyenne du nombre d'agents présents par demi-journée auprès des patients s'établit à 5 en avril 2023. Concernant l'unité Palmier 1 où se trouvent les CI, cette moyenne était de 3,8 en avril et elle est passée à 5,06 en mai 2023 (sur 31 jours, 6 fois six agents, 21 fois cinq agents et 4 fois quatre agents).

Les plannings de nuit montrent toujours deux ou trois soignants par nuit comme prévu par les maquettes organisationnelles.

L'absentéisme est élevé pour les PNM au regard de ce qui est observé habituellement, à 13,8 %. Les absences de courtes durées imprévues sont compensées par un rappel de personnel, la réalisation d'heures supplémentaires ou par le pool de remplacement.

Dans le cadre de la détermination du besoin de santé des patients de chaque service, les projets médico-soignants devront définir les modalités de prise en charge des patients, en soins libres comme en soins sans consentement et en déduire les effectifs pertinents.

Les négociations menées lors des « accords du Ségur » ont débouché sur la création de 5 postes d'infirmier de pratique avancée (IPA) ainsi que la création d'un poste d'aide-soignant pour PSA, 1 neuropsychologue pour PSA, 2 IDE pour Palmiers 1 (pour les mesures d'isolement et de contention et le passage du travail en douze heures) et 1 AMA pour Palmiers 1 (pour les mesures d'isolement-contention).

b) Effectifs médicaux

L'effectif médical (PM) total du CH comprend 38,64 ETPR dont 18,81 pour l'intra hospitalier. Outre les psychiatres, cet effectif comprend 2 addictologues, 2 pharmaciens, le médecin DIM, un hygiéniste, 3 généralistes. Sur les 37 ETP théoriques, 28 sont pourvus réellement dont seulement 15,6 par des PH. Il n'y a pas d'interne de médecine au moment du contrôle. Six médecins ne sont pas inscrits au conseil de l'ordre dont deux ayant le statut de faisant fonction d'interne. 35 % des postes de psychiatres restent ainsi vacants.

Un quatrième poste de médecin généraliste est vacant.

Concernant les seuls psychiatres assurant l'intra et l'extrahospitalier pour les adultes :

	Effectif théorique	Effectif pourvu par titulaire	Effectif de compensation (contractuel ou associé)	Vacant
Pôle sud	8,5	2	2,5	4
Pôle PSA	2,4	1,3	1	0,1
Pôle centre	11	5,2	2,4	3,4
Pôle nord	5,9	1,6	2,1	2,2
Total :	27,8	10,1	8	9,7

Le nombre important de postes vacants freine l'accès à la formation pour les médecins restant, d'autant que le taux d'absentéisme est élevé à 7 %.

Dans les cinq dernières années, aucune formation n'a été suivie sur l'isolement contention ; une seule sur la psychiatrie légale et une autre sur la formation des formateurs nationaux sur l'intervention de crise.

Cinq médecins exercent une activité d'intérêt général, principalement au profit de structures médico-sociales.

2.3.2 Le tutorat et la formation

L'établissement a mis en place un compagnonnage pour les nouveaux infirmiers mais pas un tutorat labélisé par l'ARS. Aucune formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste n'est proposée aux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école. Ces agents sont toutefois priorités pour l'accès aux formations continues.

Concernant la formation continue, les soignants rencontrés n'ont pas exprimé le refus de formation demandée pour des problèmes d'effectifs, de coût ou d'organisation des services. De nombreuses formations sont proposées chaque année aux agents, dont celles relatives aux techniques de l'entretien infirmier, la clinique de la psychopathologie, l'isolement et la contention, la vie sexuelle et affective, l'analyse des pratiques professionnelles, certaines activités thérapeutiques.

Surtout, l'établissement a mis en place des sessions de formation conjointe entre soignants du sanitaire et du médico-social (de la maison d'accueil spécialisée par exemple), avec des stages par binôme dans chacune des structures.

BONNE PRATIQUE 1

Des séances de formation sont organisées conjointement avec les structures médico-sociales pour les soignants hospitaliers afin de partager leurs cultures et pratiques professionnelles.

2.3.3 La supervision

L'établissement n'a pas formellement mis en place de supervision, individuelle ou collective.

Pour autant, des évaluations des pratiques professionnelles sont fréquemment réalisées pour les soignants et une convention a été passée avec une association interprofessionnelle de santé au travail.

2.4 LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES PERMET UNE AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

Sur le logiciel « Yes Gala » l'ensemble du personnel peut rédiger des fiches d'événements indésirables (FEI) grâce à un onglet « *qualité* » accessible sur chaque poste informatique. Ces fiches sont rédigées anonymement et une charte d'encouragement à la déclaration et d'absence de poursuite a été mise en place. Seuls l'ingénieur qualité de l'établissement et le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins connaissent le nom du rédacteur. Le cadre de santé sait cependant, que dans son unité, une fiche d'EI a été envoyée. Le référent risque peut échanger des messages avec l'émetteur de la fiche, lui demander des précisions et apporter des éléments de réponses. Un comité de suivi des FEI se réunit chaque mois. Il est composé du président de la CME, du pharmacien, du directeur des soins, du directeur en charge de la qualité, du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et de l'ingénieur qualité. Le contenu des fiches est analysé et les réponses sont envoyées à l'auteur de la fiche.

En 2022, 169 EI ont été déclarés dont 55 à Palmiers 2, 54 à l'unité PSA, 35 à Palmiers 1, 14 à Platanes et 11 à Odysée. Ces événements ont concerné quelques erreurs médicamenteuses (3), des faits de violences entre patients ou envers un soignant, plusieurs absences de somaticien (cf. § 8.2), des chutes, des fugues, des tentatives de suicide, des absences d'ASH avec répercussion sur l'hygiène des locaux, voire un manque de serviettes et draps propres.

L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) est saisi des FEI concernant notamment les faits d'atteintes aux personnes. Au cours de l'année 2022, ce sont 80 déclarations qui lui ont été transmises. Toutefois, les soignants disent ne pas se sentir en insécurité. Le cadre de l'unité Palmiers 1 reprend chaque fait de violences commis au préjudice d'un soignant pour faire le point et l'analyser. Un groupe de paroles animé par une psychologue permet aux soignants de l'unité Palmiers 2 de verbaliser leur ressenti sur la vie de l'unité.

Lorsque des réclamations parviennent à la direction de l'établissement, la CDU en est informée. On dénombre 47 réclamations au cours de l'année 2022. Il s'agit de problèmes le plus souvent matériels survenus au cours de la prise en charge. Lorsque la réclamation est plus difficile à régler, des médiations sont organisées entre l'établissement et l'utilisateur.

Le questionnaire de satisfaction a fait l'objet en 2022 de 780 réponses soit 58 % de remplissage. En 2021, les réponses représentaient 42 % du nombre des questionnaires remis à la sortie. Le nombre de commentaires négatifs est de 191 dont notamment 47 sur la vétusté des locaux, 27 sur le manque d'activités, 27 sur les explications relatives à l'hospitalisation sous contrainte et 23 sur le manque de personnel.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'EST PLUS ACTIF

Un comité d'éthique existait au sein de l'établissement depuis 2014. Il s'est réuni pour la dernière fois le 19 novembre 2019. Les derniers thèmes abordés concernaient le tutoiement et le vouvoiement en psychiatrie ainsi que la sexualité en institution.

RECOMMANDATION 1

Un comité d'éthique doit aider les soignants à répondre à leurs questionnements professionnels sur les modalités de respect des droits fondamentaux.

Dans ses observations du 21 novembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'établissement indique : « *l'établissement a procédé au renouvellement des membres du comité d'éthique afin de relancer le questionnement de tout un chacun dans la prise en charge, le soin et l'accompagnement du patient. Pour ce faire, un appel à candidature a été lancé du 11 juillet au 18 août 2023. La décision précisant la composition retenue a été adressée à l'ensemble du CH le 14 septembre 2023 et la première réunion est fixée au lundi 11 décembre 2023.* »

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LA FILIERE DES URGENCES N'EST PAS ORGANISEE ENTRE MEDECINS URGENTISTES ET PSYCHIATRES

A l'échelle des secteurs couverts par le CH, les patients hospitalisés en soins sans consentement ou en situation de crise sont pris en charge par les urgences du centre hospitalier général (CHG) de Hyères et de Brignoles.

Une ancienne convention entre les établissements détermine la possibilité de bénéficier d'un avis de psychiatrie aux urgences de ces deux hôpitaux et une convention actualisée serait en discussion ; l'équipe mobile de pédopsychiatrie récemment créée et intervenant dans ces services d'urgence, n'est pas mentionnée dans l'ancienne convention.

Aux urgences de Brignoles, un IDE est présent quotidiennement la journée, en douze heures avec un psychiatre présent trois matinées par semaine.

Aux urgences de Hyères, 6 ETP d'IDE (et un 7^{ème} vacant) permettent la présence d'1 IDE chaque jour 24h/24, week-end compris. Ces IDE assurent les entretiens infirmiers aux urgences ainsi que la psychiatrie de liaison sur le reste du CHG. Un psychiatre est de nouveau présent le matin du lundi au vendredi. Il n'y a pas d'IPA.

3.1.1 Le service des urgences du CH de Hyères

Les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement sont amenés, éventuellement après un premier certificat établi par un médecin généraliste, aux services des urgences. Ces certificats initiaux sont cependant irréguliers dans leur contenu. L'absence de généraliste se déplaçant aux urgences amène ainsi la rédaction de procédure majoritairement avec un seul certificat. Un bureau dit de délocalisation est destiné à un accueil de médecine générale mais il n'est pas souvent occupé par défaut de volontaires. Le projet d'établissement indique vouloir développer les liens avec les médecins des communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS).

RECOMMANDATION 2

Les liens développés avec les communautés professionnelles territoriales de santé doivent permettre une formation des généralistes sur la forme des certificats médicaux initiaux de soins sans consentement.

Le service des urgences est confronté à une pénurie de médecins urgentistes et à l'impossibilité de remplir toutes les lignes de garde ; le service a ainsi dû être fermé à six reprises le mois précédant le contrôle, y compris pour les patients relevant de soins de psychiatrie.

Ce service, exigu, dispose de trois boxes de déchochage (dont un double), huit boxes individuels, deux autres à proximité du bureau des infirmiers de psychiatrie et un pour la pédiatrie. Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comporte quant à elle dix chambres mais sans WC. Il n'y a pas de chambre d'isolement ou d'espace destiné à l'apaisement d'une personne agitée.

Le circuit des personnes allongées ou en crise permet le respect de leur intimité ; les patients sont directement amenés auprès de l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA).

Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'IOA en informe l'infirmier de psychiatrie et installe le patient dans un box pour que le médecin urgentiste l'examine. Il a été confirmé que le patient n'est jamais transféré en psychiatrie sans examen somatique par l'urgentiste.

En revanche, des patients en SDRE sont préférentiellement amenés directement, par les forces de l'ordre ou les médecins du SMUR, au CHS sans passer par les urgences et son plateau technique, ce qui ne permet pas un bilan somatique complet avant l'admission en psychiatrie et devra faire l'objet d'une protocolisation entre médecins des deux établissements (*cf. infra*).

Une fois que le psychiatre a décidé la nécessité d'une prise en charge spécialisée, les infirmiers de psychiatrie assurent la réalisation des pièces médico-légales et les démarches auprès des familles. Le patient peut être orienté vers une structure ambulatoire ou bénéficier d'une hospitalisation. La recherche de tiers est souvent difficile et sa recherche est tracée dans le dossier médical. Les psychiatres et IDE de psychiatrie n'ont pas accès au logiciel des urgences et les urgentistes n'ont pas accès au logiciel Cariatides de psychiatrie.

Aux urgences, le patient dans l'attente d'une place en psychiatrie est soit placé dans une salle d'examen s'il est cliniquement stable, soit contentonné sur le brancard si nécessaire ; la pose de contentions est décidée par l'urgentiste, inscrite et horodatée dans le logiciel médical des urgences mais jamais validée dans l'heure par un psychiatre.

RECOMMANDATION 3

Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.

Les contentions utilisées sont nettoyées entre chaque patient. Elles sont installées par les infirmières des urgences qui effectuent également la surveillance mais sans la tracer dans les dossiers des patients ; il n'y a aucun protocole de mise en place des contentions, disponible pour les soignants.

Les personnes contentonnées dans l'attente d'une hospitalisation en psychiatrie ne restent, selon les soignants, jamais plus de 24 heures aux urgences et sont toujours placées dans un box fermé mais parfois, par manque de place, dans le couloir. Aucun registre des mesures d'isolement et de contention n'est analysé régulièrement par les soignants et ne permet de connaître la pratique réelle.



Salle de l'IOA



Bureau de psychiatrie



Box individuel

Pour les transferts de patients vers le CHS, il est fait appel à un transporteur sanitaire privé ; si le patient est contentonné dans l'ambulance, les contentions sont décidées par l'urgentiste ; les ambulanciers disposent des aimants permettant de lever les contentions en cas d'accident.

RECOMMANDATION 4

Un protocole de travail devra être mis en place entre le CHG et le CHS afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres et urgentistes.

3.1.2 L'arrivée dans les services

Les personnes en SSC arrivent principalement du service des urgences de Brignoles et Hyères, minoritairement depuis les CMP ou adressées par les médecins généralistes ou les établissements médico sociaux : en 2022, 69 % ont été admis via les urgences (396), 17 % depuis le domicile, 10 % par transfert de psychiatrie, 3 % (19) par transfert de MCO et 2 % depuis l'hébergement médico-social, enfin 2 % depuis le SSR. La file active compte 748 admissions, 874 en intégrant l'unité de psychiatrie du sujet âgé (UDPSA). L'unité Palmiers 1, où se trouvent les CI, se distingue avec 209 entrées directes.

A leur arrivée dans le service, les patients sont accueillis par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité ; les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier, dès l'admission.

Ils bénéficient d'un examen par le somaticien dans les 24 heures à 48 heures sauf à Odysée.

Les restrictions en début d'hospitalisation sont décidées après la consultation du psychiatre, principalement à Palmier 1.

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents.

3.2 LA GESTION DES LITS EST TENDUE ET LE TAUX DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LES PROCEDURES D'URGENCE OU DE PERIL IMMINENT ANORMALEMENT ELEVE

Entre 2021 et 2022, la file active totale du CHHG a augmenté de 6 %, passant de 9 385 à 9 978 (avec une hausse de 8 % de la file active en hospitalisation à temps complet), la capacité en lits au 31 décembre passant quant à elle de 145 à 134 (hors chambres d'isolement).

Le 1^{er} juillet 2022, l'unité de réhabilitation a été fermée pour permettre l'ouverture en lieu et place de l'unité temps plein adultes de Draguignan d'une capacité de 20 lits¹. L'absorption par le CHHG de près de 80 % des patients de Draguignan en hospitalisation complète pour plus de 72 heures dans l'unité Platanes (qui leur a été dédiée), a augmenté la part des mesures de soins sans consentement et le nombre de patients présentés au JLD du tribunal judiciaire de Toulon ou de la Cour d'appel d'Aix en Provence (progression de 340 à 441 entre 2020 et 2022).

¹ A la suite de la reconnaissance par l'ARS Paca de l'impossibilité pour le CH de La Dracénie (Draguignan) de continuer à assurer des soins psychiatriques de plus de 72 heures, la zone d'accueil, de diagnostic et d'orientation (ADO) a été mise en place le 21 juin 2022 avec vocation d'accueillir des patients pour moins de 72 heures. En fonction de l'état clinique et, dans le cas de soins psychiatriques contraints, si la mesure est confirmée, l'accueil peut être suivi d'une orientation vers l'un des trois autres établissements du département avec une priorité pour le CHHG de Pierrefeu (fixée à 66 %) et pour le CHIFSR de Fréjus (34 %).

Le déficit d'effectif médical a conduit certaines unités à réduire leur capacité : pendant quelques mois, Palmiers 2 a ainsi dû ramener sa capacité théorique de 25 à 20 lits (situation revenue à la normale début mai 2023, avec l'arrivée de deux médecins vacataires) ; à compter du 1^{er} avril 2023, l'unité Odyssée a réduit son nombre de lits de 22 à 15.

Au moment du contrôle, le taux d'occupation des diverses unités visitées était de 100 %. Cette gestion tendue des lits a conduit, pour des admissions, à l'utilisation de lits de patients placés à l'isolement, à des admissions ou des transferts vers des unités hors secteur amenant les patients à être suivis par des équipes différentes, y compris en gérontopsychiatrie et des sorties prématurées ou des entrées retardées.

Le nombre de mesures de soins sans consentement est en augmentation constante depuis 2020 : 362 SSC en 2020, dont 54 SPDRE et 308 SPDDE ; 464 SSC en 2022, dont 56 SPDRE et 408 SPDDE ; 217 mesures sur les cinq premiers mois de 2023, dont 26 SPDRE et 191 SPDDE.

En 2022, les mesures de soins sans consentement ont concerné 52 % des patients admis. 83 % des mesures sont prises sur décision du directeur (SPDDE), 17 % sur décision du représentant de l'état (SPDRE) en ce inclus les mesures judiciaires très marginales.

Les SPDRE émanent à plus de 60 % d'un arrêté direct du préfet, les arrêtés provisoires des maires étant en diminution en 2022 (37 %) par rapport à 2020 et 2021 (respectivement à 55,5 et 50 %).

Sur les 408 mesures de SPDDE prononcées en 2022, seules 7 (1,71 %) sont prises selon la procédure de droit commun (sur demande d'un tiers et avec deux certificats médicaux) tandis que 195 (47,79 %, en légère diminution depuis 2020) le sont selon la procédure d'urgence et 206 (50,49 %, en augmentation depuis 2020) selon celle de péril imminent. Le nombre élevé de procédures dérogatoires se retrouve en 2023 avec toutefois une inversion entre SDTU et SPI (2 % de SDT classique – 53,40 % de SDTU et 44,5 % de SPI). Si le tiers est recherché par l'équipe psychiatrique du CHHG présente aux urgences, l'absence de médecins extérieurs à l'établissement explique le non-recours à un second certificat médical.

La durée moyenne de séjours en 2022 est de l'ordre de 50 jours pour les patients en SDRE, 31 jours pour les SPDT, 25,9 pour les SPI et 7,5 jours pour les détenus.

RECOMMANDATION 5

Le recours aux procédures dérogatoires et plus particulièrement à l'admission en cas de péril imminent doit rester exceptionnel. Des accords doivent être recherchés avec des médecins extérieurs aux établissements (CHHG et urgences) afin de rendre plus efficiente la procédure classique de soins sans son consentement à la demande d'un tiers.

3.3 L'INFORMATION GENERALE DES PATIENTS ET CELLE RELATIVE A LEURS DROITS SPECIFIQUES SONT LACUNAIRES

3.3.1 L'information générale des patients

Une information générale sur les droits des patients (charte du patient hospitalisé, accès aux droits sociaux, personne de confiance, plaintes et relations avec les usagers, soins sans consentement) est tout d'abord accessible par le biais du site Internet de l'établissement.

Le livret d'accueil, très récent (mis à jour en 2023) doit normalement être délivré aux patients à leur arrivée au sein des différentes unités, ce qui est très aléatoirement le cas en pratique. Peu de patients rencontrés avaient connaissance de l'existence de ce livret ou de son contenu. L'unité

Odyssée a mis en place un nouveau protocole selon lequel un livret d'accueil doit être déposé en chambre à la sortie d'un patient afin que le prochain en dispose dès son arrivée et qu'une « check-list » soit établie pour en vérifier la distribution effective. Cette absence de délivrance systématique est attestée par le bilan des questionnaires de satisfaction de 2022 qui met en évidence que 36 % des patients ont indiqué ne pas en avoir reçu, 10 % ont répondu ne pas se souvenir et 39 % ont répondu en avoir effectivement bénéficié.

Ce livret aborde de manière complète les droits généraux des usagers (l'accès au dossier médical, la personne de confiance, les directives anticipées de fin de vie, les plaintes et réclamations, la commission des usagers, le droit de vote, etc.) et fournit à la suite de ces droits – également applicables aux patients en soins libres – des informations relatives à la procédure de contrôle des mesures des soins sans consentement, aux voies de recours et aux modalités de sortie. En outre, il contient à la fin, des fiches détachables relatives aux différents modes d'admissions et des droits y afférents, aux directives anticipées de fin de vie ainsi qu'un questionnaire de sortie. En revanche, il ne présente pas la commission départementale des soins psychiatriques, qui est seulement mentionnée sur la fiche détachable relative aux modes d'hospitalisation.

Ce livret est relativement épais et, de ce fait, peut ne pas toujours être accessible et lisible pour les patients. Le service qualité, conscient de cette difficulté, travaille à l'élaboration d'un livret d'accueil complémentaire avec pictogrammes pour en faciliter la lisibilité.

RECOMMANDATION 6

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance. Il doit contenir des informations sur la mission, la composition et les moyens de saisir la commission départementale des soins psychiatriques.

Les règles de vie, en couleur et illustrées par des pictogrammes, sont affichées dans le couloir des unités (à l'exception de l'unité de gérontopsychiatrie) mais pas dans les chambres et elles ne sont pas remises aux patients. Elles précisent les spécificités applicables à chacune des unités notamment sur les horaires des repas, des visites, sur l'utilisation du téléphone portable, ou encore les voies de recours offertes aux patients. En revanche, elles sont peu étayées. Les informations concernant les représentants des usagers, le culte, le vote, ou des explications sur la personne de confiance n'y sont pas mentionnées. Ces règles de vie sont anciennes et discutées en équipes bien qu'elles ne soient pas remises en cause par les soignants, pas même sur les points de restriction systématiques.

Outre les règles de vie, les contrôleurs ont constaté que l'affichage au sein des unités relatif aux informations sur les droits des patients était peu fourni à l'exception de la charte de la personne hospitalisée, d'une affiche relative aux représentants des usagers, aux missions et à la composition de la commission des usagers et selon les unités, d'une affiche sur les voies de recours offertes aux patients. Les droits spécifiques liés aux soins sans consentement, dont la liste est pourtant limitativement énumérée à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, ne sont pas affichés.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique que toutes les règles de vie ont été mises à jour au cours du dernier trimestre de 2022 et du 1^{er} semestre 2023, listant tous les documents affichés dans les unités.



Affichage au sein de l'unité Palmier 1



Un des trois panneaux d'affichage au sein de l'unité Odysée

3.3.2 L'information individuelle des patients sur leurs droits spécifiques

La notification des droits et des voies de recours des personnes en soins sans consentement est réalisée par les soignants selon leur disponibilité et leurs connaissances.

En effet, dès son arrivée au sein de son unité de prise en charge, le patient admis en soins contraints est reçu dans un bureau par un infirmier qui va lui fournir les raisons de son admission, les informations relatives aux règles de vie de l'unité, et autant que faire se peut en fonction de ses connaissances, les informations relatives à ses droits, aux voies de recours possibles, au rôle du juge des libertés et de la détention. Si l'état du patient ne lui permet pas la compréhension de ces informations, leur délivrance est reportée. A chaque étape de la mesure, les soignants des différentes unités avisent le patient des décisions le concernant.

La notification des décisions donne lieu à la signature d'un accusé réception par celui-ci. En cas de refus de signer, ou si son état clinique n'est pas stable, cet accusé est émargé par deux infirmiers et les explications sur la décision et les droits afférents sont de nouveau délivrées lors de la notification des certificats médicaux des 24 et/ou 72 heures. Pour autant, cette nouvelle explication n'est pas tracée et ne peut donc valoir notification différée.

Des copies de la décision et de la feuille de notification mentionnant les voies de recours sont remises au patient, tandis que les originaux sont rangés dans son dossier au bureau des entrées. Si le patient ne souhaite pas les conserver, ce qui est la situation la plus fréquemment rencontrée, elles sont classées dans leur dossier médical au sein du bureau infirmier de chacune des unités.

Lors de son arrivée, le patient est en outre systématiquement reçu par un médecin psychiatre en présence d'un infirmier. Si ses observations sont souvent recueillies et consignées dans son dossier informatisé sur Cariatides®, il apparaît à l'examen du registre de la loi et des copies des certificats médicaux, que les observations du patient ne sont pas reproduites sur ces derniers.

Les différents certificats médicaux sur lesquels se fonde la mesure (initial, 24 heures, 72 heures etc.) ne sont jamais communiqués au patient mais classés dans son dossier médical. L'identité du tiers demandeur n'est pas non plus toujours délivrée selon les unités.

Il importe que la notification des droits soit complète dans toutes les unités en incluant la remise au patient d'une copie des documents notifiés mais également des certificats médicaux sur

lesquels s'appuient les décisions prises, et ce d'autant plus qu'ils constituent bien souvent un appui à la motivation des décisions judiciaires.

RECOMMANDATION 7

Les certificats médicaux, sur lesquels s'appuie une décision de soins sans consentement doivent être remis au patient. Ses observations sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et une mention de cet avis doit être portée sur les certificats médicaux.

En cas d'admission sur demande d'un tiers, l'identité de celui-ci doit être communiquée au patient dès que son état le permet.

3.3.3 L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est mentionné brièvement dans le livret d'accueil. La demande doit être faite par courrier adressé au directeur du CHHG accompagné du formulaire adéquat et de la copie de la pièce d'identité du patient. Une fois la demande acceptée, le dossier peut être consulté sur place, remis en mains propres ou une copie peut être adressée au patient par courrier, les frais d'expédition étant à sa charge. La communication du dossier est comprise dans un délai de quarante-huit heures à huit jours lorsque la prise en charge est intervenue à moins de cinq ans ou jusqu'à deux mois dans le cas contraire. Lors de la visite, une patiente de l'Odyssee a pu obtenir une copie de son dossier médical qu'elle a conservé en chambre.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LE PARC IMMOBILIER EST PARTIELLEMENT VETUSTE

L'hôpital de Pierrefeu-du-Var a été construit autour des années 1890 avec une organisation pavillonnaire sur une surface totale bâtie d'environ 34 000 m² dont 37 % inoccupées ou désaffectées. Des opérations ont été réalisées pour moderniser ou créer certains bâtiments : le bâtiment Odyssée en 2003, la pharmacie en 2010, le bâtiment Palmiers en 2011, la salle d'audience créée en 2015, l'unité Les Alizés rénovée en 2020 pour installer l'unité Covid et le pôle de gérontopsychiatrie rénové en 2021.

4.1.1 Les constats au moment du contrôle

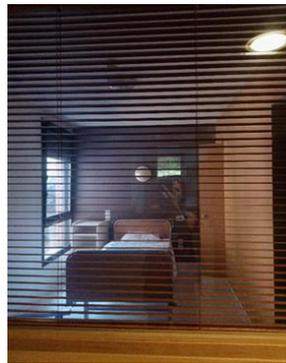
Les locaux actuels associent des bâtiments récemment rénovés et d'autres vétustes.



Unité de gérontopsychiatrie

Le bâtiment de gérontopsychiatrie, rénové récemment, est bien entretenu et adapté au public accueilli ; les personnes âgées y bénéficient partout d'un rafraîchissement de l'air.

Les locaux du bâtiment Palmiers, datant de 2011, sont remis en peinture régulièrement ; ils comportent une grande majorité de chambres individuelles dotées de salle de bain privatives, de verrous de confort (exclusivement pour les chambres, pas pour les salles de bain de chambres doublées) et de boutons d'appel.



Unité Palmiers 2

Le bâtiment Platanes est en revanche vétuste, comportant majoritairement des chambres individuelles (10 simples et 5 doubles) mais seules deux chambres sont équipées de toilettes. Les sanitaires et salles de bain sont collectifs. Les chambres ne disposent pas de verrous de confort.



Banc individualisé / Unité Platanes ; Patio et salle de télévision

Le bâtiment Odysée est également vétuste ; ce bâtiment dispose majoritairement de chambres individuelles ainsi que de salles de bains privatives, mais qui ne sont pas dotées de verrous de confort ; la cour au premier étage présente un aspect carcéral mais elle est peu utilisée car les patients ont un accès direct au parc.

Enfin, les locaux de l'unité TED implantés au bâtiment Les Mésanges, apparaissent particulièrement inappropriés et indignes pour les patients qui y sont soignés malgré les efforts pour les rendre supportables (remise en peinture récente, création d'une salle de détente dédiée aux patients).



Unité TED

Dans le cadre du schéma directeur immobilier détaillé *infra*, les unités des bâtiments les plus anciens (Platanes, Odysée et TED) vont faire l'objet d'un relogement dans de nouvelles structures bâtementaires, idéalement d'ici 2027. Toutefois, dans l'attente de la réalisation de ces opérations d'envergure, il apparaît important de réaliser sans tarder certains aménagements : toutes les chambres et salles de bain doivent être dotées de tous les outils propres à maintenir l'intimité et la sécurité des patients (verrous de confort et bouton d'appel).

Par ailleurs, la signalétique de l'établissement apparaît défailante : sans plan, il est très difficile de s'orienter pour des patients susceptibles de se déplacer seuls d'autant que le livret d'accueil n'en comporte pas. Un bâtiment porte toujours un écriteau « service des spécialistes » alors qu'il n'en existe plus au sein de l'établissement depuis plusieurs années.

L'accès à l'unité TED implique d'actionner une sonnette, cependant le mur d'entrée en comporte plusieurs sans que l'on sache laquelle est fonctionnelle et qu'il convient d'appuyer fort.

En dernier lieu, la suppression des bancs doubles dans les cours était liée à l'épidémie de Covid-19 ; ses équipements doivent être désormais remis à leur état d'origine.

RECOMMANDATION 8

L'ensemble des chambres d'hospitalisation doivent disposer de verrous de confort et de boutons d'appel. La signalétique au sein du site doit être opérationnelle. Les conditions immobilières indignes de la prise en charge des patients à l'unité TED imposent une reconstruction urgente.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique :

« pour la signalétique un contrat de prestation de service a été souscrit en septembre 2023 avec une société. L'établissement travaille donc actuellement sur la définition de sa nouvelle charte graphique. Durant le second semestre 2024, le contrat prévoit une réactualisation de toute la signalétique en prenant en considération cette nouvelle charte graphique. Concernant l'unité TED, un projet de prise en charge pluridisciplinaire est d'ores et déjà validé par l'ARS. C'est donc un nouveau bâtiment de 1700 m² qui va être construit en lien direct avec les activités de la MAS. Ce dossier d'un montant d'environ 9 millions d'euros est financé à hauteur de 50% par l'ARS PACA. »

4.1.2 Les perspectives du schéma directeur immobilier

Le schéma directeur immobilier, initié en 2019, comporte très schématiquement trois phases de réalisation dans sa dernière version de début d'année 2023.

Phases de réalisation	Calendrier et budget	Objectif
Le rapatriement de 15 lits d'hospitalisation de Brignolles au bâtiment Les Alysées	Réalisée en début d'année 2023	
Création d'un pôle « troubles du spectre de l'autisme » (TSA) avec la création d'un nouveau bâtiment de 1700 m ²	Réalisation entre 2024 et 2027 8,5 K€	La construction du bâtiment TSA libérera le bâtiment Les Mésanges abritant l'unité TED ainsi que d'autres lits de prises en charge en temps plein.
Reconfiguration de la prise en charge en hospitalisation temps plein dans le cadre d'une construction neuve, localisée en proximité avec les bâtiments modernisés abritant Palmiers	Conception en 2026 et réalisation pour fin 2027 24 K€	Relogement des unités localisées à Odyssée et Platanes complétée dans une phase, ultérieure par la création d'une unité fermée, de 15 lits (+ 3 chambres d'isolement).

Toutefois, au moment du contrôle, la couverture des engagements financiers nécessaires à la mise en œuvre du pôle TSA ne semblait acquise qu'à hauteur de la moitié des crédits disponibles en investissement à hauteur de 2 474 652 € et une promesse de crédits « Ségur » de 1 725 348 €, soit au total 4 200 000 €.

4.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT RESPECTEES

L'entretien des bâtiments est organisé en régie pour les locaux d'hospitalisation complète, et en gestion externalisée pour les locaux de consultation ou d'hospitalisation de jour dans le cadre d'un marché auprès d'une société privée. Les contrôleurs n'ont recueilli aucune doléance concernant l'entretien des locaux d'hospitalisation complète et ont constaté le bon état de propreté des locaux. Toutefois, deux événements indésirables ont été déclarés relatifs à la présence de cafards dans une unité en 2022.

Pour l'hygiène corporelle des patients, l'établissement a fait le choix de demander la fourniture des effets de toilettes par la famille, l'hôpital ne fournissant que la literie dont l'entretien est externalisé. Toutefois, des kits d'hygiène sont disponibles en cas de besoin. Le linge personnel du patient est en principe entretenu par la famille. A défaut, l'établissement offre un service de blanchisserie interne.

4.3 LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS RESPECTE LEURS DROITS

D'une manière générale, les patients détiennent leurs effets personnels usuels dans leur chambre. Cependant, certaines unités ne disposent pas d'armoire pouvant être fermée par un cadenas.

La liste des objets « proscrits » est précise (objets coupants, boissons alcoolisées, produits illicites ou dangereux), les biens personnels précieux ou en accès « encadré » (rasoir, par exemple) sont stockés dans de petits casiers personnels à chaque patient dans chaque unité. Seul le patient et le cadre de l'unité en détiennent la clé.

Sauf prescription médicale contraire, les patients conservent le libre usage de leurs téléphones portables, ordinateurs, tablettes et chargeurs. Les règles de vie rappellent la nécessité de ne pas prendre en photo ou filmer d'autres patients ou des soignants.

Lorsqu'une mesure d'incapacité ou de protection juridique semble nécessaire pour un patient, les assistantes sociales de chaque unité procèdent aux démarches. En l'absence de proches, le service des tutelles de l'établissement peut être désigné par le juge des tutelles compétent, de même que dans l'hypothèse d'une carence du tuteur initialement désigné. Les tuteurs et curateurs sont associés, s'ils le souhaitent, aux décisions prises pour l'accompagnement des patients dans leur sortie.

4.4 L'ORGANISATION DES REPAS REpond AUX BESOINS DES PATIENTS MAIS DES RESTRICTIONS SUR LA CONSERVATION DE DENREES EN CHAMBRE NE SONT PAS INDIVIDUALISEES

Les repas sont pris aux horaires traditionnels : petit-déjeuner à 8h00, déjeuner à midi et dîner à 19h00. Ils sont servis en réfectoire. Seule l'unité Palmiers 2 propose un repas servi en chambre pour les patients les plus autonomes et non sujets aux fausses routes.

Les régimes alimentaires sont correctement mis en œuvre et modifiés immédiatement sur prescription. Les régimes sur choix ou convictions personnelles, « sans porc » et végétariens, sont proposés. Les formulaires de satisfaction sont globalement positifs.

Un goûter ou collation est servi deux fois par semaine pour les adultes et quotidiennement aux mineurs. Des tisanes sont proposées dans certaines unités, en soirée.

La prestation de restauration a fait l'objet d'un audit commandé par l'hôpital en 2022 car le coût de fonctionnement de la cuisine du CH de Pierrefeu-du-Var était supérieur à la moyenne

régionale et nationale. Cet audit a préconisé un effort particulier à faire sur la comptabilisation du gaspillage alimentaire et des actions tendant à le réduire ; il a également préconisé de ne pas anticiper l'heure des dîners avant 19h00 pour éviter un jeûne trop long, ou à défaut la généralisation de la pratique de la tisane.

En revanche, une interdiction drastique de nourriture et boissons en chambre est pratiquée au sein de l'établissement et figure au livret d'accueil.

RECOMMANDATION 9

L'interdiction de conserver des aliments ou boissons non périssables en chambre doit être individualisée, motivée cliniquement et proportionnée au risque présenté.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique que le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) sera saisi de cette question lors de sa prochaine séance de travail, le 16 janvier 2024. L'équipe opérationnelle d'hygiène sera également sollicitée pour avis.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET DE VENIR SONT LIMITEES ET INDIVIDUALISEES

5.1.1 La liberté de circulation des patients

Seule l'unité Palmiers 1, dont les seize patients sont tous hospitalisés sans consentement, est fermée. Pour entrer dans le bâtiment, il faut activer une sonnette et se présenter à l'interphone. A l'intérieur de cette unité, la circulation des patients est libre et les patients peuvent accéder à leur chambre à tout moment ainsi qu'au patio de 8h30 à 13h00 et de 14h30 à 21h30 et si besoin jusqu'à 23h00 pour les fumeurs. Deux patients en SSC sont inscrits à des activités hors de l'unité. En dehors de ces deux cas, toutes les sorties à l'extérieur de l'unité (pour aller dans le parc, à la cafétéria, aux activités ou en dehors de l'établissement) nécessitent une autorisation médicale préalable. Le 7 juin 2023, 6 patients peuvent sortir accompagnés dans le parc et se rendre accompagnés aux activités ; 8 n'ont aucune autorisation de sortir ni seuls ni accompagnés. Un patient bénéficie d'autorisations de sorties de moins de 12 heures accompagné.

L'unité Palmiers 2 dispose d'une partie ouverte et d'une autre fermée. Deux patios sont à la disposition des patients l'un accessible depuis l'unité ouverte et l'autre depuis l'unité fermée. Parmi les 20 patients, 11 sont hospitalisés en SSC. Tous, sont susceptibles de bénéficier de sorties de moins de 12 heures accompagnés.

Les unités Platanes et Odyssée sont ouvertes. Les portes ferment seulement durant le repas de midi et le soir vers 19h00. Seuls deux patients en soins sans consentement dans chacune de ces unités (sur 14 patients en SSC à Platanes et 11 à Odyssée) ne sont pas autorisés à sortir de l'unité. Au sein de l'unité Platanes l'ensemble des patients sont susceptibles de pouvoir bénéficier de sorties de moins de 12 heures accompagnés et quinze de sorties de plus de 48 heures non accompagnées. L'unité Odyssée autorise trois patients en soins sans consentement à sortir seuls. Les patios arborés meublés de chaises et de banc ainsi que de quelques équipements sportifs ouvrent le matin au moment du petit-déjeuner et ferment le soir après dîner.

Quant à l'UDPSA, elle concilie les dispositions sécuritaires de l'unité fermée, les patients étant pour certains très fragiles, avec la liberté des portes ouvertes pouvant bénéficier aux patients les plus autonomes : en effet, les soignants affichent opportunément sur la porte un code suivi d'un dièse étant précisé qu'il faut faire ce nombre de quatre chiffres à l'envers. Les patients les plus fragiles doivent demander de l'aide aux soignants qui, ainsi, peuvent contrôler l'aptitude ou non du patient à sortir seul. Parmi les vingt-cinq patients hospitalisés dans cette unité, quatorze sont en soins libres et onze en soins à la demande du directeur de l'établissement. Quatre patients en SSC ne sont pas autorisés à sortir de l'unité. L'ensemble des patients peut accéder aux activités en dehors de l'unité mais certains doivent être accompagnés d'autant que des difficultés à la marche et à la mobilité s'ajoutent aux pathologies traitées par l'unité. L'ensemble des patients est susceptible de bénéficier de sorties de moins de 12 heures accompagnés. Le patio de l'UDPSA, arboré, d'une superficie de 600 m², présente un auvent sous lequel les patients peuvent s'asseoir ainsi qu'un terrain de pétanque très utilisé. Le pourtour des arbres est équipé de petits murets permettant également à une personne ayant une perte de mobilité de s'y asseoir. L'accès est possible du matin au soir.

5.1.2 La sécurité de l'établissement

L'établissement bénéficie d'un service de sûreté composé de deux cadres et de sept agents travaillant 24h sur 24. Ces agents ont une fiche de poste actualisée au 2 août 2022 qui énumère leurs missions. Ainsi, il y est mentionné notamment que l'agent « *intervient en renfort des personnels soignants sur alarme volontaire émanant des PTI pour sécuriser les situations de violences* ». Lors des entretiens, les agents ont précisé aux contrôleurs qu'il leur arrivait d'être sollicités pour maintenir un patient devant être placé sous contention.

RECOMMANDATION 10

Sauf urgence ou légitime défense, seul le personnel soignant peut intervenir dans la maîtrise physique des patients.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique :
« suite à une demande de renfort effectuée par les soignants via les PTI, les agents de sécurité se rendent sur les lieux pour sécuriser les situations de violence. Ils n'interviennent dans la maîtrise physique des patients, seulement et seulement si, ils se trouvent dans une situation où la vie d'une personne est mise en danger ou dans une situation de légitime défense. »

Les contrôleurs prennent acte de ces précisions.

Le service de sécurité est chargé des formations de l'ensemble des agents à la lutte contre l'incendie. Des exercices d'évacuation sont organisés une fois par an (en 2023, pour l'unité Platanes, l'unité Odyssee, l'unité Palmiers 1 et 2 et l'UDPSA).

La sous-commission départementale de sécurité incendie a émis des avis favorables à la poursuite de l'exploitation des unités Platanes, Odyssee et Palmiers 1 et 2 le 23 octobre 2020. Le 11 juin 2021, avant l'ouverture de la nouvelle unité départementale de psychiatrie du sujet âgé, la sous-commission est intervenue afin d'autoriser son ouverture.

Les extincteurs et les robinets d'incendie armés (RIA) sont contrôlés une fois par an par la société Sicli. Une fois par mois, deux hygiénistes du laboratoire ABIOLAB viennent contrôler l'état des conduites d'eau pour prévenir la légionellose. Une vérification tous les semestres est faite par la société Siemens sur le fonctionnement des détecteurs de fumée.

Les PTI sont localisés facilement par les agents de sécurité et les unités sont reliées en priorité avec deux unités contiguës pour davantage de réactivité.

Cependant, les agents de sécurité ne savent pas si les chambres d'isolement sont occupées ou non et aucune organisation de cette information n'est mise en place.

RECOMMANDATION 11

Le service d'incendie et de secours doit être informé en temps réel de l'occupation des chambres où des patients sont enfermés.

L'établissement est doté de 32 caméras de vidéo surveillance qui couvrent l'extérieur du domaine et qui enregistrent les images conservées durant quinze jours. Seule l'unité Palmiers 1 est équipée de caméras dans les couloirs et dans les chambres d'isolement dont les images sont renvoyées dans la salle des soignants et ne peuvent être enregistrées. Les chambres d'isolement sont également couvertes par une caméra.

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES ET LIMITEES

Les horaires de lever sont fixés entre 7h00 et 8h00. Le petit déjeuner est servi à partir de 8h00. Les soins sont effectués entre 7h30 et 8h30.

L'accès aux chambres est libre à tout moment de la journée, sauf lors des heures de ménage.

Sauf avis médical contraire, l'usage du tabac est autorisé dans toutes les unités, au sein des patios. Selon les unités, le tabac peut être retiré aux malades et conservé dans des casiers personnels dans le bureau des infirmiers ou dans les casiers individuels des patients. Les cigarettes, dont le nombre est variable selon la décision médicale, sont remises en nombre limité durant la journée.

Une aide au sevrage tabagique est proposée aux patients qui souhaitent arrêter la consommation de tabac.

L'usage du tabac est interdit dans les chambres et dans les parties communes. Aucun allume-cigare n'est installé dans les cours et patios des unités. Les briquets sont autorisés dans certaines unités et interdits dans d'autres. Dans ce dernier cas, les patients doivent faire appel aux soignants pour allumer leurs cigarettes. A ce titre, certains patients se sont plaints de l'attente due à l'indisponibilité des soignants.

RECOMMANDATION 12

Les cours et patio doivent être équipés d'allume-cigares.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique que cette demande est prise en compte dans la demande d'équipements des services pour le tout début de l'année 2024.

Dans aucune des unités le port du pyjama n'est imposé aux patients.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT GARANTIES MAIS LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE DU PATIENT N'EST PAS ASSUREE

5.3.1 L'accès au téléphone

Sauf contre-indication médicale, les patients disposent généralement de leurs téléphones portables et peuvent librement émettre ou recevoir des appels téléphoniques. Les chargeurs ne font pas l'objet d'un retrait systématique. Dans certaines unités, ils sont remis aux patients le temps nécessaire au chargement de leur téléphone, dans d'autres il n'y a aucune restriction relative à l'utilisation des chargeurs.

L'accès gratuit à un appareil téléphonique du service est autorisé, sur demande, pour les patients ne disposant pas de téléphone portable. Celui-ci est généralement sans fil ce qui permet des échanges en toute confidentialité.

5.3.2 Le courrier

Les patients de toutes les unités peuvent recevoir et envoyer du courrier sans restriction ni censure. S'ils ne disposent pas du nécessaire (papier, enveloppe et stylo), celui-ci peut leur être fourni par le personnel soignant. La Poste assure l'acheminement du courrier tous les jours de la semaine, sauf le dimanche. Le courrier est relevé et distribué dans chaque unité par le vaguemestre. Lors de l'expédition, si l'affranchissement n'est pas effectué par le patient, il est

pris systématiquement en charge par l'hôpital. Les courriers à l'attention des autorités peuvent être envoyés en recommandé. La réception des colis de vêtements est autorisée. Un contrôle de leur contenu est effectué dans les unités et les objets interdits sont retirés.

5.3.3 Les visites des familles

Dans toutes les unités, les visites sont soumises à autorisation médicale. Elles ont lieu en principe tous les jours au cours de l'après-midi entre 14h00 et 18h00. Une souplesse dans les horaires de visite est admise pour les proches qui travaillent ou dont le domicile est éloigné. A cet effet, les proches ont la possibilité d'être hébergés dans « l'appartement des familles » situé au sein de l'établissement hospitalier.

Dans certaines unités, une prise de rendez-vous est préalable à toute visite, dans d'autres, elle n'est pas obligatoire mais fortement conseillée. Les visites se déroulent soit dans les cours, qui sont pour la plupart arborées et équipées de bacs et tables, soit dans les salons d'accueil, soit à l'extérieur de l'unité dans le parc ou à la cafétéria. Les chambres des patients ne sont pas accessibles aux membres de la famille. Les enfants ne sont pas autorisés à entrer dans certaines unités.

5.3.4 L'accès à la presse, à la télévision et aux réseaux sociaux

La presse quotidienne, tant nationale que locale, est absente. Il en est de même des revues et magazines. Cependant, lors des visites, les proches peuvent apporter journaux et magazines que les patients se prêtent entre eux. Sauf disposition médicale contraire, les tablettes et ordinateurs sont autorisés dans certaines unités. Dans d'autres unités, ils sont proscrits. Il n'y a pas de postes informatiques qui soient accessibles aux personnes hospitalisées. Néanmoins, ces dernières se servent exclusivement de leurs smartphones pour accéder à l'information et aux réseaux sociaux via Internet qui est accessible grâce au réseau 4G.

La télévision est accessible dès le lever et jusqu'au coucher, c'est-à-dire de 7h00 à 23h00. Selon les unités, une ou deux salles sont prévues à cet effet. Elles sont généralement équipées de fauteuils et tables basses. Les télécommandes sont soit mises librement à disposition des patients, soit ces derniers doivent faire la demande auprès du personnel soignant afin de l'obtenir. Les patients ne sont pas autorisés à disposer d'un téléviseur dans leur chambre.

Les bibliothèques des unités, lorsqu'elles existent, ne sont pas très fournies, se limitant souvent à une simple armoire renfermant quelques livres. Cependant, le centre hospitalier dispose d'une bibliothèque centrale située au « centre des loisirs » qui est mise à la disposition de l'ensemble des patients hospitalisés tous les jours de 9h00 à 16h00.

5.3.5 La confidentialité et l'anonymat

Dans son intitulé « Identité protégée » le livret d'accueil indique : « *Si vous le souhaitez, vous pouvez demander au cadre de santé de l'unité que votre identité ne soit pas révélée pendant votre séjour dans l'établissement* ». Cependant, la procédure de la confidentialité et de l'anonymat n'est pas toujours connue de tout le personnel soignant. Ainsi, lors de l'entretien arrivant, la question de la confidentialité n'est pas toujours proposée.

A la suite d'un appel téléphonique extérieur, le standard répercute l'appel vers le bureau des entrées qui lui-même transmet l'appel vers l'unité d'accueil du patient. De ce fait, même si le personnel soignant des unités ne fournit aucun renseignement relatif au patient, l'interlocuteur est implicitement informé de la présence du patient au sein du service psychiatrique.

RECOMMANDATION 13

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé aux patients et des mesures doivent être prises afin qu'il soit pleinement assuré.

5.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

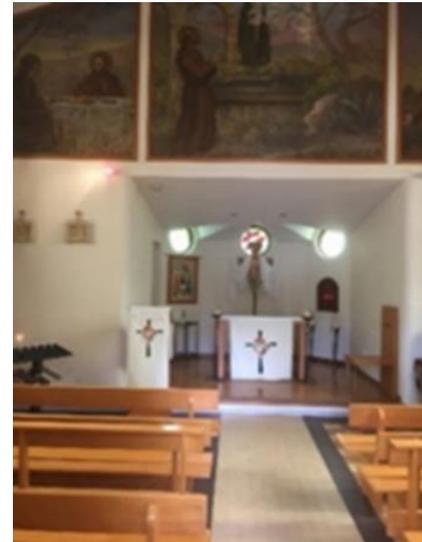
Le livret d'accueil rappelle que les patients peuvent durant leur hospitalisation exercer leur droit de vote. Lors de chaque élection, une campagne d'affichage est effectuée dans chaque unité afin d'informer les patients sur les modalités du vote. Les patients susceptibles d'y prendre part sont recensés par le personnel soignant. Les patients, selon leur état, peuvent soit voter par procuration, soit être accompagnés par le personnel soignant pour se rendre au bureau de vote, soit bénéficier d'une permission de sortie accordée par le médecin.

Les contrôleurs n'ont pas pu obtenir de statistique concernant la participation aux dernières élections.

5.5 SEUL LE CULTE CATHOLIQUE EST ASSURE DE MANIERE REGULIERE

Aucun affichage dans les unités ne fait mention de la possibilité de la pratique du culte, les coordonnées des intervenants des différents cultes ne sont pas indiquées. Selon les unités, une information orale relative au culte peut être fournie par le personnel soignant aux patients qui en font la demande.

Une aumônière catholique intervient régulièrement au sein de l'hôpital. Elle anime une réunion tous les dimanches à 15h30 dans une chapelle indépendante située à proximité du bâtiment administratif. La représentante du culte dispose d'un véhicule lui permettant de se rendre dans les unités, notamment en gériopsychiatrie, pour prendre en charge les patients à mobilité réduite qui souhaitent se réunir dans la chapelle. Les patients, selon leur état clinique, peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés par un membre du personnel soignant. L'aumônière catholique assure également des visites dans les unités à la demande des patients. Elle peut s'entretenir avec ces derniers dans leur chambre. Un accueil des patients qui le désirent est prévu à la chapelle le lundi et le vendredi de 14h00 à 18h00 et les mardi et jeudi de 10h00 à 18h00.



Chapelle du CH

Le personnel soignant peut, à la demande du patient, faire appel aux représentants des autres cultes. Les patients sont autorisés à conserver des objets à caractère religieux.

5.6 LA SEXUALITE N'EST PAS ABORDEE DE FAÇON INSTITUTIONNELLE

Le livret d'accueil ne comporte aucune mention quant à la vie sexuelle des patients. A l'exception de l'unité Palmiers 2 où la question de la sexualité est abordée sans tabou avec les patients, cette thématique est ignorée et la sexualité n'est pas tolérée dans les unités. Cependant, lorsque des rapprochements entre patients sont constatés, des préservatifs sont mis à disposition : les

rapports sexuels peuvent avoir lieu hors des unités. La pilule peut également être prescrite par le somaticien.

Lors des visites des conjoints, l'accès aux chambres étant interdit, les relations intimes ne peuvent avoir lieu au sein des unités.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE RESPECTE PAS LA DIGNITE DES PATIENTS

L'établissement compte trois chambres d'isolement, elles sont toutes installées au sein de l'unité Palmier 1. Ces chambres, identiques dans leur configuration, disposent pour unique mobilier d'un lit, dont le sommier métallique est scellé au sol et situé au centre de la pièce, avec un matelas en mousse recouvert d'une toile plastifiée comportant dans sa structure des points d'attache pour les contentions. Sont fournis au patient couverture et oreiller, mais pas de draps.

Les chambres d'isolement ne comportent ni table ni chaise. Dans ces conditions, les patients prennent leur repas sur leur lit avec des plateaux jetables et une cuillère. Une bouteille d'eau peut leur être laissée en l'absence de point d'eau dans les chambres.

Un coin WC est séparé du reste de la pièce par une petite cloison. Le siège des toilettes, en porcelaine et dépourvu d'abattant, est dans un état déplorable. Les chasses d'eau ne se commandent que de l'extérieur de la chambre.

Les trois chambres sont dotées d'un système de ventilation et de climatisation réversible (non réglable à l'intérieur de la chambre).

Chacune d'entre elles est éclairée de la lumière du jour par une fenêtre doublée d'une fenêtre coulissante. Les vitres ne peuvent être entrouvertes que par les soignants à l'aide d'une clé. Les volets comme l'éclairage électrique ne peuvent être manœuvrables que de l'extérieur par les soignants et non par le patient.

Les chambres sont munies d'un interphone mural mais pas d'un dispositif d'appel accessible lors des phases de contention. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une commande de bracelets avait été faite par l'établissement et devait être livrée courant juin pour permettre aux patients contenus de bénéficier d'un dispositif d'appel.



Vue d'une CI



WC CI unité Palmiers 1



Hublot occulté de la porte d'une CI

Les trois chambres d'isolement sont équipées d'une caméra de vidéosurveillance allumée en permanence dont les images sont reportées sur un moniteur installé dans le bureau des soignants (mais non enregistrées), le bloc sanitaire étant soustrait à leur regard. La surveillance des patients isolés en psychiatrie doit cependant s'exercer par contact humain direct et seule celle-ci peut être tracée dans le dossier du patient.

Les portes des chambres comportent un hublot occulté par un film opacifiant permettant au soignant de voir l'intérieur.

Une salle d'eau avec douche et lavabo est attenante aux chambres mais non accessible en permanence par les patients.

Une horloge digitale indiquant l'heure et la date est installée dans le couloir face aux chambres.



Salle de bain commune aux CI



Horloge devant CI

Le matériel de contention (ceintures abdomino-pelviennes, attaches poignets et chevilles), ainsi que les affaires personnelles du patient sont conservés dans des caisses déposées devant les portes des chambres d'isolement.

Un salon équipé de fauteuils, situé à proximité immédiate des chambres, peut être utilisé pour permettre aux patients de fumer.

A l'exception des WC, l'ensemble des locaux des chambres d'isolement est propre. Les trois chambres étaient utilisées au moment du contrôle (par un patient en SDRE depuis le 23 mai 2023, un en SPPI depuis le 31 mai 2023 et un en SDTU depuis le 3 juin 2023).

RECOMMANDATION 14

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention. Le patient doit pouvoir allumer ou éteindre la lumière de manière autonome, actionner les volets et la chasse d'eau, avoir accès librement à l'eau, aérer la pièce, disposer d'un siège et d'une table pour prendre ses repas.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique :

« un système d'appel infirmier par bracelet connecté a été installé le 24 août 2023 dans les trois chambres d'isolement de l'unité Palmiers 1. Ce dispositif peut être actionné par les patients faisant l'objet d'une mesure de contention. Le report de l'alarme s'opère sur la montre portée par les soignants, les PTI du service Palmiers 1 et sur un tableau mural positionné dans le bureau infirmier.

La rénovation des trois chambres d'isolement, conformément aux recommandations émises, est programmée au plan pluri annuel d'investissement sur l'année 2024. Un achat de mobiliers et équipements neufs est prévu dans ce cadre. »

La création de quatre espaces d'apaisement, un au sein de chaque unité (Odyssée, Palmiers 1, Palmiers 2 et Platanes), avec la technologie « *wavecare* » et la formation des soignants à leur utilisation, est en projet. Les travaux doivent débuter au mois d'août avec une date prévisible d'achèvement courant septembre/octobre.

En outre, l'unité de gérontopsychiatrie dispose d'un chariot mobile avec du matériel pour pratiquer la technique Snoezelen.

6.2 L'ETABLISSEMENT A DEVELOPPE LES OUTILS NECESSAIRES A LA REFLEXION SUR LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

6.2.1 La politique en matière d'isolement et de contention

Le CHHG s'est approprié la question du recours à l'isolement et à la contention qu'il mentionne dans son projet d'établissement 2021-2025. Il ressort de ce projet que : « *le respect des droits des patients, et notamment la limitation des mesures de restriction de liberté, constitue un axe fort et un sujet transversal de l'ensemble du projet d'établissement. Il constitue le défi n°2 du projet de prise en charge et d'amélioration de qualité et constitue un thème central de l'ensemble du projet de soin* ». Le projet médical mentionne le développement d'alternatives à l'isolement et la contention d'un point de vue immobilier avec la création de chambres d'apaisement et d'un espace snoezelen comme susmentionné.

L'isolement et la contention est également abordé dans le projet de soin et dans le projet lié à la prise en charge et d'amélioration continue de la qualité (action clé 12 : « *garantir le respect des libertés individuelles et améliorer la gestion des mesures de restriction de liberté* »).

Les alternatives à l'isolement et à la contention se développent également par le biais de la formation des agents : une formation relative à la « *gestion des états de crise-pacification Omega* » est organisée à raison de quatre sessions par an avec désormais quinze places au lieu de douze, une formation sur la gestion de la crise suicidaire et une formation d'une heure sur le bon usage des contentions organisée fin 2017 doit être reconduite en 2023. Une fiche de « *repérage des signes précoces de crise* » est par ailleurs à disposition des soignants.

Les protocoles « *mise en place d'une mesure d'isolement* » et « *mise en place d'une mesure de contention* » ont été révisés en mars 2022 pour prendre en considération la réforme de l'isolement et de la contention entrée en vigueur le 22 janvier 2022². Par ailleurs, l'établissement a également établi un protocole relatif au « *contrôle judiciaire du placement à l'isolement et en contention* », en concertation avec les juges des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire de Toulon, pour intégrer et appliquer les nouvelles dispositions législatives relatives au contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention.

Un rapport annuel relatif aux pratiques d'isolement et de contention est établi par le service qualité et gestion des risques afin d'analyser les pratiques et leur évolution dans le temps. Le rapport annuel de 2021 a été présenté devant la commission médicale d'établissement (CME) le 4 octobre 2022, le directoire et la commission des usagers.

Le rapport annuel de 2022, établi le 28 mars 2023, rappelle que ces mesures sont « *des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir un passage à l'acte imminent sous-tendu par des troubles mentaux. Elles s'inscrivent dans une démarche thérapeutique. Elles sont utilisées en*

² Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 et décret d'application n°2022-419 du 23 mars 2022.

dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge ». Ce rapport aborde des axes d'amélioration des pratiques : « un travail sur la désescalade, le débriefing après isolement/contention, la prise en compte du ressenti des patients » mais également une réflexion sur « l'humanisation, la réfection et le changement du mobilier des chambres d'isolement » et « l'accompagnement des professionnels dans des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles visant à limiter le recours à l'isolement et la contention », « la formation des professionnels à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage ».

6.2.2 Les mesures d'isolement et de contention

Les mesures de prescription et de surveillance des mesures d'isolement et de contention sont tracées informatiquement dans le dossier patient sur le logiciel Cariatides. L'enregistrement de ces données permet ainsi, par le biais d'une extraction, de générer le registre, imposé par les dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique. Les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soit l'identifiant du patient, son mode légal d'hospitalisation, les heures de décisions, le nom du psychiatre ayant décidé la mesure et le nom des professionnels de santé en charge de la surveillance. Le rapport annuel de 2022 précise néanmoins que certaines mesures n'ont pas été clôturées en temps et en heure dans le logiciel alors que la mesure avait pris fin.

Les mesures d'isolement et de contention sont prises et renouvelées par un médecin habilité à le faire. Lorsqu'une telle mesure est initiée par un infirmier de manière conservatoire, elle est validée par un psychiatre dans l'heure qui suit.

En l'absence des salons d'apaisement, les alternatives à la mesure d'isolement se limitent à des entretiens infirmiers pour tenter de désamorcer la crise, puis la délivrance d'un traitement si le patient n'est pas stabilisé (la voie orale est privilégiée puis la voie injectable est utilisée). De fait, l'isolement est encore souvent utilisé en prévention du suicide, alors que seule la protocolisation de la surveillance humanisée des patients (par prescription du rythme de la surveillance à vue) répond à l'obligation de moyens.

La surveillance est assurée par les soignants qui passent voir le patient isolé, à fréquence variable selon les prescriptions, et qui s'appuient fortement sur la vidéo surveillance présente dans les trois CI (surtout la nuit) et reportée dans le bureau infirmier. Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs que la présence obligatoire de deux soignants était nécessaire pour entrer dans la chambre d'isolement, quelle que soit la clinique du patient.

La surveillance est également assurée par le médecin psychiatre qui vient examiner les patients en isolement, deux fois par vingt-quatre heures. En revanche, les patients ne sont vus par un somaticien que sur demande du médecin psychiatre étant précisé qu'au moment du contrôle, un somaticien venait tout juste de prendre ses fonctions depuis quelques jours sur l'unité Palmier1, l'unité en étant auparavant dépourvue (cf. § 8.2).

Le patient placé à l'isolement ne conserve pas sa chambre d'hospitalisation dans son unité de prise en charge, sauf exceptionnellement pour les patients dits chroniques. Toutefois, une chambre hospitalière leur est conservée sur Palmier 1 où se trouvent les CI, sauf en cas de suroccupation des lits. Aucun isolement n'a lieu en chambre hospitalière.

L'équipe de sécurité incendie de l'établissement n'est pas prévenue lorsqu'un patient est isolé (cf. § 5.1).

Le patient placé à l'isolement est, en principe, mis en pyjama. Pour les patients avec des risques suicidaires, des pyjamas en kevlar sont également disponibles ainsi qu'une combinaison.

RECOMMANDATION 15

Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement ; il doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu et motivé dans le dossier du patient.



Pyjama en kevlar et combinaison anti-suicides

Les patients détenus sont généralement tous hospitalisés à Palmier 1 (24 patients détenus en 2022) et sont systématiquement placés en chambre d'isolement à leur arrivée, en principe pour une période d'observation de quarante-huit heures. L'isolement est en principe levé sur décision médicale dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié mais en pratique, les patients détenus restent isolés durant toute la période d'hospitalisation sans que la mesure d'isolement ne soit individualisée.

RECOMMANDATION 16

Un détenu ne peut être placé en chambre d'isolement que lorsque la clinique l'impose, à l'instar de tous les autres patients de psychiatrie.

De même, selon les témoignages recueillis, il peut arriver que des patients mineurs soient placés en isolement. Le rapport annuel de 2022 mentionne d'ailleurs à ce titre que les recommandations relatives aux pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention sont applicables aux adolescents mineurs hospitalisés. Or le CGLPL rappelle que le cadre juridique applicable aux mesures d'isolement et de contention ne peut concerner que des mineurs en SDRE.

Les patients prennent leurs repas en chambre sur leur lit avec une cuillère étant précisé qu'une commande de couverts en plastique a été faite par l'établissement.

Ils peuvent fumer dans un salon attenant aux trois chambres d'isolement après leur repas et des substituts nicotiniques leur sont également proposés (patches).

Les visites ne sont, en principe, pas possibles.

Les patients peuvent, sauf exception médicale, disposer de livres. En revanche, selon les informations recueillies, ils ne peuvent bénéficier d'une radio, contrairement à ce qui est indiqué dans le rapport annuel de 2022.

La pratique de l'isolement séquentiel (sortie pour les repas, sorties extérieures, accès aux salles communes, tabac, etc.) est souvent utilisée, sur de courtes durées, pour préparer la sortie de la chambre.

Le matériel de contention utilisé et stocké dans une caisse devant les chambres, comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles.

6.2.3 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

L'ensemble de la procédure, mise en place en 2022 (première saisine le 11 avril 2022) est géré par les secrétaires médicales de Palmiers 1. Un poste supplémentaire a été créé pour faire face à la charge administrative de cette nouvelle procédure. Deux outils ont été créés :

- Un sous dossier « surveillance » dans le dossier informatisé du patient auquel s'ajoute, pour le secrétariat, un support papier par patient ouvert à chaque mesure ;
- Un outil informatique des mesures commun avec toutes les personnes intervenant sur les mesures d'isolement et de contention (secrétaires, médecins, cadres de garde, directeurs, responsable qualité et unité de soins) dans lequel sont inscrits : le nom du patient, les différents cycles avec les horaires des décisions prises, la date de la décision initiale, celle de l'avis envoyé au JLD et au proche et celle de la saisine du JLD.

L'information du renouvellement de la mesure comme celle de la saisine du JLD est donnée au patient par un infirmier du service, contre émargement de cette notification, avec mention de son droit de saisir le JLD et d'être assisté d'un avocat et celui de demander à être entendu par le juge par tout moyen de communication ou lors d'une audience. L'avis au proche, envoyé par courrier n'est en pratique adressé qu'à la personne de confiance contrairement aux dispositions de l'article R. 3211-31-1 du code de la santé publique qui prévoit l'information d'un membre de la famille dans le respect de la volonté du patient. L'information donnée au JLD du renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention est accompagnée non de la décision signée du médecin mais d'une copie d'écran de la décision de prolongation, extraite du logiciel Cariatides. A la saisine du JLD sont joints les certificats médicaux depuis le début du placement en soins sans consentement (en cas de mesure qui se prolonge, uniquement le certificat médical initial et les deux derniers certificats mensuels) et les précédentes décisions d'isolement ou de contention prises à l'égard du patient.

Selon le JLD rencontré, le patient est contacté par téléphone uniquement lorsqu'il en fait expressément la demande et, dans ce cas, l'avocat prend également attache téléphoniquement avec le patient (situation décrite comme rare, limitée à deux fois en 2023). Sinon, la décision est prise sur dossier, les avocats ne soulevant quasiment jamais d'irrégularité de procédure.

L'ordonnance du juge est envoyée au secrétariat par voie électronique via le logiciel Plex et transmise dans l'unité pour notification par un infirmier puis retournée au juge après émargement du patient.

Sur les cinq premiers mois de 2023, selon les chiffres communiqués par l'établissement, les JLD ont été saisis à 40 reprises (38 recours isolement et 2 recours contention). Une mainlevée a été prononcée en janvier 2023 en raison d'une erreur de calcul du délai pour l'intervention du JLD.

6.3 LE REGISTRE EST ANALYSE

Le rapport annuel des pratiques d'isolement-contention 2022 est très bien documenté et indique que 142 patients ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement (134 en 2021), avec une

durée moyenne des mesures de 103,9 heures et 102 mesures de plus de 72 heures. 7 mesures (6 patients) avaient été prises pour des patients en SL (39 mesures pour 20 patients en 2020). A cela s'ajoute 2 patients hors CI, en SL. 13,2 % des patients admis en hospitalisation complète ont fait l'objet d'un isolement, 34 % des personnes en SSC isolées.

Pour la contention, le rapport indique que 25 patients ont fait l'objet d'une contention en 2022 (41 en 2021 et 30 en 2020) lors de 40 mesures, pour une durée moyenne de 16,3 heures avec 2 mesures de plus de 48 heures. On compte trois mesures prises pour deux patients en SL. Ainsi 2,7 % des patients admis en hospitalisation complète ont été contentionnés et 7 % des patients admis en SSC.

Le rapport reprend l'ensemble des stratégies développées par l'établissement au sein de ses perspectives et documents institutionnels ainsi que toutes les formations proposées.

La pratique de l'isolement a, en effet, fait l'objet de nombreuses formations ; il est dommage que le registre n'ait pas été utilisé lors de ces réflexions puisqu'il n'a jamais été diffusé et débattu, tous les trois à six mois, au sein de chaque service, de manière pluridisciplinaire.

Les contrôleurs ont analysé les données du registre 2022 et confirment les données obtenues : 144 patients ont été isolés lors de 195 mesures dont 105 supérieures à 72 heures. La durée moyenne d'une mesure s'établit à 95 heures (69 heures pour la médiane). L'analyse du registre faite par les contrôleurs prend en compte le nombre de patients isolés à Palmier 1 mais le rapporte au nombre total de patients admis dans les services d'admission : Palmiers 1 et 2, Odysée, Platanes, Gériatopsychiatrie. Il y a eu ainsi 874 admissions de patients différents dans ces services en 2022, dont 209 entrés directement à Palmiers 1. 16,5 % des patients admis ont donc été isolés.

Les données relatives à la contention sont celles inscrites dans le rapport annuel : 25 patients ont fait l'objet d'une contention en 2022 lors de 40 mesures, d'une durée moyenne de 16,3 heures. Ainsi 2,8 % des patients admis en hospitalisation complète ont été contentionnés (la moyenne des établissements contrôlés est de 4,9 %).

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS GARANTISSENT LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES

7.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Var

Cette commission couvre les circonscriptions de Fréjus, Toulon, La Seyne-sur-mer et Pierrefeu-du-Var. Outre deux psychiatres, elle comprend deux représentants d'associations agréées, l'Unafam (union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) et la Fnapsy (fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie).

La CDSP visite l'établissement au minimum une fois par an et si possible deux fois. Selon le président de la CDSP, sa visite, annoncée et affichée dans les unités, est attendue par les patients qui n'hésitent pas demander à la rencontrer. Dix-huit patients ont ainsi été reçus individuellement par des membres de la CDSP au cours des deux dernières visites (septembre 2022 et avril 2023). Les souhaits d'amélioration exprimés par les patients (par exemple « *une nourriture plus chaude* », « *des activités favorables à l'estime de soi* », « *la climatisation des couloirs d'une unité* »), comme les constats effectués lors de la visite des locaux, sont abordés lors d'un entretien final avec la direction, le président de la CME, la cadre supérieure de santé, la responsable du bureau des entrées.

Lors de chaque visite, qui se déroule sur la journée, la CDSP examine les dossiers de patients, et plus spécifiquement ceux des personnes admises dans le cadre du péril imminent depuis plus de trois mois et de celles (SDDE comme SDRE) dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an avec prise en charge en programme de soins, une attention toute particulière étant portée aux mesures datant de plus de cinq ans. Quand une situation délicate se présente, le président de la CDSP adresse un courrier au médecin en charge du suivi sollicitant des explications (à l'issue de la visite d'avril 2023 une demande a ainsi été faite de « *préciser les motifs cliniques du maintien de la mesure* »). Dans leur grande majorité les dossiers n'appellent pas de remarque ou réserve de la CDSP quant au bien-fondé des mesures ou de leur maintien.

A l'issue de chaque visite, un compte-rendu rédigé par le secrétaire (gestionnaire du département des SSC à l'ARS PACA) est adressé au centre hospitalier.

A l'initiative du président de la CDSP, une rencontre est intervenue en 2022 en préfecture en raison d'une modification de politique de l'autorité préfectorale sur les levées de mesure de SSC pour les SDRE, 100 % des demandes y compris celles concernant des patients en programme de soins faisant l'objet d'un refus. Le nouveau directeur de cabinet a proposé qu'une formation soit faite sur cette question, formation qui n'a cependant pas eu lieu. Une « amélioration » a toutefois été constatée mais à l'issue d'une période de six mois les praticiens ont déploré une reprise des refus systématiques, motivés sur le comportement antérieur du patient (« *gravités des faits commis* ») et non sur des éléments cliniques. Une nouvelle demande de rencontre avec le préfet a été faite fin mai 2022 par le président de la CDSP, afin de lever ce différend entre les psychiatres et l'autorité préfectorale, difficulté de compréhension peu favorable aux patients et conduisant, selon les médecins, à des injonctions contradictoires (demande d'augmentation des admissions en SPDRE mais refus des levées de mesures ou d'hospitalisations complètes).

7.1.2 La commission des usagers (CDU)

La CDU, dont la composition a été modifiée en décembre 2022 avec l'arrivée de trois nouveaux médiateurs – deux médecins et un non-médecin – se réunit statutairement quatre fois par an. Les principaux objets de ces réunions sont : l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'examen des plaintes, l'analyse de la satisfaction des patients, le suivi de la certification HAS, l'examen de la liste des événements indésirables graves survenus, les pratiques d'isolement et de contention. Au cours de la dernière réunion tenue en avril 2023, une information a été donnée sur la réforme des mesures d'isolement et de contention et la procédure mise en place pour les avis (patient, juge, proches) et la saisine du JLD.

Les rapports de chaque CDU font l'objet d'une synthèse annuelle. Celle établie en avril 2023 rappelle les recommandations formulées par la CDU au cours de l'année 2022, à savoir : évaluer la satisfaction de l'entourage, renforcer la formation en lien avec les droits des usagers, renforcer la politique de prévention et de prise en charge des moments de violences dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations, redéfinir et relancer le fonctionnement de la maison des usagers, améliorer la communication CDU-instances-établissement.

Si la garantie du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes est donc bien assurée par la CDU, il reste que les usagers sont insuffisamment représentés au sein de cette instance. En effet, l'association Unafam est la seule représentante des usagers et ne dispose que d'un titulaire, certes présent à toutes les réunions, mais sans suppléant.

Lors de chaque plainte, écrite ou téléphonique, un accusé de réception est envoyé au plaignant avec proposition d'une médiation et d'un accompagnement par un représentant des usagers ; le plaignant est par ailleurs souvent reçu par le cadre ou le médecin de l'unité selon les problématiques signalées. En 2022, 47 plaintes et réclamations et un éloge (34 exprimées par le patient et 14 par le tiers) ont été traitées par l'établissement avec le soutien des médiateurs et du représentant des usagers membre de la CDU ; deux médiations ont été organisées, une conjointe et une médicale. La prise en charge médicale globale est le premier motif de réclamation ; suivent le déroulé du séjour (hôtellerie-restauration), les vols et pertes d'objets ou de vêtements et les relations avec les autres patients.

En 2022, 780 questionnaires de sortie ont été retournés au service qualité soit un taux de retour par unité d'hospitalisation de 58,6 % (dont 75 % à Palmiers 1) contre 45,4 % en 2021 ; le score global de satisfaction a été de 81,66 % (contre 78,91 % en 2021). Ce taux important de réponse au questionnaire s'explique par le fait que, lors de l'organisation de la sortie, les soignants motivent les patients pour remplir le questionnaire et les accompagnent pour ce faire. Les commentaires éventuellement écrits par le patient au bas de chaque questionnaire sont, quel qu'en soit le contenu, considérés comme des plaintes ou réclamations et à ce titre enregistrés et analysés en CDU.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI, TENU EN TEMPS REEL, NE COMPORTE CEPENDANT PAS L'ENSEMBLE DES MENTIONS PRESCRITES PAR LA LOI

Le registre de la loi, constitué de plusieurs livres classés par ordre chronologique, est tenu et conservé par les agents du bureau des entrées, dont la responsable a délégué de signature du directeur. S'agissant des décisions d'admission, elles sont préparées et signées par la responsable de ce bureau en journée, par le directeur ou le cadre de garde à partir de 19h00 et à compter de 20h30 par le directeur d'astreinte ou le cadre de nuit. Une dizaine de personnes détiennent la délégué de signature de sorte que les décisions sont toujours prises en temps réel y compris

la nuit. Tous les documents (certificats médicaux, décisions, demandes du tiers) sont scannés au bureau des entrées puis envoyés aux secrétaires de l'unité d'admission pour notification au patient par un soignant.

RECOMMANDATION 17

Les délégations de signature des décisions d'hospitalisation en soins sans consentement à la demande d'un tiers ne doivent pas être données à des agents non membres de la direction.

Les décisions du directeur, comme les arrêtés du préfet, ne retranscrivent pas le contenu des certificats médicaux mais s'en « approprient les termes » après les avoir visés ; elles mentionnent les voies de recours qui sont reprises, ainsi que la liste des droits des patients, dans le document de notification de ces décisions.

Le registre de la loi, commun aux SPDRE et SPDDE, hommes et femmes confondus, est tenu sur des livres normalisés et donc non dématérialisés³. Un registre complémentaire est ouvert pour les patients chroniques.

L'attention des contrôleurs s'est plus particulièrement attachée au registre en cours, ouvert le 30 janvier 2023 (avec visa et signature du maire) comportant, au 9 juin, 86 inscriptions⁴ – la première datée du 6 avril 2023 et la dernière du 8 juin 2023 – parmi lesquelles 83 admissions, deux arrivées sur transfert et une réintégration après programme de soins. Le registre est renseigné à très bref délai (quasiment au jour le jour). Les documents y sont reproduits en format réduit.

Les mentions pré-imprimées de la première page d'un folio, concernant les informations sur le patient et sa prise en charge (colonne de gauche⁵), sont complètes et permettent d'avoir une vision globale rapide du déroulé de la mesure, excepté sur le recours au JLD puisque la mention concernant la date d'intervention de ce magistrat et la nature de son contrôle (de plein droit ou facultatif) n'est jamais renseignée. Une note manuscrite en haut de page rappelle la nature de la mesure [L. 3212-1 (SDT) - L.3212-3 (SDTU) – L.3212-1 2° (SPI) – L.3213-2 (arrêté maire)] et indique l'unité de prise en charge et le secteur.

Sur la colonne de droite de la première page sont collés les arrêtés pour les SDRE (du maire comme du préfet) ainsi que les décisions du JLD (avec mention en cas de mainlevée de la notification au parquet et de l'absence d'appel suspensif). En revanche, les décisions du directeur ne sont pas reproduites, ce qui interdit d'en apprécier la validité sauf à vérifier les dossiers patients, ce qu'ont pu faire les contrôleurs. De même, contrairement aux dispositions de l'article L.3212-11 5 du code de la santé publique, la notification des différentes décisions⁶ n'est jamais tracée dans le registre.

³ Livres cartonnés de format A2, numérotés, composés de 100 feuillets doubles.

⁴ 43 femmes et 43 hommes / 74 SDDE (dont 1 SDT, 35 SDTU et 38 SPI) – 12 SDRE (dont 3 détenus et 8 sur arrêté provisoire du maire).

⁵ Identité, nom du tiers et lien avec le patient, date de l'avis famille pour le SPI, existence d'une mesure de protection judiciaire avec indication du curateur ou tuteur (mais sans copie du jugement de protection), date de levée de la mesure (y compris quand levée par le JLD) ou d'un transfert.

⁶ Notifications des décisions d'admission, de maintien et celles définissant la forme de prise en charge / notification des droits et voies de recours et garanties.

L'examen du registre permet de retenir que :

- les certificats médicaux des urgences sont assez peu descriptifs notamment sur la notion de « *risque grave pour l'intégrité* » (pour les SDTU) ou de « *péril imminent* », mais mentionnent la recherche du tiers (pour les SPI) ;
- tous les certificats médicaux sont horodatés ; les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont établis par deux psychiatres différents ;
- l'avis motivé contient une mention « *auditionnable / non auditionnable* » à cocher mais sans motif quand le patient ne peut être entendu par le juge ;
- les certificats médicaux et l'avis motivé mentionnent que « *l'état de santé du patient lui a permis – ou ne lui a pas permis – de faire valoir ses observations* ».

Le registre a été visé, sans observation, par la CDSP lors de sa dernière visite le 27 avril 2023 et antérieurement le 15 septembre 2022 et par le procureur de la République le 5 août 2022.

RECOMMANDATION 18

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, l'ensemble des pièces de procédure relatives à une mesure de soins sans consentement doivent figurer dans le registre de la loi ainsi que les dates de notification des décisions, tant d'admission que de maintien, et les droits et voies de recours qui leur sont associés.

7.3 LE CONTROLE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EFFECTUE SELON DES MODALITES PROSCRITES PAR LA LOI

Deux magistrats du tribunal judiciaire de Toulon interviennent sur le service du JLD, tant pour le contentieux pénal que civil et, s'agissant des soins sans consentement, sont compétents pour les patients des hôpitaux de Toulon, la Seyne-sur-mer et Pierrefeu-du-Var.

Seul le CHHG dispose d'une salle d'audience, aménagée en 2015 au rez-de-chaussée d'un bâtiment de l'hôpital spécialement réhabilité à cette fin. Outre la salle d'audience proprement dite, spacieuse et lumineuse, directement accessible par un patio aux personnes à mobilité réduite, l'espace dédié comprend un grand hall, une salle d'attente, un local destiné aux entretiens avocats-patients, des sanitaires. L'ensemble est bien signalisé dans l'enceinte de l'établissement.

Malgré un aménagement de cette salle conforme aux dispositions légales, la convention prévue par la loi du 27 septembre 2013 n'est toujours pas signée au moment du contrôle et les audiences se tiennent majoritairement en visio-conférence. Durant plusieurs années, les JLD ont tenu les audiences – communes au CH de Pierrefeu-du-Var et de Toulon/La Seyne-sur-mer – au tribunal de Toulon, les patients y étant conduits en ambulance accompagnés de soignants. Alors qu'une convention prévoyant la tenue des audiences au CHHG devait prendre effet début janvier 2018, les JLD ne se sont déplacés à Pierrefeu-du-Var pour la première fois que début février 2020, mettant en œuvre une convention établie en décembre 2019 mais toujours « en cours de signature » début juin 2023. Après la période de la crise sanitaire, au cours de laquelle les décisions du JLD ont été rendues exclusivement sur dossier, les audiences se sont à nouveau tenues au CHHG pour les patients de Pierrefeu-du-Var. Toutefois, à compter d'août 2022, après l'arrivée de nouveaux JLD et pour un motif de rationalisation du temps, le tribunal a exigé que

les audiences se tiennent par visio-conférence dans la salle spécialement aménagée du CHHG⁷, alors même que le recours à ce procédé de communication a été supprimé par la loi du 27 septembre 2013 et le décret du 15 août 2014. Le magistrat rencontré a justifié la pratique du tribunal de Toulon par le fait que « *les moyens de communication se développent, les gens y sont tous habitués, les psychiatres n’y sont plus opposés* (ce que les médecins questionnés n’ont pas confirmé), que « *la loi va changer et qu’il faut anticiper* ». Selon les informations recueillies auprès du bureau des entrées, il arrive encore que, ponctuellement, des audiences se tiennent au tribunal à Toulon en raison de dysfonctionnements de la visio-conférence de la juridiction (une audience au cours du second semestre 2022 ; une audience pour six patients en mars 2023).

7.3.1 Les modalités d’organisation de l’audience

La saisine du JLD (préparée par l’ARS pour les SPDRE et envoyée par télécopie) est adressée au greffe du JLD par le bureau des entrées, accompagnée de tous les documents utiles, en ce compris l’avis motivé mentionnant si le patient est ou non auditionnable. En retour, le greffe envoie à ce bureau les convocations qui sont notifiées aux patients par les infirmiers, signées des intéressés puis retournées au tribunal. Lorsque le patient refuse de se rendre à l’audience, son refus est matérialisé par un écrit joint au dossier transmis au juge. La remise de la convocation au patient est l’occasion pour les soignants de lui expliquer le rôle du juge et les finalités de l’audience. Les contrôleurs ont pu constater à l’occasion de l’audience du 5 juin que les patients avaient bien été informés et avaient dans l’ensemble compris les explications données.

Tous les échanges entre le bureau des entrées et le greffe du JLD s’effectuent par voie électronique via le logiciel Plex (outil d’échange sécurisé de fichiers) selon une convention tribunal-barreau-centres hospitaliers en date du 30 janvier 2023. Les dossiers sont communiqués aux avocats sous format papier ou de façon dématérialisée la veille de l’audience.

Les tiers demandeurs à la mesure ainsi que les tuteurs et curateurs sont avisés de l’audience par le greffe du JLD, par mail ou par courrier. Peu d’entre eux se déplacent et les tuteurs n’adressent que rarement des observations.

7.3.2 Le déroulement de l’audience

Les audiences se tiennent les mardi et vendredi matin, dans la très grande majorité des cas en visio-conférence. Cette modalité d’audience est soumise à l’accord du patient ; si l’un des patients convoqués s’oppose à la visioconférence, le JLD se déplace sur site pour y tenir toute l’audience.

Les contrôleurs ont assisté à celle du mardi 5 juin, tenue en présence du juge et de l’avocat ; cinq dossiers (quatre sur recours obligatoire à 12 jours et un sur recours facultatif à la demande du mari de la patiente) y ont été examinés dont deux pour des patients absents (non auditionnables) ; quatre patients avaient sollicité un avocat d’office.

L’audience du vendredi 9 juin a en revanche été tenue en visio-conférence par un magistrat autre que les JLD habituels ; ne comprenant que deux dossiers, elle n’a duré que quelques minutes.

Juge, greffier et avocat sont en robe. Une note d’audience, où sont notamment consignées les déclarations du patient, est établie par le greffier.

⁷ Protocole de l’établissement DROI/REST/PRT-003 d’août 2022 destiné aux professionnels du CHHG.

L'avocat rencontre le patient avant l'audience, l'entretien se déroulant par visio-conférence quand l'audience elle-même se tient en visio-conférence, les avocats ayant fait le choix de rester au tribunal plutôt que d'être aux côtés de leur client.

L'établissement est toujours représenté à l'audience et intervient, après échange entre le juge et le patient, avant l'avocat. Le préfet n'est en revanche jamais représenté.

Une centaine d'avocats volontaires du barreau de Toulon (450 membres) interviennent dans le cadre d'une permanence « spécifique soins sans consentement », à raison d'environ une fois par trimestre. Sauf lorsque l'avocat est choisi par le patient, ce qui est rarissime, cette intervention est entièrement prise en charge par l'aide juridictionnelle, sans examen des ressources. Les avocats peuvent bénéficier d'une formation mais celle-ci n'est pas obligatoire pour l'inscription sur la liste de permanence, l'insuffisance de formation étant au demeurant déplorée par les JLD.

RECOMMANDATION 19

L'accès au juge doit s'exercer en sa présence, de manière directe et personnelle, sans écran ni dispositif de séparation. Dès lors, conformément aux dispositions légales et réglementaires, les audiences du JLD dans le cadre des recours obligatoires ou facultatifs sur les mesures de soins sans consentement doivent se tenir dans la salle d'audience spécialement aménagée au sein de l'établissement.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique :

« à la demande de la direction et en concertation avec la juridiction depuis le mardi 2 octobre 2023, les audiences du JLD du TJ de Toulon, concernant les personnes accueillies par le CH Henri Guérin et faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, se déroulent de nouveau en présentiel dans la salle d'audience aménagée dans l'enceinte de l'établissement. Les jours et horaires restent inchangés. »

7.3.1 Les décisions rendues

Les décisions sont parfois prononcées immédiatement et notifiées par le greffe au patient. Cependant, dans la majorité des cas, elles ne sont rendues que dans l'après-midi et transmises à l'établissement pour notification au patient par un soignant. Dans ce dernier cas, et quand il n'a pas été développé de nullité de procédure, le JLD explique à l'audience au patient le sens de la décision ainsi que les voies et délais de recours.

En 2022, les JLD ont été saisis de 429 requêtes dans le cadre du recours obligatoire (dont 91 du préfet et 398 du directeur de l'établissement) et de 13 requêtes sur recours facultatif (dont 9 par le patient et 4 par le tiers). Sur 435 dossiers examinés, les JLD ont prononcé 393 prolongations de mesures et 14 mainlevées, le surplus des ordonnances disant n'y avoir lieu à statuer (en général quand la mesure a été levée avant l'audience).

Sur les quatre premiers mois de 2023, les JLD ont été saisis de 139 recours obligatoires (30 du préfet et 109 du directeur de l'établissement) et de 5 recours facultatifs tous émanant du patient ; 138 prolongations de mesure ont été prononcées pour 10 mainlevées, selon les éléments communiqués par le tribunal. Les chiffres donnés par l'établissement sont quant à eux supérieurs : 197 mesures contrôlées du 1^{er} janvier au 31 mai (160 pour les quatre premiers mois de l'année), dont 3 par la cour d'appel ; 46 patients n'étaient pas comparants à l'audience (90 sur l'année 2022), en raison soit d'une levée de la mesure antérieure à celle-ci, soit d'un certificat

d'inauditionnabilité, soit de refus du patient, lesquels s'avèrent être en hausse (7 cas sur les cinq mois de 2023 et 8 cas sur l'ensemble de l'année 2022).

Selon le JLD rencontré, la majeure partie des mainlevées sont prononcées pour des irrégularités de forme et le sont avec effet différé à 24 heures pour permettre notamment la mise en place d'un programme de soin, propos confirmés par l'examen des mainlevées prononcées en 2021, 2022 et les cinq premiers mois de 2023⁸.

⁸ En 2021, quatre mainlevées, toutes avec effet différé à 24 heures, une pour raison de fond (patient adhérent aux soins et ne justifiant plus de mesure sous contrainte), trois pour motifs de forme (deux en raison d'un certificat médical rédigé et signé par un médecin n'ayant pas procédé à l'examen du patient, un du fait de l'absence à l'audience du patient en fugue).

En 2022, huit mainlevées dont sept avec effet différé, quatre pour motifs de fond (l'état de santé du patient ne justifie plus de soins contraints) et quatre pour raisons de forme [certificat médical faisant état d'un examen du patient alors que celui-ci est en fugue – CM des 24 heures non établi dans le délai légal – absence du patient à l'audience non justifiée par un certificat médical d'inauditionnabilité ou par le refus du patient (deux dossiers)].

En février et avril 2023, deux mainlevées aux motifs pour l'un des patients que l'avis motivé préconise une levée de la mesure, pour l'autre de l'absence du certificat des 72 heures

8. LES SOINS

8.1 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE

8.1.1 Les modalités pratiques

Le projet médico-soignant de l'établissement est complété par plusieurs projets de pôle ou de service. Ces écrits abordent la prise en charge des patients, sans toutefois aller jusqu'à la description des missions remplies au quotidien par les différents professionnels impliqués.

En revanche, un « projet médical de service d'évaluation et de soins pour adultes avec autisme » a été élaboré en août 2022. Très complet et documenté ce projet rappelle les instructions nationales en la matière ainsi que les recommandations de la conférence nationale des présidents de CME de 2018 : « *mettre fin aux hospitalisations inadéquates des adultes autistes, renforcer la pertinence des prises en charge sanitaires, faire évoluer les unités accueillantes des longs séjours en psychiatrie, réaffirmer que l'hôpital n'est pas un lieu de vie.* » Ce projet s'inscrit dans la construction d'un nouveau bâtiment et en inspire le cahier des charges sur des bases scientifiques actualisées ; il détaille les besoins vis-à-vis des différents espaces de prise en charge, les médiations thérapeutiques nécessaires, le travail avec les familles, la prise en charge somatique les liens avec les structures ambulatoires et médico-sociales, et les travaux de recherche qui seront associés.

L'unité TED est ainsi amenée à devenir une unité d'accueil de patients en séjours de crise, expérimentant déjà deux lits dévolus à cette fin au moment du contrôle. L'architecture des locaux prévoit un espace d'apaisement pour l'hypostimulation sensorielle mais pas de CI, la mise en sécurité étant potentiellement faite au sein des chambres hospitalières spécifiquement aménagées. Un rapport d'évaluation réalisé avec l'ARS note la construction de 15 lits d'HC, 10 places d'HDJ, de studios familles et de locaux communs pour l'équipe mobile et la recherche.

Concernant l'ensemble de l'établissement, un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et dans les unités, un médecin est toujours joignable, même si de nombreuses demi-journées sans présence médicale ont été rapportées dans plusieurs unités du fait des postes vacants.

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre et les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier dans la limite de leur disponibilité.

Des réunions cliniques se tiennent régulièrement dans chaque service et associent l'ensemble des acteurs des projets de soins : psychiatres, travailleurs sociaux, aides-soignants, infirmiers, éducateurs, psychologues. Les pharmaciens ne participent qu'aux réunions du pôle dans lequel ils sont positionnés.

Certains services tiennent des réunions de synthèse permettant la préparation à la sortie. En revanche, aucune réunion soignants-soignés n'est mise en place et il n'y a pas de réunion entre les médecins des différents pôles associant potentiellement les cadres, que ce soit pour aborder les problèmes institutionnels, les pratiques ou pour débattre de cas cliniques complexes.

Cinq postes d'infirmier de pratique avancée (IPA) ont été créés ; deux premiers diplômés terminent leur cursus de formation en juillet 2023 ; un seul poste concerne l'intrahospitalier, en gérontopsychiatrie.

Une convention a été signée entre le CH et l'association Esper Pro (association de médiateurs santé pair), pour la réalisation de prestation de médiation et de pair-aidance professionnelle en

santé mentale, notamment en éducation thérapeutique du patient. Les familles de la personne hospitalisée sont associées aux soins. Les réunions patients-soignants ne se tiennent plus depuis le départ de la psychologue.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Au sein des unités, des salons de télévision, des jeux de société, un ping-pong ou un baby-foot sont à disposition et quelques activités sont proposées.

Concernant l'accès aux activités physiques, pour 2022 et sur 2 256 prises en charges intra et extrahospitalières, 203 prises en charge concernaient des patients d'Odysée, 22 de Palmiers 1, 190 de Palmiers 2, 71 de TED, 53 de Platanes. Les patients ont accès à un grand gymnase avec tout l'équipement nécessaire.

Le centre des loisirs rassemble quant à lui un panel complet d'activités thérapeutiques avec en moyenne 65 passages par jour en 2022, intra et extra hospitaliers. L'ateliers d'art a réalisé en 2022, 4 034 prises en charge dont 245 au profit des patients de Palmiers 2, 599 d'Odysée, 124 de gérontopsychiatrie. L'atelier poterie a réalisé 2 056 prises en charge dont 209 pour Palmier 2, 236 pour Odysée, 54 pour TED, 18 pour Palmiers 1, 138 pour la gérontopsychiatrie.

Le bâtiment de l'art-thérapie est ouvert à tous du lundi au vendredi ; les professionnels renseignent le dossier patients sur le logiciel Cariatides et assistent à des réunions dans les services.

Les locaux de cet espace sont vastes et adaptés avec de nombreuses salles d'activités.



Art-thérapie

La plupart des patients peuvent se rendre, seuls ou accompagnés, à la ferme (où, par exemple, des séances de médiation avec les animaux sont proposées), au potager ou à la cafétéria de l'établissement hospitalier.



Gymnase

Cafétéria

Ferme

Toutes les activités sont prescrites par les médecins des services et intègrent les projets de soins. Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients.

8.1.3 L'accès aux traitements

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Deux pharmaciens (1,8 ETP) et trois préparateurs en pharmacie (3 ETP) gèrent l'ensemble de l'établissement (environ 350 lits et places). Il y a un interne mais pas d'externe au moment du contrôle. Une astreinte de pharmacien est organisée le week-end avec deux autres pharmaciens.

Les médicaments sont livrés dans les unités en dispensation journalière individuelle nominative.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions, soit, en 2021, 9 460 ordonnances pour 48 820 lignes de prescriptions, générant 360 avis pharmaceutiques ; les propositions de modification sont généralement acceptées par les prescripteurs.

Les pharmaciens ne participent aux réunions cliniques que dans les unités du pôle, ils ne développent pas l'éducation thérapeutique.

En revanche, la conciliation médicamenteuse est mise en place depuis deux ans pour les patients de psychogériatrie et de l'unité Odysée, avec des entretiens à l'entrée de l'hospitalisation ; un des pharmaciens s'en charge avec trois préparateurs formés ; les entretiens se font en binômes. 29 conciliations se sont tenues dans les cinq premiers mois de l'année.

Aux unités Palmier 1 et TED, les médecins peuvent solliciter au cas par cas une conciliation pour certains patients. L'extension du dispositif sur Palmier 2 et Platanes est en projet.

Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tiennent trois fois par an.

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

Au moment du contrôle, 24 patients étaient présents au sein de l'établissement depuis plus de 292 jours, dont 11 à l'unité TED, 3 dans l'UDPSA et 2 en réhabilitation. 8 se trouvaient dans une des quatre unités d'admission.

Sur les 24, 15 ont une orientation en maison d'accueil spécialisée (MAS) (dont 5 couplées avec un FAM), 3 une orientation en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et 2 une orientation en EHPAD, par décision de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Par ailleurs, une étude du groupement de coopération sociale et médico-sociale « passerelles 83 », très documentée, a recensé, au sein des établissements membres, 143 situations complexes dont 38 dans le secteur sanitaire adultes et 105 dans le secteur médico-social (dont 44 adultes) ; les résultats de l'analyse de ces situations ont permis de faire apparaître un déficit de places en FAM (32), MAS (27) et foyer occupationnel (13), sur le territoire du groupement qui comprend également le CH de Toulon.

8.2 LE NOMBRE INSUFFISANT DE SOMATICIENS EST A L'ORIGINE D'UNE RUPTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS

Jusqu'au 1^{er} juin 2023, les pôles de psychiatrie ne disposaient que de deux somaticiens : un gériatre en CDD renouvelable chaque année, travaillant à 60 % au sein de l'UDPSA, les mardi, mercredi et jeudi et un médecin généraliste présent le mardi matin, le mercredi matin et le jeudi toute la journée dans l'unité Platanes, soit à 80 %. Le 1^{er} juin 2023, un somaticien a été recruté pour assurer ses fonctions à l'unité Palmiers 1 et 2.

Les trois somaticiens ne se remplacent pas mutuellement. Une garde n'est mise en place que le week-end grâce à l'apport de deux médecins généralistes exerçant leurs fonctions dans des unités extra hospitalières. La nuit, il n'existe aucun somaticien de garde. L'hôpital a signé une convention avec Sos Médecins pour faire face aux urgences.

Une personne admise le lundi ne peut pas bénéficier d'un examen somatique à l'entrée. Le samedi et le dimanche cependant, conscients de la carence en médecine générale, les somaticiens acceptent d'examiner les patients le nécessitant n'ayant pu être soignés les jours précédents surtout lorsque ceux-ci sont hospitalisés à l'unité Odyssée démunie de tout somaticien.

Les examens somatiques sont donc faits par le psychiatre présent qui appelle parfois un somaticien si une question se pose à lui.

Les soignants éprouvent beaucoup de difficultés concernant cette rupture de la permanence des soins. Ils évoquent quelques situations dans les fiches d'événements indésirables :

Avril 2022 : il est signalé une absence de somaticien en congés du 11 avril au 5 mai 2022 et une incompréhension des somaticiens de garde le week-end qui ne comprennent pas pourquoi ils doivent prendre en charge tout ce qui s'est passé dans la semaine. Le somaticien a dit qu'il ne verrait que les patients admis le week-end.

Mars 2022 : il est signalé que le médecin somaticien gériatre est en vacances, aucun médecin ne le remplace, le service géronto traverse une période de cluster et beaucoup de personnes âgées décompensent. Le recours au médecin de P2 entraîne des difficultés sur la prise en charge.

Avril 2022 : il est signalé que le 20 avril 2022 aucun médecin n'a pu examiner un patient entrant présentant des problèmes somatiques majeurs. Le médecin est en congés il n'y a pas de somaticien de permanence sur l'établissement.

Avril 2022 : l'unité Odyssée ne peut faire appel à un somaticien pour prescrire un antalgique pour un patient en pleine crise de goutte qui a dû attendre trois heures.

Décembre 2022 : c'est le pharmacien de garde qui était injoignable de jour comme de nuit pour obtenir le traitement prescrit par une autre structure à l'arrivée du patient.

Les généralistes n'étant pas présents le lundi à l'UDPSA et à Platanes, ils ne peuvent participer aux réunions hebdomadaires réunissant tout le staff durant lequel l'état de santé des patients est évoqué en pluridisciplinarité.

RECOMMANDATION 20

Les soins somatiques doivent être assurés, tant lors de l'admission que pour le suivi des pathologies aiguës et chroniques.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique :

« concernant l'unité Odyssée dépourvue de médecin somaticien et dans l'attente d'un recrutement, une organisation spécifique a été mise en place à compter du 29 août 2023. Ainsi une couverture somatique de cette unité était réalisée par les trois médecins généralistes trois jours ouvrés par semaine (mardi mercredi jeudi, officiant chacun un jour dédié) afin que les délais d'examen ne dépassent pas 48 heures pour des patients entrants, le samedi et le dimanche étant couverts par la garde. Cette organisation a pris fin le 1^{er} novembre 2023, suite au recrutement d'un médecin généraliste affecté à 40% sur l'unité. Ce médecin somaticien est présent dans l'unité les mardis et jeudis. Toutefois l'établissement poursuit sa démarche de recrutement d'un médecin généraliste. »

Les patients ne peuvent pas non plus bénéficier d'un dentiste sauf à prendre des rendez-vous en ville. Il n'y a pas non plus d'ophtalmologue. Un kinésithérapeute vient le vendredi après-midi.

Le CPOM énonce des consultations hospitalières d'addictologie avec un engagement s'intitulant « articuler et coordonner la prévention et la prise en charge des conduites addictives » mais n'évoque pas l'absence de liaison au sein même des unités intra hospitalières.

Plus généralement, il n'y a aucun plateau technique sur site permettant un accès aux autres spécialités.

8.3 LA LEVEE DE L'HOSPITALISATION EST FREINEE PAR LE MANQUE DE PLACES DISPONIBLES DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL

8.3.1 Les sorties de courte durée

Les sorties dans l'enceinte du CHHG, pour se promener dans le parc ou se rendre à la cafétéria, le cas échéant accompagnées selon l'état clinique du patient, font l'objet d'une autorisation des médecins des différentes unités, qui s'y montrent favorables.

Des sorties de courtes durées – accompagnées de moins de douze heures ou non accompagnées de moins de quarante-huit heures – hors de l'enceinte de l'établissement sont facilement accordées aux patients en SSC par les médecins psychiatres dès que leur état clinique le permet. Ces autorisations de sortie sont octroyées tant pour maintenir des liens familiaux que pour faire des achats ou des démarches à caractère médico-social notamment. L'accompagnement (un ou deux soignants pour les SDDE en fonction de leur état clinique, toujours deux pour les SDRE), lorsqu'il est prescrit, est organisé selon le planning des soignants mais il se peut que des sorties soient annulées par manque de personnels. Toutefois, il a été indiqué aux contrôleurs que les sorties de moins de quarante-huit heures – souvent accordées dans le cadre de la préparation à la sortie – sont moins nombreuses dans la mesure où le patient est le plus souvent orienté vers une unité ouverte avant que ne soit envisagée la levée de la mesure de SSC ou de l'hospitalisation complète.

Le refus d'une sortie de courte durée par le préfet est rare. Toutefois, celui-ci se montre inflexible sur leur accompagnement et exige une motivation détaillée de la demande.

A titre d'exemples, 20 patients des unités Platanes et Palmier 2, et 25 de l'unité de gérontopsychiatrie étaient autorisés à des sorties de moins de douze heures. A l'unité Platane, 15 patients pouvaient sortir plus de quarante-huit heures.

8.3.2 Les programme de soins (PDS) appelés PGSO

Le certificat médical préconisant un passage en programme de soins (PDS) ou PGSO pour les patients en SDT est suivi d'une décision du directeur de l'établissement, laquelle est préparée par le secrétariat de l'unité et signée par un des responsables du bureau des entrées. Pour les patients en SPDRE, le certificat médical est adressé par le bureau des entrées à l'ARS qui le transmet au préfet pour signature de l'arrêté de changement de forme de prise en charge.

Au moment du contrôle 78 patients en soins sans consentement sont en programmes de soins (37 SPDRE et 41 SPDDE).

Le plus ancien programme de soin date du 25 mai 2012 (soit plus de onze ans) et a été mis en place pour un patient admis en SPDRE le 29 novembre 2011. S'agissant des patients admis sur décision du directeur d'établissement, les deux PDS les plus anciens datent des 27 mars 2017 et 21 août 2017 (soit plus de cinq ans) pour des patients admis en SSC respectivement le 7 février 2017 et le 4 août 2013.

Ces mesures et les programmes de soins anciens qui y sont associés sont examinés régulièrement par la CDSP et n'ont pas fait l'objet d'observation particulière, notamment quant à la rédaction des certificats médicaux (étant précisé que les « copier-coller » sont peu usités).

Dans la très grande majorité des cas, les programmes de soins sont utilisés comme de réelles alternatives à l'hospitalisation, permettant au patient de reprendre une vie sociale normale tout en lui assurant un suivi médical régulier : consultations ou suivi en centre médico-psychologique (CMP), en centre d'accueil thérapeutique, en hôpital de jour ou encore en soins à domicile.

Toutefois, dans quatre dossiers, les contrôleurs ont pu constater des programmes de soins non conformes à la loi, les patients se trouvant en fait, après un essai de sortie infructueux, réhospitalisés à temps complet sans limitation de durée, cette situation ne pouvant de ce fait s'analyser en une hospitalisation séquentielle de courte durée, pourtant la seule autorisée par la loi⁹.

Si cette modalité de fonctionnement peut parfois être en cohérence avec la prise en charge, il n'en demeure pas moins qu'elle prive les patients concernés du contrôle de leur mesure par le juge des libertés et de la détention.

⁹ 1) patient sorti en PDS le 6 février 2023 pour un séjour de réhabilitation à la Villa Rhéa qui après cinq jours n'a pas permis d'envisager une sortie définitive et a conduit avant son retour sur l'unité Odysée.

2) patient ayant bénéficié d'un PDS le 24 janvier 2023 pour une évaluation par l'équipe mobile de Villa Rhéa, « réintégré en hospitalisation complète » le 3 février sans modification du « suivi ambulatoire » mais avec la perspective d'une intégration dans un appartement sur le CHHG avec prise en charge par l'équipe de réhabilitation à compter du 13 février 2023.

3) patiente admise en PDS le 30 mars 2021, « réhospitalisée en soins libres » le 10 janvier 2022 avec maintien du PDS, sortie d'hospitalisation le 10 février 2022 mais réhospitalisée à temps complet du 17 juin 2022 au 22 juillet, à nouveau le 5 septembre 2022 puis du 6 mars au 26 avril 2023, avec maintien du PDS par arrêté du préfet du 2 janvier 2023

4) patient ayant bénéficié d'un PDS le 14 février 2023 pour intégration en EHPAD, hospitalisé en gérontopsychiatrie le 19 mai 2023 pour traitement et surveillance, sans précision de durée de l'hospitalisation mais avec maintien du PDS par décision du directeur du 24 mai 2023

RECOMMANDATION 21

Les programmes de soins ne peuvent se substituer à une hospitalisation complète avec des autorisations de sorties quotidiennes ou hebdomadaires et doivent correspondre à une réelle fin du séjour hospitalier avec une mise en œuvre de modalités de prises en charge ambulatoires.

8.3.3 La préparation à la sortie et la levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement

La prise en charge du patient en soins sans consentement est orientée vers sa sortie dès que son état est stabilisé. Toutes les unités préparent la sortie des patients au cours des réunions *staffs* et des réunions de synthèse qui, outre l'équipe pluridisciplinaire du service (psychiatres, soignants, assistante sociale, secrétaire médicale de l'unité concernée), comptent également des personnels de l'extra hospitalier (CMP notamment). Les familles – qui peuvent être reçues dans le service – sont associées le plus étroitement possible. Il en est de même des mandataires judiciaires même si certains de ces derniers se déplacent peu auprès des personnes hospitalisées. Les assistantes sociales des différentes unités se montrent particulièrement disponibles et impliquées. Outre leur assistance dans l'exercice de nombreuses démarches administratives, elles œuvrent à la préparation à la sortie par le biais notamment de l'organisation de visites à domicile, de visites de structures d'accueil et recherchent des places dans des structures médico-sociales.

L'établissement bénéficie de dispositifs de réhabilitation avec notamment l'accueil familial thérapeutique (dispositif de la famille-gouvernante avec cinq places disponibles) et d'appartements communautaires.

Néanmoins, si le suivi des patients au sein des centres médico-psychologiques (CMP) de secteur ne posent pas de difficultés, les projets de sortie des patients peinent à se concrétiser faute de places disponibles dans les structures adaptées (médico-sociales notamment). Les difficultés sont majeures pour trouver des solutions d'hébergement notamment pour les personnes sans domicile fixe ou qui n'ont plus de contact avec leur famille. Les délais pour intégrer des établissements médico-sociaux tels que les foyers d'accueil médicalisé (FAM), les maisons d'accueil spécialisé (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont très longs. Dans l'attente d'une solution pérenne, le patient est contraint de rester hospitalisé (cf. § 8.1.4).

L'hospitalisation sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) cesse par décision de ce dernier à la suite d'un certificat médical du psychiatre en charge du patient indiquant que les conditions ayant motivé l'hospitalisation ne sont plus réunies. La levée de la mesure d'hospitalisation des patients admis en SDRE est décidée par le préfet qui sollicite systématiquement un second avis médical. Il en est également de même pour un changement de forme de prise en charge. Selon les informations recueillies, cette exigence du préfet, place les équipes médicales en difficulté car le motif invoqué par l'autorité préfectorale est constamment lié aux faits commis par le patient et non à son état clinique, mais également en raison d'une pénurie de psychiatre qui rend parfois difficile l'obtention de ce deuxième certificat médical, tout cela au détriment du patient.

Dans un cas, les contrôleurs ont constaté que le préfet, au lieu de solliciter un second avis médical, a demandé une expertise qui n'est pas intervenue si bien que la mesure n'a pu être

levée que trois mois plus tard après une nouvelle demande du médecin. A titre d'exemple, la réponse de l'ARS faite par courriel le 8 juin 2023 sur une demande de passage en programme de soins : « *Je vous informe que l'autorité préfectorale a refusé la demande de PDS au regard des faits ayant motivé l'admission (violences avec arme). Un second avis est sollicité. Celui-ci devra parvenir dans le délai maximal de 72 heures à compter de la présente notification* ». Dans un autre cas, survenu courant mai 2023, le préfet ayant refusé de lever la mesure après un second avis non conforme au premier, le directeur a saisi le JLD (conformément à la procédure en vigueur) qui a maintenu la mesure d'hospitalisation complète.

8.3.4 Le collège des professionnels

Selon les informations recueillies, le collège des professionnels tel que prévu par l'article L.3212-7 al. 3 du code de la santé publique, est actif dans l'établissement, et se réunirait systématiquement dans les cas prévus par la loi (soit sur l'établissement, soit au CMP d'accueil le cas échéant). Le patient est toujours convié lors de ces réunions.

Le collège rend un avis systématique une fois par an. Pour les patients en SDDE (hospitalisation complète ou PDS), le collège se prononce avant la date « anniversaire » du début de la mesure de SSC. L'avis est obligatoire pour les patients en SPDRE considérés comme dangereux lorsqu'ils sont susceptibles de sortir d'hospitalisation complète sur décision du JLD (sur saisine systématique et seulement pour les patients qui relèvent des dispositions de l'article 706-135 du code pénal). La saisine du collège peut encore être facultative à l'initiative de l'intéressé ou de toute personne habilitée (dont la liste est prévue à l'article L.3211-12 du CSP) ou sur décision du préfet après un certificat médical préconisant le changement de mode de prise en charge (article L.3213-1 III du même).

A l'unité Palmier 1, deux réunions du collège ont eu lieu en 2023, l'une en janvier pour un SPDTU admis depuis le 2 mars 2018, l'autre en février 2023 pour un SPI admis depuis le 27 juin 2022.

Le secrétariat de l'unité envoie au bureau des entrées le nom des médecins (celui assurant la prise en charge du patient et un second psychiatre choisi selon ses disponibilités avant la date butoir pour réunir le collège) et celui de l'infirmier ou du cadre représentant les soignants. Les convocations pour le collège sont transmises par le bureau des entrées. Le jour fixé, les membres du collège se réunissent dans une salle de réunion réservée à cet effet, en présence du patient. Le médecin en charge du suivi rédige l'avis du collège puis le signe après enregistrement par le secrétariat. Cet avis est envoyé au bureau des entrées et classé dans le dossier du patient.

8.3.5 Les modes de sorties

Globalement, au sein de l'établissement, les sorties se sont réalisées en 2022, à 59 % vers le domicile en soins libres, à 24 % en programme de soins, à 15 % par un transfert et pour 2 % en sortie sans autorisation (9 patients sur les 515).

8.4 LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT DANS LES SOINS EST ENCORE INSUFFISAMMENT DEVELOPPEE

Un projet de soin individualisé est défini et expliqué au patient, lorsque son état clinique le permet. Il est révisé lors des réunions cliniques pluridisciplinaires. Les patients rencontrent régulièrement un médecin psychiatre (en moyenne une à deux fois par semaine ou à la demande) et font le point avec lui sur son traitement et son projet de sortie.

Toutefois, comme il a déjà été indiqué, si les observations du patient sont recueillies lors de son entretien avec le médecin psychiatre et souvent retranscrites sur Cariatides par l'infirmier présent, elles ne sont pas reproduites sur les certificats médicaux.

S'agissant du rôle de la personne de confiance, le livret d'accueil en explicite le rôle et mentionne la possibilité pour le patient de procéder à sa désignation par le biais d'un formulaire qui se situe à la fin du livret. Toutefois, celui-ci n'est pas systématiquement remis au patient et cette information n'est pas reprise dans les règles de vie des unités. Elle n'est pas plus portée à leur connaissance par le biais d'un affichage au sein des unités. Néanmoins, les soignants connaissent le rôle de la personne de confiance et savent qu'elle est distincte de la personne à prévenir, ils informent les patients de son importance lors de l'entretien d'admission et leur remettent un formulaire de désignation qui rappelle les dispositions légales. En revanche, ce formulaire n'est que rarement signé par les patients. Il est également peu contresigné par la personne de confiance qui n'est pas informée de sa désignation (sauf rares exceptions quand la personne désignée est présente lors de l'arrivée du patient ou lors d'une visite de celle-ci dans l'unité).

Au moment du contrôle, la grande majorité des patients ont désigné une personne de confiance : 14 patients sur 16 à Odysée, 11 sur 16 à Palmier 1, 17 sur 20 à Palmier 2, 13 patients sur 25 à l'unité de gérontopsychiatrie et enfin la totalité des patients de l'unité Platanes (soit 20 au total).

RECOMMANDATION 22

La personne de confiance désignée par le patient doit être systématiquement informée et invitée à contresigner le formulaire de demande de désignation. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.

Les familles sont associées au projet de soins dès que possible et à la préparation à la sortie. Elles sont reçues par les médecins psychiatres dès qu'elles le sollicitent.

En revanche, les directives anticipées incitatives en psychiatrie ne sont pas mises en œuvre, seules les directives anticipées de fin de vie sont mentionnées dans le livret d'accueil. Toutefois, au moment du contrôle, deux sessions de formation relatives aux directives anticipées incitatives en psychiatrie avaient été organisées par l'établissement (environ 150 personnes formées aux mois de mai et juin 2023).

RECOMMANDATION 23

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent être élaborées et généralisées, afin d'améliorer l'adhésion aux soins des patients.

Dans ses observations du 21 novembre 2023, le directeur général de l'établissement indique :

« En mai, juin et juillet 2023, le département de réhabilitation psychosociale de l'établissement a proposé une formation « accompagner vers le rétablissement ». Près de 130 agents ont été formés. Le directeur et le directeur des soins ont souhaité une incitation forte de la part de l'encadrement pour que ces notions intègrent toutes nos prises en soins et qu'elles soient connues et partagées par tous les soignants de l'établissement. Cette formation d'une durée de trois heures portait sur : initiation à la réhabilitation psychosociale, guide prévention et soins (directives anticipées en psychiatrie) et accompagnement des aidants. Une évaluation du guide prévention et soins renseignés sera menée courant 2024. »

En outre, un projet de recrutement de médiateur de santé pair était en cours.

Les patients sont informés de la teneur de leur traitement par les médecins et peuvent également interroger les infirmiers lors de la distribution qui est faite au moment des repas sans respect de la confidentialité.

Enfin, de très nombreuses prescriptions en « *si besoin* » de traitements en injectable sont en cours, dont une depuis deux ans, avec l'indication « *si agitation ou refus de traitement* ». Or, le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient. Seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et cela en dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* » sans le consentement du patient.

RECOMMANDATION 24

La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration. L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, la prescription « si besoin » ne saurait perdurer.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr