



Rapport de visite

12 au 15 juin 2023 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier d'Antibes-
Juan-les-Pins

(Alpes-Maritimes)



SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins du 12 au 15 juin 2023. Cet hôpital général dispose de nombreuses spécialités médicales, dont la psychiatrie avec la responsabilité de deux secteurs.

Le territoire comprend plusieurs établissements de santé publics et privés, dont deux cliniques disposant de nombreux lits de psychiatrie pour les soins libres ainsi que de places en hôpital de jour.

La psychiatrie adulte est incluse dans un pôle qui comprend également l'addictologie. La pédopsychiatrie est rattachée au pôle « mère-enfant » et ne comporte que quelques lits d'hospitalisation de semaine, sans fermeture de porte en journée ni mesures d'isolement ou contention.

L'hospitalisation complète des adultes s'effectue, en intersectoriel, au sein de deux services fermés de 16 lits chacun (B1 et B2) et d'un service ouvert (SO) de 35 lits.

Le contrôle a porté sur ces trois unités de psychiatrie adulte et le service des urgences.

La prise en charge immobilière est indigne et inadaptée

Tous les locaux d'hébergement sont vétustes, dégradés et inadaptés pour une prise en charge de psychiatrie ; aucune chambre ne dispose de toilettes ni de douche et beaucoup n'ont pas accès à un point d'eau. Les chambres individuelles sont minoritaires. Aucune ne dispose d'un bouton d'appel ni de climatisation. Les espaces collectifs sont peu nombreux et les fumoirs sont indignes. Les chambres ont des placards mais les patients n'en possèdent pas la clé. Les portes sont équipées de verrous de confort mais ces derniers sont peu utilisés. Aucun paravent ne sépare les lits des chambres doubles.

Surtout, les patients n'ont pas accès librement en journée à une cour extérieure, et encore moins ceux des unités fermées.

Une grande unité ouverte héberge la moitié des patients et deux unités sont fermées avec possibilité de sortir selon les situations individuelles ; au moment du contrôle, sur les 32 personnes enfermées, 5 ne peuvent pas sortir du tout, 23 le peuvent accompagnées et 4 le peuvent non accompagnées.

Enfin, les sorties accompagnées dans le parc, censées atténuer l'enfermement sans patio, ne peuvent se faire, faute d'effectif soignant, que pour cinq patients à la fois avec un seul soignant ce qui limite le travail de médiation.

La gestion des lits est tendue avec parfois des patients en isolement qui n'ont plus de chambre hospitalière.

L'accès aux soins est assuré mais les sorties thérapeutiques limitées

L'accès aux soins psychiatriques est parfaitement assuré ; la filière des urgences est organisée afin de prendre en charge rapidement les patients de psychiatrie aux urgences dans des conditions idéales.

Dans les services d'hospitalisation, les patients bénéficient d'entretiens rapides et réguliers avec les psychiatres ; les réunions cliniques de synthèse et de pôle sont tenues en pluridisciplinarité.

Les activités thérapeutiques sont vite associées au projet de soins et bénéficient d'infrastructures permettant à quelques soignants l'animation d'ateliers variés. Pour autant, l'absence de

thérapeutes, d'éducateurs, de pair aidants et d'infirmiers en pratique avancée assure insuffisamment la prise en charge pluridisciplinaire des patients en intra.

La sortie est préparée en pluridisciplinarité, en associant les familles et les services extrahospitaliers. L'établissement est marqué par un nombre important de personnes hospitalisées au long cours (19 en janvier), dont la prise en charge d'une partie est considérée comme en inadéquation avec la structure.

Cette prise en charge médico-soignante, même si elle est professionnelle et bienveillante, est limitée par les effectifs de soignants qui ne peuvent assurer toutes les sorties thérapeutiques extérieures qui seraient nécessaires, ni la surveillance des patients suicidaires ou à risque ne pouvant sortir seuls.

En revanche, les soins somatiques ne sont pas pleinement assurés. L'examen somatique à l'admission est réalisé par les urgentistes sans protocole conjoint entre les services. Au surplus, le suivi somatique des patients n'est ensuite assuré qu'auprès des différents spécialistes du CHG sans coordination par un généraliste.

Des restrictions de la vie quotidienne restent prégnantes

L'accès aux chambres est libre de même que l'accès au tabac et au téléphone portable (sauf exception). Toutefois, l'utilisation du pyjama bleu est encore trop fréquente et la douche n'est pas accessible toute la journée.

Les patients peuvent prendre leur repas en chambre, de manière individualisée, dans l'unité ouverte mais pas dans les unités fermées. Les familles ne peuvent entrer ni dans les services ni dans les chambres ; il n'y a pas de salon des familles et les visites sont limitées et même sur rendez-vous pour les patients en soins sans consentement (SSC).

Les pratiques d'isolement-contention ne sont pas analysées

L'établissement ne s'est emparé de la thématique de l'isolement et contention que sur l'aspect du contrôle par le juge des libertés et de la détention, sans se donner de perspectives d'analyse et de réduction des pratiques. Le projet d'établissement comme le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont discrets sur ce thème et n'engagent pas l'établissement. Au surplus, le projet immobilier prévoit 6 chambres d'isolement (CI) pour 24 lits en unité fermée, sans se baser sur le besoin d'aujourd'hui au regard des pratiques médicales et des perspectives de diminution à venir.

Aujourd'hui, l'établissement dispose, pour 67 lits, de 6 CI sans compter celle des urgences, dont l'utilisation devra néanmoins intégrer le registre. Ces chambres sont propres mais malgré tout indignes dans la mesure où le lit est au milieu de la pièce, prééquipé de contentions, avec comme seul équipement un WC en inox comparable à ceux des quartiers disciplinaires en prison, sans chasse d'eau; il n'y a ni point d'eau, ni bouton d'appel, ni possibilité d'allumer ou éteindre la lumière seul ou d'aérer la pièce, pas mention de la date et du jour, pas de séparation des WC du lit ; le pyjama y est systématique alors qu'il ne constitue aucunement un matériel de prévention du suicide.

Concernant l'enfermement en CI, l'analyse du registre d'isolement indique un taux d'isolement par rapport à la file active totale des services d'admission de 22 % et un taux de contention de 5,6 %; les durées moyennes d'isolement n'ont pas encore pu être calculées ni le nombre d'isollements supérieurs à 72 heures afin de vérifier la saisine du JLD.

De fait, l'isolement est encore trop utilisé par défaut de surveillance possible au regard du nombre de soignants.

Surtout, ce registre n'a jamais été analysé et il n'y a d'ailleurs plus de rapport annuel de l'isolement-contention depuis 2020.

Le patient sujet de droit n'est pas encore assez pris en compte

L'information est carentielle ; le livret d'accueil concerne le CHG et est trop général. De plus, il n'est pas remis systématiquement à l'admission. On observe en général peu d'informations sur les droits des patients, par affichage ou document donné aux patients par les soignants, de même qu'une explication des voies de recours.

L'identité du tiers n'est pas communiquée et les décisions sont remises aux patients sans les certificats médicaux, dont le contenu est appris par les patients devant le JLD, ce qui nuit à une relation de confiance entre le médecin et son patient.

La recherche du consentement aux soins est par ailleurs insuffisamment développée ; les observations du patient, après explication de ces certificats, ne sont pas recueillies ; la personne de confiance, souvent désignée, est rarement invitée à donner son accord formel et associée aux soins, même si les familles sont, quant à elles, souvent sollicitées.

Les directives anticipées en psychiatrie ne sont pas encore déployées alors qu'elles pourraient, par exemple, recueillir le souhait des patients d'informer une tierce personne d'un éventuel isolement.

Enfin, de très nombreuses prescriptions en « si besoin » de traitements injectables « *pour refus de traitement per os ou agitation* » sont encore administrées sans rechercher préalablement le consentement du patient par le médecin.

Les audiences du JLD se tiennent loin, dans des conditions inadaptées et monopolisent des soignants déjà peu nombreux. Les voies de recours ne sont pas expliquées par le juge.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur du CH prend sérieusement acte des recommandations émises et indique que des actions d'amélioration sont déjà à l'œuvre. La reconstruction du bâtiment livrable en 2026 améliorera considérablement les conditions de vie des patients et le programme d'amélioration de la qualité du pôle de psychiatrie adulte va intégrer de nombreuses recommandations en les déclinant en plan d'action.

De même, la présidente du tribunal judiciaire de Grasse ainsi que le procureur de la république dudit tribunal ont rapidement amélioré l'accès physique des patients à la salle d'audience. Leurs observations apparaissent dans le présent rapport.

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 17

Les psychiatres ont mis en place un dossier papier de traçabilité des mesures d'isolement et de contention aux urgences afin que les mesures prises et leur horodatage soient connus du service d'admission.

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 13

L'établissement doit bénéficier des moyens financiers nécessaires pour remplir ses missions liées à l'autorisation de psychiatrie adulte et de soins sans consentement.

RECOMMANDATION 2 15

Le comité d'éthique doit traiter les problématiques rencontrées par les soignants des services de psychiatrie.

RECOMMANDATION 3 17

Les contentions utilisées aux urgences pour les patients relevant de la psychiatrie doivent faire l'objet d'une traçabilité au sein du registre d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 4 19

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent notamment les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester l'exception et non la règle.

RECOMMANDATION 5 20

Un livret d'accueil spécifique aux soins sans consentement doit être systématiquement remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.

RECOMMANDATION 6 21

Les patients doivent disposer des certificats médicaux sur lesquels s'appuie une décision de soins sans consentement et de l'identité du tiers en cas d'admission sur sa demande, dès que son état clinique le permet. Ses observations sur les décisions le concernant doivent être systématiquement recueillies et consignées sur les certificats médicaux.

RECOMMANDATION 7 21

Un protocole d'information des patients en soins sans consentement sur leur situation doit être élaboré par l'établissement. Il doit préciser le rôle de chacun dans la délivrance de ces informations. Un document mentionnant clairement les droits afférents à ce statut doit être notifié et remis à chaque patient.

RECOMMANDATION 8 22

L'accès au dossier médical doit être possible pendant et après l'hospitalisation du patient.

RECOMMANDATION 9	25
La chambre des patients doit disposer de WC, d'un point d'eau et d'une douche.	
RECOMMANDATION 10	25
Les patients doivent avoir accès à un placard avec fermeture à clé et disposer de celle-ci.	
RECOMMANDATION 11	28
L'aération et la fermeture des portes des locaux réservés aux fumeurs doivent être assurées.	
RECOMMANDATION 12	31
Les chambres d'isolement doivent permettre un accès permanent à l'eau et aux toilettes, la possibilité d'allumer ou d'éteindre seul la lumière, d'appeler du secours, d'aérer la pièce. Le patient doit pouvoir connaître l'heure, le jour et la date. Un fauteuil en mousse doit permettre au patient ou au soignant de s'asseoir. Des espaces d'apaisement doivent être créés dans chaque unité.	
RECOMMANDATION 13	33
Le service de secours incendie du CH doit être informé en temps réel des chambres dans lesquelles des personnes sont enfermées.	
RECOMMANDATION 14	33
Le placement en isolement doit rester une mesure de dernier recours et répondre aux indications de la HAS. Le port du pyjama ne doit pas y être systématique.	
RECOMMANDATION 15	34
Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service. Un rapport de cette pratique doit être présenté chaque année devant les instances de l'établissement.	
RECOMMANDATION 16	35
La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée sans délai pour reprendre de façon pérenne sa mission de contrôle conformément au code de la santé publique.	
RECOMMANDATION 17	37
Le registre de la loi doit mentionner les dates de notification des décisions et, le cas échéant, la nature de la protection juridique dont fait l'objet le patient et le nom du mandataire. Les certificats médicaux doivent reproduire les observations du patient.	
RECOMMANDATION 18	38
Le préfet des Alpes-Maritimes, le président du tribunal judiciaire de Grasse, le procureur de la République près cette juridiction et le maire d'Antibes, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et éventuelles observations.	
RECOMMANDATION 19	44
La pharmacie clinique doit être développée au profit des patients de psychiatrie.	
RECOMMANDATION 20	44
Un temps de médecin généraliste doit permettre, dans chaque unité, l'organisation des soins somatiques et le suivi des maladies chroniques.	
RECOMMANDATION 21	45
Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir bénéficier de sorties non accompagnées de 48 heures. Les sorties courtes dans l'enceinte du CH pour des patients en SDRE ne doivent pas nécessiter d'autorisation de sortie accompagnée par le préfet.	

RECOMMANDATION 22 47

Chaque patient doit bénéficier d'une information claire et pouvoir exprimer son consentement aux soins proposés. Des partenariats avec des pairs-aidants et la mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent y concourir.

RECOMMANDATION 23 47

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 24 48

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.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 L'établissement a priorisé la restructuration de son offre de psychiatrie	11
2.2 Le centre hospitalier ne dispose pas des moyens financiers suffisants pour remplir ses missions de psychiatrie	12
2.3 Les effectifs soignants sont adaptés à la capacité des unités	13
2.4 Les événements indésirables sont pris en compte et révèlent les difficultés rencontrées par les soignants.....	15
2.5 Le comité d'éthique aborde peu la spécialité de psychiatrie.....	15
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	16
3.1 L'accueil des patients de psychiatrie aux urgences est spécialisé et permet une admission rapide dans les services.....	16
3.2 La décision de placement en soins sans consentement à la demande d'un tiers est prise majoritairement sur la base d'un seul certificat.....	18
3.3 L'information générale donnée aux patients et celle relative à leurs droits spécifiques est incomplète	19
4. LES CONDITIONS DE VIE	23
4.2 Les chambres sont dépourvues de toilettes et de douches.....	24
4.3 Les patients ne disposent pas de placard sécurisé.....	25
4.4 Les repas sont constitués d'un menu unique	25
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	27
5.1 La liberté d'aller et venir est limitée.....	27
5.2 Les restrictions quotidiennes sont individualisées mais l'accès au tabac difficile	27
5.3 Les contacts entre les patients et leurs familles ne sont pas facilités.....	28
5.4 Le droit de vote est pris en compte.....	29
5.5 L'accès aux cultes est organisé	30
5.6 La sexualité des patients est envisagée au cas par cas	30
6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	31
6.1 Les chambres d'isolement ne sont pas propices à l'apaisement	31
6.2 Les mesures d'isolement ne sont pas toujours décidées en dernier recours.....	31
6.3 Le registre de l'isolement-contention n'est pas analysé par les soignants.....	33
7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	35

7.1	La commission départementale des soins psychiatriques n'exerce plus sa mission de contrôle depuis 2019	35
7.2	Le registre de la loi, bien que renseigné avec soin, est incomplet et les contrôles extérieurs sont inexistantes	36
7.3	Le juge des libertés et de la détention contrôle les décisions d'hospitalisation ainsi que d'isolement et de contention hors les murs de l'hôpital	38
8.	LES SOINS.....	42
8.1	Les soins psychiatriques sont assurés mais ne bénéficient pas du développement de la pharmacie clinique.....	42
8.2	Les soins somatiques ne sont que partiellement assurés	44
8.4	Le consentement aux soins est insuffisamment recherché	46

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Luc Chouchkaieff, chef de mission ;
- Hélène Dupif ;
- 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, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier d'Antibes-Juan-Les Pins (Alpes-Maritimes) du 12 au 15 juin 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 12 juin à 14h et l'ont quitté le 15 juin à 12h. La visite était inopinée. Le préfet des Alpes-Maritimes, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), le président du tribunal judiciaire de Grasse 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 et l'équipe a pu se présenter devant les membres de la direction, le médecin chef de pôle, plusieurs cadres supérieurs et cadres de santé, le responsable du département d'information médicale (DIM).

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 ont 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 mais n'ont pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu le 15 juin, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé le 20 octobre 2023 au directeur du CH, au préfet des Alpes-Maritimes, au directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, au président du tribunal judiciaire de Grasse ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal. La présidente du tribunal judiciaire et le procureur de la République ont adressé leurs observations le 7 novembre 2023 et le directeur du CH Antibes-Juan-les-Pins le 17 novembre. Ces observations sont insérées dans le présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT A PRIORISE LA RESTRUCTURATION DE SON OFFRE DE PSYCHIATRIE

Le centre hospitalier (CH) d'Antibes-Juan-les-Pins est un hôpital général disposant de nombreuses spécialités médicales, dont la psychiatrie avec la responsabilité de deux secteurs. Le territoire comprend plusieurs établissements de santé publics et privés, dont deux cliniques disposant de nombreux lits de psychiatrie pour les soins libres ainsi que de places en hôpital de jour.

Le CH fait partie du GHT 06 qui rassemble le CHU de Nice, les 4 CH situés à Antibes, Cannes, Grasse et Menton, les 7 CH de proximité et un pôle santé. Le CHU de Nice collabore avec le CHS Sainte-Marie en psychiatrie. La population desservie est marquée par une forte proportion des plus de 60 ans (28 %).

La psychiatrie adulte est incluse dans un pôle qui comprend également l'addictologie. La pédopsychiatrie est rattachée au pôle « mère-enfant » et ne comporte que quelques lits d'hospitalisation de semaine, sans fermeture de porte en journée ni mesures d'isolement ou contention. Les secteurs de psychiatrie disposent de l'ensemble de l'offre de soins ambulatoires (centre médico psychologique - CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP, hôpital de jour - HJ). Outre l'ensemble de la filière intra et extrahospitalière de psychiatrie, l'établissement dispose de structures médico-sociales, dont un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les bâtiments de psychiatrie comme ceux des autres spécialités se situent sur une vaste enceinte immobilière. L'hospitalisation complète des adultes s'effectue, en intersectoriel, au sein de deux services fermés de 16 lits chacun (B1 et B2) et un service ouvert (SO) de 35 lits. Le contrôle a porté sur ces trois unités de psychiatrie adulte et le service des urgences.

La visite de certification d'octobre 2015 de la HAS avait relevé une non-conformité vis-à-vis des dortoirs à trois lits ne respectant pas l'intimité du patient et une majorité de personnes en soins libres dans une unité fermée. Ces éléments avaient amené le CH à restructurer son offre autour de 67 lits (au lieu de 80) avec deux unités fermées et une grande unité ouverte, dans l'attente de la restructuration complète bâtementaire (cf. § 3.2.1).

Le projet d'établissement 2022-2026, le projet de pôle et le projet médical 2020-2025 de psychiatrie adulte évoquent en « *projet phare* », la reconstruction de l'hospitalisation de psychiatrie offrant de meilleures conditions d'hôtellerie et la reconfiguration des unités ouvertes et fermées, avec parallèlement la reprise de deux secteurs (Cagnes-sur-Mer et Puget-Théniers) en 2025 et une augmentation du nombre de lit stabilisée à 88 lits et 9 chambres d'isolement (CI).

Ces documents stratégiques indiquent également le souhait d'une projection de la psychiatrie favorisant le « aller vers » par la création d'équipes mobiles adossées aux CMP, le renforcement du partenariat avec le médico-social pour préparer l'aval, le développement du programme d'éducation thérapeutique du patient Educpsy « *prendre soin de soi* » au bénéfice des patients souffrant de troubles schizophréniques.

Le projet médical 2020-2025 évoque également la nécessité de revoir la prise en charge somatique et de « *réinterroger les indications et l'usage des CI et développer des alternatives pour rester dans la bienveillance et éviter le recours à la CI* ».

Les maquettes organisationnelles du personnel sont citées mais non développées en matière d'organisation des pratiques des soins au quotidien en rapport avec le besoin de santé des patients.

L'ensemble de ces documents stratégiques, même s'ils ne vont pas suffisamment dans le détail de l'organisation des soins, n'en demeurent pas moins le témoin d'une volonté générale de l'établissement de se moderniser vers une prise en charge des patients plus respectueuse de leurs droits.

Concernant le territoire de santé, le projet territorial de santé mentale (PTSM) établi en novembre 2020 pour la période 2021-2025 pour le département des Alpes-Maritimes, est particulièrement documenté et précis dans les perspectives qu'il énonce. Il rappelle que la densité de psychiatres libéraux est le double de la moyenne nationale (9,4 pour 100 000 habitants) ; par ailleurs le département compte 241 lits d'hospitalisation complète publics contre 673 privés. Quant à l'hospitalisation partielle, on compte là aussi 189 lits privés contre 89 publics. 100 % des lits d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie sont privés (31 lits) ainsi que 84 lits sur 104 en hospitalisation partielle.

Ce projet territorial envisage, par exemple, de « *développer une plateforme téléphonique de régulation/coordination de la crise, initier les stages en psychiatrie pour les médecins somaticiens en formation et inversement pour les psychiatres, démultiplier les formations IPA en psychiatrie, développer les outils de communication sur les droits des patients, développer le aller vers pour permettre une meilleure accessibilité aux soins, développer l'accès aux soins somatiques et l'activité physique sur ordonnance, développer les centres dentaires dans les hôpitaux, améliorer le suivi somatique par les psychiatres concernant au moins les effets secondaires des traitements, intégrer le patient aux réunions de synthèse des équipes, développer des plages de consultations médicales d'urgence au sein des CMP et accroître l'offre de logement autonome et de logement adapté* ».

Enfin, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et ARS le 27 mars 2019. Ce contrat fixe, pour la psychiatrie, des indicateurs relatifs aux délais de rendez-vous en CMP et la diminution des séjours longs en hospitalisation, mais aucun ne concerne l'isolement-contention ou le droit des patients.

2.2 LE CENTRE HOSPITALIER NE DISPOSE PAS DES MOYENS FINANCIERS SUFFISANTS POUR REMPLIR SES MISSIONS DE PSYCHIATRIE

Les dépenses globales du CH étaient en 2022 de 169 678 000 euros dont 12 204 000 liés aux structures médico-sociales. Les recettes globales étaient, la même année, de 165 900 000 euros dont 11 725 100 pour les structures médico-sociales.

L'établissement n'a pas fait l'objet de plan de retour à l'équilibre.

La dette s'élevait, fin 2022, à 36,7 millions d'euros et il n'y a pas d'emprunt toxique. Le schéma directeur immobilier est approuvé et contractualisé avec l'ARS uniquement sur le volet psychiatrie et son financement est indiqué comme pouvant impacter les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement pour garder un taux d'endettement soutenable. La dette est évaluée à 72 millions d'euros en 2028 avec l'hypothèse d'une subvention de l'ARS à hauteur de 13 millions et la création de 35 ETP en rapport avec le passage à une capacité de 88 lits.

L'établissement tient une comptabilité analytique par pôle. Le pôle de la psychiatrie comprend également l'ELSA financée à hauteur de 31 000 euros par des crédits pour missions d'intérêt général (MIG).

Les recettes de la psychiatrie adulte sont ainsi estimées à 12 545 011 euros en 2021 pour des charges évaluées à 13 017 374 euros, dont 9 332 112 euros de frais de personnel soit 71,7 %.

Les recettes sont principalement issues de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 11 395 964 euros. Les recettes provenant des patients et mutuelles sont en augmentation à 965 000 euros en 2021 (698 000 euros en 2020), principalement liées aux forfaits journaliers et à l'aide médicale d'Etat (AME) (345 800 euros). Les chambres individuelles ne sont pas facturées.

Le financement de l'activité de psychiatrie souffre aussi d'une insuffisance chronique de dotation à hauteur de 500 000 euros chaque année (ce solde négatif est en effet retrouvé depuis 2019). En 2015, 2016 et 2017, une péréquation régionale positive au profit du CH avait permis de diminuer l'insuffisance de moyens qui était plus élevée, même si cette péréquation avait été parallèlement atténuée par des mesures d'économie imposée. La DAF a augmenté de 11 % entre 2014 et 2019, passant de 12 222 000 euros à 13 575 797 euros dont 50 % sont liées à la péréquation évoquée *supra*.

Ce financement insuffisant limite la modernisation de la prise en charge des patients comme évoqué dans le présent rapport à différents chapitres.

RECOMMANDATION 1

L'établissement doit bénéficier des moyens financiers nécessaires pour remplir ses missions liées à l'autorisation de psychiatrie adulte et de soins sans consentement.

Enfin, chaque service dispose d'une enveloppe destinée à financer le développement d'activités et de sorties, enveloppe qui n'a pas été rapportée comme insuffisante.

2.3 LES EFFECTIFS SOIGNANTS SONT ADAPTES A LA CAPACITE DES UNITES

2.3.1 Les effectifs

a) Effectifs non médicaux

A l'échelle de l'établissement, les effectifs du personnel non médical (PNM) s'établissent en 2022 à 1 447 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) dont 405 d'infirmier (IDE), 345 d'aide-soignant (AS) et 193 de personnel administratif ; 25 postes d'IDE sont vacants.

Concernant le pôle de psychiatrie, le PNM comprenait fin 2022 : 144 ETP budgétés dont 98,4 sur l'intrahospitalier ; 4,7 ETP n'étaient pas pourvus dont 3,5 en intrahospitalier. Parmi ces PNM, on distingue 68,9 ETP d'IDE, 19,7 ETP d'AS, 13,9 ETP de psychologue, 5,8 ETP de travailleur social et 10 ETP d'assistant médico-administratif. L'effectif ne comprend aucun éducateur, ergothérapeute ou kinésithérapeute au moment du contrôle ; dans les services intra hospitaliers, seuls 1,1 poste d'IDE et 0,3 poste d'AS sont vacants.

La future reprise de deux secteurs de psychiatrie lors de la reconstruction du bâtiment et la mise en place d'une équipe mobile s'accompagneront de la création de 35 ETP de soignants.

L'établissement n'est donc pas confronté, en psychiatrie, à des effectifs non pourvus. Au surplus, la création d'un site annexe de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Cannes est envisagé dans le projet d'établissement avec l'ouverture de 40 places.

L'absentéisme moyen du PNM en 2023 est de 7,5 % pour le pôle de psychiatrie et de 5,5 % pour les IDE. Les absences de courtes durées imprévues sont compensées prioritairement par des échanges entre personnels de psychiatrie, un appel à volontaires et la mobilisation d'un pool de suppléance du CH. Il n'est pas fait appel à l'intérim et les agents sont embauchés en contrat à durée indéterminée après quatre mois de contrat.

Le service dans les unités s'organise avec des soignants travaillant en douze heures de 6h00 à 14h00, de 13h00 à 21h00 et la nuit de 20h30 à 6h30. L'effectif de fonctionnement « cible » des unités fermées est de trois soignants (un IDE et un AS) par demi-journée de semaine et le week-end et deux la nuit (un AS et un IDE) ; une IDE est également présente en horaire de journée la semaine.

Le projet médico-soignant de chaque pôle devra définir les modalités de prise en charge des patients, à tout moment de la filière de soins, extra comme intra hospitalière, et en déduire les besoins de soins pertinents.

b) Effectifs médicaux

A l'échelle de l'établissement, l'effectif médical comprend 159 ETPR (217 médecins différents) dont 107 ETPR pourvus par un PH temps plein et 40 ETPR pourvus par un praticien contractuel.

Concernant la psychiatrie, 18,4 ETP de médecin étaient budgétés en 2022, avec aucun non pourvu ; 13,2 étaient affectés à l'intra hospitalier soit un de plus qu'en 2021. En 2023, au moment du contrôle, les effectifs médicaux sont à 18,6 ETP budgétés dont 1,6 non pourvus. 0,8 ETP de médecin concerne un médecin associé et 0,8 un interne de psychiatrie. Sur les postes vacants, un poste devrait être occupé par un médecin associé de médecine générale en août 2023.

Aucun médecin n'exerce une activité d'intérêt général au profit de structures médico-sociales.

L'établissement ne fait pas appel à des médecins intérimaires. Le faible nombre de postes vacants n'amène pas d'absence de médecin dans les services (cf. § 9.1).

2.3.2 Le tutorat et la formation

L'établissement n'a pas mis en place de tutorat pour les nouveaux infirmiers et n'offre pas de formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste aux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école. Un compagnonnage est toutefois mis en place.

Un seul médecin n'a suivi aucune formation sur les trois dernières années.

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. Des formations sont proposées concernant la gestion des violences ou l'entretien infirmier.

Le projet médical de psychiatrie adulte évoque l'objectif de réaliser chaque année *a minima* quatre à huit analyses des pratiques professionnelles (APP), une revue mortalité morbidité (RMM) et de recenser le nombre de professionnels ayant participé à au moins 1 à 2 RMM ou APP.

La supervision, collective ou individuelle, n'est pas proposée aux agents.

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT PRIS EN COMPTE ET REVELENT LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES SOIGNANTS

L'ensemble du personnel médical, non médical et administratif des trois unités de soins est sensibilisé à la nécessité de déclarer les événements impactant le bon fonctionnement de leurs missions au quotidien. Les déclarations sont faites sur le logiciel « *Blue Médi* » et l'anonymisation est possible. Le déclarant peut, en se connectant sur la fiche qu'il a émise, savoir si l'événement est traité ou en cours. Le cadre va recevoir en provenance du service qualité, des instructions afin d'agir pour améliorer une situation ou préciser certaines données.

Une charte « *du signalement responsable des événements indésirables* » est élaborée depuis 2020. Il y est précisé que « *le principe du signalement des événements indésirables est une démarche volontaire et signaler un événement indésirable n'est pas désigner un coupable* ». Ainsi un engagement à ce qu'aucune procédure disciplinaire ne soit entamée, sauf en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité, est pris par la direction de l'établissement envers l'agent déclarant notamment une erreur dans l'accomplissement de ses missions.

Une fois par mois, un comité de vigilance des risques (COVIRIS) se réunit. Il est composé du président de la CME, d'un cadre de santé, de représentant des soignants et de la direction en charge de la qualité et de la gestion des risques. Un ou deux événements majeurs sont choisis pour être exposés et analysés. Des commissions de retour d'expérience (CREX) sont mis en place en cas d'événements graves liés aux soins et un référent médical par unité est chargé de la qualité et de la gestion des risques.

62 EI ont été déclarés en 2022, dont 41 pour l'unité ouverte, 14 à B2 et 7 à B1. Depuis le 1^{er} janvier 2023, 41 sont déjà déclarés dont 26 en secteur ouvert, 9 à B2 et 6 à B1.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE ABORDE PEU LA SPECIALITE DE PSYCHIATRIE

Le comité d'éthique est composé de vingt membres qui se réunissent quatre fois par an. Il s'agit de médecins, de soignants, de personnels administratifs et d'assistants sociaux. Des représentants des usagers peuvent y siéger. Des cas cliniques virtuels sont exposés mais essentiellement sur des problématiques des services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

L'actuel président du comité d'éthique, chef du service des soins palliatifs, est en poste depuis un an. Pour être plus proche des besoins des soignants il est envisagé une communication plus large et aisée des travaux du comité d'éthique à l'aide d'un onglet accessible sur l'intranet.

L'objectif est également de faire participer davantage de psychiatres à ce comité d'éthique afin que des thématiques spécifiques puissent y être traitées. Ainsi, il est prévu d'aborder une réflexion éthique sur la sexualité des patients.

Le comité d'éthique est connu des soignants. Certains d'entre eux aimeraient pouvoir s'adresser à lui pour obtenir des pistes de réflexions concernant des problématiques rencontrées dans leurs pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 2

Le comité d'éthique doit traiter les problématiques rencontrées par les soignants des services de psychiatrie.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ACCUEIL DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE AUX URGENCES EST SPECIALISE ET PERMET UNE ADMISSION RAPIDE DANS LES SERVICES

3.1.1 La prise en charge aux urgences du CH

Les patients sont pris en charge aux urgences du CH. Il n'existe pas de dispositif ambulatoire de prise en charge des crises de type équipe mobile.

Le service des urgences est exigü et comporte quelques boxes individuels, des salles comportant plusieurs brancards et des lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Un agrandissement est prévu dans le schéma directeur immobilier.

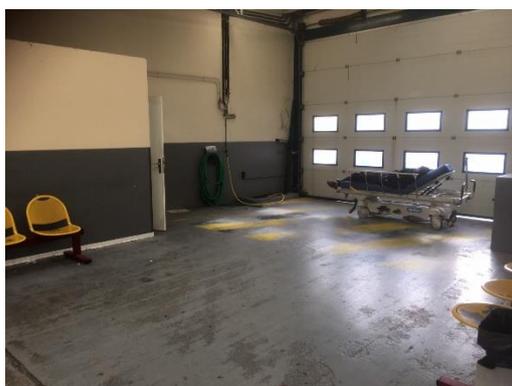
Les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement (SSC) sont amenés par les sapeurs-pompiers, les forces de l'ordre ou une ambulance privée. Le patient agité entre par un sas qui est, depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19, commun aux piétons, ce qui ne permet pas de le transporter à l'abri des regards.

Il a été rapporté que les patients en soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) sont toutefois directement hospitalisés en psychiatrie sans passer par les urgences. Les urgentistes du CH s'engagent dans ce cas à s'y rendre lors de l'admission.

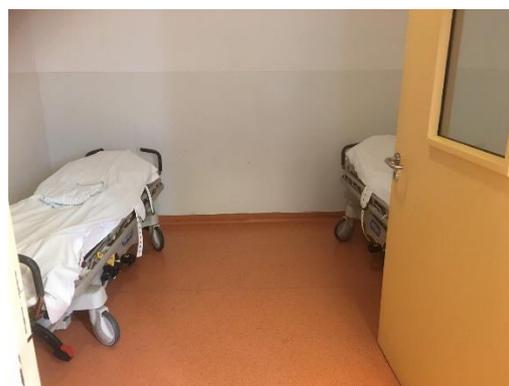
Quant aux patients arrivant avec un certificat médical d'un médecin généraliste, il est souvent inutilisable car ne comportant pas les mentions légales obligatoires.

L'urgentiste établit ainsi souvent les certificats initiaux (SDRE ou soins à la demande d'un tiers en urgence - SDTU) et il n'y a que rarement un deuxième certificat, les psychiatres appartenant au même établissement (cf. § 3.2).

Lorsqu'il arrive aux urgences, le patient est directement examiné par l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) et le médecin urgentiste dans une salle fermée ; si la personne est agitée ou contentionnée, elle est toujours placée dans un box individuel mais préférentiellement dans la chambre d'isolement (CI) gérée par les IDE de psychiatrie. Il n'y a pas d'espace d'apaisement. Cette CI ne dispose malheureusement pas d'un point d'eau ni de toilettes et le hublot donnant directement sur le couloir n'est pas occultable.



Entrée des urgences



Chambre d'isolement des urgences

Au sein du service des urgences, un IDE de psychiatrie est présent 24h/24 et assure une première prise en charge des patients orientés par les urgentistes. Cet IDE assure également la psychiatrie de liaison dans les services de médecine. La nuit, le psychiatre de garde sur place assure à la fois les avis spécialisés aux urgences et dans les services hospitaliers.

Deux brancards sont préparés avec le matériel de contention préinstallé (système à aimant), de même qu'un sac permettant d'entreposer les affaires personnelles.

Les mineurs de moins de 18 ans sont pris en charge dans le même service d'urgences mais par l'équipe mobile de pédopsychiatrie.

Au sein des urgences, un bureau et une petite salle de soins sont à la disposition de l'IDE et du psychiatre, avec un visuel sur la CI qui jouxte la salle de soins ; les observations des soignants sont renseignées sur le logiciel Urqual du CH mais ils ont également accès au logiciel de psychiatrie Crossway. Le psychiatre consulte les patients avec l'IDE.

Le placement en isolement et la pose de contentions sont décidés par le psychiatre et tracés sur le dossier médical des urgences de chaque patient concerné, avec horodatage. Un dossier papier d'isolement-contention contenant toutes les mentions légales est initié et suit le patient dans le service de psychiatrie. Ce dossier papier comporte également les fiches d'information et de saisine du JLD, les restrictions de liberté opérées durant l'isolement, l'information du patient et de sa famille, sous la forme suivante : « *le patient souhaite informer sa famille (oui/non/si oui qui), le patient souhaite avoir des visites de sa famille, le patient exprime une autre demande* ».

BONNE PRATIQUE 1

Les psychiatres ont mis en place un dossier papier de traçabilité des mesures d'isolement et de contention aux urgences afin que les mesures prises et leur horodatage soient connus du service d'admission.

Aucun patient n'est contenu au moment du contrôle mais aucun registre ne permet de connaître la pratique des médecins.

RECOMMANDATION 3

Les contentions utilisées aux urgences pour les patients relevant de la psychiatrie doivent faire l'objet d'une traçabilité au sein du registre d'isolement et de contention.

Les patients admis en soins sans consentement ne restent que quelques heures dans le service avant d'être transférés en psychiatrie. L'IDE de psychiatrie se met en relation avec le cadre de garde en journée et le médecin de garde la nuit, pour orienter le patient.

3.1.2 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitants ou les psychiatres des structures ambulatoires ou bien se faire depuis les services d'urgences.

A leur arrivée dans le service, ils 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.

Les patients qui n'ont pas transité par les urgences ne bénéficient pas d'un examen systématique par un somaticien ou par un urgentiste, cette procédure n'étant pas formalisée et restant praticien dépendant ; le psychiatre fait appel à l'urgentiste lorsqu'il en ressent le besoin et cette collaboration devra être protocolisée entre urgentistes et psychiatres.

3.2 LA DECISION DE PLACEMENT EN SOINS SANS CONSENTEMENT A LA DEMANDE D'UN TIERS EST PRISE MAJORITAIREMENT SUR LA BASE D'UN SEUL CERTIFICAT

3.2.1 L'évolution des capacités d'hospitalisation

Depuis septembre 2022, le service de la psychiatrie a connu une réorganisation. Il était auparavant divisé en trois unités sectorisées. Des travaux de réaménagements ont conduit à la modification capacitaire du service passant de 80 lits à 67 lits avec la suppression des chambres à trois lits (cf. § 2.1).

Désormais, le service dispose de trois unités intersectorielles, l'unité secteur ouvert avec 35 lits (11 chambres individuelles et 12 chambres doubles) et une chambre d'isolement, deux unités protégées fermées de 16 lits chacune (4 chambres individuelles et 5 doubles pour l'une ; 4 individuelles et 6 doubles pour l'autre avec 2 et 3 chambres d'isolement).

Dans le cadre d'un redécoupage de la zone d'intervention, le CH d'Antibes connaît en outre un élargissement du bassin de la population qu'il prend en charge (environ 60 000 habitants supplémentaires de Cagnes-sur-Mer à Puget-Théniers). Le CH d'Antibes couvrira ainsi une population d'environ 230 000 habitants. Dans ce cadre, un projet de reconstruction est en cours avec une augmentation capacitaire du service qui passerait à 88 lits et 9 CI.

Dans ses observations du 17 novembre 2023, le directeur du CH indique que « le capacitaire du nouveau bâtiment a été arrêté définitivement avec l'ARS à 87 lits et 7 CI. Ainsi les deux CI prévues dans les unités pour les hospitalisations libres ont été supprimées (ne demeurent que des salons d'apaisement). »

3.2.2 L'activité des soins sans consentement

Selon les informations transmises par l'établissement, le pôle de psychiatrie a enregistré en 2021, 456 patients hospitalisés pour lesquelles 218 mesures de soins sans consentement ont été prononcées. En 2022, sur 419 patients, il y a eu 237 mesures de soins sans consentement : 191 mesures de soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE), dont 185 en urgence (SDTU) et 6 soins en péril imminent (SPI), et 46 mesures sur décision du préfet (SPDRE).

Au moment du contrôle, 22 patients sur un total de 60 sont hospitalisés en SSC : 14 en SDDE dont 13 à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) et 1 SPI, et 8 patients en SPDRE.

Le nombre de mesures de SPDRE est stable tandis que le nombre de SDT a légèrement augmenté entre 2021 et 2022.

Au sein des SDT, la proportion des décisions prises en urgence (SDTU) – c'est-à-dire sur la base d'un seul certificat médical – représente, selon le service des admissions, la majeure partie des situations. Ceci est expliqué par la difficulté à trouver un deuxième médecin disponible ne relevant pas de l'hôpital (cf. § 3.1). Or, l'admission en SDTU ou en SPI doit rester exceptionnelle comme offrant moins de garanties au patient.

RECOMMANDATION 4

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent notamment les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester l'exception et non la règle.

S'agissant des mineurs, le service de psychiatrie a pris en charge un mineur de 14 ans en 2021 (en SDRE), 3 mineurs de 17 ans en 2022 (dont un en SDRE) et 3 mineurs de 17 ans du 1^{er} janvier au 30 avril 2023 (dont le même patient qu'en 2022 en SDRE).

S'agissant de la durée moyenne de séjour, elle a peu évolué entre 2021 et 2022. Elle est de 39,31 jours en 2021 et de 38,31 jours en 2022.

Les patients en soins sans consentement sont pris en charge essentiellement au sein des unités protégées fermées tandis que les soins libres sont hospitalisés au sein de l'unité ouverte.

Le taux d'occupation était de 85 % en 2021 et 90 % en 2022. Il était de 88 % au 31 mai 2022 et de 101 % à la même date en 2023. En cas de suroccupation, il peut y avoir une re-répartition des patients en fonction des unités fermées même si en réalité il y a peu de transfert d'une unité à une autre, sauf à la demande des médecins lorsqu'ils suivent des patients en extra. Il n'est pas rajouté de lit supplémentaire au sein des unités mais il arrive fréquemment que la chambre d'isolement soit utilisée comme une chambre d'hospitalisation supplémentaire (avec la porte ouverte).

3.3 L'INFORMATION GENERALE DONNEE AUX PATIENTS ET CELLE RELATIVE A LEURS DROITS SPECIFIQUES EST INCOMPLETE

3.3.1 L'information générale des patients

Le livret d'accueil concerne l'ensemble du CH d'Antibes et n'est pas spécifique au service de psychiatrie. Il fournit des informations sur 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 droits des usagers). En revanche, s'il mentionne très succinctement l'existence de l'hospitalisation sans consentement, il n'en aborde pas la procédure, ni les différents modes d'admission, et n'apporte aucune information sur les droits des patients en soins sans consentement.

En outre, ce livret n'est pas systématiquement remis aux patients.

RECOMMANDATION 5

Un livret d'accueil spécifique aux soins sans consentement doit être systématiquement remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.

Des règles de vie spécifiques aux unités protégées fermées et à l'unité ouverte sont affichées à l'entrée de chacune d'entre elles mais elles ne le sont pas dans les chambres et elles ne sont pas remises aux patients. Ces règles précisent les spécificités applicables à chaque unité notamment sur les horaires des repas, des traitements, des visites, sur le lavage du linge personnel, sur le tabac, sur les valeurs, la nourriture ou encore les permissions de sorties.



Affichage au sein d'une unité protégée

Au sein des unités, l'affichage relatif aux informations sur les droits des patients comprend la charte de la personne hospitalisée, la composition de la commission des usagers et ses modalités de saisine, le règlement général sur la protection des données ainsi que la liste des associations partenaires. Il n'y a toutefois pas d'affichage rappelant les voies de recours ou encore communiquant les coordonnées des instances compétentes à l'exception de la commission des usagers (CDU) et pas d'affichage du tableau de l'ordre des avocats. Les droits spécifiques liés aux soins sans consentement ne sont pas non plus affichés.

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 – qui n'ont pas reçu de formation juridique sur le droit applicable aux soins sans consentement – autant que faire se peut, selon leurs connaissances.

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 informations relatives aux règles de vie de l'unité mais peu d'informations relatives à ses droits.

S'agissant des voies de recours, il est simplement mentionné au patient qu'il peut faire appel, sans davantage de précisions sur les délais et les modalités pour le faire.

Aucun document d'information déclinant l'ensemble des droits énoncés par l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) n'est remis au patient lors de la notification de la décision d'admission en SSC alors même qu'une telle notification des droits doit être inscrite dans le registre de la loi.

Les décisions d'admission et de prolongation des soins sans consentement, de même que les décisions judiciaires sont notifiées au patient qui signe un accusé de réception. En cas de refus de celui-ci, ou si son état clinique n'est pas stable, cet accusé est émargé par deux infirmiers.

Les décisions sont transmises aux patients même si, bien souvent, ils préfèrent qu'elles soient conservées dans leur dossier médical.

Lors de son arrivée dans l'unité, le patient est également reçu par un médecin psychiatre en présence d'un infirmier. Si ses observations sont recueillies et consignées dans le dossier informatisé Crossway, elles ne sont pas systématiquement reproduites sur les certificats médicaux.

Les différents certificats médicaux sur lesquels se fonde la mesure (initial, de 24 heures, 72 heures, etc.) ne sont pas toujours communiqués au patient mais classés dans son dossier médical. Il arrive ainsi que le patient en apprenne le contenu dans le cadre de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. Cette pratique n'est pas propice à l'adhésion du patient à ses soins et ne permet pas d'établir une relation de confiance avec le médecin psychiatre.

Par ailleurs, l'identité du tiers demandeur n'est pas non plus toujours délivrée. Or, les droits du patient nécessitent que cette information soit portée à sa connaissance.

RECOMMANDATION 6

Les patients doivent disposer des certificats médicaux sur lesquels s'appuie une décision de soins sans consentement et de l'identité du tiers en cas d'admission sur sa demande, dès que son état clinique le permet. Ses observations sur les décisions le concernant doivent être systématiquement recueillies et consignées sur les certificats médicaux.

Les patients ne bénéficient, par voie d'affichage, par le biais de documents qui leur seraient délivrés ou encore par des explications fournies par les soignants, que de peu d'informations sur leurs droits.

RECOMMANDATION 7

Un protocole d'information des patients en soins sans consentement sur leur situation doit être élaboré par l'établissement. Il doit préciser le rôle de chacun dans la délivrance de ces informations. Un document mentionnant clairement les droits afférents à ce statut doit être notifié et remis à chaque patient.

3.3.3 L'accès au dossier médical

L'accès au dossier médical est mentionné dans le livret d'accueil et ses modalités y sont détaillées. La demande doit être faite par courrier adressé à la direction du centre hospitalier d'Antibes. Il y est également précisé que cette demande peut être effectuée par le biais d'un formulaire de contact disponible sur le site Internet de l'hôpital. Le dossier peut être consulté sur place, ou une copie peut être envoyée au domicile du patient ou adressée à son médecin traitant. La communication du dossier est comprise dans un délai de huit jours à deux mois selon que la prise en charge est intervenue à moins ou plus de cinq ans.

Toutefois, les règles d'accès au dossier médical semblent confuses en pratique. Ainsi, il a été indiqué que les patients ne pouvaient pas avoir accès à leur dossier médical durant le temps de leur hospitalisation. Ils ne peuvent ainsi le consulter ou bénéficier d'une copie qu'une fois sortis de l'hôpital.

RECOMMANDATION 8

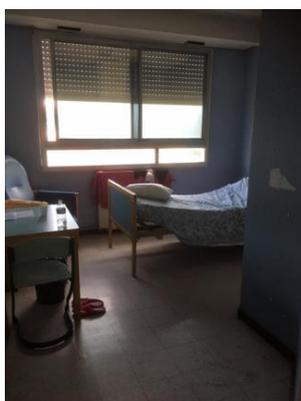
L'accès au dossier médical doit être possible pendant et après l'hospitalisation du patient.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX ET LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT NE SONT PAS ADAPTES

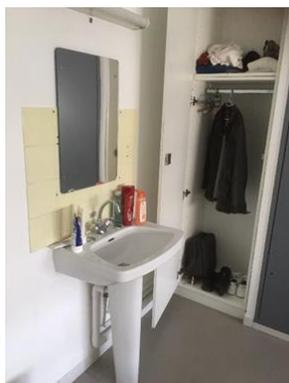
L'hébergement ne présente pas de disparité entre les différentes unités, qui comportent toutes des chambres doubles et des chambres simples. Elles sont spacieuses et pourvues de grandes fenêtres apportant une luminosité naturelle. La composition de leur mobilier (lit, table, chaise et table de chevet) n'est pas récente, mais en bon état. Les chambres n'ont cependant pas de prises électriques.

L'ensemble de ces locaux est vétuste. La peinture des chambres est écaillée. Selon les propos recueillis, la chaleur de l'été dans les chambres est insupportable du fait du dysfonctionnement du système d'aération (souvent inopérant).



Chambres hospitalières

Certaines portes des chambres ne comportent pas de verrou de confort permettant leur fermeture depuis l'intérieur. Les patients ne disposent pas de la clé de leur chambre. Chaque chambre dispose d'un placard (il y a deux placards dans les chambres doubles) composé de deux parties : la partie haute dispose d'une fermeture à clé mais la partie basse ne peut être fermée (cf. recommandation du § 4.3). Il n'y a pas de bouton d'appel.



Locaux sanitaires

Jardin fermé à l'arrière du bâtiment

Les salles à manger de chaque unité, disposant de la climatisation, bénéficient d'un espace qui fait office de salon. Celui-ci est équipé d'un mobilier comprenant tables basses, chaises, fauteuils ainsi que d'un téléviseur grand écran avec télécommande mise à disposition. Le mobilier de la salle à manger, comme celui de l'espace salon, est en bon état.

Les patients n'ont pas la possibilité de disposer d'un téléviseur dans leur chambre, mais l'accès au téléviseur commun est disponible de 7h00 à 23h00.

Il n'existe pas de salon d'accueil des familles pour les visites.

Les unités ne disposent pas de patio et un jardin peut sur demande être ouvert à l'arrière du bâtiment, avec la présence d'un soignant. Chaque unité dispose d'un local, concomitant à la salle à manger, qui est mis à la disposition des fumeurs. Ce local, dit « fumoir », est doté d'un allume-cigarettes.

L'unité ouverte dispose d'une salle d'activités avec un tapis de marche, des jeux vidéo ainsi que des jeux de société.

Le bureau des infirmiers, qui est mitoyen à la salle à manger, est dépourvu de vitres permettant d'avoir une vue directe sur cet espace de vie où les patients passent la majorité de leur temps.

4.2 LES CHAMBRES SONT DEPOURVUES DE TOILETTES ET DE DOUCHES

Les chambres ne disposent ni de douches, ni de toilettes. Ces dernières sont communes et en nombre insuffisant : chaque unité protégée comporte 4 WC et 3 douches (dont une salle de bain avec baignoire) et l'unité ouverte, une douche supplémentaire.

Les douches sont accessibles quotidiennement aux patients. Les produits d'hygiène peuvent être apportés par les proches lors des visites. Ils sont également en vente à la cafétéria au sein du bâtiment et au « kiosque » à l'extérieur du bâtiment. Un nécessaire d'hygiène (savonnette, brosse à dents, dentifrice, etc.) est remis aux patients dépourvus de ressources. L'hôpital dispose d'un important stock de vêtements et chaussures auxquels les soignants peuvent accéder afin de fournir le nécessaire aux patients démunis.

Les ASH assurent quotidiennement l'entretien des locaux qui, malgré la vétusté, sont propres. Les draps sont changés une fois par semaine et en tant que de besoin. Les serviettes, déposées sur un chariot placé dans un couloir, sont en libre-service.

Pour les patients bénéficiant de visites, le linge personnel peut être confié aux proches pour le lavage. Pour les autres, le nettoyage des effets personnels peut être pris en charge, à titre gratuit, par les unités qui disposent chacune d'un lave-linge et d'un sèche-linge.

Un membre du personnel soignant fait office de coiffeur dans chaque unité. Il n'existe pas d'intervenant extérieur.



Baignoire collective



Stock de vêtements de secours

RECOMMANDATION 9

La chambre des patients doit disposer de WC, d'un point d'eau et d'une douche.

4.3 LES PATIENTS NE DISPOSENT PAS DE PLACARD SECURISE

Lors de l'arrivée du patient, un inventaire contradictoire de ses effets personnels est réalisé par deux soignants. Signé par l'un des soignants et le patient (lorsque son état clinique le permet), un exemplaire est conservé dans le dossier du malade et un autre remis au patient.

Les objets coupants, contondants ou en verre sont retirés. Les cigarettes, denrées alimentaires et boissons sont conservées dans des casiers individuels situés dans le bureau des infirmiers. Les patients peuvent conserver des sommes égales ou inférieures à 20 euros. Les sommes d'argent, jusqu'à 40 euros, sont déposées dans des enveloppes nominatives placées dans un lieu sécurisé. Les sommes plus importantes sont mises au coffre du cadre supérieur auprès duquel les patients peuvent effectuer des retraits les lundis et vendredis entre 11h00 et 12h00.

Quant aux objets de valeurs, cartes de crédit et chéquiers, ils sont acheminés vers la régie centrale du centre hospitalier.

Les effets personnels autorisés sont placés dans le placard des chambres dont seule la partie haute dispose d'un système de fermeture. Le patient peut y faire placer ses affaires mais doit demander l'ouverture à un soignant qui détient la clé.

RECOMMANDATION 10

Les patients doivent avoir accès à un placard avec fermeture à clé et disposer de celle-ci.

Sauf prescription médicale, les téléphones portables sont autorisés. Les cordons sont retirés et remis sur demande afin que les patients puissent procéder au rechargement de leur téléphone.



Objets conservés dans des casiers individuels dans le bureau des infirmiers

4.4 LES REPAS SONT CONSTITUES D'UN MENU UNIQUE

Les repas sont préparés en liaison froide par la cuisine centrale. Dans chaque unité, les repas sont réchauffés et servis par les aides-soignants qui assurent également la surveillance des patients. Les patients ne sont pas autorisés à manger dans leur chambre, sauf dans l'unité ouverte où cela peut être autorisé à titre exceptionnel. Les patients prennent donc leur repas dans la salle à manger commune. Chaque patient est libre de choisir sa place.

Les repas sont constitués d'un menu unique, mais les régimes alimentaires sur prescription médicale, confessionnels ou philosophiques sont respectés. Lors de la réception des repas, l'aide-soignante vérifie la présence des différents régimes et signale, le cas échéant, les manques.

Le plat de résistance est servi dans les assiettes avec couverts en inox ou en matière plastique et les gobelets sont en carton. Quant à l'entrée et au dessert, ils sont distribués dans des barquettes.

Dans les trois unités, les horaires de repas sont fixés selon trois créneaux horaires : le petit-déjeuner de 8h00 à 8h30, le déjeuner de 12h00 à 12h45 et le dîner de 19h00 à 19h45. Une collation (composée de petits biscuits, lait et de sirop à l'eau) est également servie chaque jour à 16h00. Une tisane est proposée aux patients qui le souhaitent le soir avant le coucher.

Si la quantité de la nourriture est estimée suffisante, certains patients déplorent en revanche le manque de qualité gustative des repas servis.



Salle à manger et salon avec téléviseur, UP1



Salle à manger, unité ouverte

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST LIMITEE

5.1.1 La liberté d'aller et venir

Seule l'unité S0, située au niveau 1 du bâtiment psychiatrie, est ouverte et les patients peuvent circuler librement hors de l'unité. Les unités B1 et B2, situées au niveau 2, sont fermées. Pour y accéder, le personnel dispose de clés. Le visiteur doit sonner pour se voir ouvrir la porte de l'unité. Les patients autorisés à sortir de l'unité doivent également solliciter le personnel pour l'ouverture de la porte.

Les patients peuvent circuler librement au sein des unités. Lorsqu'ils quittent leur chambre, ils ne disposent pas de clé pour verrouiller la porte. Depuis l'intérieur de la chambre, ils disposent en revanche d'un verrou de confort qui leur permet de se préserver des intrusions d'autres patients, et ce notamment la nuit.

Les patients admis en secteur ouvert peuvent sortir seuls hors de l'unité. En fonction de leur état clinique, les patients en soin sans consentement des unités B1 et B2 ont la possibilité de sortir seuls ou accompagnés par le personnel soignant, à l'intérieur du bâtiment ou dans l'enceinte de l'hôpital. A l'intérieur du bâtiment, ils peuvent se rendre à la cafétéria. Dans l'enceinte de l'hôpital, les patients peuvent se promener, seuls ou accompagnés, dans les allées ou se rendre au « kiosque » (cafétéria disposant d'une salle intérieure et d'une terrasse (cf. § 8.3).

5.1.2 La gestion de la sécurité

Les bâtiments de psychiatrie sont surveillés par un réseau de caméras relié au PC du poste de sécurité de l'hôpital ou un agent visionne les écrans de contrôle. Les images sont conservées quinze jours avant d'être écrasées. Des extractions peuvent être réalisées par le responsable de la sécurité en cas de réquisition des services de police, de gendarmerie ou de magistrats. Les caméras placées dans les chambres d'isolement ne font pas l'objet d'enregistrements et les images ne sont visibles que par le personnel soignant dans le bureau des infirmiers.

Le personnel soignant est équipé d'appareil de protection pour travailleur isolé (PTI) qui peut être déclenché en cas d'incident. Cette alerte provoque systématiquement l'intervention du personnel soignant des autres unités. Les membres du personnel de sécurité sont également alertés, mais, même s'il se rendent sur les lieux de l'incident, ils n'ont pas de contact direct avec le patient dans la gestion des violences sauf situation grave.

5.2 LES RESTRICTIONS QUOTIDIENNES SONT INDIVIDUALISEES MAIS L'ACCES AU TABAC DIFFICILE

5.2.1 Le rythme de la vie au quotidien

Selon les unités, l'horaire de lever est fixé entre 7h00 et 7h30, mais il n'y a pas d'obligation pour les patients de se lever aux horaires indiqués si ce n'est pour la prise des médicaments ainsi que le petit-déjeuner qui est servi entre 8h00 et 8h30. Les chambres sont librement accessibles aux patients durant la journée, sauf lors des horaires du ménage. Les horaires du coucher ne sont pas fixes. Cependant le téléviseur est éteint à la fin de la première partie de la soirée, soit vers 22h45. L'accès aux douches est autorisé le matin de 7h00 à 10h00 et en fin de journée de 19h00 à 22h00. Par conséquent, en théorie leur accès n'est pas permis durant la journée, mais dans les faits, il existe une tolérance et les patients peuvent sur demande y avoir facilement accès.

5.2.2 Le tabac

L'accès au tabac est possible dans les trois unités, mais les patients ne sont pas autorisés à conserver des quantités importantes. Le règlement interne prévoit : « *Il est conseillé de ne pas garder sur soi plus d'un paquet de cigarette par jour* ». Les cigarettes sont conservées dans les casiers individuels des patients dans le bureau des infirmiers. A la demande et selon décision médicale, le personnel soignant remet au patient un certain nombre de cigarettes. Ces restrictions sont individualisées en fonction non seulement de l'état clinique du patient, mais également en fonction de sa vulnérabilité (difficulté à gérer sa consommation, prévention du racket et du vol, etc.).

Les trois unités ne disposant pas de cour ou de patio, les patients doivent fumer dans une salle, avoisinante du réfectoire, dite « fumoir ». Muni d'un allume-cigarettes, le fumoir est accessible même durant la nuit. Il a été observé qu'une forte odeur de tabac se dégage de cet endroit et ce d'autant plus que la porte demeure parfois ouverte et que l'aération semble dysfonctionner.

RECOMMANDATION 11

L'aération et la fermeture des portes des locaux réservés aux fumeurs doivent être assurées.

Il est proposé des substituts nicotiques aux patients qui le souhaitent.

5.2.3 Le port du pyjama

Le port du pyjama n'est jamais imposé mais quelques patients en étaient vêtus au moment du contrôle, se disant plus à l'aise dans cette tenue.

5.3 LES CONTACTS ENTRE LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES NE SONT PAS FACILITES

5.3.1 Le téléphone, le courrier et l'accès aux familles

Dans les trois unités de soins, les patients conservent leur téléphone ainsi que leur cordon de recharge. Parfois, certains patients préfèrent remettre les cordons aux soignants.

Pour les patients qui ne disposent pas de téléphone personnel, l'unité de soins libres dispose de deux téléphones, l'un à côté du fumoir, l'autre dans la salle à manger. Cependant, ces téléphones ne permettent pas de parler en toute confidentialité étant dépourvus de tout dispositif de protection phonique. Dans les unités B1 et B2, il y a aussi un téléphone dans la salle à manger identique à celui de l'unité des soins libres.

S'agissant du courrier, il est parfois ouvert en présence et avec l'accord du patient si la lettre émane d'une autorité administrative ou judiciaire. S'agissant des colis, l'ouvrir en présence du patient permet de mettre de côté le tabac et les friandises qui peuvent s'y trouver, surtout pour les patients qui peuvent souffrir de fausse route ou nécessiter des régimes alimentaires spécifiques. Lorsque les patients veulent envoyer des courriers, il est affranchi par l'hôpital lorsque le courrier est destiné à une autorité judiciaire ou administrative et, s'il s'agit d'un courrier personnel, les soignants leur offrent occasionnellement des timbres.

Dans aucune des trois unités de soins n'existent de salons des familles. Les familles appellent au préalable pour annoncer leur arrivée quelques jours avant. Lorsqu'ils arrivent, les visiteurs se présentent au secrétariat du pôle au rez-de-chaussée de l'immeuble. L'unité où le patient est hospitalisé est alors contactée et les soignants conduisent le patient vers ses proches. Les familles ne peuvent pas monter dans les étages, ne peuvent pas aller dans les chambres des patients et

ne peuvent pas partager un repas avec eux dans l'unité. Une fois que le patient a retrouvé les siens, les personnes peuvent aller ensemble à la cafétéria appelée « kiosque » ou celle du rez-de-chaussée où elles peuvent aussi consommer des boissons et des friandises. Certains patients peuvent être interdits de visite par le médecin si des actes de violence ont été commis. Les familles peuvent prendre des rendez-vous de 14h00 à 18h30 et le week-end de 10h00 à 11h30 et de 13h30 à 16h30. Les mineurs sont autorisés à venir.

5.3.2 L'accès aux réseaux sociaux, à Internet, à la télévision

Dans l'unité de soins libres, un seul patient détient une tablette. L'accès au Wifi est payant. Dans les deux autres unités où les patients sont hospitalisés en soins sans consentement, il n'y a aucune interdiction d'avoir un ordinateur portable ou une tablette mais aucun patient n'est en possession de ces appareils. Concernant l'accès aux informations, la télévision se trouve dans un salon commun. Dans chacune des unités de soins, ce sont les soignants qui détiennent la télécommande et gèrent à la demande l'accès aux programmes. Les soignants veillent à ce que les informations diffusées en continu, particulièrement anxiogènes, ne tournent pas en boucle toute la journée. Aucun patient n'a de télévision personnelle dans la chambre.

Concernant les journaux, le kiosque situé à l'extérieur face aux unités vend de la presse quotidienne et hebdomadaire.

5.3.3 La confidentialité

Concernant les admissions au sein de l'établissement hospitalier, une procédure écrite « *venue confidentielle d'un patient hospitalisé* » est accessible pour tous les secteurs d'hospitalisation.

L'admission est faite par le bureau des entrées sur un logiciel appelé Gam (gestion admission du malade). Si au moment de l'admission la personne désire ne pas communiquer son nom, la rubrique « *Confidentiel* » est cochée et personne ne peut voir le nom de la personne hospitalisée sauf l'attaché d'administration, son adjoint et trois personnes référentes des mouvements au sein de l'hôpital. Les soignants travaillent sur le logiciel Crossway. Le patient sera enregistré sous son vrai nom au sein de l'unité mais le lien informatique entre Crossway et Gam enregistrera comme « *confidentielle* » l'identité donnée dans l'unité qui apparaîtra ainsi dans une couleur orangée différente des autres admissions afin d'informer l'ensemble des soignants de la confidentialité demandée par le patient. Aucun renseignement ne sera alors communiqué, le patient étant considéré comme n'étant pas hospitalisé. Les soignants connaissent cette procédure mais disent n'avoir jamais été confrontés à cette situation.

5.4 LE DROIT DE VOTE EST PRIS EN COMPTE

A l'occasion d'élections, une note sensibilise les cadres des unités de soins afin que ceux-ci puissent connaître les patients qui désirent exercer leur droit de vote. Ils peuvent bénéficier le cas échéant de permissions de sorties accompagnées, si besoin, par des soignants. Des procurations peuvent également être enregistrées par le commissariat de police, contacté une fois la liste établie. L'officier de police judiciaire se rend au chevet du patient pour recueillir les informations et établir les documents.

Les soignants connaissent les règles en vigueur depuis le 23 mars 2019, désormais applicables aux personnes protégées qui ont le droit de voter. Il n'y a cependant pas d'affichage spécifique informant les patients. Les soignants estiment à trois ou quatre le nombre de patients ayant exercé leur droit de vote lors des dernières élections.

5.5 L'ACCES AUX CULTES EST ORGANISE

Le livret d'accueil mentionne la possibilité d'accéder aux ministres des différentes confessions. L'aumônière de l'hôpital, salariée du diocèse, est en poste depuis huit ans.

Elle est coordinatrice des cultes et peut faire appel aux représentants des cultes protestant, évangélique, anglican, orthodoxe, bouddhiste, israélite et musulman. La liste des aumôniers de ces différentes religions est en possession des soignants. Il arrive à cette aumônière de s'associer à la prière des familles lorsqu'un deuil survient avant que le représentant du culte concerné n'arrive. Elle bénéficie de l'aide de huit personnes bénévoles qui se rendent dans les unités de soins somatiques. Elle ne se rend cependant que rarement dans les unités de soins psychiatriques.



Eglise au sein du CH

Dans les unités, un affichage des coordonnées de l'aumônière de l'hôpital figure dans une liste intitulée « associations partenaires ». L'aumônière va proposer à la direction de l'hôpital un affichage spécifique concernant l'accès aux cultes, sa mission ne relevant pas d'une association.

5.6 LA SEXUALITE DES PATIENTS EST ENVISAGEE AU CAS PAR CAS

La vie sexuelle des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle. Dans chacune des trois unités de soins, le sujet n'est pas systématiquement abordé lors des entretiens médicaux mais il n'y a pas d'interdiction de principe. Lorsqu'il y a un rapprochement entre deux patients, une réflexion est entamée en groupe afin de déterminer le consentement des personnes et quelle stratégie doit être adoptée. Le médecin pourra aborder aussi la prévention contre les maladies sexuellement transmissibles et la contraception. Des préservatifs sont disponibles si nécessaire.

Le comité d'éthique envisage d'aborder cette thématique prochainement.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS PROPICES A L'APAISEMENT

Les services de psychiatrie comptent, pour 67 lits, 6 CI : 3 à l'unité fermée B1, 2 à l'unité fermée B2 et 1 à l'unité ouverte. Une septième CI se situe aux urgences et est décrite au chapitre 3.1.

Les chambres d'isolement sont identiques. Le lit, parfois prééquipé de contention, est fixé au sol au milieu de la pièce qui ne comporte aucun autre meuble qu'un WC inox de quartier disciplinaire de prison, sans abattant ni chasse d'eau et sans point d'eau. Les WC ne sont pas séparés du lit par un mur. Il n'y a aucun bouton d'appel, mural comme portatif pour les moments de contention ; l'ouverture de la fenêtre est impossible pour l'aération par le patient qui n'a accès à aucune commande (lumière, volet).



Chambres d'isolement

Une horloge est présente dans le sas séparant deux chambres mais n'est pas visible une fois allité et ne comporte pas le jour ni la date. Le matériel nécessaire serait toutefois commandé.

Dans le sas séparant deux CI se trouvent entreposés un triangle mousse servant de rehausseur pour la tête d'une personne allongée ainsi qu'une table mousse et deux tables à roulettes, pour permettre le repas en chambre. Aucun siège mousse ne permet au patient et au soignant de s'asseoir dans les chambres.

Les chambres d'isolement ne bénéficient pas d'un espace extérieur, les patients allant dans le fumoir accompagnés des soignants.

Aucun espace d'apaisement n'est présent dans les unités.

RECOMMANDATION 12

Les chambres d'isolement doivent permettre un accès permanent à l'eau et aux toilettes, la possibilité d'allumer ou d'éteindre seul la lumière, d'appeler du secours, d'aérer la pièce. Le patient doit pouvoir connaître l'heure, le jour et la date. Un fauteuil en mousse doit permettre au patient ou au soignant de s'asseoir. Des espaces d'apaisement doivent être créés dans chaque unité.

6.2 LES MESURES D'ISOLEMENT NE SONT PAS TOUJOURS DECIDEES EN DERNIER RECOURS

6.2.1 La politique menée

L'établissement aborde peu la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement, principalement à travers le projet architectural (cf. § 3.1) et via des

mesures préventives comme l'éducation thérapeutique du patient et la formation des soignants. Toutefois, il n'évoque pas la nécessité d'une analyse régulière de la pratique afin d'en ressortir des pistes d'amélioration de la pratique (cf. § 6.3).

Aucun rapport annuel relatif aux pratiques d'isolement et de contention n'a été présenté depuis celui de 2020, dans lequel il n'y a pas d'analyse de la pratique et le seul chiffre de 191 patients ayant eu une mesure d'isolement.

L'établissement doit afficher dans sa stratégie et le suivi des pratiques, son souhait de diminuer les mesures d'isolement et de contention et de les réduire au strict nécessaire (cf. recommandation du § 6.3).

6.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins valident l'onglet « *isolement contention* » du logiciel Crossway au sein duquel sont horodatées manuellement les différentes décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soit le mode légal d'hospitalisation, les heures de décisions, l'indication de l'isolement, la surveillance ou le nom du médecin.

Un protocole révisé en 2014 est à disposition des soignants sur l'intranet et s'intitule « *mise en chambre d'isolement en psychiatrie* ». Il n'a pas été actualisé, est obsolète et évoque la « *prescription* » de la chambre d'isolement et son aspect « *thérapeutique* ».

En revanche, un protocole a été mis en place en avril 2022, relatif à l'information et à la saisine du JLD dans le cadre des mesures d'isolement et de contention (cf. § 7.3).

6.2.3 Les conditions de prise en charge

Dans la pratique constatée, les alternatives à l'isolement sont peu recherchées et tracées dans le dossier médical.

Les patients placés en CI ne conservent pas partout leurs chambres d'hospitalisation pendant la phase d'isolement ; cette gestion de la suroccupation est rapportée brève, pour une à deux nuits. Le pyjama est obligatoire en isolement, sans individualisation de la mesure, ce qui devra être corrigé dans la mesure où, de plus, il ne constitue aucunement un matériel de prévention du suicide.

Le repas est pris dans la chambre sur une tablette sur le lit avec une chaise, en présence des soignants.

Aucun médecin somaticien ne vient examiner les personnes en isolement sur demande du médecin psychiatre.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, sortie extérieure, tabac) avant la sortie définitive, sur un laps de temps court.

Les médecins se déplacent pour valider ou non les renouvellements de placement en chambre d'isolement et voir physiquement les patients.

Enfin, les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, ne sont pas signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement.

RECOMMANDATION 13

Le service de secours incendie du CH doit être informé en temps réel des chambres dans lesquelles des personnes sont enfermées.

Le matériel de contention comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles, par le système à aimant. Les services disposent de nombreux jeux de différentes tailles nettoyés à chaque changement de patient.

Au moment du contrôle, deux patients étaient en isolement dans le cadre d'une clinique de crise ; en revanche un troisième était en CI en soins libres au sein de l'unité ouverte depuis quatre mois dans le cadre d'une « *protocole personnalisé de soins* » et un quatrième l'était en SSC dans une unité fermée depuis un peu plus de trois mois mais uniquement la nuit. Ces deux situations ne répondent pas aux recommandations de l'HAS vis-à-vis des indications du placement en isolement.

De fait, l'isolement est encore trop utilisé par défaut de surveillance possible au regard du nombre de soignants, alors que seule la protocolisation de la surveillance humanisée des patients (prescription de la fréquence de la surveillance à vue) répond à l'obligation médico-légale de moyens.

RECOMMANDATION 14

Le placement en isolement doit rester une mesure de dernier recours et répondre aux indications de la HAS. Le port du pyjama ne doit pas y être systématique.

6.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT-CONTENTION N'EST PAS ANALYSE PAR LES SOIGNANTS

L'établissement ne s'est emparé de la thématique de l'isolement et de la contention que sur la saisine du JLD mais sans se donner de perspectives de réduction des pratiques. Au surplus, le projet immobilier prévoit 6 CI pour les seuls 24 lits en unité fermée, soit le double de l'existant, sans se baser sur le besoin au regard des pratiques médicales actuelles et des perspectives de diminution à venir.

Les contrôleurs ont sollicité la réalisation d'une analyse du registre d'isolement et de contention pour la période de cinq mois allant du 1^{er} janvier au 31 mai 2023 et ont obtenu les données du tableau ci-dessous. Les lignes des unités B1, B2 et S0 ont été remplies par l'établissement ; la ligne CH a été calculée manuellement par les contrôleurs à partir de la base de données. Les différences entre file active par service et file active totale s'explique par les mouvements de patients entre unités, après l'admission. L'établissement évalue quant à lui pour la ligne CH, 45 patients isolés et 16 contenus ce qui diffère des chiffres retrouvés par les contrôleurs ; ces divergences entre les chiffres fournis et ceux réellement observés devront inciter l'établissement à automatiser l'analyse du registre.

Concernant l'enfermement en CI, l'analyse du registre semble indiquer, avec les précautions d'usage liées aux données qui n'ont pu être vérifiées, un taux d'isolement par rapport à la file active totale des services d'admission de 22 % ce qui est proche de la moyenne des établissements contrôlés par le CGLPL, un taux de contention de 7,8 %, nettement plus élevé que la moyenne des établissements contrôlés (4,9 %) ; les durées moyennes d'isolement n'ont pas

encore pu être calculées ni le nombre d'isolements supérieurs à 72 heures afin de vérifier la saisine systématique du JLD.

	File active tout patient/SSC	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Nb de mesures prises sur patient initialement en soins libres	Durée moyenne des mesures (en h)	Nb de mesures d'iso. supérieure à 72heures	Nb de patients ayant au moins une mesure de contention associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contention	Durée moyenne des contentions (en heures)
B1	65/16	10	15,4	NC	NC	400	NC	3	30	4,6	NC	847
B2	74/36	26	35,1	NC	NC	287	NC	9	34,6	12,2	NC	100
S0	152/14	5	3,3	NC	NC	567	NC	4	80	2,6	NC	116
urg	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
CH	231/NC	51	22%	NC	NC	NC	NC	18	NC	7,8%	NC	NC

Par ailleurs, le registre actuel ne permet pas de vérifier si les personnes isolés ou contenues en soins libres ont vu leur statut régularisé.

Afin d'affiner l'analyse de la pratique d'isolement habituelle, l'établissement a individualisé les mesures concernant deux patients cérébrólésés dont l'hospitalisation est en inadéquation avec la structure (un sur B2 et un sur S0); les moyennes de durées d'isolement passent respectivement à 212 heures (versus 282) et 103 heures (versus 567). La durée moyenne de contention passe quant à elle pour S0 à 120 heures (au lieu de 80). Ces situations d'enfermement, souvent en chambre hospitalière, doivent être bien distinguées dans le registre et expliquées dans l'analyse de celui-ci, y compris dans le rapport annuel à présenter aux instances. Un appui de l'ARS pourrait utilement être requis afin qu'un temps d'éducateur soit spécifiquement mis à disposition de ces patients pour limiter au maximum les temps d'enfermement la journée, dans l'attente de leur transfert vers un service plus adapté.

L'usage de la CI des urgences est tracé dans les dossiers médicaux mais n'apparaît pas dans le registre (cf. § 3.1).

Ce registre n'a malheureusement pas été utilisé lors des réflexions institutionnelles relatives au projet médical de l'établissement et n'a jamais été analysé, diffusé et débattu au sein de chaque service, de manière pluridisciplinaire et régulière.

RECOMMANDATION 15

Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service. Un rapport de cette pratique doit être présenté chaque année devant les instances de l'établissement.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EXERCE PLUS SA MISSION DE CONTROLE DEPUIS 2019

7.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

Depuis 2019, la commission départementale des soins psychiatriques n'existe plus.

RECOMMANDATION 16

La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée sans délai pour reprendre de façon pérenne sa mission de contrôle conformément au code de la santé publique.

7.1.2 La place des usagers (dont la commission du droit des usagers)

La commission du droit des usagers (CDU), dont la composition a été modifiée le 28 décembre 2022, est présidée par une représentante des usagers (Union nationale des associations familiales - UNAF). Elle est composée du directeur général de l'établissement (titulaire), du directeur adjoint en charge des relations avec les usagers (suppléant), de trois autres représentants des usagers (vice-président et deux suppléants), de deux médecins médiateurs (titulaire et suppléant), de deux médiateurs non médecins (titulaire et suppléant), d'un représentant titulaire de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), de deux représentants du personnel (titulaire et suppléant) et d'un représentant de la commission médicale d'établissement.

Le livret d'accueil mentionne l'existence de la CDU ainsi que les coordonnées pour la contacter et des affiches disponibles dans les unités permettent de renseigner les usagers sur l'existence de cette instance, sa composition, son rôle et les modalités de sa saisine.

La CDU participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne la prise en charge des patients, l'information et les droits des usagers. Elle se réunit quatre fois par an (21 mars, 21 juin, 21 septembre et 21 décembre 2023) et aborde l'amélioration de la qualité de la prise en charge, la réalisation du rapport annuel, l'examen des événements indésirables graves et les actions correctives mises en place.

Cette commission est compétente pour tous les services du CH. Il n'existe pas de commission spécifique au service de psychiatrie et les réclamations et plaintes relevant de ce secteur sont peu nombreuses.

Chaque année, la CDU élabore un rapport annuel d'activité complet, adressé à l'ARS, qui reprend diverses données (sur l'accès à l'information, au dossier médical, aux plaintes et réclamations, aux questionnaires de sortie et à la qualité de la prise en charge).

Les représentants des usagers (Union départementale des affaires familiales – UDAF, Jusqu'à la mort accompagner la vie – JALMAV, Association pour la recherche sur les tumeurs cérébrales, et Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques - UNAFAM) ont assisté à l'intégralité des réunions de la CDU. En revanche, ils ne sont pas invités à d'autres instances de l'établissement.

Si les représentants des usagers ont tous visité le service des urgences et de la psychiatrie en suivant le parcours des patients, aucun n'assure de permanence au sein de l'établissement.

Ils indiquent que les principales réclamations reçues concernant les patients en psychiatrie sont en lien avec l'impossibilité pour les familles de rentrer dans les unités, sur le port du pyjama par les patients ainsi que sur l'utilisation de la chambre d'isolement.

Les plaintes et réclamations sont adressées principalement par courrier, par mail, oralement auprès des représentants des usagers et un accusé de réception est systématiquement émis.

Une réunion hebdomadaire se tient tous les vendredis après-midi entre le directeur adjoint en charge des relations avec les usagers et la présidente de la CDU pour étudier le parcours des patients concernés et les réclamations transmises. Les réponses aux réclamations sont cosignées par ces derniers.

En 2020, sur 104 réclamations émises par des patients hospitalisés au CH ; seulement six concernaient des patients pris en charge en psychiatrie.

En 2021, 151 réclamations ont été émises et cinq concernaient des patients en psychiatrie.

En 2022, 9 réclamations concernaient les patients en service de psychiatrie pour 129 plaintes sur l'établissement.

7.1.3 Les questionnaires de sortie

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient à sa sortie du CH ou lorsqu'il le sollicite durant sa prise en charge. Toutefois, il a été indiqué qu'il n'était pas distribué systématiquement. Le rapport annuel daté de 2021 met en évidence que 614 questionnaires de sortie ont été remplis en 2020 et que le taux de retour était d'environ 12 % en 2022. Ces questionnaires concernent l'ensemble de l'établissement.

Il a été indiqué que la création d'un questionnaire spécifique au service psychiatrique était en projet.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI, BIEN QUE RENSEIGNE AVEC SOIN, EST INCOMPLET ET LES CONTROLES EXTERIEURS SONT INEXISTANTS

Le bureau des admissions du pôle de psychiatrie est chargé de la tenue des registres de la loi relatifs aux mesures de soins sans consentement.

Les contrôleurs ont pris connaissance des registres de la loi de 2022 (au nombre de trois) mais ont plus particulièrement examiné le registre en cours qui regroupe les mesures de 2023 décidées par le directeur d'établissement (SPDT/SPDTU/SPI) et celles prises par le représentant de l'Etat (femmes et hommes confondus). Le registre ouvert le 13 janvier 2023 comportait 77 mesures et était renseigné jusqu'au 4 juin 2023.

Ce registre, s'il n'est pas toujours complété dans les 24 heures, est documenté avec soin quasi-quotidiennement et permet de retracer le parcours des patients malgré quelques omissions.

Il est tenu sur un modèle normalisé : livre cartonné format A3, composé de 100 folios numérotés et remplis par ordre chronologique d'admission, correspondant pour chacun à un patient. Pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par un renvoi au numéro du folio dans le registre précédent, permettant ainsi le suivi des patients au fil des mesures les concernant.

Les contrôleurs ont constaté la prévalence des mesures d'admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence (SDTU) (cf. § 3.1). Parmi les mesures examinées, seules douze

concernaient des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et deux mesures de soins psychiatriques en cas de péril imminent.

Chaque folio concernant un patient comprend quatre pages et tous les documents relatifs au déroulement de la mesure des soins sans consentement sont reproduits en format réduit : sur la première page, le registre comporte un encart dédié à l'identité du patient, son adresse, la date d'admission en soins sans consentement, son numéro de matricule ainsi que le mode d'admission qui n'est néanmoins jamais rempli. Figurent sur cette page la copie des différents certificats médicaux horodatés (initiaux, 24 heures, certificat de situation, 72 heures, certificat mensuel de maintien en hospitalisation, l'avis motivé, certificat de levée d'hospitalisation et les programmes de soin dont le contenu est détaillé). Sur la page de droite, sont apposés les décisions du directeur ou les arrêtés préfectoraux (d'admission, de maintien, de levée de la mesure) et éventuellement celui du maire qui a pu le précéder pour les patients en SDRE.

Sont également reproduites sur le registre les ordonnances de maintien ou de levée de la mesure de soins sans consentement par le juge des libertés et de la détention. Une mention manuscrite relative à la levée de la mesure est également inscrite.

Il a en outre été relevé que figurait le cas échéant le formulaire renseigné par le tiers à l'origine de la demande d'admission.

Les contrôleurs ont pu constater que le contenu des certificats médicaux est suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante et observer l'évolution du patient. L'usage de « motivation type » n'a pas été relevé.

Toutefois, il apparaît que les registres ne font pas mention de l'intégralité des exigences posées par l'article L3212-11 du code de la santé publique. Il manque systématiquement les dates de notification des décisions et des droits des patients et les accusés de réception de ces notifications, les décisions de protection juridiction juridique des majeurs. Les observations des patients prévue à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ne sont pas retranscrites sur les certificats médicaux. Seule une mention relative à leur recueil est apposée sans que le contenu n'en soit explicité.

RECOMMANDATION 17

Le registre de la loi doit mentionner les dates de notification des décisions et, le cas échéant, la nature de la protection juridique dont fait l'objet le patient et le nom du mandataire. Les certificats médicaux doivent reproduire les observations du patient.

Le juge des libertés et de la détention près le tribunal judiciaire de Grasse a examiné le registre le 31 mai 2023. Il s'agit de la seule instance ayant procédé à un tel examen. En effet, il n'a pas été constaté de contrôle des membres de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP - inexistante depuis 2019), du maire, du préfet, du procureur de la République, du président du tribunal judiciaire ou encore des parlementaires, conformément au code de la santé publique.

RECOMMANDATION 18

Le préfet des Alpes-Maritimes, le président du tribunal judiciaire de Grasse, le procureur de la République près cette juridiction et le maire d'Antibes, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et éventuelles observations.

Dans leurs observations du 7 novembre 2023, la présidente du tribunal judiciaire de Grasse et le procureur de la République indiquent : « il est important d'indiquer que le rythme de ces visites a été interrompu par la crise Covid et qu'elles reprennent en 2023. En ce qui concerne les autorités judiciaires, le choix a été fait de commencer par le CH de Grasse visité au printemps 2023 par les chefs de juridictions. Le JLD a visité pour sa part le CH d'Antibes en mai 2023. »

7.3 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION CONTROLE LES DECISIONS D'HOSPITALISATION AINSI QUE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION HORS LES MURS DE L'HOPITAL

7.3.1 La convocation à l'audience

La convocation à l'audience est notifiée par un soignant et signée par le patient. Elle est le plus souvent déposée dans leur dossier administratif. Le soignant qui procède à la notification rappelle au patient le rôle du juge et l'assistance d'un avocat commis d'office ou choisi.

Le patient est rarement averti de son droit de saisir, à tout moment, le juge des libertés et de la détention, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate de la mesure de soins sans consentement conformément à l'article L.3211-12 du code de la santé publique.

Ces informations ne sont pas mentionnées dans le livret d'accueil.

Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs sont convoqués mais viennent peu souvent à l'audience. Il arrive néanmoins très fréquemment qu'ils transmettent leurs observations par mail au magistrat.

Le tiers demandeur, en cas d'admission sur décision du directeur d'établissement, est parfois présent à l'audience.

7.3.2 Le déroulement de l'audience

Un bâtiment sur le site du centre hospitalier de Grasse est affecté à la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention depuis le 5 juin 2023. Auparavant, les audiences se tenaient dans les locaux du tribunal judiciaire de Grasse. Il n'est pas prévu d'installer une salle d'audience sur l'établissement dans le projet de rénovation du CH, ce qui est déploré par les soignants. En effet, cette configuration contraint le centre hospitalier d'Antibes à mobiliser deux soignants, trois demi-journées par semaine avec le trajet aller-retour, qui accompagnent systématiquement les patients aux audiences – et qui, de fait, ne peuvent être mobilisés pour d'autres sorties ou activités.

Il est à noter que lors de l'audience du 12 juin 2023 à laquelle les contrôleurs ont assisté, le juge des libertés et de la détention (JLD) en charge des dossiers est arrivé avec trente minutes de retard. Le patient convoqué, accompagné de deux soignants, a été contraint d'attendre dehors, le bâtiment étant fermé. Il en était de même des autres patients convoqués et de leurs avocats. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette situation était fréquente et que certains avocats, dans

l'attente de l'ouverture du bâtiment, faisaient leurs entretiens dehors faute de pouvoir accéder à la salle d'entretien.

Dans leurs observations du 7 novembre 2023, la présidente du tribunal judiciaire de Grasse et le procureur de la République indiquent : « il nous semble important de rappeler que les audiences au sein du CH de Grasse n'ont débuté que le 5 juin 2023 et qu'il s'agissait seulement de la 4^{ème} audience organisée au sein du CH de Grasse. Nous étions donc encore en période de réglages quant aux conditions matérielles de fonctionnement. Ainsi, lors des premières audiences, on a constaté une défaillance de l'interphone permettant aux patients et à ses accompagnateurs d'accéder librement au bâtiment judiciaire. Il était ainsi impossible de joindre le PCS censé ouvrir l'accès. Ces dysfonctionnements ont été immédiatement signalés à la direction du CH qui a réglé la difficulté dans le courant du mois de juin. Les patients comme les avocats ont maintenant librement accès aux locaux judiciaires avant l'arrivée du magistrat, afin de permettre un entretien préalable à l'audience dans de bonnes conditions. »

Le bâtiment du centre hospitalier de Grasse abrite des locaux spacieux, propres et adaptés. Trois audiences sont fixées chaque semaine les lundi, mercredi et vendredi matin à partir de 10h00 et sont assurées par deux juges des libertés et de la détention près le tribunal judiciaire de Grasse. Le week-end, un troisième magistrat est de permanence et peut être amené à statuer sur les mesures d'isolement et de contention.

Ces audiences reçoivent les patients des hôpitaux d'Antibes, de Cannes et de Grasse.

Selon les informations recueillies, les avocats du barreau de Grasse peuvent être commis d'office pour assister les patients dans le cadre de permanence s'ils ont suivi une formation succincte de deux heures.

Le patient est toujours accompagné par deux soignants pour se rendre à l'audience. Lorsque le bâtiment est ouvert, les patients peuvent attendre dans un couloir où sont disposées des chaises. Des sanitaires leur sont accessibles. Le couloir donne également accès à une salle destinée à accueillir les avocats pour leur entretien préalable avec leurs clients. Cette salle dispose d'une table et de deux chaises. La confidentialité y est respectée.

La salle d'audience est meublée d'une table où s'assoient le magistrat et le greffier, d'un prétoire où comparaît le patient (debout), et de bancs sur lesquels se placent le conseil, les soignants accompagnateurs ainsi que l'assistance.

Les contrôleurs ont pu constater, lors de l'audience à laquelle ils ont assisté, que chaque patient s'était entretenu avec son conseil (un avocat était choisi et un autre de permanence). Ils comparaissent revêtus de leurs vêtements civils. La porte du prétoire est restée ouverte durant le temps de l'audience. Le magistrat explique au patient les motifs retenus par les médecins pour poursuivre la mesure de soins sans consentement. Il donne lecture des certificats médicaux. Le magistrat s'enquiert auprès du patient de la façon dont il vit son hospitalisation et lui demande s'il a des observations sur la poursuite ou non de la mesure. Les conditions matérielles de l'organisation de l'audience permettent au patient de s'exprimer sereinement. Toutefois, les délais et voies de recours n'ont pas été expliqués au patient.

Dans leurs observations du 7 novembre 2023, la présidente du tribunal judiciaire de Grasse et le procureur de la République indiquent : « sur la question de la notification des voies de recours au patient, il est important de rappeler que ces voies de recours sont expressément indiquées sur le formulaire de notification qui est signé par le patient. »

Les contrôleurs confirment l'inscription de ces voies de recours sur le formulaire mais, compte tenu des notifications faites rapidement par les soignants, non formés à cet exercice, il semble important que le juge explique sa décision ou, à tout le moins si celle-ci est mise en délibéré, les voies de recours et s'assure qu'elles sont bien comprises par l'intéressé.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir ultérieurement avec le deuxième juge des libertés et de la détention en poste depuis une année. Il a indiqué qu'un dialogue de qualité existait entre le JLD et les différents centres hospitaliers (Antibes, Cannes et Grasse). Une réunion avait été récemment organisée entre ces établissements et les JLD au cours de laquelle avait été rappelée la nécessité de bien motiver les certificats médicaux.

Le magistrat s'est déplacé sur le CH le 31 mai 2023 et a procédé au contrôle du registre de la loi.



Salle d'audience



Salle destinée aux entretiens avocats

7.3.3 Les décisions rendues

La décision du magistrat n'est pas rendue et notifiée sur le siège. Elle est reçue par le bureau des entrées le jour même et notifiée par les soignants qui mentionnent simplement les voies de recours. Une copie de l'ordonnance est remise au patient. La notification est signée par deux soignants lorsque l'état ou la volonté du patient ne le permet pas.

Il a été indiqué que le nombre de dossiers examinés par semaine s'élevait en moyenne à 15, à raison de 5 dossiers par audience (les trois centres hospitaliers confondus).

En 2022, le juge des libertés a été saisi de 503 dossiers concernant des patients en soins sans consentement. Du 1^{er} janvier au 15 juin 2023, il a rendu 344 décisions sans qu'il ne soit possible d'en connaître la teneur. Le rapport d'activité de 2022 n'a pu être communiqué aux contrôleurs.

Dans leurs observations du 7 novembre 2023, la présidente du tribunal judiciaire de Grasse et le procureur de la République indiquent : « s'agissant des audiences hospitalisations, il n'a pas été possible de donner immédiatement les chiffres spécifiques relatifs au CH d'Antibes car cela aurait nécessité un comptage manuel par le greffe. (...) Seuls les chiffres globaux d'activité sur les trois CH du ressort (Grasse, Cannes et Antibes) ont été fournis. A cet égard, l'activité du JLD de Grasse relative aux hospitalisations sous contraintes est en très forte croissance », + 64,56 % entre 2022 et 1^{er} semestre 2023.

7.3.4 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Compte tenu des modifications législatives précitées et des contraintes liées à un respect de délais stricts pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention par le JLD, le bureau des entrées s'est saisi de cette problématique et a élaboré pour les services de psychiatrie et les urgences, un dossier jaune intitulé « dossier isolement contention » pour accompagner les

soignants, sur lequel est listé tous les documents devant y figurer : décision ou arrêté d'admission, feuilles de prescription de la contention ou de l'isolement, feuille information et saisine du JLD par le directeur, certificat médical de situation circonstancié ayant conduit à la prolongation de la mesure, le numéro à joindre les week-ends et jours fériés, les adresses mails auxquelles doivent être communiqués les dossiers scannés.

Chaque matin, les soignants descendent le dossier au bureau des entrées, lequel effectuent les démarches. La veille des week-ends, il effectue une « *check list* » pour permettre aux soignants d'être guidés dans les formalités à réaliser.

S'agissant des mineurs, il a été indiqué que les magistrats n'avaient pas eu à se prononcer sur une mesure d'isolement ou de contention les concernant.

Du 1^{er} janvier au 15 juin 2023, les JLD ont été saisis de 19 mesures d'isolement et de 2 mesures de contention. Il a prononcé 13 décisions de maintien, 7 mainlevées (généralement pour motivation insuffisante) et un non-lieu.

8. LES SOINS

8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS NE BENEFICIENT PAS DU DEVELOPPEMENT DE LA PHARMACIE CLINIQUE

8.1.1 Les pratiques cliniques

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre. Trois médecins différents interviennent dans chaque service (un poste est vacant à B1). Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et dans les unités, un médecin est toujours présent et joignable. Les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier dans la limite de leur disponibilité.

La permanence des soins est assurée par une ligne de garde sur place, sur l'ensemble des services intra hospitaliers.

Des réunions cliniques ont lieu régulièrement dans les unités ; elles associent l'ensemble des acteurs des projets de soins (psychiatres, assistantes sociales, aides-soignants, infirmiers, psychologues, secrétaires), à l'exception d'un pharmacien et d'un médecin généraliste.

Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps dédié suffisant. Par ailleurs, des réunions de synthèse permettent la préparation à la sortie, en présence de soignants des services extra hospitaliers.

Des réunions de pôle permettent d'évoquer les difficultés de prise en charge ou d'échanger autour de certaines pratiques.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

En dehors des salons de télévision, quelques jeux de société et une console de jeu sont proposés dans les unités. Les possibilités d'animation de ces activités sont dépendantes du nombre de soignants ou professionnels présents dans les services. Aucune unité ne bénéficie de la présence d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'éducateur.

Par ailleurs, un espace cafétéria situé au rez-de-chaussée propose des activités variées (agrès, bibliothèques, ping-pong) et des moments conviviaux, y compris avec les familles.



Espace cafétéria de psychiatrie

Des activités thérapeutiques sont proposées chaque jour en dehors des unités. Le programme de ces activités est affiché dans les unités. Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients. Sont ainsi proposées, au moment du contrôle, diverses activités : ateliers esthétique, couture, écriture, Picasso, créatifs mais aussi du sport en salle polyvalente, de la

pétanque, du yoga, pique-nique, jeux de société, handi-voile, art-thérapie, sorties extérieures. Au moment du contrôle, 11 patients de l'unité B1 sur 13 avaient des activités en dehors du service (dont 7 en SPDT, 4 en SPDRE) et 7 patients de l'unité B2 sur 15 dont 6 en SSC (3 SDRE/ 3 SDT).



Affiche dans les unités



Jeux vidéo et musique avec soignants

Plusieurs séances d'éducation thérapeutique du patient sont proposées dans le cadre du programme « EDUC psy » pour les personnes vivant avec un trouble psychotique.

8.1.3 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Sept pharmaciens et 13 préparateurs en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures y compris médico-sociales (environ 800 lits). L'équipe comporte également des agents administratifs et techniques mais il n'y a pas d'interne.

Les locaux actuels sont sous dimensionnés et un agrandissement est prévu dans le schéma directeur immobilier. La robotisation est envisagée.

Les médicaments arrivent dans les unités en dispensation journalière et hebdomadaire individuelle nominative, les piluliers étant confectionnés la nuit par les IDE. Une armoire numérisée pour prélèvements de médicaments en dehors des horaires d'ouverture est à disposition des soignants et un pharmacien assure une astreinte sur le CH.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions ; les médicaments à risque comme la Clozapine[®] sont particulièrement surveillés. En 2022, 10 276 prescriptions ont ainsi été validées pour la psychiatrie, générant 217 interventions ; toutes sont prises en compte et suivies par les prescripteurs.

Les nouveaux médecins arrivant au CH sont formés au logiciel de prescription par un IDE du département d'information médicale (DIM), avec intervention d'un pharmacien.

Le pharmacien ne participe pas aux réunions cliniques ni au développement de l'éducation thérapeutique en psychiatrie. La conciliation médicamenteuse ou les entretiens pharmaceutiques ne sont pas encore mis en place pour les patients de psychiatrie. Le projet d'établissement indique, à ce sujet, le souhait de développer la pharmacie clinique en favorisant la présence pharmaceutique dans les services de soins et de développer la conciliation médicamenteuse.

RECOMMANDATION 19

La pharmacie clinique doit être développée au profit des patients de psychiatrie.

Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tiennent trois fois par an, avec la présence des médecins psychiatres. Des comptes rendus sont établis et diffusés. Le pharmacien anime une formation sur la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse pour les soignants et les CREX relatifs aux médicaments.

8.2 LES SOINS SOMATIQUES NE SONT QUE PARTIELLEMENT ASSURES**8.2.1 L'accès aux soins somatiques**

Les soins somatiques ne sont pas dispensés, au sein des unités d'hospitalisation complète, par des médecins généralistes. Les patients admis sont examinés soit par l'urgentiste aux urgences en amont, soit par un interne de garde ou un urgentiste si l'admission s'effectue directement dans l'unité. Ce médecin décide alors les examens nécessaires et dispose du plateau technique du CH. Il a toutefois été rapporté des situations pour lesquelles aucun médecin somaticien n'a voulu se déplacer (EI de janvier 2023).

Aucun somaticien ne participe donc aux réunions cliniques. Le psychiatre s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès du gynécologue de l'établissement. Le psychiatre et les IDE gèrent directement l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés au sein du CH. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée. Lors des hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), il n'est pas imposé qu'un infirmier de psychiatrie reste systématiquement présent avec le patient hospitalisé.

En l'absence de médecin généraliste affecté aux unités de psychiatrie, il n'y a pas de réunion d'éducation à la santé, de suivi des maladies chroniques ni de dépistages de cancers.

RECOMMANDATION 20

Un temps de médecin généraliste doit permettre, dans chaque unité, l'organisation des soins somatiques et le suivi des maladies chroniques.

8.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose, pour les patients hospitalisés, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui se déplace dans les services et fait le lien avec la prise en charge ambulatoire ; ces professionnels inscrivent leurs observations dans le dossier patient.

Cette équipe est bien connue des soignants et il n'est pas relevé de difficulté pour la mobiliser.

8.3 LA PREPARATION A LA SORTIE EST FREINEE PAR L'IMPOSSIBILITE DES SORTIES NON ACCOMPAGNEES DE QUARANTE-HUIT HEURES ET LA DIFFICULTE DE TROUVER UN HEBERGEMENT**8.3.1 Les sorties de courte durée**

Les sorties dans l'enceinte du CH font l'objet d'autorisation de la part des médecins des différentes unités, qui s'y montrent favorables afin de faciliter l'autonomie des patients. Elles

peuvent être individuelles ou collectives (30 minutes matin et soir avec l'accompagnement d'un soignant pour cinq patients) selon l'état clinique des patients.

Des sorties de courtes durées accompagnées de moins de 12 heures hors de l'enceinte de l'établissement sont facilement accordées aux patients admis en soins sans consentement dès que leur état clinique le permet. S'agissant des patients en SDRE, ils doivent toujours être accompagnés pour les sorties dans l'enceinte de l'établissement par deux soignants, de façon non individualisée. Le préfet s'oppose rarement à des sorties de courtes durées. La demande d'autorisation doit lui être transmise au moins 48 heures avant la date prévue de la sortie et il ne sollicite pas systématiquement un second avis médical pour la levée de la mesure.

Toutefois, pour les sorties en principe non accompagnées de 48 heures, il est systématiquement préconisé qu'un accompagnement soit effectué, le plus souvent par la famille. Les sorties non accompagnées ne sont pas permises par l'établissement sans que les raisons en soient connues.

Ainsi, au moment du contrôle, si la totalité des patients de l'unité ouverte pouvaient sortir moins de 12 heures avec accompagnement, 9 patients sur 13 pour l'unité UHP1 et 14 sur 15 à UHP2, aucun patient des trois unités n'était autorisé à sortir plus de 48 heures sans accompagnement.

RECOMMANDATION 21

Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir bénéficier de sorties non accompagnées de 48 heures. Les sorties courtes dans l'enceinte du CH pour des patients en SDRE ne doivent pas nécessiter d'autorisation de sortie accompagnée par le préfet.

S'agissant des patients en séjour long, en 2023, 69 patients ont une durée d'hospitalisation supérieure à 90 jours et 29 supérieures à 180 jours.

20 séjours longs de plus de 270 jours d'hospitalisation ont été identifiés en 2021 (ils étaient 45 en 2020). Selon les informations recueillies, les séjours longs sont constitués pour moitié de patients qui, faute de pouvoir obtenir une place en structures médico-sociales – foyers d'accueil médicalisés (FAM), maisons d'accueil spécialisé (MAS) – restent hospitalisés en psychiatrie.

8.3.2 Les programmes de soins

A l'examen du registre de la loi, il apparaît que les programmes de soins sont relativement nombreux. Les certificats médicaux de situation élaborés par les médecins psychiatres et le programme de soins y figurent en copie. Les programmes examinés par les contrôleurs dans les registres de la loi mentionnent que le patient a été reçu en entretien, sans pour autant que la teneur de ces observations soient retranscrites.

Au moment du contrôle, 33 patients sont en programme de soins. Un seul patient était, pour des raisons particulières, en programme de soins avec quatre jours d'hospitalisation (du lundi soir au jeudi soir) et trois jours à l'extérieur. A l'exception de ce patient, les programmes de soins sont utilisés, conformément à la loi, comme de réelles alternatives à l'hospitalisation et consistent quasi exclusivement en soins ambulatoires.

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

Les unités préparent la sortie des patients au cours de réunions de synthèse qui, outre l'équipe pluridisciplinaire du service, comptent également des personnels de l'extra hospitalier (CMP). Les

sorties définitives sont précédées de sorties courtes durées et de visites à domicile avec le patient.

Les assistantes sociales sont présentes dans les unités et impliquées dans les démarches de préparation à la sortie effectuées avec les tuteurs ou curateurs. Outre leur aide dans l'exercice de démarches administratives et l'organisation de visites à domicile, elles œuvrent à permettre le maintien à domicile des patients sortants ou recherchent des places dans des structures médico-sociales de prise en charge d'aval. Par ailleurs, l'association « Quatre chemin », permet d'ouvrir des comptes pour les curateurs et tuteurs et gère des appartements associatifs ; des résidences famille sont par ailleurs gérées par l'UDAF. Il n'y a aucune famille d'accueil dans le département.

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) et des délais particulièrement longs pour y accéder. Les professionnels interrogés font part des difficultés majeures pour trouver des solutions d'hébergement en foyers d'accueil médicalisés (FAM), maisons d'accueil spécialisé (MAS), et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Au moment du contrôle, 69 patients étaient hospitalisés depuis plus de 90 jours et 29 depuis plus de 180 jours. En 2021, 20 séjours de plus de 270 jours avaient été identifiés. En janvier 2023, 19 patients étaient présents au sein de l'établissement depuis plus de 280 jours.

Le projet territorial de santé mentale aborde la question des patients hospitalisés de manière inadéquate ou au long cours dans les établissements et développe le besoin de structures d'aval de type social et médico-social.

8.3.4 Le collège des professionnels de santé

Selon les informations recueillies, le collège des professionnels est actif dans l'établissement, et se réunirait systématiquement dans les cas prévus par la loi. Le patient est toujours convié lors de ces réunions. Les convocations pour le collège sont transmises par le bureau des entrées.

8.4 LE CONSENTEMENT AUX SOINS EST INSUFFISAMMENT RECHERCHE

La recherche du consentement du patient aux soins est insuffisamment développée et les patients ne sont pas toujours associés à leurs soins.

Aucun projet de soin individualisé pour les patients n'est défini et formalisé. Il rencontre néanmoins régulièrement le médecin psychiatre et fait le point avec lui sur son traitement. Certains patients sont conviés à des réunions de synthèse le concernant. Comme il a été précédemment relevé, si les observations du patient sont recueillies lors de cet entretien et souvent retranscrites sur le logiciel Crossway par l'infirmier présent, elles ne sont pas reproduites sur les certificats médicaux.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie ne sont pas déployées, alors qu'elles permettraient, par exemple, de déterminer les soins souhaités pour les moments de crise. Le livret d'accueil ne mentionne d'ailleurs que les directives anticipées de fin de vie. Aucun pair aidant n'œuvre au sein de l'établissement.

RECOMMANDATION 22

Chaque patient doit bénéficier d'une information claire et pouvoir exprimer son consentement aux soins proposés. Des partenariats avec des pairs-aidants et la mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent y concourir.

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

S'agissant 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. Toutefois celui-ci n'est pas systématiquement distribué et cette information n'apparaît pas dans les règles internes des unités. Toutefois, les soignants connaissent le rôle de la personne de confiance, les patients en sont informés oralement et peuvent la désigner aux urgences ou au moment de l'entretien d'accueil à l'arrivée dans l'unité. En revanche, le formulaire de désignation n'est que rarement signé par les patients et contresigné par la personne de confiance qui n'est pas informée de sa désignation. En outre, les personnes de confiance ne sont que rarement associées aux soins.

Au moment du contrôle, la désignation de la personne de confiance est inégalement réalisée selon les unités. Si la totalité des patients en avaient désigné une (15) à l'UP2, seulement 3 patients sur 13 l'avaient fait sur l'UP1 et seulement 10 patients sur 32 pour le secteur ouvert.

RECOMMANDATION 23

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.

S'agissant de l'administration des médicaments, les piluliers sont préparés par les soignants qui distribuent les traitements au moment des repas. Ils font venir tour à tour les patients dans la salle de soins avec la porte fermée, respectant ainsi la confidentialité lors de l'administration des médicaments. Le patient est informé préalablement, en entretien médical, des médicaments qui lui sont prescrits.

Le consentement au soin n'est en revanche pas systématiquement recherché lors de l'administration de traitements en phase de crise ou en cas de refus de traitement. En effet, 203 prescriptions de traitement injectable sont actives en « si besoin » au moment du contrôle. Or 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 de 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.

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