



Rapport de visite :

2 au 5 mai 2023 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier Simone Veil
de Cannes

(Alpes-Maritimes)



SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Simone Veil de Cannes (département des Alpes-Maritimes) du 2 au 5 mai 2023.

L'établissement est intégré dans le groupement hospitalier du territoire (GHT) des Alpes-Maritimes qui est composé de cinq établissements : Nice, Antibes, Menton, Grasse et Cannes. En termes d'importance, c'est le deuxième après Nice. Il est constitué en huit pôles (dont celui de santé mentale) et assure une offre de soins complète pour un territoire de 160 600 habitants.

Le pôle de santé mentale (PSM) connaît une situation sinistrée en matière de ressources humaines qui a conduit l'établissement à fermer – entre autres – 18 lits et le centre d'accueil des urgences psychiatriques (CAUP). Il ne dispose plus par ailleurs d'unité d'hospitalisation complète de psychiatrie infanto-juvénile. Il n'y a pas de projet de pôle.

L'activité est soutenue mais sans suroccupation, un tiers des patients sont admis en soins sans consentement (SSC). Le pôle comprend une unité intersectorielle fermée dédiée aux patients en soins sans consentement de 12 lits et deux unités sectorisées de 23 lits recevant patients en soins libres et en SSC.

L'accueil au service des urgences est assuré par une équipe de liaison bien identifiée mais l'examen somatique n'est pas systématique pour les troubles identifiés comme relevant de la psychiatrie et la fermeture des huit lits du CAUP prive de toute observation longue avant une orientation.

L'architecture des locaux est adaptée à la psychiatrie, avec une majorité de chambres individuelles, propres, qui disposent d'une salle d'eau avec toilettes mais ne garantissent pas suffisamment l'intimité des patients. Les locaux de soins et espaces collectifs sont également adaptés et les trois unités disposent de patios extérieurs. En revanche, six chambres de l'unité intersectorielle, minuscules et dénuées d'équipement, ne doivent plus être considérées comme des chambres hôtelières jusqu'à leur restructuration.

Les soins psychiatriques sont assurés dans toutes les unités mais avec des inquiétudes dans un avenir proche. Il n'y a plus aucun somaticien, les consultations étant actuellement – mal – assurées par des médecins extérieurs au pôle. Le suivi en addictologie n'est pas accessible lors de l'hospitalisation, pas plus que des actions d'éducation thérapeutique. Un poste de psychologue est vacant (un par unité en principe). Les activités sont organisées au sein des unités sans intervention de professionnels spécialisés tels psychomotricien, ergothérapeute, art-thérapeute ... Elles sont déployées dans une visée plus occupationnelle que thérapeutique. Les patients au long cours ne bénéficient pas d'actions de réhabilitation psycho-sociale.

La formation et l'accompagnement des nouveaux soignants est organisée mais la supervision trouve peu d'écho, le comité d'éthique ne se réunit plus et il n'est pas proposé d'analyse des pratiques. La complexité du droit des patients en SSC nécessiterait des formations plus poussées sur cette thématique pour pouvoir informer utilement les patients.

Les patients en soins libres subissent des restrictions à leur liberté d'aller et venir incompatibles avec leur statut. Une des deux unités sectorielles était fermée lors de la visite.

Ceux en soins sans consentement ne sont qu'incomplètement informés sur leurs droits et les outils de mise en œuvre de la recherche du consentement, tels les directives anticipées ou plans de prévention des crises en psychiatrie et les médiateurs pairs de santé ne sont pas mobilisés.

S'agissant des pratiques d'isolement et de contention, si elles font l'objet d'un questionnement réel au sein du pôle, elles ne sont pas tracées dans un outil fiable, et donc pas analysées au sein des unités ni au niveau du pôle. Les chambres dédiées à l'isolement (deux dans chacune des unités) sont loin de satisfaire aux exigences réglementaires minimales et nécessitent des travaux urgents (absence de bouton d'appel, d'horloge, accès à l'eau inexistant ou inadapté etc.). Les unités 2 et 3 destinent chacune une de leur chambre à l'apaisement, sans qu'aucun équipement adapté ne permette de satisfaire à cette fonction. Enfin il est pratiqué des isolements en chambre hôtelière, parfois pour des patients en soins libre dont il n'est pas permis de s'assurer du changement rapide de statut en l'absence d'outil fiable de traçabilité des mesures.

Le contrôle judiciaire, entravé en raison de ces défauts de traçabilité, s'exerce dans des conditions inadaptées, les patients étant conduits au tribunal de Grasse, avec un temps de trajet et d'attente dépassant quatre heures.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) comme le préfet, le président et le procureur du tribunal judiciaire ou encore le maire n'ont procédé à aucun contrôle au cours des quatre dernières années au moins. En revanche les usagers, dont certaines associations plus particulièrement actives dans les soins de psychiatrie, sont bien intégrés dans la commission des usagers.

Faute d'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie, les jeunes patients sont admis en service de pédiatrie. Ceux dont l'état ne le permet pas, et les quelques patients mineurs en soins sans consentement, sont hospitalisés en unités pour adultes, sans prise en charge par une équipe spécialisée. Même si la situation est rare, ils peuvent être parfois isolés ou contenus, pour ceux en soins dit libres (sur décision des titulaires de l'autorité parentale) en toute illégalité et sans aucun contrôle extérieur.

Enfin l'établissement accueille quelques patients détenus chaque année. Ils sont le plus souvent placés à l'isolement à raison de leur seul statut, hors considération de leur état clinique. Le protocole passé entre l'hôpital et l'établissement pénitentiaire, révisé en 2021, qui organise le maintien de certains droits, tel celui de communiquer avec l'extérieur, n'est pas mis en œuvre.

Il convient de préciser qu'au moment de la visite, l'établissement avait plusieurs projets de nature à améliorer à court terme les prises en charge : travaux de rénovation des locaux et notamment des chambres d'isolement, aménagement d'une salle de sport et de chambres d'apaisement, recrutement d'un infirmier de pratique avancée, mise en œuvre d'un nouveau registre des mesures d'isolement et de contention et exploitation des données dans le cadre d'instances soignantes et institutionnelles etc. Le JLD a également indiqué envisager dans l'année de tenir ses audiences au sein de l'hôpital.

Un rapport provisoire a été adressé le 19 décembre 2023 au directeur du centre hospitalier, aux chefs de la juridiction judiciaire de Grasse, au préfet et à l'agence régionale de santé pour une période d'échange contradictoire d'un mois. Seuls le directeur et le président de la commission médicale ont fait valoir des observations communes en retour. Ils confirment qu'un certain nombre des recommandations figurent déjà dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) du pôle santé mentale, par exemple la réouverture de l'EMPP et du CAUP, les travaux d'aménagement de salles d'apaisement qui démarrent ce mois (janvier 2024) ou encore le projet d'humanisation des chambres d'isolement. D'autres recommandations

portant sur les pratiques ont été discutées en équipe « *dans l'optique d'une recherche d'un équilibre à trouver entre le respect des libertés et de la dignité du patient d'un côté et la sécurité des professionnels, s'agissant notamment des caméras dans certains espaces de soins* ».

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 15

Un dispositif de coaching individuel animé par un praticien hospitalier de l'établissement est proposé.

BONNE PRATIQUE 2 19

Un numéro de téléphone permettant de joindre, 24h/24, directement un infirmier du pôle de psychiatrie est communiqué aux patients accueillis en urgence.

BONNE PRATIQUE 3 55

Le service de la pharmacie, qui a développé le site Internet « Médicament info service patient » et assure une réponse téléphonique quotidienne en semaine de 9h00 à 17h00 pour toute personne ayant une question à poser concernant son traitement, contribue avec pertinence à la qualité de l'information et de l'observance thérapeutique des patients.

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 14

Le CHC doit recruter en nombre suffisant des personnels médicaux et non médicaux pour réouvrir les lits et services fermés (centre d'accueil des urgences psychiatriques, équipe mobile psychiatrie précarité et intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile).

RECOMMANDATION 2 15

La formation des soignants aux soins sans consentement doit faire l'objet d'une politique volontariste.

RECOMMANDATION 3 16

Des comités d'éthique et instances d'analyse des pratiques professionnelles et de retours d'expérience doivent être mis en place pour accompagner l'appropriation des principes déontologiques et les débats autour des pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 4 17

La réouverture du centre d'accueil des urgences psychiatriques, qui constitue un outil très pertinent au service de la qualité des soins dans le dispositif de l'accueil et de l'orientation des situations d'urgence, doit être priorisée par l'agence régionale de santé et l'établissement.

RECOMMANDATION 5 17

La caméra de vidéo-surveillance du bureau des infirmiers de psychiatrie au sein du service d'accueil des urgences, qui ne respecte pas le principe de confidentialité, doit être retirée.

RECOMMANDATION 6 18

Tous les patients à présentation psychiatrique qui se présentent au service d'accueil des urgences doivent bénéficier d'un examen médical somatique initial complet, avant leur orientation pour une évaluation psychiatrique.

RECOMMANDATION 7	21
<p>Une information spécifique relative au cadre juridique des soins sans consentement ainsi qu’au contrôle de leurs droits doit être donnée aux patients. L’information relative aux voies de recours, aux acteurs, organismes et institutions utiles au patient hospitalisé en soins sans consentement doit être complétée et mise à jour. Une copie des certificats médicaux et des décisions administratives et judiciaires relatives à la mesure de soins sans consentement doit être systématiquement remise aux patients.</p>	
RECOMMANDATION 8	24
<p>Un accès plus libre au patio de l’unité 2 doit être assuré.</p>	
RECOMMANDATION 9	25
<p>Un effort d’aménagement, d’équipement et de signalétique des locaux doit être conduit de sorte à les rendre plus accessibles et accueillants.</p>	
RECOMMANDATION 10	26
<p>Toute chambre hôtelière doit disposer d’un verrou de confort et d’un dispositif d’appel des soignants. Le patient doit pouvoir ouvrir la fenêtre de façon autonome pour avoir accès à l’air libre.</p>	
RECOMMANDATION 11	28
<p>Six chambres de l’unité intersectorielle ne peuvent être considérées comme des chambres d’hospitalisation et la capacité de l’unité doit être réduite en conséquence. Aucun patient ne doit y être hébergé avant que des travaux de restructuration aient été menés et les caméras de vidéo-surveillance enlevées.</p>	
RECOMMANDATION 12	28
<p>Les patios extérieurs doivent être entretenus et propres.</p>	
RECOMMANDATION 13	29
<p>Les espaces sanitaires des chambres doivent être dotés de l’équipement hôtelier standard : WC avec lunette et abattant, patères pour les vêtements. Afin de garantir l’intimité, des verrous de confort doivent être apposés aux portes des salles de bain des chambres doubles. Le service de psychiatrie doit se doter d’équipements supplémentaires afin d’offrir aux patients un service de buanderie adapté à leurs ressources.</p>	
RECOMMANDATION 14	31
<p>L’inventaire des effets personnels du patient réalisé à l’arrivée doit être contradictoire et actualisé au cours du séjour. Chaque patient doit disposer, en chambre, d’un placard fermant à clé pour entreposer ses affaires.</p>	
RECOMMANDATION 15	32
<p>Les patients doivent recevoir une alimentation variée et suffisante en quantité, d’autant que certains sont hospitalisés durant plusieurs mois.</p>	
RECOMMANDATION 16	34
<p>Les patients en soins libres doivent disposer de leur liberté d’aller et de venir. Le statut des patients en soins sans consentement ne saurait, à lui seul, justifier la privation de liberté à l’intérieur de l’établissement.</p>	
RECOMMANDATION 17	34
<p>En aucun cas des caméras de vidéo-surveillance ne peuvent équiper des chambres d’hospitalisation.</p>	
RECOMMANDATION 18	35
<p>Le service de la sécurité incendie doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention, et informé des chambres/lieux où se trouvent les patients concernés.</p>	

RECOMMANDATION 19 37

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Des formations et espaces éthiques doivent être proposés aux soignants de sorte à étayer les postures professionnelles et aborder ces questions avec les patients.

RECOMMANDATION 20 37

Les patients doivent bénéficier de la liberté d'exercice de leur sexualité, dans le respect du consentement d'autrui, ainsi que de moyens de contraception et de protection adaptés et d'une information délivrée avec pédagogie par un personnel formé.

RECOMMANDATION 21 39

Les patients isolés doivent avoir accès à un dispositif d'appel des soignants accessible en situation de contention. Ils doivent pouvoir, de manière autonome, avoir accès à de l'eau, actionner la lumière, les volets, la chasse d'eau des WC, aérer la pièce, se repérer dans le temps grâce à une horloge horodatée, bénéficier d'une vue sur l'extérieur. L'espace sanitaire, qui doit être équipé d'un miroir adapté, et les WC ne doivent pas être visibles depuis le lit ou le fenestron et les chambres d'isolement doivent comporter un mobilier permettant de s'asseoir. Des réparations immédiates doivent être conduites pour assurer la sécurité des patients (points d'électricité accessibles et carrelages descellés).

RECOMMANDATION 22 40

Le port du pyjama en chambre d'isolement doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'une pratique systématique, au demeurant contraire au protocole de l'établissement.

RECOMMANDATION 23 40

Les pratiques de mise en isolement et de contention dans les six chambres dites « hôtelières » de l'unité intersectorielle et celles séquentielles pratiquées partout doivent cesser.
Les mesures d'isolement et de contention, en ce qu'elles entraînent un risque d'atteinte grave à l'intégrité physique ou psychique des personnes concernées, doivent être exclusivement mises en œuvre par le personnel soignant, dans des espaces spécifiques adaptés à cet objectif, afin de garantir la sécurité du patient et lui offrir un environnement apaisant et ne jamais excéder la durée strictement nécessaire.

RECOMMANDATION 24 41

Tout patient doit pouvoir être examiné par un médecin généraliste ou par un urgentiste lors du placement en isolement ou sous contention si le psychiatre en exprime le besoin.

RECOMMANDATION 25 41

Comme prévu par l'établissement, les professionnels doivent être formés à l'isolement et à la contention et aux techniques visant à les éviter (gestion de la violence, apaisement). Les unités doivent disposer d'espaces d'apaisement équipés à cet usage.

RECOMMANDATION 26 42

Le registre d'isolement et de contention doit tracer le nom du médecin prescripteur, la surveillance infirmière, l'espace où ces mesures ont été pratiquées et le statut du patient et comprendre des données fiables et exploitables statistiquement.

RECOMMANDATION 27 42

Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit faire l'objet d'une décision d'isolement ou de contention sans que la transformation de son statut ne soit rapidement mise en œuvre.

RECOMMANDATION 28 43

Comme prévu par l'établissement, le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse et d'une discussion pluridisciplinaire régulièrement au sein de chaque unité.

RECOMMANDATION 29 44

L'ARS doit veiller à ce que la composition de la CDSP lui permette d'exercer ses compétences, notamment assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévus par le code de la santé publique.

RECOMMANDATION 30 45

Conformément aux dispositions prévues par les articles L.3212-11 et L.3211-3 du code de la santé publique, le registre de la loi doit faire figurer les certificats médicaux et avis, ainsi que la date de notification des droits à la personne hospitalisée.

Conformément aux articles L.3222-4 et L.3223-1, les autorités compétentes doivent procéder au contrôle régulier du registre de la loi.

RECOMMANDATION 31 46

Les équipes soignantes et administratives doivent être formées aux modalités de contrôle par le juge des libertés et de la détention des mesures de soins psychiatriques sans consentement et des mesures portant prolongation de l'isolement et de la contention.

RECOMMANDATION 32 47

Les patients en soins sans consentement ne sauraient pâtir des contraintes organisationnelles liées à la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention. Les audiences doivent se tenir au sein de l'hôpital, dans des conditions adaptées à l'état de santé des patients.

RECOMMANDATION 33 47

Dans la mesure du possible, les décisions doivent être notifiées aux patients par le juge des libertés et de la détention, afin que les explications sur les motifs de sa décision et les voies de recours soient données par ce dernier et non par les soignants.

RECOMMANDATION 34 48

Un outil efficace doit être mis en place afin de faciliter le suivi et le calcul des délais en matière d'hospitalisation en soins sans consentement, d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 35 49

Le pôle de psychiatrie doit organiser, en concertation avec l'ensemble de ses soignants, la rédaction d'un projet spécifique de pôle.

RECOMMANDATION 36 50

Les réunions soignés-soignants, qui favorisent l'expression collective des patients, ne doivent pas être interrompues du fait de l'absence du soignant référent.

RECOMMANDATION 37 50

Les patients de psychiatrie faisant l'objet d'une indication de prise en charge en soins de réhabilitation psychosociale doivent bénéficier d'une prise en charge par des soignants spécifiquement formés.

RECOMMANDATION 38 50

Les patients doivent connaître et pouvoir exercer leur droit d'accès à la lecture et à la copie de leur dossier médical, à tout moment de leur parcours de soins, selon les dispositions légales.

RECOMMANDATION 39 51

Les patients doivent avoir un accès équivalent entre les unités au matériel permettant la réalisation d'activités occupationnelles.

RECOMMANDATION 40 51

Les patients de toutes les unités doivent avoir accès à des activités thérapeutiques dispensées par des intervenants spécialisés, dont l'évaluation bénéficie d'un retour en équipe pluriprofessionnelle et d'une traçabilité dans le dossier.

RECOMMANDATION 41 52

Les patients doivent bénéficier du dépistage, du traitement et du suivi des pathologies somatiques, assurés par un médecin généraliste dont le temps d'activité lui permet de garantir les prises en charge.

RECOMMANDATION 42 52

Les patients de psychiatrie doivent bénéficier de séances régulières et diversifiées d'éducation thérapeutique.

RECOMMANDATION 43 52

Les patients qui font l'objet d'une indication spécifique doivent avoir accès à des soins addictologiques pertinents et adaptés, qui ne sauraient se limiter à une simple consultation de tabacologie.

RECOMMANDATION 44 54

L'établissement doit mettre en œuvre le recrutement et la formation de médiateurs de santé pairs et les patients doivent être incités à rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement.

RECOMMANDATION 45 54

Le service de la pharmacie doit être pourvu de l'effectif nécessaire pour réaliser des actions de conciliation médicamenteuse au profit des patients du pôle de psychiatrie.

RECOMMANDATION 46 56

Aucun mineur ne doit être hospitalisé dans une unité de psychiatrie destinée à la prise en charge de patients adultes. Le territoire de l'ouest du département des Alpes-Maritimes doit être urgemment doté d'une unité de soins pédopsychiatriques des enfants et des adolescents, dont les postes seront pourvus par des soignants spécifiquement formés, afin de répondre au nombre croissant d'indications de prise en charge de cette population particulièrement vulnérable.

RECOMMANDATION 47 57

Les pratiques d'isolement et de contention doivent être évitées par tout moyen chez les patients mineurs et respecter strictement les dispositions légales lorsqu'elles sont employées, s'agissant notamment du mode d'hospitalisation en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 48 58

Les patients détenus ne doivent pas être systématiquement contenus lors des trajets et placés en isolement durant leur séjour.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'hôpital comporte un pôle de santé mentale mais plus de service de psychiatrie infanto-juvénile.....	13
2.2 Le budget affecté à la psychiatrie permet l'exercice de ses missions.....	13
2.3 Les ressources humaines sont insuffisantes.....	14
2.4 Les événements indésirables sont rares.....	15
2.5 Le comité d'éthique n'est plus réuni depuis cinq ans	15
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	17
3.1 Le centre d'accueil des urgences psychiatriques est fermé en raison de la pénurie de soignants.....	17
3.2 Il n'y a pas de suroccupation mais les patients en soins sans consentement représentent un tiers de la file active en hospitalisation complète.....	19
3.3 L'information écrite et orale des patients est incomplète.....	19
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	22
4.1 Les locaux sont fonctionnels mais l'intimité des patients n'est pas garantie et six chambres de l'unité intersectorielles sont indignes.....	22
4.2 L'entretien des locaux est globalement assuré mais les patients manquent de certains équipements essentiels	28
4.3 La protection des biens des patients est insuffisamment garantie	30
4.4 Les repas sont appréciés mais les menus sont peu variés	31
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	33
5.1 La liberté d'aller et venir est restreinte et le dispositif de vidéo-surveillance largement déployé.....	33
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont limitées	35
5.3 Les communications avec l'extérieur sont permises mais il n'y a pas de lieu réservé aux visites.....	36
5.4 L'accès au vote est accompagné par les soignants	36
5.5 L'accès aux cultes est organisé	36
5.6 La vie sexuelle des patients ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle ..	37
6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	38
6.1 Les chambres d'isolement sont indignes.....	38
6.2 Des isolements dans des chambres dites hôtelières et des isolements séquentiels sont mises en œuvre	40

6.3	Les mesures d'isolement et de contention ne sont pas exhaustivement tracées et le registre, par ailleurs inexploitable, n'est pas analysé	41
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	44
7.1	La CDSP n'est pas constituée tandis que les représentants des usagers sont engagés dans la vie de l'établissement	44
7.2	Le registre de la loi est incomplet et n'est pas contrôlé par les autorités compétentes.....	45
7.3	Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'exerce au tribunal, dans des conditions inadaptées pour les patients	46
8.	LES SOINS.....	49
8.1	Le déficit de psychiatres et l'absence de perspective de remplacement des chefs de pôle et de service compromettent le maintien de la qualité des soins	49
8.2	La dispensation des soins somatiques et addictologiques fait défaut.....	51
8.3	Les sorties sont majoritairement organisées dans le cadre de programmes de soins.....	52
8.4	Les outils d'appui à l'exercice du consentement du patient sont insuffisamment mis en œuvre	53
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	56
9.1	Les patients mineurs sont massivement pris en charge dans les services de pédiatrie, en l'absence d'unité de pédopsychiatrie	56
9.2	Les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement et restreintes dans l'exercice de leurs droits	57

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- François GOETZ, chef de mission ;
- Hélène DUPIF ;
- Fabien POMMELET ;
- Julien STARKMAN ;
- Marion TESTUD.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Simone Veil de Cannes (département des Alpes-Maritimes) du 2 au 5 mai 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 2 mai à 14h00 et l'ont quitté le 5 mai à 15h00. Durant la visite, le directeur de cabinet du préfet de Nice, le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé (ARS) Provence Alpes Cotes d'Azur (PACA), le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Grasse ont été avisés du contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur du CH et son équipe. Une réunion d'information sur le déroulé de la mission a eu lieu en présence du comité de direction, des personnels médicaux et soignants du pôle de santé mentale et des urgences, du président du comité d'éthique et du représentant des usagers ainsi que des personnels disponibles d'autres services.

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 des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les organisations professionnelles représentatives du personnel n'ont pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 5 mai, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation : direction, médecins, cadres, infirmiers et administratifs.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'HOPITAL COMPORTE UN POLE DE SANTE MENTALE MAIS PLUS DE SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Le centre hospitalier (CH) de Cannes Simone Veil est intégré dans le groupement hospitalier du territoire (GHT) des Alpes-Maritimes qui est composé de cinq établissements : le CHU de Nice – établissement support –, le CH d'Antibes, le CH de Menton, le CH de Grasse et le CH de Cannes (CHC).

En 2022, un investissement de 10 millions d'euros a été lancé pour la construction d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) attenant à l'hôpital Simone Veil ; la livraison est programmée pour 2024.

Le CHC assure une offre de soins complète pour un territoire de 160 600 habitants qui couvre la partie ouest des Alpes et l'est du Var.

Le pôle de santé mentale est composé deux secteurs de psychiatrie adulte :

- Un centre d'accueil des urgences psychiatriques (CAUP) : (fermé au moment du contrôle, Cf. § 3.1) ;
- Une unité intersectorielle pour les soins sans consentement (12 lits) ;
- Le secteur 2 (23 lits) : Cannes-ouest, Cannes-La Bocca, Mandelieu-La-Napoule, Théoule-sur-Mer, La Roquette-sur-Signe, Tanneron ;
- Le secteur 3 (23 lits) : Cannes-est, Mougins, Mouans-Sartoux, Le Cannet, Iles de Lérins ;
- L'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (fermé au moment du contrôle, Cf. § 10.1) : Cannes, Grasse ;
- Services extrahospitaliers et d'addictologie : centre médico-psychologique (CMP) Marco Del Pontet, hôpital de jour (HDJ) Les Bosquets, CMP Isola Bella, HDJ Extime ;
- Un dispositif de liaison intra-hospitalière avec la psychiatrie de ville et l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP, fermé au moment du contrôle).

2.2 LE BUDGET AFFECTE A LA PSYCHIATRIE PERMET L'EXERCICE DE SES MISSIONS

Le budget global du CHC sur l'exercice 2021 est de 182 millions, avec un déficit de 828 000 euros, soit environ 6 % du budget. La dette financière globale cumulée de l'établissement s'élève à plus de 98 millions.

Une stratégie de désendettement a été mise en place sur une trentaine d'année afin de permettre à l'établissement de fonctionner et également d'investir (construction d'un EHPAD).

La dotation affectée à la psychiatrie (DAF PSY) est en faible hausse depuis les quatre dernières années en ce qui concerne la partie fixe des crédits reconductibles. S'agissant des crédits non-reconductibles, leur part augmente chaque année dans le cadre des appels à projet qualité (certifications des critères impératifs) et des projets innovants.

Pour 2022, le compte de résultat est équilibré, voire légèrement déficitaire, avec une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) augmentée à 14 970 290 euros alors qu'elle était de 14 280 566 € en 2019.

Les dépenses liées au personnel non médical s'élèvent en 2021 à 10,19 millions d'euros en raison de la loi Ségur alors qu'elles étaient de 9,02 millions en 2019.

Les dépenses pour le personnel médical sont passées à 1 847 616 millions d'euros pour 1 629 094 millions en 2019.

Sous réserve que le compte de résultat analytique (c'est-à-dire la rentabilité du service) soit consolidé par les analyses ultérieures, il ressort de l'examen de ce compte de résultat que l'établissement bénéficie d'une dotation spécifique pour la psychiatrie lui permettant d'exercer correctement l'ensemble de ses missions au profit des patients.

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT INSUFFISANTES

2.3.1 Les effectifs et l'absentéisme

Le CHC emploie 1784 effectifs de personnel non-médical (PNM) et 231 de personnel médical (PM). Concernant le pôle de santé mentale (intra et extra hospitalier), sont comptabilisés 118 PNM, dont 54 infirmiers d'Etat (IDE), 27 aides-soignants (AS) et 15 agents des services hospitaliers (ASH) et 8 PM. L'historique des équivalents temps plein (ETP) est instable depuis plusieurs années au sein de ce pôle et a généré des dysfonctionnements relevés par l'inspection du travail dans son rapport de décembre 2021. La période des mesures sanitaires liées à la Covid-19 a aggravé une situation déjà difficile mais heureusement, au moment du contrôle, les recrutements étaient à nouveau dans une phase dynamique avec une baisse de 45 % du recours à l'intérim.

Une inquiétude persiste s'agissant du recrutement du personnel médical : deux recrutements supplémentaires sont nécessaires.

En psychiatrie, l'écart entre l'effectif théorique et l'effectif réel est désormais négligeable mais au prix de la fermeture de lits (18 sur 66 soit 27 %) et du centre d'accueil des urgences psychiatriques (CAUP) ainsi que de l'arrêt de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).

Le manque de praticiens a conduit à des fermetures de lits non bornées à une durée déterminée (même si une réouverture du CAUP à temps partiel après l'été est envisagée par la direction) ce qui laisse craindre que s'installe dans la durée ce dispositif incomplet et donc insatisfaisant si l'établissement ne parvient pas à recruter les deux médecins.

RECOMMANDATION 1

Le CHC doit recruter en nombre suffisant des personnels médicaux et non médicaux pour réouvrir les lits et services fermés (centre d'accueil des urgences psychiatriques, équipe mobile psychiatrie précarité et intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile).

Fin 2022, le taux d'absentéisme de l'établissement est assez élevé, de l'ordre de 11,66 %, en légère augmentation, ce qui en fait un seuil critique d'alerte. S'agissant de la psychiatrie, il est légèrement moindre avec un chiffre de 10,38 %.

Depuis six mois, l'organisation du service est en 12 heures, ce qui satisfait la majorité des personnels. L'analyse des plannings des trois derniers mois montre un mode d'organisation des soins des unités qui comprennent des IDE, des AS et des ASH.

Il est constaté des effectifs soignants suffisants avec dans chaque unité (intersecteur, unité 2 et unité 3), au minimum deux IDE et deux AS, parfois plus, auprès des patients.

De fait, l'organisation de la présence des soignants permet d'assurer chaque jour, sur les tranches horaires les plus pertinentes, un effectif d'au moins quatre à cinq soignants pour assurer l'ensemble des soins.

En ce qui concerne le service de nuit, de 19h00 à 7h00, il est composé d'un IDE et d'un AS. Le turn-over est important malgré une politique active de recrutement et de fidélisation du personnel.

2.3.2 La formation, la supervision et le coaching individuel

Le CH de Cannes accueille en son sein un institut de formation en soins infirmiers (IFSI), ce qui favorise une dynamique de la formation initiale comme de la formation continue.

Le dispositif de tutorat mis en place permet à chaque unité d'avoir une à deux IDE ayant la qualité de tuteur, soit un total de cinq IDE pour les trois secteurs.

Les formations en soins sans consentement sont cependant très insuffisantes : seules deux secrétaires médicales ont bénéficié d'une formation sur cette thématique en 2022. Les infirmiers sont uniquement formés en interne.

RECOMMANDATION 2

La formation des soignants aux soins sans consentement doit faire l'objet d'une politique volontariste.

Des dispositifs de supervision sont proposés à l'ensemble des équipes sur la base du volontariat. Seuls les psychologues du pôle de santé mentale ont répondu à cet appel d'offre.

Enfin, un dispositif de coaching individuel est mis en place et rencontre un écho très favorable de la part des personnels ; il est animé par un praticien hospitalier salarié de l'établissement et permet aux agents qui le souhaitent de bénéficier d'un espace confidentiel et bienveillant pour analyser ses pratiques et son positionnement.

BONNE PRATIQUE 1

Un dispositif de coaching individuel animé par un praticien hospitalier de l'établissement est proposé.

2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT RARES

Depuis 2018, il est déploré quatre événements indésirables graves en psychiatrie, soit environ un par an : un départ de feu dans le lavabo d'une chambre d'isolement, une hétéro-agressivité de nature grave envers des soignants avec violences physiques et verbales, une erreur d'administration de médicament injectable, un surdosage neuroleptique à action prolongée.

S'agissant des événements indésirables ordinaires au pôle de santé mentale, il en est comptabilisé 136 pour l'année 2022 et 42 pour les quatre premiers mois de 2023. Ils concernent principalement des erreurs médicamenteuses, des chutes et quelques violences verbales.

Les événements sont saisis dans le logiciel YES que les agents utilisent facilement. Ils font ensuite l'objet d'une gestion au sein d'un réseau de correspondants locaux de vigilance.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'EST PLUS REUNI DEPUIS CINQ ANS

La dernière réunion du comité d'éthique remonte au 4 septembre 2017.

RECOMMANDATION 3

Des comités d'éthique et instances d'analyse des pratiques professionnelles et de retours d'expérience doivent être mis en place pour accompagner l'appropriation des principes déontologiques et les débats autour des pratiques professionnelles.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LE CENTRE D'ACCUEIL DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EST FERME EN RAISON DE LA PENURIE DE SOIGNANTS

3.1.1 L'accueil des urgences

Tous les patients à présentation psychiatrique sont accueillis au service des urgences (SAU), seuls ceux concernés par un transfèrement inter hospitalier ou une procédure de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) bénéficient d'une admission directe dans le pôle de psychiatrie. Le centre d'accueil des urgences psychiatriques (CAUP), équipé de huit lits, situé à proximité du SAU, ne participe plus au dispositif depuis sa fermeture un an avant la visite, en raison de la pénurie de psychiatres et du manque de deux IDE.

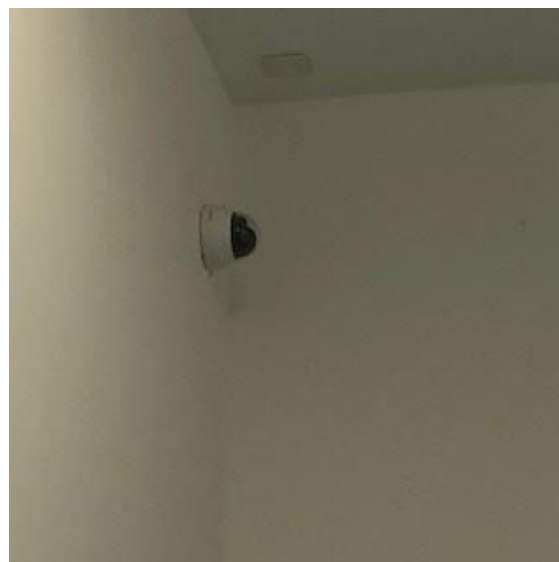
RECOMMANDATION 4

La réouverture du centre d'accueil des urgences psychiatriques, qui constitue un outil très pertinent au service de la qualité des soins dans le dispositif de l'accueil et de l'orientation des situations d'urgence, doit être priorisée par l'agence régionale de santé et l'établissement.

L'effectif de l'équipe des urgences psychiatriques compte 6 ETP d'IDE, qui bénéficient d'une formation à la psychiatrie de liaison et d'un tutorat de quinze jours pour les nouveaux arrivants. L'équipe dispose d'un bureau équipé d'une ligne téléphonique, d'un ordinateur, d'un coin « entretien », et d'une caméra de vidéo-surveillance dans le couloir du SAU (Cf. § 5.1.2).



Le coin « entretien » du bureau IDE des urgences



Sa caméra de vidéo-surveillance

RECOMMANDATION 5

La caméra de vidéo-surveillance du bureau des infirmiers de psychiatrie au sein du service d'accueil des urgences, qui ne respecte pas le principe de confidentialité, doit être retirée.

Les IDE présents un par un en continu, selon un roulement de 12 heures jour-nuit, effectuent les accueils de première ligne des patients à présentation psychiatrique, sur orientation des

urgentistes et l'activité de liaison et le suivi des patients de psychiatrie dans les services de soins généraux du CHC. L'équipe est bien repérée par les soignants du SAU, et le fonctionnement est collaboratif.

Les patients proviennent de la rue ou d'un domicile, sont parfois orientés par une structure de soins ambulatoire ou un médecin de ville, et se présentent seuls, accompagnés d'un proche ou parfois d'un service de sécurité (police, pompiers). Les urgences psychiatriques pallient en partie les difficultés de fonctionnement des deux CMP, également confrontés à une pénurie d'effectif ayant imposé un délai de trois mois minimum pour un rendez-vous avec un psychiatre, et la suspension des visites à domicile qui permettaient un suivi et des avis de proximité. L'activité a également été décrite comme accrue lors de la période du festival de Cannes en mai et pendant tout l'été.

Les patients ne bénéficient pas systématiquement de l'examen clinique initial prévu par le protocole de l'établissement, malgré les recommandations de la société française de médecine d'urgence¹.

RECOMMANDATION 6

Tous les patients à présentation psychiatrique qui se présentent au service d'accueil des urgences doivent bénéficier d'un examen médical somatique initial complet, avant leur orientation pour une évaluation psychiatrique.

Les patients à présentation psychiatrique peuvent attendre assis ou debout dans la salle d'attente, sur un brancard, dans un box du SAU ou dans un lit de l'unité d'hospitalisation de courte durée. L'IDE qui évalue le patient dans le bureau sus-décrit appelle en cas de besoin seulement le psychiatre d'astreinte la journée ou de garde la nuit, pour une évaluation médicale spécialisée. Le patient est réadressé vers son domicile avec une proposition de suivi ambulatoire adaptée ou orienté vers les unités du pôle en cas de décision d'hospitalisation, l'unité intersectorielle (UI) pour l'accueil des patients en soins sans consentement (SSC) et les unités 2 et 3 pour ceux en soins libres (SL). Tout patient hospitalisé en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) bénéficie d'une information spécifique et d'une évaluation par un psychiatre qui se déplace aux urgences et met en œuvre la procédure *ad hoc*, concernant la recherche du tiers et la certification adaptée notamment. La procédure classique de soins sur demande d'un tiers (SDT) a été évoquée comme priorisée, malgré la difficulté de trouver un tiers, en raison de l'accueil de nombreux patients sans papiers d'identité ayant effectué un voyage pathologique. L'analyse de l'activité d'hospitalisation en SSC montre en pratique la prééminence des procédures dérogatoires de SDDE (en urgence : SDTU et pour péril imminent : SPI) au détriment de celle classique. Les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), souvent dans les suites d'une garde à vue, sont directement orientés vers l'UI, l'urgentiste s'y déplace pour l'examen médical.

L'utilisation des contentions de tissu, pour l'attache des poignets, des chevilles et du bassin, sur un brancard ou dans un lit de l'UHCD, est réalisée sur la seule indication des urgentistes et la surveillance effectuée par le personnel du SAU. Un espace est réservé pour les patients agités, un espace « zen » utilisé par exemple pour l'annonce aux familles d'informations difficiles peut aussi, bien que rarement, être utilisé pour l'apaisement d'un patient à présentation psychiatrique.

Un numéro de téléphone permettant de joindre directement, 24h/24, l'IDE de psychiatrie est communiqué aux patients accueillis et à ceux qui appellent le SAU pour un avis psychiatrique.

BONNE PRATIQUE 2

Un numéro de téléphone permettant de joindre, 24h/24, directement un infirmier du pôle de psychiatrie est communiqué aux patients accueillis en urgence.

3.1.2 L'admission dans les unités

Le patient faisant l'objet d'une indication d'hospitalisation est accompagné par l'IDE depuis le SAU vers son unité d'accueil dans le pôle de psychiatrie. Les patients hospitalisés en SSC sont prioritairement orientés vers l'UI, qui ne répondait plus, lors de la visite, au nombre d'accueils nécessaires. Les patients étaient ainsi orientés vers l'unité 2, conséquemment fermée, malgré la présence de certains hospitalisés en SL (Cf. § 5.1). Les unités 2 et 3 sont ordinairement destinées à l'accueil très majoritaire de patients hospitalisés en SL. L'IDE de l'unité qui accueille le patient lui propose une visite de l'unité et communique une information concernant les modalités du séjour et le fonctionnement de l'unité. La notification de la décision d'hospitalisation en SSC est effectuée dans l'unité d'admission par le médecin ou les IDE, qui ont bénéficié d'une formation interne concernant la législation des SSC, notamment proposée aux nouveaux arrivants mais accessible à tous (Cf. § 3.3). Le patient est invité à signer le formulaire spécifique, le refuse parfois, et n'en reçoit pas systématiquement la copie.

Un inventaire des effets personnels est réalisé en présence de deux soignants, renseigné dans le logiciel DxCare et contradictoirement signé. Sa copie est le plus souvent remise au patient.

Le patient est le plus souvent hébergé dans la seule chambre encore disponible du service. Son placement initial éventuel en chambre d'isolement (CI) est décidé par le psychiatre de l'unité en journée la semaine, et celui de garde la nuit, les week-ends et les jours fériés.

3.2 IL N'Y A PAS DE SUROCCUPATION MAIS LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT UN TIERS DE LA FILE ACTIVE EN HOSPITALISATION COMPLETE

Il n'y a pas de suroccupation au pôle de santé mentale et le taux d'occupation en psychiatrie est stable ces trois dernières années. Il est constaté une bonne gestion des lits et pas d'utilisation de la chambre d'isolement comme chambre d'hospitalisation.

Sur 501 patients hospitalisés en 2022, 330 l'ont été en SL et 171 en SSC, soit 34 %. Parmi eux, 80 % sont hospitalisés en SDDE et 20 % en SDRE.

Cette part importante des patients hospitalisés en soins sans consentement doit faire l'objet d'une réflexion dans le cadre du comité d'éthique, par exemple, afin de développer les outils de recherche du consentement et de l'adhésion aux soins.

3.3 L'INFORMATION ECRITE ET ORALE DES PATIENTS EST INCOMPLETE

3.3.1 L'information générale

S'agissant des supports écrits, les patients reçoivent, à leur arrivée, le livret d'accueil général remis à tous les patients de l'hôpital, mais ce dernier ne contient aucune information relative aux soins sans consentement. Il est également remis un document de type A4 présentant les règles de vie au sein du service de psychiatrie. Si le format et le graphisme du document permettent une lecture rapide et une compréhension aisée des principales règles de vie au sein du service, il est observé cependant qu'aucune information relative au cadre juridique des soins sans consentement n'est donnée au patient, hormis le renvoi par une astérisque à une liste d'acteurs

institutionnels, tels que la commission des usagers (CDU), la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le juge des libertés et de la détention (JLD) et le CGLPL, quasiment illisible et sans aucune explication.

Au sein de chaque unité, de nombreuses informations sont affichées concernant notamment les chartes du patient hospitalisé, Romain Jacob, des droits et libertés des personnes âgées, de la protection des données personnelles, de la laïcité dans les services publics, l'engagement des professionnels de santé et des patients, la CDU, la prévention de certaines addictions ou encore les activités de la vie quotidienne (menus, activités, accès au tabac et au téléphone). En revanche, s'agissant du contrôle des droits des patients hospitalisés en soins sans consentement, un seul document intitulé « voies de recours » liste le nom et le contact de certains acteurs institutionnels (CDSP, JLD, CGLPL), sans que leur rôle ne soit défini et sans explication précise sur la nature et les modalités des voies de recours possibles. A noter que le document fait référence à une information obsolète puisqu'il est encore mentionné « tribunal de grande instance » et non « tribunal judiciaire ». En outre, aucune information n'est disponible sur l'accès aux avocats (liste des avocats du barreau compétent, contact de l'ordre des avocats) ou encore sur le Défenseur des droits.

S'agissant de l'information orale, la pratique est apparue peu homogène d'une unité à l'autre, mais surtout d'un professionnel de santé à l'autre. A cet égard, les entretiens menés ont permis de mettre en lumière un niveau de formation très inégal entre les personnels concernant le cadre juridique des soins sans consentement (Cf. § 2.3.2). Malgré ces constats, il doit cependant être relevé une véritable volonté des équipes soignantes d'informer les patients et de répondre à leurs questions tout au long de leur hospitalisation. L'information relative au tiers de confiance ou encore les réunions communautaires hebdomadaires, observées notamment dans l'unité du secteur 2, constituent de bons exemples à cet égard.

3.3.2 L'information spécifique relative au suivi de la mesure d'hospitalisation sans consentement

Sur le plan formel, les patients se voient bien notifier systématiquement les décisions d'hospitalisation comme les ordonnances du JLD. Toutefois, la remise effective de ces documents aux patients est apparue non systématique, avec notamment des décisions ou ordonnances qui sont parfois retournées au secrétariat. A cet égard, il est rappelé que si l'état du patient ne permet pas la remise immédiate de la décision, celle-ci doit être conservée dans ses affaires et remise dès que possible en lui expliquant son contenu. Aussi, il apparaît que les observations du patient ne sont pas tracées sur les certificats, donc inaccessibles notamment au juge. Quant aux certificats médicaux, ils ne sont jamais remis aux patients, mais uniquement conservés dans leur dossier médical. A noter que certains soignants ont évoqué ne pas toujours se sentir en capacité d'expliquer certaines ordonnances du JLD (Cf. § 7.3).

RECOMMANDATION 7

Une information spécifique relative au cadre juridique des soins sans consentement ainsi qu'au contrôle de leurs droits doit être donnée aux patients.

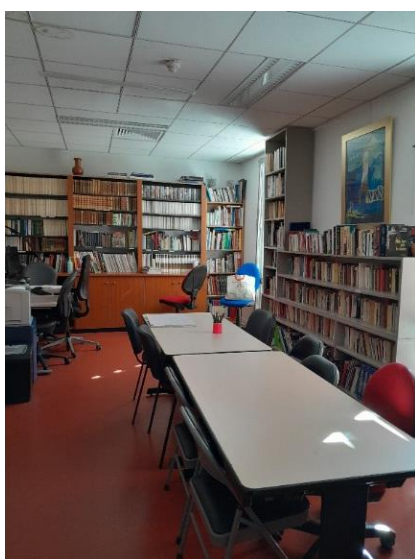
L'information relative aux voies de recours, aux acteurs, organismes et institutions utiles au patient hospitalisé en soins sans consentement doit être complétée et mise à jour.

Une copie des certificats médicaux et des décisions administratives et judiciaires relatives à la mesure de soins sans consentement doit être systématiquement remise aux patients.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX SONT FONCTIONNELS MAIS L'INTIMITE DES PATIENTS N'EST PAS GARANTIE ET SIX CHAMBRES DE L'UNITE INTERSECTORIELLES SONT INDIGNES

Les trois unités de psychiatrie sont situées au sein du CHC, qui a été reconstruit en 2010, réparties sur trois niveaux au sein d'une même aile et reliées par le même ascenseur. Au niveau -2, on trouve l'unité intersectorielle, les deux secrétariats d'admission (un pour chaque secteur), des bureaux (notamment des assistantes de service social - ASS) et différentes salles communes, agréables et bien équipées, pouvant être utilisées par les patients des unités : bibliothèque, salle d'activités, salle d'art-thérapie notamment.



Bibliothèque



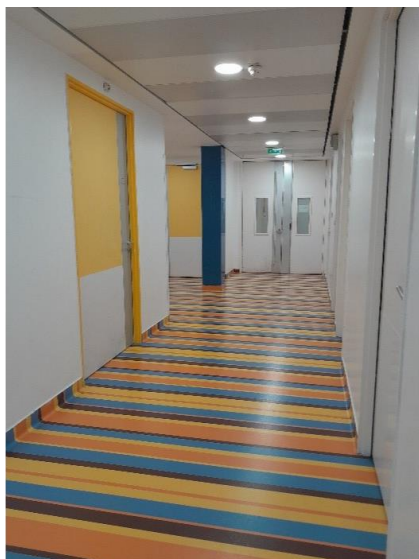
Salle d'art-thérapie

Un projet est en cours visant à transformer, à l'automne 2023, l'actuelle bibliothèque en salle de sport intersectorielle. Cette pièce donne sur le patio de l'unité 2, située au niveau supérieur. Une ouverture serait créée dans le salon de famille de l'unité intersectorielle (donnant sur ce même patio), qui deviendrait une chambre d'apaisement, permettant l'accès des patients de l'unité intersectorielle à la salle de sport.

Au niveau -1, on trouve l'unité 2 et l'unité 3, accessibles de l'étage inférieur par un ascenseur ou un escalier, situé au sein des unités.

Au niveau 0, se trouve l'unité des entrants et le centre d'accueil d'urgence psychiatrique (CAUP), pour rappel fermé de façon temporaire au moment de la visite des contrôleurs (Cf. § 2.1).

Les locaux sont plutôt vastes et lumineux et chaque unité dispose d'un patio extérieur. Toutefois, la signalétique fait défaut et il n'est pas aisé de se repérer d'autant que le revêtement du sol est partout le même, y compris dans les autres services de l'établissement.



Les couloirs de distribution du service de psychiatrie

4.1.1 La configuration des unités et les espaces communs

Les unités 2 et 3 relèvent d'une configuration similaire : une architecture articulée autour d'une grande pièce de vie faisant office de salle à manger desservant les bureaux et salles communes (bureau infirmier, bureau médical, salles d'activité, etc.) et donnant sur le patio extérieur et un espace nuit réunissant les chambres. L'unité intersectorielle dispose également d'une pièce de vie faisant office de salle à manger et de salle de télévision donnant sur le patio extérieur mais les salles communes et les bureaux se trouvent à la fois à l'entrée et au centre de l'unité ; l'espace nuit est scindé en deux parties, un couloir desservant six chambres d'hospitalisation situées à proximité des chambres d'isolement, un autre perpendiculaire desservant les autres chambres d'hospitalisation.

Les patios de chacune des unités sont plus ou moins agréables ; celui de l'unité 3 l'est particulièrement en raison de la perspective sur l'extérieur et d'un espace jardin ; celui de l'unité intersectorielle est doté d'un filet afin de prévenir les chutes et les fugues.



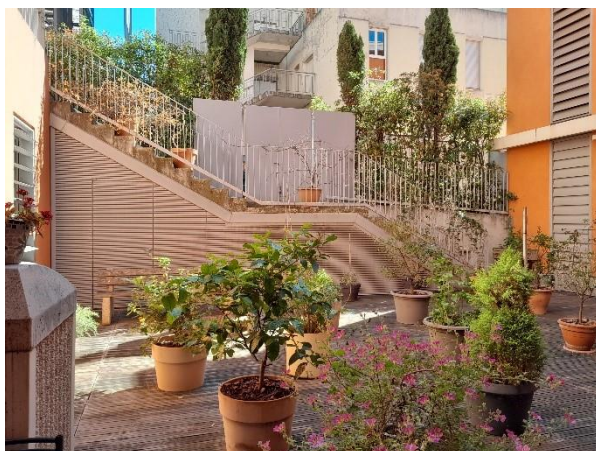
Patio de l'unité 3



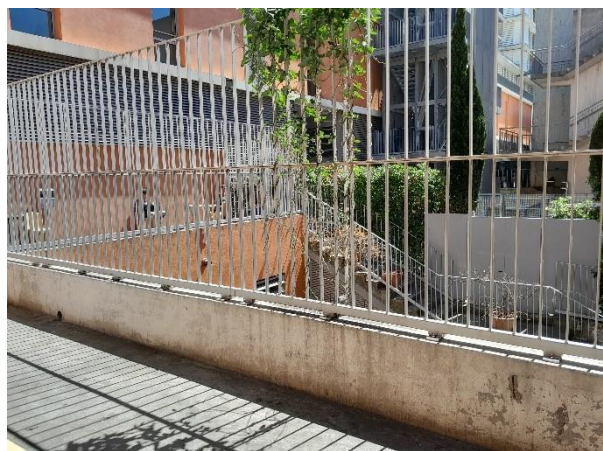
Patio de l'unité intersectorielle

Celui de l'unité 2 n'est pas de plain-pied et situé un niveau en-dessous de l'unité, on y accède par un escalier extérieur, il comprend une porte de secours pouvant être ouverte. Pour prévenir les

chutes liées à l'escalier et la sortie par la porte de secours, les patients sont obligés d'être accompagnés par un soignant pour accéder au patio et ne disposent en accès libre que d'un espace bétonné et barreaudé.



Patio de l'unité 2 accessible accompagné

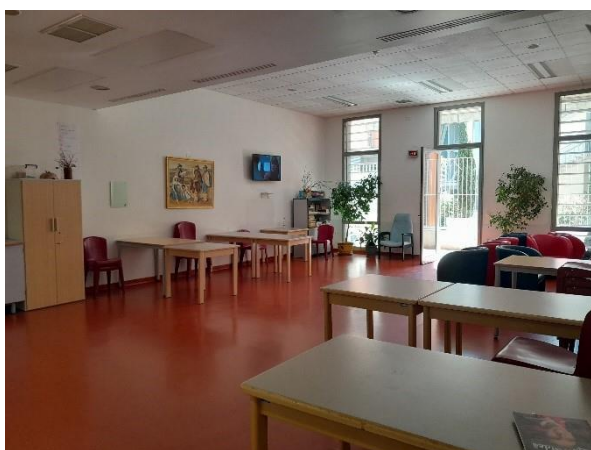


Espace extérieur en accès libre de l'unité 2

RECOMMANDATION 8

Un accès plus libre au patio de l'unité 2 doit être assuré.

Les salles de vie des unités font office de salle à manger ainsi, qu'à l'unité 2 et intersectorielle, de salon de télévision. A l'unité 3, ce dernier est un espace séparé sans toutefois être fermé. Ces salles de vie confèrent un aspect convivial à l'espace même si la tranquillité de ceux qui regardent la télévision n'est pas complètement assurée. Un baby-foot se trouve dans la salle de vie de l'unité 3 et dans le patio de l'unité intersectorielle.



Salle à manger/de télévision de l'unité 2



Salle à manger de l'unité 3

La salle de vie de l'unité intersectorielle est moins grande et aménagée ce qui lui donne un aspect plus triste que les autres.



Salle de télévision de l'unité 3



Espace télévision de l'unité intersectorielle

Les unités comprennent tous les espaces nécessaires à la prise en charge : salle de soins, bureaux (médical, du cadre), local de stockage. Seule l'unité intersectorielle comprend une salle d'activité et un salon famille (pièce qui doit prochainement changer de fonction), ce qui n'est pas apparu comme une difficulté, compte-tenu des salles d'activité utilisables au niveau -2 et de la possibilité pour les patients de s'entretenir avec leurs proches à la cafétéria du CHC.

Les locaux apparaissent globalement fonctionnels et adaptés à la prise en charge. Les espaces de vie, ouverts sur les patios, les ouvertures vitrées ainsi que les couloirs larges confèrent un sentiment d'espace. Les bâtiments sont globalement bien entretenus, sans dégradations majeures ; sont toutefois à signaler des allume-cigares qui ne fonctionnent pas partout. Néanmoins, à l'exception de l'unité 3 et de la salle de vie de l'unité 2, ils sont peu décorés et apparaissent froids et austères. Le mobilier est minimaliste dans l'unité intersectorielle ; il était toutefois prévu de le remplacer par des meubles spécialement conçus pour la santé mentale (table avec des jeux intégrés notamment) alliant sécurité et confort, choix qui apparaît judicieux. Enfin, aucune signalétique n'équipe les portes ce qui n'aide pas à se repérer.

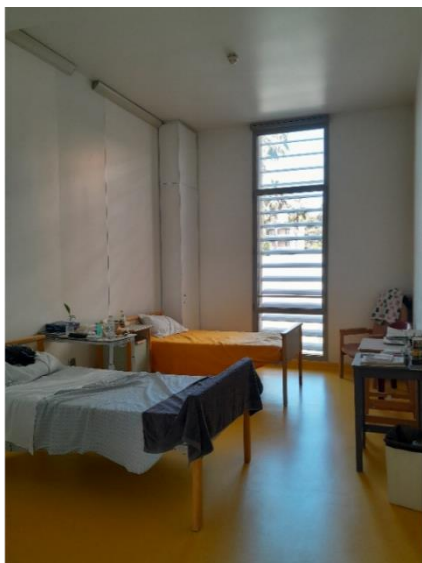
RECOMMANDATION 9

Un effort d'aménagement, d'équipement et de signalétique des locaux doit être conduit de sorte à les rendre plus accessibles et accueillants.

4.1.2 Les chambres

a) Les chambres de l'unité 2, 3 et les chambres d'hospitalisation de l'unité intersectorielle situées du côté du patio

L'hébergement est majoritairement individuel. Les unités 2 et 3 comprennent des chambres doubles (cinq chacune).



Chambre double, unité 3



Chambre simple, unité intersectorielle

Les chambres bénéficient de la climatisation mais ne sont pas toutes dotées d'un bouton d'appel des soignants. Le mobilier des chambres comprend un placard (mais ne pouvant être fermé à clé ou ouvert), une tablette murale de chevet, une table avec une chaise, un fauteuil. La décoration est plutôt neutre mais les patients peuvent l'investir s'ils le souhaitent.

La luminosité des chambres est correcte. Cependant, les fenêtres sont verrouillées et le patient ne peut les ouvrir sans solliciter un soignant. Par ailleurs, les chambres sont dépourvues de verrou de confort permettant l'intimité et la sécurité, contrairement aux dispositions de l'article D. 6124-257 modifié du code de la santé publique qui prévoit que « *chaque chambre individuelle est équipée d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte* ». Des travaux permettant l'installation de verrous de confort sont budgétisés et devraient être réalisés début 2024.

RECOMMANDATION 10

Toute chambre hôtelière doit disposer d'un verrou de confort et d'un dispositif d'appel des soignants. Le patient doit pouvoir ouvrir la fenêtre de façon autonome pour avoir accès à l'air libre.

b) Les six chambres de l'unité intersectorielle situées à proximité des chambres d'isolement

L'unité intersectorielle dispose de six chambres situées dans le couloir où se trouvent les chambres d'isolement. On y accède via un sas qui distribue également un espace sanitaire, accessible aussi depuis la chambre.



Chambre « côté isolement » de l'unité intersectorielle et son espace sanitaire



Chambre « côté isolement » de l'unité intersectorielle



Caméra de vidéo-surveillance installée dans la chambre



Sas d'entrée dans une chambre « côté isolement » de l'unité intersectorielle

D'une superficie de 6 m², comportant des lits scellés au sol, dépourvues de tout mobilier et de boutons permettant d'allumer la lumière et de fermer les volets, équipées de caméras vidéo surveillance ne respectant pas le principe de l'espace privatif et de fenêtres fermées à clé opacifiées ne permettant aucune vue sur l'extérieur, ces chambres sont indignes et ne sauraient être considérées comme des chambres hotelières. Elles appellent des travaux de restructuration urgents et les caméras de vidéo-surveillance (dont les retours des images ont été supprimés juste avant la venue des contrôleurs selon les propos recueillis) doivent être immédiatement retirés.

RECOMMANDATION 11

Six chambres de l'unité intersectorielle ne peuvent être considérées comme des chambres d'hospitalisation et la capacité de l'unité doit être réduite en conséquence. Aucun patient ne doit y être hébergé avant que des travaux de restructuration aient été menés et les caméras de vidéo-surveillance enlevées.

4.2 L'ENTRETIEN DES LOCAUX EST GLOBALEMENT ASSURE MAIS LES PATIENTS MANQUENT DE CERTAINS EQUIPEMENTS ESSENTIELS**4.2.1 L'entretien des locaux**

L'entretien des locaux est assuré quotidiennement par des ASH. Depuis novembre 2022, ils interviennent en journée de 7h30 et non plus de 12h (un ASH le matin et un l'après-midi dans chaque unité) suite à une décision de la direction. Il est observé depuis le changement de service une démotivation et des arrêts de travail en augmentation, une attention doit être accordée à ce sujet pour éviter une dégradation éventuelle de la qualité du ménage et de l'entretien. Lors de la visite, les locaux étaient très propres à l'exception de certains patios sur lesquels ont été observés de nombreux mégots et déchets à terre.

RECOMMANDATION 12

Les patios extérieurs doivent être entretenus et propres.

4.2.2 L'hygiène personnelle

Chaque unité dispose d'une salle de bain commune disponible à la demande, qui comprend également un lavabo surmonté d'un miroir où des prestations de coiffure ou de bien-être peuvent être réalisées. Néanmoins, la salle de bain est inutilisable à l'unité 2 et est devenue un local de rangement car la baignoire est cassée depuis longtemps, aucune réparation n'étant par ailleurs prévue à la connaissance des contrôleurs.



Salle de bain de l'unité 2



Salle de bain de l'unité 3

Chaque chambre comprend, par ailleurs, un espace sanitaire attenant qui ne peut être fermé de l'intérieur, y compris dans les chambres doubles, composé d'une douche totem à bouton poussoir, d'une vasque surplombée d'un miroir et de WC suspendus ; cependant, ceux-ci sont

dépourvus de lunette et d'abattant alors qu'il s'agit d'un confort minimal. En outre, les blocs sanitaires ne contiennent pas de patères permettant d'éviter d'entreposer ses vêtements au sol ou dans le lavabo.



Sanitaires sans patères obligeant à mettre ses affaires dans le lavabo

Il n'a pas été fait état de problème d'alimentation en eau chaude, sauf de façon exceptionnelle. Les effets de literie peuvent être changés tous les jours si les patients le souhaitent.

Les rasoirs et coupe-ongles stockés par les soignants au titre de leur dangerosité sont remis pour la toilette. Les patients sont invités à se doter de leur propre nécessaire ; toutefois, des produits sont à disposition si besoin (savon, shampoing, mousse à raser, brosse à dents, dentifrice, protections périodiques, mousse à raser, etc.). Des vestiaires de secours existent dans chaque unité permettant de dépanner les patients sans ressources nécessaires.

S'agissant du lavage du linge personnel, les patients doivent s'adresser en priorité à leur famille. Pour les patients sans ressources ni famille, une buanderie existe mais ne comprend qu'un lave-linge et sèche-linge pour les trois unités ce qui est insuffisant. Les patients peuvent également accéder au service de conciergerie de l'hôpital « Happytal » mais qui pratique des prix prohibitifs et dont les délais de traitement sont longs.

RECOMMANDATION 13

Les espaces sanitaires des chambres doivent être dotés de l'équipement hôtelier standard : WC avec lunette et abattant, patères pour les vêtements. Afin de garantir l'intimité, des verrous de confort doivent être apposés aux portes des salles de bain des chambres doubles. Le service de psychiatrie doit se doter d'équipements supplémentaires afin d'offrir aux patients un service de buanderie adapté à leurs ressources.

4.3 LA PROTECTION DES BIENS DES PATIENTS EST INSUFFISAMMENT GARANTIE

4.3.1 Les effets personnels

Un inventaire des effets des patients est effectué à leur admission en unité. Il est réalisé en leur présence par un soignant (sauf si l'état du patient ne le permet pas), saisi sur le logiciel DxCare (DPI) puis imprimé et signé par le patient, une copie lui étant remise. En revanche, dans l'unité intersectorielle, l'exemplaire n'est pas signé systématiquement par le patient (hormis si des valeurs ont été remises) et une copie est placée dans le casier qu'il détient dans le bureau des infirmiers. L'actualisation de l'inventaire est réalisée pour les affaires de valeur mais de façon plus aléatoire s'agissant des vêtements.

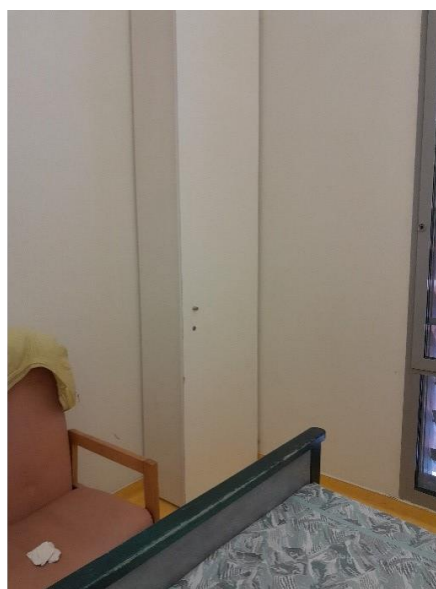
Seuls les objets dangereux ou susceptibles de l'être sont retirés, à l'exception de l'unité intersectorielle dans laquelle les chargeurs de téléphone sont systématiquement enlevés.

Les patients sont invités à confier leurs objets de valeur (papiers d'identité, moyens de paiement, argent, clés) prioritairement à leur famille ou à les remettre dans le coffre du Trésor Public du CHC mais ne sont pas obligés de le faire.

Dans les unités, la protection des biens est insuffisamment garantie. Les patients n'ont pas la possibilité de mettre tous leurs effets en sécurité. Les chambres ne sont pas dotées de verrous de confort permettant d'éviter les intrusions. De plus, les placards ne peuvent fermer à clé dans les unités 2 et 3 (une serrure est bien présente mais les clés ont été perdues depuis longtemps) et dans les chambres d'hospitalisation de l'unité intersectorielle les placards sont fermés à clé sans possibilité de les ouvrir (au jour du contrôle, il était prévu de changer les canons des serrures des placards) ; les patients sont donc contraints d'entreposer leurs vêtements et affaires sur leurs fauteuil et chaise. Qui plus est, aucun placard ne se trouve dans les six chambres « côté isolement » de l'unité intersectorielle ; les patients ne peuvent conserver aucun effet en chambre, tout étant entreposé dans un vestiaire.



Vestiaire avec les casiers des effets des patients hospitalisés dans les six chambres « côté isolement » de l'unité intersectorielle



Placard fermé à clé, chambre d'hospitalisation, unité intersectorielle

RECOMMANDATION 14

L'inventaire des effets personnels du patient réalisé à l'arrivée doit être contradictoire et actualisé au cours du séjour. Chaque patient doit disposer, en chambre, d'un placard fermant à clé pour entreposer ses affaires.

4.3.2 La protection juridique

Deux assistantes de service social (ASS) interviennent, chacune affectée sur un secteur. Deux autres sont positionnées sur l'extrahospitalier. Les unités d'hospitalisation ne sont jamais découvertes puisqu'en cas d'absence d'une ASS, elle est remplacée par son binôme de l'extrahospitalier. Elles ont pour mission l'aide à la construction de projets de sortie et, avant tout, l'accompagnement de patients dans leurs démarches administratives, dont la recherche de solutions aux premières urgences en cas de situation sociale dégradée voire de rupture de droits : accès à une couverture médicale (sécurité sociale, complémentaire santé solidaire, mutuelle), aux droits sociaux (revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé, etc.), le cas échéant déclenchement de mesure de protection juridique. Les ASS participent aux différentes réunions organisées dans les unités (staffs, réunions de synthèse, etc.). Elles se rendent quotidiennement dans les services et ont été qualifiées de très disponibles par les soignants et les patients.

Des difficultés sont identifiées pour faire progresser les dossiers relevant de la caisse d'allocations familiales, facilités auparavant par l'existence d'un référent attitré.

S'agissant des mesures de protection juridique, le délai moyen de désignation d'un tuteur ou d'un curateur par les autorités judiciaires est de l'ordre de trois mois.

Au jour du contrôle, dix-huit patients se trouvent sous mesure de protection juridique (quatorze sous tutelle, trois sous curatelle et un sous sauvegarde de justice). La plupart sont hébergés au sein des unités 2 et 3 dans lesquelles la quasi-moitié des patients est protégée.

Cinq associations tutélaires – l'association des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (SIM), l'association pour la gestion du patrimoine des personnes protégées (APOJ), l'union départementale des associations familiales des Alpes-Maritimes (UDAF), l'association tutélaire des personnes protégées des Alpes méridionales (ATIAM) et l'accompagnement et l'aide aux adultes (MSA 3A) – se partagent la totalité des mesures de protection des patients.

Les relations avec les mandataires sont décrites comme majoritairement difficiles. Les professionnels ont indiqué rencontrer des difficultés à les joindre (certains n'étant joignables que 2h30 par jour et les soignants ne disposant pas de ligne téléphonique spécifique) et à obtenir des réponses à leurs demandes, certains mandataires opposant des refus à l'achat de tabac sous prétexte que le patient a retiré trop d'argent. Les soignants pallient ces défaillances et peuvent accompagner si besoin le patient à l'extérieur pour retirer de l'argent ou acheter du tabac car des commerces se trouvent à proximité de l'hôpital.

4.4 LES REPAS SONT APPRECIÉS MAIS LES MENUS SONT PEU VARIÉS

Les repas sont proposés, en salle à manger, aux horaires d'usage extérieurs : petit-déjeuner à 8h30, déjeuner à 12h00, goûter à 16h00, dîner à 18h45 et tisane entre 20h00 et 22h00 selon les unités. Les menus sont affichés près de la salle à manger. Les patients se placent librement à table. Les repas arrivent sous forme de barquettes de la cuisine centrale et sont réchauffés dans

le chariot qui les transportent. Leur confection tient compte des régimes alimentaires médicaux, des convictions personnelles et des aversions et goûts de la personne recueillis à l'admission.



Salle à manger de l'unité 2



Salle à manger de l'unité 3

Les repas sont plutôt appréciés mais les patients regrettent leur manque de diversité, certains plats revenant régulièrement (purée, polenta, carottes, etc.). Pour les repas de midi et du soir, des quantités supplémentaires (doubles garnitures) peuvent être fournies à la demande. Il en est de même pour le petit-déjeuner, sauf à l'unité 2 qui ne peut fournir à chaque patient qu'un petit pain accompagné de confiture ce qui apparaît insuffisant, aucune explication n'ayant par ailleurs été donnée sur cette différence de traitement entre unités.

RECOMMANDATION 15

Les patients doivent recevoir une alimentation variée et suffisante en quantité, d'autant que certains sont hospitalisés durant plusieurs mois.

Une diététicienne se rend dans chaque unité, dans certaines elle est présente une demi-journée par semaine, dans d'autres elle intervient à la demande. Les soignants ne prennent jamais les repas avec les patients à l'exception des jours de fêtes. En revanche, ils préparent des crêpes ou des gâteaux avec les patients, les week-ends par exemple. Un atelier thérapeutique « *de la recette à l'assiette* » a été organisé et a été accessible aux patients des différentes unités à l'exception de l'unité intersectorielle.

Les patients sont autorisés à disposer de denrées non périssables, celles-ci sont plutôt conservées par les soignants dans un local de réserve et remises à la demande lors des temps de repas.

Les patients peuvent se rendre librement ou accompagnés (selon les prescriptions médicales) à la cafétéria du CHC qui dispose d'une grande terrasse agréable et qui est ouverte du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00, et les samedi et dimanche de 10h00 à 17h00.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE ET LE DISPOSITIF DE VIDEO-SURVEILLANCE LARGEMENT DEPLOYE

5.1.1 Au sein des trois unités.

L'unité intersectorielle est fermée. Les dix patients en soins sans consentement ne peuvent pas sortir de l'unité. Ils ne peuvent que sortir dans le patio ouvert de 7h30 à 22h00, ces plages horaires restant cependant souples pour permettre de fumer. Au jour du contrôle aucune personne n'avait l'autorisation de sortir hors de l'unité et hors de l'hôpital. La sortie de l'unité est d'ailleurs équipée d'un sas comportant un double système de fermeture par clés actionnant une serrure et un déblocage des tampons en caoutchouc équipant la porte intérieure.

L'unité du secteur 2 est appelée unité ouverte mais en réalité elle est fermée pour les six patients en soins libres comme pour les onze patients en soins sans consentement. Les patients en soins libres sont contraints de solliciter les soignants pour l'ouverture de la porte. Chaque semaine, le cadre de santé de l'unité rédige un document, inventoriant les patients pour lesquels une sortie de l'unité entraînerait un risque de fugue et les patients qui seraient mis en danger à l'occasion d'une sortie, et le présente à la signature de la direction de l'établissement pour valider la fermeture de l'unité. Une affiche est présente dans l'unité pour l'information des usagers.



Affiche informant les patients de la fermeture des portes de l'unité S2

La liberté d'aller et venir est précisée dans le cadre d'un « contrat de soins » établi par le médecin qui définit les modalités de séjour de la personne hospitalisée.

Un patio est également à la disposition des patients mais une seule partie de cet espace à l'air libre est accessible. Une seconde partie du patio est située en contrebas et dotée d'un escalier. Pour éviter les risques de chute, le patient n'est pas autorisé à y aller seul et doit être accompagné par un soignant.

Sur les trois unités de soins seule l'unité du secteur 3 est ouverte. Les quatre patients hospitalisés sans consentement peuvent sortir seuls dans l'enceinte du domaine hospitalier. Parmi elles, la personne en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat est également

autorisée à sortir seule y compris hors de l'hôpital pour effectuer des démarches et des achats en ville.

Quelle que soit l'unité d'hospitalisation, toutes les personnes hospitalisées librement, pour sortir hors de l'hôpital, doivent obtenir une autorisation signée du médecin comportant l'heure du retour.

RECOMMANDATION 16

Les patients en soins libres doivent disposer de leur liberté d'aller et de venir. Le statut des patients en soins sans consentement ne saurait, à lui seul, justifier la privation de liberté à l'intérieur de l'établissement.

5.1.2 La gestion de la sécurité.

Le centre hospitalier Simone Veil dispose d'un service de sécurité d'incendie de secours et d'assistance à la personne (SSIAP) où vingt agents salariés de l'hôpital sont affectés. Ils sont renforcés par des agents d'une société privée de gardiennage qui vient compléter le dispositif par un ou deux agents chaque jour. La fiche de poste n'a pu être consultée. Toutefois, le travail au quotidien des agents consiste à effectuer des rondes axées sur la lutte contre l'incendie et à intervenir auprès des soignants en difficultés avec les patients. Au cours de l'année 2022, ces agents sont intervenus à 76 reprises dans les unités du pôle psychiatrie. Si les entretiens avec les personnels laissent à penser que les interventions relatives à la mise en œuvre des contentions ou des placements à l'isolement sont rares, l'examen des documents révèle 15 mentions « *aide à la contention* » et 15 mentions « *accompagnement en chambre d'isolement* ». Les agents reconnaissent que l'aide consiste à maintenir les membres de la personne tandis que le soignant met en place les ceintures, alors que l'ensemble de ces gestes ne doivent relever que du personnel soignant. Concernant les chambres d'isolement, la présence des agents a un objectif de simple assistance, d'accompagnement sans intervention physique. Aucune présence des agents de sécurité n'est demandée lors des repas des personnes placées à l'isolement.

Le service de sécurité incendie de secours et d'assistance à la personne est chargée de visualiser, en temps réel, les 260 caméras de vidéo-surveillance qui équipent l'établissement hospitalier. La durée de conservation des images est de 15 jours, trois personnes étant habilitées à faire des extractions : le directeur du centre hospitalier, le chef et l'adjoint du SSIAP.

L'unité intersectorielle est dotée de dix caméras : une dans chacun des patios, une dans chacune des chambres d'isolement et une dans six chambres se trouvant de part à d'autre des deux chambres d'isolement. Les images de ces caméras n'étaient plus renvoyées dans le bureau des soignants depuis quelques semaines au moment du contrôle. Toutefois, ces caméras n'étant pas désactivées, les images continuaient à s'enregistrer sur le disque dur.

RECOMMANDATION 17

En aucun cas des caméras de vidéo-surveillance ne peuvent équiper des chambres d'hospitalisation.

Dans le reste du pôle de psychiatrie, une caméra équipe le patio de l'unité 2 ainsi que chacune des chambres d'isolement des unités 2 et 3.

Les agents du SSIAP assurent la formation à la sécurité incendie du personnel médical et soignant de l'ensemble de l'hôpital. Des exercices d'évacuation sont organisés deux fois par an. Des interventions adaptées au pôle psychiatrique sont effectuées afin de sensibiliser de manière ludique les patients qui sont conduits dans les patios.

Des détecteurs de fumée optiques sont installés dans chaque chambre, dans les parties communes et dans les lieux où sont stockées des marchandises. Le signal sonore alerte les soignants qui pourront grâce à la centrale incendie connaître la pièce à l'origine du dégagement des fumées. Les SSIAP intervient, puis les pompiers. Aucune procédure n'est mise en place pour permettre aux agents du SSIAP de connaître en temps réel la présence d'un patient enfermé dans une chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 18

Le service de la sécurité incendie doit être systématiquement avisé de toute mise en isolement et contention, et informé des chambres/lieux où se trouvent les patients concernés.

Les organismes de contrôle agréés interviennent pour vérifier le fonctionnement des robinets d'incendie armés (RIA) des colonnes sèches, des détecteurs d'incendie et du système de désenfumage. La périodicité des contrôles de la commission départementale est de trois ans. Le dernier contrôle s'est déroulé le 25 octobre 2021. Un avis favorable à la poursuite de l'exploitation de l'établissement a été émis.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

Les rythmes de vie sont identiques dans chacune des unités. Le matin, les patients se lèvent vers 8h00 et prennent alors leurs médicaments. Le petit-déjeuner est servi dans la salle à manger de l'unité peu après.

Le soir, le coucher a lieu dès que le patient le désire ou à la fin du film, la télévision restant allumée le temps nécessaire.

L'accès aux chambres est libre dans la journée sauf au moment du ménage. L'accès aux douches est libre également.

Quelques patients ont été aperçus vêtus d'un pyjama. Certains d'entre eux s'y sentent plus à l'aise. Les soignants disent que le pyjama est, pour certains patients, facilitant pour pouvoir changer la vêtue souillée rapidement. Le pyjama est porté systématiquement lors des mises sous contention.

L'accès libre au tabac est la règle. Aucun patient n'a de prescription médicale pour diminuer sa consommation de tabac. Parfois, certains désirent que les soignants gardent leur tabac par crainte des vols et de se voir harceler par les autres patients. Les briquets sont toujours retirés et placés dans des petits casiers situés dans une salle ou dans le bureau des soignants. A l'unité du secteur 3, si le patient sort de l'unité pour aller se promener, son briquet lui sera rendu. Les patios, accessibles de 7h30 à 22h30 environ, sont équipés de briquets électroniques. En cas de panne, les soignants aident le patient avec les briquets.

Seuls les patients de l'unité intersectorielle rendent leur tabac et leur téléphone le soir aux soignants, avant de se rendre en chambre. Des prescriptions de substituts nicotiques sont possibles. Des ateliers de tabacologie ont lieu une fois par mois.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT PERMISES MAIS IL N'Y A PAS DE LIEU RESERVE AUX VISITES

S'agissant du téléphone, le principe est le libre accès. Seuls six patients n'ont pas accès à leur téléphone portable à l'unité intersectorielle. Ils peuvent téléphoner dans le bureau des soignants. Dans les unités 2 et 3 les patients ont tous accès à leur téléphone. Seuls deux patients de l'unité 2 doivent passer leurs appels téléphoniques en présence d'un soignant. Les cordons sont conservés par les patients, sauf dans l'unité intersectorielle. Les téléphones peuvent alors être chargés dans le bureau des soignants pendant les repas ou au moment du coucher.

Le courrier peut être remis aux soignants ou dans une boîte aux lettres se trouvant dans le hall d'entrée de l'hôpital. Le courrier arrivant ou au départ n'est pas ouvert, les colis non plus.

Les familles peuvent venir à compter de 13h30 sans prendre de rendez-vous et sans restriction de temps. Seule l'unité intersectorielle offre un salon des familles aux visiteurs. Les unités 2 et 3 en sont démunies. Les familles peuvent aller dans le patio ou dans la chambre du patient. Lorsque le patient occupe une chambre double les familles sont parfois contraintes de rester dans le grand salon ou d'aller à la cafétéria de l'hôpital ce qui nuit à l'intimité des échanges.

L'accès à l'information se fait par la télévision située dans des petits espaces à l'écart de la salle de séjour.

Des affiches dans les unités et dans le hall de l'hôpital expliquent aux usagers l'exercice des droits concernant la protection des données. Le droit d'accès, le droit à l'effacement et à rectification sont énoncés et l'adresse du délégué à la protection des données pour l'hôpital de Cannes est inscrite.

Les dispositions concernant l'admission d'un patient sous X sont connues à la fois des agents qui enregistrent les patients au service des admissions de l'hôpital et des soignants qui effectuent les démarches d'enregistrement au sein des unités. Dans les logiciels utilisés se trouvent une rubrique intitulée « *identité protégée* » ou « *confidentiel* » qui permet aux acteurs de prendre connaissance de l'anonymat et de la confidentialité souhaités par le patient.

5.4 L'ACCES AU VOTE EST ACCOMPAGNE PAR LES SOIGNANTS

Lors des scrutins des 10 et 24 avril 2022 ainsi que des 12 et 19 juin 2022, la direction de l'hôpital a envoyé une note dans les unités pour rappeler l'actualité électorale. Ce sont les soignants qui, dans chaque unité, ont sensibilisé les patients leur rappelant la possibilité pour ceux qui le désiraient de voter et d'être accompagnés si besoin jusqu'au bureau de vote.

La mémoire des soignants concernant ces événements est imprécise. Aucun bilan n'a été réalisé. Une seule personne en SDRE, hospitalisée au secteur 3, aurait voté en ayant été accompagnée au bureau de vote. Les soignants savent que les personnes protégées, placées sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ont le droit de voter.

5.5 L'ACCES AUX CULTES EST ORGANISE

Dans les unités, de même que dans le hall de l'hôpital, sont affichées les coordonnées téléphoniques et l'adresse électronique de l'aumônerie.

Le téléphone est équipé d'un répondeur qui indique les numéros de téléphones portables de l'aumônier catholique et de l'aumônier israélite. L'aumônier musulman est joignable par l'entremise de ces deux personnes.

L'aumônier catholique est un laïc présent depuis 2022 dans l'établissement. Il se rend deux fois par semaine au sein du pôle psychiatrique où il rencontre des patients qu'il accompagne depuis de longs mois. Parfois, les familles le sollicitent directement.

Il reçoit les personnes soit dans son bureau soit dans les chambres des patients. L'aumônier catholique est présent du mardi au vendredi de 10h30 à 18h00. Les soignants le connaissent bien et disent entretenir avec lui des rapports de confiance.

5.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Dans l'ensemble, le constat est que la question de la vie sexuelle des patients n'est pas abordée et discutée. En effet, les règles de vie des unités de psychiatrie ne traitent pas de la question de la vie intime et des éventuelles relations sexuelles des patients. Interrogés à ce sujet, les soignants semblent vigilants sur la question du consentement, cependant la liberté sexuelle n'est pas véritablement discutée et est perçue davantage comme un risque à éviter. La question de la prévention des maladies sexuellement transmissibles n'est également pas prise en compte, avec notamment aucun accès à de l'information ou des préservatifs.

Il doit être rappelé que les personnes privées de liberté conservent, au titre de leur intimité et de leur vie privée, leur liberté sexuelle dans les seules limites du droit commun. Le seul fait qu'une personne est privée de liberté ne permet pas de postuler qu'elle n'est pas à même d'accorder son consentement éclairé à un acte sexuel. Ainsi, la liberté sexuelle étant une liberté fondamentale, un établissement sanitaire ne peut interdire les relations sexuelles de manière générale. En outre, les personnes qui le souhaitent doivent avoir accès à des moyens de protection et de contraception.

RECOMMANDATION 19

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Des formations et espaces éthiques doivent être proposés aux soignants de sorte à étayer les postures professionnelles et aborder ces questions avec les patients.

Les patients disposent pour la plupart d'une chambre individuelle qu'ils ne peuvent cependant pas fermer à clé. Ainsi, l'accès à une intimité ou à une sexualité demeure limité.

Au niveau médical, aucune information systématique n'est délivrée au patient sur la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST).

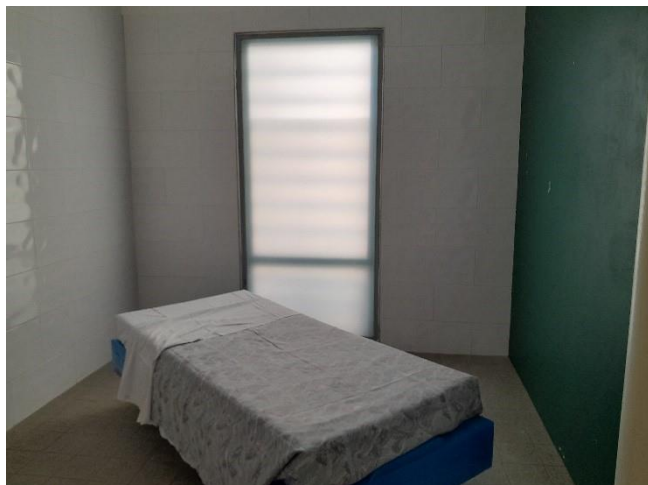
RECOMMANDATION 20

Les patients doivent bénéficier de la liberté d'exercice de leur sexualité, dans le respect du consentement d'autrui, ainsi que de moyens de contraception et de protection adaptés et d'une information délivrée avec pédagogie par un personnel formé.

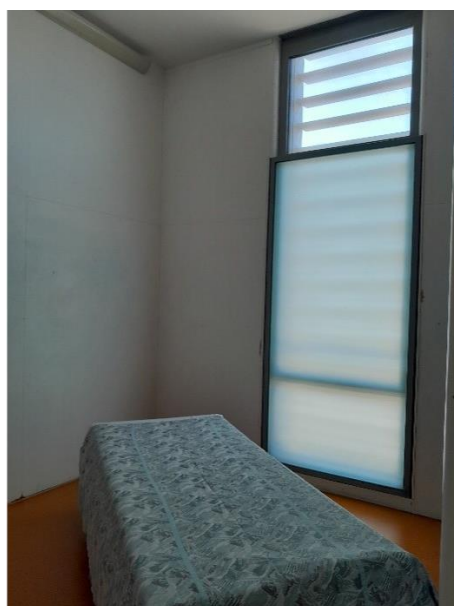
6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT INDIGNES

L'établissement dispose de six chambres d'isolement¹ (CI), deux dans l'unité intersectorielle et deux dans chaque unité, 2 et 3, mais en utilise effectivement quatre. En effet, les unités 2 et 3 utilisent l'une de leurs CI comme espace d'apaisement.



Chambre d'isolement de l'unité intersectorielle



Chambre d'isolement de l'unité 2

Les CI sont configurées de la même manière. On y accède par un sas qui dessert à chaque fois deux chambres. Leur configuration et leur équipement portent atteinte à la dignité des personnes qui y sont placées. Elles ne comportent aucun dispositif d'appel, y compris en situation de contention, ni de possibilité d'actionner de manière autonome la chasse d'eau, la lumière et les volets. Elles n'ont pas toutes un accès à l'eau (CI de l'unité 3), dans d'autres (CI de l'unité intersectorielle), la configuration du lavabo et la pression conduisent à inonder la pièce à chaque fois qu'on actionne le robinet.

Les CI sont dépourvues de patères anti-suicide et l'espace sanitaire ne comprend pas toujours de miroir (CI de l'unité intersectorielle). Aucun muret ne sépare le lit de l'espace sanitaire et du WC en inox de sorte que la pièce peut être inondée lorsque le patient prend sa douche et que les toilettes sont visibles depuis le fenestron sans respect de l'intimité du patient (même si certains sont fermés). Les chambres ne sont pas dotées d'horloge indiquant l'heure et la date (une se trouve à l'unité 3 dans le sas desservant les chambres et n'est donc visible que si le fenestron est ouvert). La fenêtre, opacifiée, ne peut être ouverte (y compris par les soignants), empêchant toute vue à l'extérieur et aération. Les chambres ne comportent aucun mobilier permettant de s'asseoir par exemple et les repas sont pris sur le lit. Une caméra équipe chaque CI mais ne donne pas sur l'espace sanitaire ; elle n'est actionnée qu'en cas d'agitation selon les propos recueillis ; les images sont reportées sur un écran situé dans le poste de soins.

Un patient ayant été isolé déclare : « *Les CI font peur ; elles n'ont pas de fenêtres ; c'est un peu comme un scénario de film d'horreur ; on m'a attaché, c'était horrible ; je pensais que j'allais mourir de soif, je me suis dit ils vont me tuer ; j'aurais préféré qu'un infirmier reste avec moi* ».

Les chambres présentent de surcroît des risques en termes de sécurité des patients : deux points d'électricité accessibles (néon et détecteur de fumée), carreaux de carrelage descellés dans certaines, vitre de fenêtre cassée dans une CI de l'unité fermée.

Un projet vise à restructurer les CI ; la demande de financement sera déposée en septembre 2023 dans le cadre d'un appel à projet « structures innovantes » pour une réalisation espérée en 2024, étant précisé que des dispositifs d'appel seraient installés avant l'été. L'établissement souhaite associer les patients pour élaborer le cahier des charges et les équiper de mobiliers spécialement conçus pour la santé mentale alliant sécurité et confort, choix qui apparaissent judicieux.

RECOMMANDATION 21

Les patients isolés doivent avoir accès à un dispositif d'appel des soignants accessible en situation de contention. Ils doivent pouvoir, de manière autonome, avoir accès à de l'eau, actionner la lumière, les volets, la chasse d'eau des WC, aérer la pièce, se repérer dans le temps grâce à une horloge horodatée, bénéficier d'une vue sur l'extérieur. L'espace sanitaire, qui doit être équipé d'un miroir adapté, et les WC ne doivent pas être visibles depuis le lit ou le fenestron et les chambres d'isolement doivent comporter un mobilier permettant de s'asseoir. Des réparations immédiates doivent être conduites pour assurer la sécurité des patients (points d'électricité accessibles et carrelages descellés).

Ces recommandations s'appliquent aux CI du CAUP puisque ces dernières sont configurées de la même manière.

Le port du pyjama est systématique lors de l'entrée en CI (malgré un protocole récent qui précise que la mise en pyjama doit être une exception motivée). Pendant l'isolement, il peut être fourni au patient des livres ou des craies, chaque chambre disposant d'un tableau au mur permettant d'écrire, aménagement intéressant. Les chambres ne bénéficiant pas d'espace extérieur, le patient peut être accompagné dans les patios des unités pour fumer.

RECOMMANDATION 22

Le port du pyjama en chambre d'isolement doit répondre à des considérations cliniques individualisées et non relever d'une pratique systématique, au demeurant contraire au protocole de l'établissement.

6.2 DES ISOLEMENTS DANS DES CHAMBRES DITES HOTELIERES ET DES ISOLEMENTS SEQUENTIELS SONT MISES EN ŒUVRE

Les isolements sont en principe pratiqués dans les chambres destinées à cet usage et la chambre d'hospitalisation du patient est conservée. Toutefois, dans l'unité intersectorielle, des isolements sont pratiqués dans les six chambres dites « côté caméra », comprises dans la capacité hôtelière de l'établissement (Cf. § 4.1.2). Ces isolements sont tracés mais ne font pas apparaître qu'ils sont réalisés dans des espaces non dédiés.

De plus, des isolements et des contentions séquentiels sont pratiqués dans toutes les unités : le patient à l'isolement peut retrouver les autres le temps d'un repas puis revenir dans la chambre d'isolement, être autorisé à sortir de la CI trois fois par jour pour une durée de 45 minutes selon le « contrat de soin » établi par le médecin, ce qui fausse les données. Cette pratique révèle que les mesures d'isolement et de contention ne se limitent pas à une pratique de dernier recours, contrairement aux dispositions de la loi qui prévoit qu'elles ne doivent intervenir que le temps strictement nécessaire pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.

Il arrive en outre que les agents du service de sécurité interviennent physiquement lorsqu'ils viennent en renfort sur alerte PTI et aident à la mise en place des contentions. Or, seuls les soignants sont habilités à réaliser ces gestes professionnels.

RECOMMANDATION 23

Les pratiques de mise en isolement et de contention dans les six chambres dites « hôtelières » de l'unité intersectorielle et celles séquentielles pratiquées partout doivent cesser.

Les mesures d'isolement et de contention, en ce qu'elles entraînent un risque d'atteinte grave à l'intégrité physique ou psychique des personnes concernées, doivent être exclusivement mises en œuvre par le personnel soignant, dans des espaces spécifiques adaptés à cet objectif, afin de garantir la sécurité du patient et lui offrir un environnement apaisant et ne jamais excéder la durée strictement nécessaire.

Les décisions sont prises par les médecins qui se déplacent systématiquement pour examiner le patient ; les décisions prises par un médecin associé sont validées par un médecin de plein exercice. En l'absence de somaticien lors de la visite (depuis mars 2023), les patients sont examinés par le médecin prescripteur de la mesure. Le logiciel informatique DxCare ne prévoit pas d'alerte au cas où la surveillance, réalisée par ailleurs toutes les heures, ne serait pas renseignée par les infirmiers. Un débriefing avec le patient n'est pas réalisé systématiquement.

RECOMMANDATION 24

Tout patient doit pouvoir être examiné par un médecin généraliste ou par un urgentiste lors du placement en isolement ou sous contention si le psychiatre en exprime le besoin.

Si certains professionnels (cadres notamment) maîtrisent la réglementation, les équipes et les médecins apparaissent insuffisamment formés à ces sujets et aux techniques de désescalade et de gestion de la violence. L'établissement dispose pourtant de protocoles actualisés des dernières normes en vigueur (dispensation des soins et surveillance du patient en CI mis à jour en avril 2023, protocole de mise en isolement actualisé en mars 2023, de mise en contention et de gestion et utilisation des dispositifs de contention actualisé en avril 2023) mais ils sont, au jour du contrôle, inconnus des professionnels et inappliqués en pratique. Alors que la loi dispose depuis 2016 que les pratiques d'isolement et de contention sont des procédures de dernier recours sur décision médicale, dans la réalité le vocabulaire et les pratiques ont peu évolué, l'isolement et la contention sont toujours considérés comme des techniques de « soins » médicalement « prescrites » et débordent largement le cadre du dernier recours fondé sur une décision soumise à contrôle et recours. L'établissement a toutefois engagé une réflexion sur l'isolement et la contention (s'appuyant sur les recommandations en la matière du rapport d'avril 2023 de la haute autorité de santé) et élaboré un plan d'action pour modifier ses pratiques visant à un moindre recours à ces décisions. Ainsi, un groupe de travail se réunit sur ces sujets depuis août 2022. Des formations sur la gestion de l'agressivité, l'apaisement et la prévention de la violence sont prévues en 2023.

Les unités ne disposent d'aucun espace d'apaisement. Les unités 2 et 3 utilisent la deuxième CI comme une chambre d'apaisement (utilisation libre par le patient, porte toujours laissée ouverte, lit non scellé au sol). Cependant, sa configuration et son équipement, identiques aux CI et donc indignes, ne saurait lui conférer cet usage. Un projet, dont le financement a été obtenu en octobre 2022, vise à créer trois espaces d'apaisement, deux salles d'apaisement (une située dans l'unité intersectorielle à la place de l'actuel salon famille, une autre située dans les locaux menant aux secrétariats) et une salle de sport (qui serait rendue accessible par le patio intérieur et depuis l'unité intersectorielle), ce qui permettrait effectivement de répondre aux dispositions du décret de septembre 2022 dont la mise en œuvre est prévue en juillet 2023.

RECOMMANDATION 25

Comme prévu par l'établissement, les professionnels doivent être formés à l'isolement et à la contention et aux techniques visant à les éviter (gestion de la violence, apaisement). Les unités doivent disposer d'espaces d'apaisement équipés à cet usage.

6.3 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SONT PAS EXHAUSTIVEMENT TRACÉES ET LE REGISTRE, PAR AILLEURS INEXPLOITABLE, N'EST PAS ANALYSÉ

Les décisions médicales d'isolement et de contention sont tracées dans le logiciel DxCare. Le logiciel, non adapté, ne permet pas l'édition d'un registre automatisé. Il est nécessaire pour ce faire de réaliser une extraction de la base de données et de les retraiter manuellement, travail chronophage et source d'erreurs. Cette extraction, présentée sous un tableur Excel, a été réalisée à partir de 2021, les difficultés rencontrées ne permettant pas, selon l'établissement, d'obtenir

des données fiables avant cette date. Ainsi, il est impossible de réaliser des comparaisons sur les chiffres des années antérieures.

Le registre comprend l'heure et la date de début et de fin de la mesure, les nom et prénom du patient, sa date de naissance mais non le médecin prescripteur, la surveillance horaire, la durée totale, la contention associée, le statut médico-légal au moment du placement du patient en isolement ou en contention et le lieu (espace spécifique ou non). En outre, l'isolement et la contention séquentiels sont pratiqués ce qui fausse les durées puisque cela les allonge.

L'établissement doit se doter avant l'été d'un nouveau logiciel, DxPsy, qui permettra de tracer exhaustivement ces mesures ; des formations pour l'utilisation de cet outil à destination des médecins et soignants sont prévues.

RECOMMANDATION 26

Le registre d'isolement et de contention doit tracer le nom du médecin prescripteur, la surveillance infirmière, l'espace où ces mesures ont été pratiquées et le statut du patient et comprendre des données fiables et exploitables statistiquement.

Selon les données communiquées par l'établissement, 148 mesures d'isolement ont été décidées en 2021 et 146 en 2022. 97 patients ont été isolés soit 25 % de la file active des patients hospitalisés. L'unité intersectorielle concentre près de la moitié des mesures (77 mesures soit 72,6 % des patients). Sur la même période, le nombre d'heures est en augmentation de 3 %, 332 jours d'isolement ont été décidés mais cette donnée n'est pas fiable dans la mesure où de nombreux isolements séquentiels sont pratiqués.

En 2022, on compte 61 mesures de contention, la quasi-moitié décidée dans l'unité intersectorielle (30 mesures, soit 28,3 %) ; elles ont concerné 51 patients (contre 44 patients en 2021), soit 13 % de la file active des patients hospitalisés. La durée a augmenté de 48 %, 61 jours de contention sont tracés (durée moyenne de mesures dans les unités de 24 heures) mais cette donnée n'est pas fiable pour les mêmes raisons qu'évoquées *supra*.

Le nombre important, quoique stable, de mesures est expliqué par l'établissement par la fermeture du CAUP et de l'unité intersectorielle au premier trimestre 2022. Il reste que ces pratiques doivent être réduites au strictement nécessaire.

Les données communiquées par l'établissement ne permettent pas de connaître la proportion de patients à la fois isolés et contentonnés, ni d'évaluer la durée d'isolement des patients en SL précédant la transformation du statut. Il a été affirmé que le statut des patients isolés était rapidement transformé. Or, sur la base des tableaux communiqués, il est constaté des isolements de patients en SL sur des durées de 10 heures sans transformation (six situations sur le premier quadrimestre).

RECOMMANDATION 27

Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit faire l'objet d'une décision d'isolement ou de contention sans que la transformation de son statut ne soit rapidement mise en œuvre.

Le directeur de l'hôpital et le président de la CME indiquent dans leurs observations en lecture du rapport provisoire systématiquement engager une procédure de SSC lorsqu'un patient en soins libres doit être placé en isolement.

Compte tenu des données antérieures inexploitable, le rapport annuel sur l'isolement et la contention n'a été réalisé qu'à compter de 2021. Toutefois, le registre comporte toujours des erreurs et omissions qui ne permettent pas à l'établissement de proposer une analyse statistique fiable. Le rapport se limite donc à présenter les chiffres et rappeler les conditions légales mais ne contient aucune analyse. Présenté au comité de direction, il ne fait pas l'objet d'une communication auprès des équipes. L'établissement a toutefois prévu de partager les données 2022 à la CDU du 23 juin 2023 et d'organiser des réunions trimestrielles d'analyse à partir du 15 juin 2023.

RECOMMANDATION 28

Comme prévu par l'établissement, le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse et d'une discussion pluridisciplinaire régulièrement au sein de chaque unité.

Le contrôle du JLD pâtit de l'absence d'outil efficace pour le calcul des délais et le suivi des mesures, un décompte papier étant effectué qui présente un risque d'erreurs.

L'établissement est toutefois dans une dynamique de changement s'agissant de la politique d'isolement et de contention : groupe de travail spécifique en cours, mise en place prochaine d'un logiciel informatisé, projet de travaux de restructuration des CI, projet de création d'espaces d'apaisement, programmation de formations à la gestion de la violence et aux techniques de désescalade, mise en place de réunions trimestrielles d'analyse des pratiques et des mesures anticipées en psychiatrie, actions pertinentes que le CGLPL encourage.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP N'EST PAS CONSTITUEE TANDIS QUE LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ENGAGES DANS LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

7.1.1 La CDSP

La CDSP a exercé son dernier contrôle de l'établissement en février 2019. Depuis, la CDSP n'a exercé aucune de ses compétences en raison d'une composition incomplète.

RECOMMANDATION 29

L'ARS doit veiller à ce que la composition de la CDSP lui permette d'exercer ses compétences, notamment assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévus par le code de la santé publique.

7.1.2 La CDU et la place des usagers

La CDU est active et pleinement associée à la vie de l'établissement. En outre, les représentants de 18 associations partenaires sont associées aux activités de la CDU depuis 2019, dont un représentant de l'UNAFAM. L'adoption de ce mode de fonctionnement participatif permet une meilleure prise en compte des questions liées à la psychiatrie et aux spécificités de la prise en charge des personnes en soins sans consentement.

L'espace des usagers, doté de locaux particulièrement accueillants et situé dans le hall central de l'établissement, témoigne d'une volonté effective de l'établissement de mettre l'utilisateur au centre de son fonctionnement. Les associations disposent de créneaux pour y tenir des permanences hebdomadaires, dont l'UNAFAM et l'ADAPEI. Il est par ailleurs relevé qu'un groupe d'entraide mutuelle (GEM) est constitué et actif. A noter également, la volonté récente de la CDU d'organiser des rencontres directement au sein des unités de psychiatrie pour présenter le rôle de la CDU aux patients.



Espace des usagers situé dans le hall d'accueil de l'établissement

Les résultats des entretiens menés avec les représentants des usagers corroborent certains constats relevés par l'équipe du CGLPL lors de sa visite, notamment s'agissant de l'absence d'analyse des mesures de soins sans consentement et plus particulièrement de la pratique des

mesures d'isolement et de contention, de l'absence d'activité de la CDSP ou encore du manque d'information des patients sur les directives anticipées.

S'agissant du traitement des réclamations, la direction des parcours patients a mis en place un système de collaboration entre le département qualité et le département clientèle permettant un traitement efficace des réclamations et des plaintes. En effet, les patients sont informés de la possibilité de saisir directement la direction clientèle qui enregistre immédiatement les réclamations. Une réponse écrite est ensuite notifiée au patient dans un délai maximum de deux semaines. Toutes les étapes du traitement des réclamations sont tracées de manière rigoureuse. En 2022, sept réclamations ont été enregistrées et traitées pour le service de psychiatrie et sept réclamations étaient également comptabilisées depuis le début de l'année 2023. S'agissant des plaintes, aucune plainte de patients du service de psychiatrie n'était enregistrée au jour de la visite de contrôle. A noter, qu'il n'existe aucune enquête de satisfaction spécifique à la psychiatrie.

7.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLET ET N'EST PAS CONTROLE PAR LES AUTORITES COMPETENTES

Les secrétariats respectifs de l'unité du secteur 2 et de l'UI tiennent des registres de la loi distincts pour les patients hospitalisés en soins sans consentement au sein de chacune de ces unités. Le fonctionnement adopté est cependant le même. En effet, un registre physique trace de manière chronologique toutes les mesures liées à l'hospitalisation sans consentement pour chaque patient. Toutefois, une distinction est faite entre les patients hospitalisés en SDRE et les autres. Dans le premier cas, les certificats médicaux visés par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique sont bien reproduits, alors que dans le second cas aucun de ces certificats médicaux ne figure dans le registre de la loi. Il est rappelé que la législation impose la reproduction des certificats médicaux et avis pour tous les patients en soins sans consentement sans distinction du mode d'admission. A cet égard, les avis du collège des professionnels de santé ne doivent être pas tenus dans un registre distinct, mais bien figurer dans le registre de la loi. En outre, il manque systématiquement la mention de la date de notification des décisions et droits des patients comme prévu à l'article précité.

Concernant le contrôle du registre de loi prévu par les articles L. 3222-4 et L. 3223-1 du code de la santé publique, il apparaît que seule la CDSP a contrôlé le registre lors de sa dernière visite, en février 2019. Le préfet, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République ou encore le maire n'ont procédé à aucun contrôle au cours des quatre dernières années au moins.

RECOMMANDATION 30

Conformément aux dispositions prévues par les articles L.3212-11 et L.3211-3 du code de la santé publique, le registre de la loi doit faire figurer les certificats médicaux et avis, ainsi que la date de notification des droits à la personne hospitalisée.

Conformément aux articles L.3222-4 et L.3223-1, les autorités compétentes doivent procéder au contrôle régulier du registre de la loi.

7.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE AU TRIBUNAL, DANS DES CONDITIONS INADAPTEES POUR LES PATIENTS

Le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire (TJ) de Grasse tient chaque semaine trois créneaux d'audience au palais de justice de Grasse pour les patients hospitalisés en soins sans consentement dans trois centres hospitaliers : Antibes, Cannes et Grasse. Ces audiences sont consacrées à la fois au suivi des mesures d'hospitalisation, ainsi qu'aux mesures de recours à l'isolement et à la contention. En dehors de ces audiences hebdomadaires, des audiences tenues par téléphone et plus rarement sur place sont organisées pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention (*Cf. infra*).

Les deux secrétariats de l'unité du secteur 2 et de l'unité intersectorielle assurent la préparation des dossiers et le suivi des mesures des patients hospitalisés en soins sans consentement, ainsi que l'organisation des audiences en lien avec le greffe judiciaire. A cet égard, il a été rapporté des relations fluides et efficaces entre le CHC et TJ.

S'agissant de l'information des patients en amont d'une audience, la majorité des soignants ont témoigné se sentir en capacité de l'expliquer aux patients. Toutefois, certains ont soulevé l'absence de formation sur le cadre juridique et la procédure judiciaire.

RECOMMANDATION 31

Les équipes soignantes et administratives doivent être formées aux modalités de contrôle par le juge des libertés et de la détention des mesures de soins psychiatriques sans consentement et des mesures portant prolongation de l'isolement et de la contention.

7.3.1 Le déroulement de l'audience

L'audience, à laquelle un membre de l'équipe de contrôle a pu assister, a mis en lumière des difficultés d'ordre organisationnel. Tout d'abord, la tenue des audiences au tribunal judiciaire de Grasse contraint les patients du CHC, ainsi que le personnel soignant accompagnant, à parcourir entre 1h et 1h30 de trajet en véhicule aller-retour. Une fois sur place, les patients attendent dans le hall du palais de justice et sont reçus, tour à tour, par l'avocat de permanence dans une salle dédiée à cet entretien. Lors de la visite de contrôle, l'audience comptait neuf dossiers au rôle pour un seul avocat de permanence. Convoqués à 10h00, les patients du CHC ont dû ainsi patienter près de deux heures dans le hall du palais de justice avant d'être entendus par le JLD, le temps pour l'avocat de s'entretenir avec chacun d'entre eux. En outre, les agents de sécurité n'autorisent pas les patients à sortir fumer par une porte se trouvant à proximité de la salle d'audience, obligeant les soignants à accompagner à tour de rôle les patients fumeurs à l'entrée principale du tribunal. Après avoir été entendus par le JLD, au cours d'une procédure permettant aux patients de faire valoir leurs observations et de recevoir une information complète relative à la procédure, leurs droits et les voies de recours, les quatre patients du CHC, accompagnés de deux IDE et d'un agent non soignant, sont rentrés à l'établissement à 13h30, soit plus de quatre heures après leur départ de celui-ci.

S'il a bien été signalé à l'équipe du CGLPL que le déroulement de l'audience observée présentait un caractère exceptionnel par le nombre de dossiers au rôle, il n'en demeure pas moins qu'une telle organisation engendre des déplacements et des délais d'attente dans des conditions peu adaptées à des patients en soins sans consentement et place les équipes soignantes dans une situation difficile, en mobilisant des soignants hors du service pendant une longue durée et les

obligant à gérer des situations parfois complexes avec les patients dans un environnement inadéquat. Conscients de ces difficultés, la direction du CHC comme la présidence du TJ de Grasse ont décidé de tenir ces audiences à compter du début du mois de juin 2023 dans des locaux adaptés situés au sein même du CH de Grasse.

RECOMMANDATION 32

Les patients en soins sans consentement ne sauraient pâtir des contraintes organisationnelles liées à la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention. Les audiences doivent se tenir au sein de l'hôpital, dans des conditions adaptées à l'état de santé des patients.

S'agissant des audiences pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention, lorsque qu'elles ne sont pas contrôlées à l'occasion d'une audience relative à la mesure de soins sans consentement, elles sont tenues, dans la très grande majorité des cas, par téléphone sans que cela ne semble poser de difficulté particulière.

7.3.2 Le contrôle du JLD et la notification des patients

S'agissant du contrôle des mesures d'hospitalisation en soins sans consentement, il a été relevé que la pratique des motivations identiques entre les certificats médicaux délivrés au bout de 24 heures et de 72 heures d'hospitalisation, mais également pour les certificats médicaux mensuels, tend à disparaître et que des efforts sont faits par l'équipe médicale en ce sens.

Les délibérés ne sont pas rendus à l'issue de l'audience mais plus tard dans la journée. Cette pratique fait alors reposer la notification de la décision, ainsi que l'explication des motivations de la décision et des voies de recours, aux soignants. Les soignants interrogés ont confirmé qu'ils ne se sentaient pas toujours à l'aise ou compétents pour fournir les explications adéquates aux patients. En outre, ils ont souligné le fait que cela pouvait créer une confusion pour les patients entre le rôle des soignants et celui du JLD.

RECOMMANDATION 33

Dans la mesure du possible, les décisions doivent être notifiées aux patients par le juge des libertés et de la détention, afin que les explications sur les motifs de sa décision et les voies de recours soient données par ce dernier et non par les soignants.

S'agissant du contrôle des mesures d'isolement et de contention, l'examen des décisions judiciaires fait apparaître un taux élevé de mainlevées depuis le début de l'année 2023 : pour le mois de janvier, 3 mainlevées pour 8 saisines ; pour le mois de février, 3 mainlevées pour 3 saisines ; pour le mois de mars, 3 mainlevées pour 10 saisines ; pour le mois d'avril, 2 mainlevées pour 3 saisines. Ces mainlevées sont essentiellement justifiées pour des informations ou saisines tardives, des dossiers incomplets ou encore l'absence d'information de la famille ou d'un proche.

A cet égard, comme pour le suivi des mesures d'hospitalisation, il n'existe aucun outil efficace pour le calcul des délais et le suivi de ces mesures. Pour les mesures d'hospitalisation, les secrétaires tiennent un tableau qu'elles mettent à jour quotidiennement et transmettent aux équipes soignantes de chaque unité concernée. Pour les mesures d'isolement et de contention, les équipes soignantes tiennent un décompte en version papier pour chaque patient. Compte tenu du nombre de patients et de la complexité des règles de computation des délais, l'absence d'outil efficace permettant de gérer ces délais et alerter les soignants à chaque action nécessaire,

fait courir un risque avéré d'erreurs. Les soignants, comme les secrétaires, ont également confirmé ne pas se sentir à l'aise avec les règles de computation des différents délais, que le système actuel était chronophage, et souhaitent bénéficier d'un système de suivi et d'alerte efficace.

RECOMMANDATION 34

Un outil efficace doit être mis en place afin de faciliter le suivi et le calcul des délais en matière d'hospitalisation en soins sans consentement, d'isolement et de contention.

8. LES SOINS

8.1 LE DEFICIT DE PSYCHIATRES ET L'ABSENCE DE PERSPECTIVE DE REMPLACEMENT DES CHEFS DE POLE ET DE SERVICE COMPROMETTENT LE MAINTIEN DE LA QUALITE DES SOINS

8.1.1 L'organisation des soins

L'organisation des soins a été décrite comme « *hospitalo-centrée, favorisant des DMS courtes pouvant maintenir les patients dans un système de porte tournante aux urgences avec de nombreuses ré hospitalisations, et ne se posant plus la question de la qualité des soins* ». L'effectif de l'équipe de psychiatrie adulte se composait de 6,5 ETP pourvus par huit praticiens¹. Des dissensions dans l'équipe médicale, ayant nécessité une proposition de résolution par le « coaching », avortée en raison d'un refus des médecins, ainsi que des difficultés de certains d'entre eux à travailler en équipe pluriprofessionnelle ont été rapportées. Une ambiance conviviale de travail entre les médecins, les cadres et les IDE dans les unités a toutefois été citée. Le départ pour la retraite pendant l'année 2024 du chef de pôle et de la cheffe de service, sans aucune perspective de remplacement lors de la visite, a été signalé avec inquiétude. Le projet de pôle n'est pas rédigé.

RECOMMANDATION 35

Le pôle de psychiatrie doit organiser, en concertation avec l'ensemble de ses soignants, la rédaction d'un projet spécifique de pôle.

Une astreinte médicale tournante de jour est quotidiennement assurée en semaine, qui associe l'activité du praticien dans son unité, son intervention en liaison dans les services MCO et l'examen des patients aux urgences. Les médecins enchaînent souvent leur astreinte avec la prise de la garde de nuit.

Le redéploiement des soignants du CAUP depuis sa fermeture a permis le renforcement des équipes des trois unités, la réalisation de sorties thérapeutiques accompagnées, et facilité la prise de congés pour les soignants. La difficulté de recruter des IDE pour les unités fermées a été mentionnée.

Le patient accueilli dans les unités bénéficie d'un entretien rapide avec le psychiatre, pour son évaluation clinique, la mise en place de son traitement et parfois la notification de la décision de son hospitalisation en SSC. Le rythme des entretiens, au minimum hebdomadaire, est ensuite adapté à la nécessité de l'état clinique. Deux médecins intervenant à l'UI et dans le secteur 2, et trois dans le secteur 3, le changement de psychiatre est théoriquement possible pour le patient qui le sollicite.

L'effectif des secteurs 2 et 3 sont pourvus d'un psychologue, et celui de l'UI est en attente d'un recrutement. Aucune équipe ne compte en revanche d'intervenant spécialisé type ergothérapeute, art-thérapeute, moniteur de sport, ou psychomotricien.

Une réunion institutionnelle associant l'ensemble des médecins et des cadres du pôle est tenue chaque matin à 9h15 en semaine, qui permet la revue des lits disponibles, l'évocation des situations des entrants, et le dressage par les assistants médico-administratifs (AMA) d'un tableau récapitulatif de l'ensemble des patients hospitalisés dans les trois unités. Les AMA y présentent

également l'organisation par médecin de la certification quotidienne pour tous les patients concernés. L'équipe médicale de chaque unité compte un praticien signataire. L'exigence préfectorale systématique d'un deuxième certificat médical pour les situations de demande de levée de mesure de SSC, et parfois de programme de soins, a été signalée.

Chaque unité tient une réunion hebdomadaire en équipe pluriprofessionnelle, pour l'évocation des situations cliniques et des projets de soins des patients.

Des réunions soignés-soignants hebdomadaires, qui favorisent l'expression collective des patients, sont tenues dans les unités 2 et 3, celles de l'UI ayant été interrompues en raison de l'absence de la personne qui les animait.

RECOMMANDATION 36

Les réunions soignés-soignants, qui favorisent l'expression collective des patients, ne doivent pas être interrompues du fait de l'absence du soignant référent.

La prise en charge des patients dépendants de l'institution, parfois hospitalisés au long cours de façon inadaptée en raison de l'insuffisance des solutions d'hébergement (Cf. § 8.3), fait l'objet des réunions de la commission « long séjour » tous les trois à quatre mois, en présence des ASS des deux secteurs. Quatre patients étaient concernés lors de la précédente réunion. L'établissement n'a pas mis en œuvre d'accueil familial thérapeutique, et le professionnel initialement recruté pour la gestion des projets de sortie vers la Belgique est parti à l'hôpital Sainte-Marie de Nice.

Aucun dispositif de réhabilitation psychosociale, impliquant des soignants formés et des lieux spécifiques, n'est mis en œuvre. Son développement serait prévu dans les deux CMP et les deux HDJ. Les soignants ont été décrits comme « *partiellement sensibilisés mais non formés* », et les psychologues « *dans un blocage culturel* » concernant ce projet.

RECOMMANDATION 37

Les patients de psychiatrie faisant l'objet d'une indication de prise en charge en soins de réhabilitation psychosociale doivent bénéficier d'une prise en charge par des soignants spécifiquement formés.

L'accès à la lecture du dossier médical et à son éventuelle copie n'est pas organisée à l'UI mais l'est dans le secteur 2.

RECOMMANDATION 38

Les patients doivent connaître et pouvoir exercer leur droit d'accès à la lecture et à la copie de leur dossier médical, à tout moment de leur parcours de soins, selon les dispositions légales.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients ont accès de façon hétérogène selon les unités à du matériel permettant des activités occupationnelles. Chaque unité dispose d'une salle ou d'un espace de télévision, celle de l'UI équipée d'un Chromecast offrant un large panel de chaînes et d'applications. Les unités 2 et 3 disposent d'une bibliothèque librement accessible mais la bibliothèque commune au pôle, très achalandée d'ouvrages abordant des thématiques diverses, n'est ouverte que le jeudi après-

midi ou sur demande du patient. L'UI est équipée d'un matériel pour karaoké, d'une table de ping-pong, de mini cages de football dans son patio, et d'un micro-jardin situé à l'arrière du patio derrière des grilles imposantes, dans lequel les patients ont récemment planté des fraisiers. Les patients de l'unité 3 disposent d'un baby-foot mais ceux de l'unité 2 d'aucun matériel spécifique.

RECOMMANDATION 39

Les patients doivent avoir un accès équivalent entre les unités au matériel permettant la réalisation d'activités occupationnelles.

Les trois unités présentent des espaces extérieurs très hétérogènes. L'UI dispose d'un large patio, couvert d'un filet anti-fugue et dont l'arrière est fermé par des grilles. L'étroite terrasse-balcon de l'unité 2 permet un accès à un patio en contrebas, au moyen d'un escalier fermé d'une grille au motif d'une prévention des chutes. L'unité 3 est agrémentée d'une large et agréable terrasse végétalisée, parfois décorée de créations réalisées avec les patients.

Aucune équipe ne compte d'intervenants spécialisés (ergothérapeute, art-thérapeute) et la formation des IDE concernant l'animation d'activités a été décrite comme privilégiée. Les IDE animent ainsi des activités à tour de rôle, qui permettent d'intéresser, de stimuler et de prévenir le sentiment d'ennui des patients, mais de façon hétérogène entre les unités. Le pôle dispose de deux salles d'activités communes, situées au deuxième sous-sol en rez-de-jardin, qui permettent la réalisation d'activités l'après-midi en semaine et le week-end, sur demande des patients, animées par les IDE disponibles. Le planning qui prévoyait un programme hebdomadaire des activités dispensées n'est plus tenu, les IDE qui animent les activités demandant quotidiennement aux patients présents leur préférence.

L'équipe de l'UI a signalé sa difficulté de se libérer pour accompagner les patients aux activités organisées dans les deux grandes salles spécifiques du pôle, et la proposition alternative faite aux patients, lorsque des soignants sont disponibles, d'animer des activités occupationnelles dans la grande salle-réfectoire de l'unité. Les soignants de l'unité 3 proposent de nombreuses activités à médiation artistique au quotidien (écriture, dessin, peinture, création à partir de matériaux recyclés). L'ensemble de ces activités, auxquelles les patients participent principalement de façon spontanée lorsqu'elles sont proposées, ne font pas l'objet d'indications médicales spécifiques, d'évaluations individuelles tracées ni de retours en réunion pluriprofessionnelle. Elles sont donc déployées à titre plus occupationnel que thérapeutique.

Aucun repas thérapeutique n'est organisé.

RECOMMANDATION 40

Les patients de toutes les unités doivent avoir accès à des activités thérapeutiques dispensées par des intervenants spécialisés, dont l'évaluation bénéficie d'un retour en équipe pluriprofessionnelle et d'une traçabilité dans le dossier.

8.2 LA DISPENSATION DES SOINS SOMATIQUES ET ADDICTOLOGIQUES FAIT DEFAULT

Le médecin généraliste du pôle, absent, n'intervenait plus depuis deux mois lors de la visite et n'était pas remplacé. La période de recrutement, annoncée en cours, n'avait fait l'objet d'aucune candidature. L'absence de soutien de la direction pour la présence spécifique d'un médecin en psychiatrie a été rapportée.

Les relais avec les médecins de ville ont été qualifiés d'« *insuffisants* », en raison des difficultés à les contacter ou de situations de patients dépourvus de généralistes traitants. Les patients ne bénéficient plus d'un dépistage, d'un traitement ni d'un suivi quotidien de leurs pathologies somatiques par un médecin repéré dans le pôle. Les psychiatres des unités pratiquent une évaluation du patient lors de la survenue d'un événement somatique intercurrent, prescrivent le bilan paraclinique nécessaire et contactent ponctuellement, pour chaque situation, l'éventuel médecin spécialiste concerné pour la concertation d'une conduite à tenir. La nécessité du contact d'un cardiologue pour l'interprétation de chaque électrocardiogramme réalisé a été signalée.

RECOMMANDATION 41

Les patients doivent bénéficier du dépistage, du traitement et du suivi des pathologies somatiques, assurés par un médecin généraliste dont le temps d'activité lui permet de garantir les prises en charge.

Les patients de psychiatrie ne bénéficient d'aucune action d'éducation thérapeutique.

RECOMMANDATION 42

Les patients de psychiatrie doivent bénéficier de séances régulières et diversifiées d'éducation thérapeutique.

L'inadéquation de l'accès aux soins addictologiques des patients hospitalisés en psychiatrie et le refus des addictologues d'une création de lits spécifiques ou d'une consultation conjointe au sein du pôle, ont été signalés. Les addictologues, dont la référence est assurée par le pôle de psychiatrie, sont généralistes mais n'assurent que les soins addictologiques :

- l'un étant accessible sur sollicitation du psychiatre pour des consultations de tabacologie uniquement, et intervenant également avec l'ELSA, sauf en psychiatrie, du lundi au vendredi de 9h à 17h ;
- le deuxième n'étant pas accessible, son intervention étant limitée au CSAPA et au centre « méthadone », situé à l'extérieur du CHFQ.

RECOMMANDATION 43

Les patients qui font l'objet d'une indication spécifique doivent avoir accès à des soins addictologiques pertinents et adaptés, qui ne sauraient se limiter à une simple consultation de tabacologie.

8.3 LES SORTIES SONT MAJORITAIREMENT ORGANISEES DANS LE CADRE DE PROGRAMMES DE SOINS

Les projets de sorties sont travaillés en équipe pluridisciplinaire et en lien étroit avec les structures extra hospitalières (CMP, HDJ, CATT). L'ensemble de ces professionnels sont associés à la réflexion lors de la réunion hebdomadaire du jeudi organisée à cet effet.

Les assistantes sociales, deux dans le pôle et deux en CMP, travaillent en lien étroit. Elles participent à toutes les réunions, notamment celles concernant la préparation à la sortie. Le logement est un obstacle majeur dans le département des Alpes-Maritimes. La Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH), à qui les assistantes sociales adressent

les demandes de placement dans des établissements sociaux et médicaux-sociaux, instruit très lentement les demandes et répond très tardivement. Il y a six maisons d'accueil spécialisées sur le département et un seul projet d'ouverture. Cinq ans d'attente sont nécessaires pour y obtenir une place. Des associations proposent cependant quelques solutions. Ainsi l'association Mimont permet l'accès à des appartements en colocation pour trois ou quatre résidents, une cuisine commune, des activités et des repas communautaires animés par une gouvernante. Dans le Var, la clinique du Val du Fenouillet propose une démarche de réhabilitation psychosociale pour des personnes âgées entre 21 et 50 ans souffrant de troubles psychiatriques au long cours pour travailler l'autonomie. L'association Isatis accueille des personnes, seules dans des appartements, aidées par une maîtresse de maison. Si un retour à domicile est envisagé, un service d'accompagnement médico-social sera mis en place. En règle générale, l'hôpital est confronté au manque de places dans les structures existantes et à la réticence d'accueillir des personnes en provenance d'un établissement psychiatrique. Les loyers, de surcroît dans la région des Alpes-Maritimes, sont exorbitants.

Pour préparer la sortie, lorsqu'il semble nécessaire de vérifier les conditions d'hébergement des patients, des visites à domicile sont organisées. La personne est alors accompagnée par un soignant et souvent par l'assistante sociale qui mettront en place, si besoin, des aides matérielles pour davantage de confort et d'hygiène.

Les médecins des unités 2 et 3 accordent des autorisations de sortie pour renforcer l'autonomie des patients. Le préfet n'y est pas opposé. Ainsi, une personne en soins à la demande du représentant de l'Etat, hospitalisée à l'unité intersectorielle durant plusieurs mois, puis accueillie à l'unité de soins 3 a bénéficié, tout en étant accompagnée, deux fois en février 2023 de sorties de quelques heures, et de sorties seule à raison de trois en avril et une en mai. De même, dans l'unité de soins 3, une personne hospitalisée sous le régime du péril imminent a bénéficié récemment d'une sortie seule ; une personne hospitalisée à la demande d'un tiers en urgence a pu sortir deux fois dont une fois seule durant plus de douze heures. Trois personnes, hospitalisées en soins sans consentement dans l'unité 2, sont autorisées à sortir seules ainsi qu'une personne hospitalisée à la demande du représentant de l'Etat, accompagnée.

Les sorties sont, dans une large proportion, organisées autour d'un programme de soins. En 2021, la part des soins contraints en extra hospitalier était de 78 % et de 63 % en 2022. Les rendez-vous avec le médecin sont mensuels.

	2021	2022	2023 (Janv/Avril)
Secteur 2	34	28	16
Secteur 3	59	53	33
Total	93	81	49

8.4 LES OUTILS D'APPUI A L'EXERCICE DU CONSENTEMENT DU PATIENT SONT INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE

8.4.1 Les outils d'appui à l'exercice du consentement

La recherche du consentement des patients concernant l'élaboration de leur projet de soins est effectuée lors des entretiens médicaux, auxquels participent les IDE, mais, comme leurs observations lors de l'établissement des certificats médicaux, il ne fait pas l'objet d'une traçabilité systématique.

Tout patient est sollicité pour la désignation d'une personne de confiance (PC). Pour exemple, neuf patients avaient accepté de désigner une PC à l'UI lors de la visite et trois l'avaient refusé. La PC désignée, un membre de la famille le plus souvent, est contactée par un infirmier et reçoit un courrier du secrétariat. Elle est invitée signer un formulaire d'acceptation. Elle est tenue informée des événements particuliers durant l'hospitalisation (placement en CI, démarches administratives à effectuer, besoins du patient d'effets personnels etc.) et peut rencontrer le psychiatre.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (ou plan de prévention des crises) ne sont pas mises en œuvre dans le pôle de psychiatrie et les soignants ont exprimé une réticence – non argumentée – lorsque le sujet fut abordé, alors que des études récentes démontrent leur efficacité s'agissant de la diminution des hospitalisations à temps complet et des soins sous contrainte, et donc des dépenses de santé.

Il n'existe non plus aucun médiateur pair de santé. Une expérience datant d'une dizaine d'années a été signalée comme un échec immédiat, en raison de l'intervention des syndicats qui considéraient que ce rôle devait être dévolu à des professionnels. Le bénéfice de l'intervention des médiateurs de santé pair est cependant objectivement corrélé aux résultats des études précitées.

RECOMMANDATION 44

L'établissement doit mettre en œuvre le recrutement et la formation de médiateurs de santé pairs et les patients doivent être incités à rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement.

Concernant le consentement aux traitements, aucune prescription de traitement injectable en « si besoin » n'est établie.

8.4.2 La dispensation des médicaments

L'effectif de l'équipe du service de la pharmacie se compose de 8,6 ETP de pharmacien pourvus par neuf personnes, de deux ETP d'interne, d'un cadre, de treize préparateurs et de trois agents administratifs.

Un pharmacien est référent pour le pôle de psychiatrie et le contrôle des prescriptions informatisées est mis en œuvre. Aucun audit n'est réalisé concernant la qualité des prescriptions mais l'existence d'interactions médicamenteuses et le respect des posologies sont vérifiées. Toute difficulté les concernant fait l'objet d'une alerte informatique dans le logiciel et toute prescription refusée d'un échange téléphonique avec le psychiatre, qui sollicite par ailleurs aussi le pharmacien en cas de besoin. En revanche, les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques et ne peuvent pas, au regard des effectifs actuels, réaliser des séances de conciliation médicamenteuse dans le pôle de psychiatrie.

RECOMMANDATION 45

Le service de la pharmacie doit être pourvu de l'effectif nécessaire pour réaliser des actions de conciliation médicamenteuse au profit des patients du pôle de psychiatrie.

La pharmacie délivre les médicaments de façon nominative hebdomadaire en chariot sous forme de blisters, et les piluliers individuels sont préparés par les IDE, dont un est référent « pharmacie » dans chaque unité. Chaque chariot fait l'objet d'un double contrôle systématique par deux préparateurs distincts. La distribution est effectuée individuellement dans la salle de soins, porte fermée, dans le respect de la confidentialité. L'automatisation ne concernait lors de la visite que l'EHPAD et les services de « long séjour », un projet d'extension au pôle de psychiatrie ayant été évoqué.

Deux à trois COMEDIMS sont annuellement tenus et les sujets de psychiatrie sont traités, notamment à la demande des psychiatres, en fonction de l'actualité du médicament.

La PUI a développé en 2016 un site Internet « Médicament info service patient » et assure depuis une réponse téléphonique quotidienne en semaine de 9h00 à 17h00, pour tout patient ayant une question à poser concernant ses médicaments. L'envoi du compte-rendu de l'échange à ses professionnels de santé lui est également proposé.

BONNE PRATIQUE 3

Le service de la pharmacie, qui a développé le site Internet « Médicament info service patient » et assure une réponse téléphonique quotidienne en semaine de 9h00 à 17h00 pour toute personne ayant une question à poser concernant son traitement, contribue avec pertinence à la qualité de l'information et de l'observance thérapeutique des patients.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PATIENTS MINEURS SONT MASSIVEMENT PRIS EN CHARGE DANS LES SERVICES DE PEDIATRIE, EN L'ABSENCE D'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE

La prise en charge psychiatrique des enfants et des adolescents est exclusivement ambulatoire. L'offre de soin de l'inter secteur de pédopsychiatrie associe trois CMP, trois CATTP, un HDJ pour les jeunes enfants, et deux équipes mobiles de liaison, l'une avec les services de pédiatrie du CHC et du CH de Grasse, l'autre avec le service de périnatalité qui concerne les enfants de 0 à 3 ans.

L'équipe médicale compte sept praticiens hospitaliers (PH), qui ne participent pas à la permanence des soins relative au temps de garde la nuit, les week-ends et les jours fériés. Ils assurent une astreinte opérationnelle pour les services de pédiatrie du CHC et du CH de Grasse.

En l'absence d'unité d'hospitalisation à temps complet spécifique sur le territoire de l'ouest du département des Alpes-Maritimes, l'hospitalisation des mineurs a été décrite comme « *importante et croissante* » dans les deux services de pédiatrie précités. La part des patients de psychiatrie dépasse régulièrement 50 % du taux d'occupation de ces services. 46 mineurs porteurs d'un trouble mental ont été hospitalisés dans les services de pédiatrie en 2020, 106 en 2021, et 130 en 2022. Cette augmentation a été décrite comme corrélée à la réalité nationale de la demande de soins en hospitalisation à temps complet pour les enfants et les adolescents dans les suites de la pandémie de Covid-19. La collaboration des soignants de psychiatrie et de pédiatrie a été décrite comme efficace.

Aucun mineur n'était hospitalisé dans une unité de psychiatrie destinée aux adultes lors de la visite, mais la survenue de cette situation, sans aucune spécificité de prise en charge, a été rapportée. Ce fut le cas d'un mineur âgé de 17 ans en SDRE et d'un de 16 ans en SL, pour des durées respectives de 46 et 10 jours en 2021 ; d'un de 16 ans et d'un deuxième de 17 ans, les deux en SL, pour des durées respectives de 15 et 3 jours en 2022 ; et de trois de 17 ans, deux en SDRE (dont l'un depuis un établissement pénitentiaire) et un en SL, pour des durées respectives de 17, 3, et 32 jours en 2023 jusqu'à la date de la visite. Toutes ces hospitalisations se sont déroulées à l'UI, à l'exception d'une à l'unité 2.

RECOMMANDATION 46

Aucun mineur ne doit être hospitalisé dans une unité de psychiatrie destinée à la prise en charge de patients adultes. Le territoire de l'ouest du département des Alpes-Maritimes doit être urgemment doté d'une unité de soins pédopsychiatriques des enfants et des adolescents, dont les postes seront pourvus par des soignants spécifiquement formés, afin de répondre au nombre croissant d'indications de prise en charge de cette population particulièrement vulnérable.

Les mineurs sont concernés par les pratiques d'isolement et de contention lorsqu'ils sont hospitalisés dans les unités destinées aux adultes, de façon systématique et indépendamment de leur statut d'hospitalisation.

Les deux mineurs hospitalisés en SDRE et en SL en 2021 ont été respectivement isolés pour des durées de 7h54 min et 134h (soit 5 j et 14h), et le premier contenu 5h05 min. Les deux hospitalisés en SL en 2022 ont été respectivement isolés pendant 23h43 min et 11h37 min et le deuxième contenu pendant 3h49. Enfin, les trois hospitalisés en en 2023 ont été respectivement

isolés 416h08 min (soit 17j et 8h), 11h41min et 20h50min, le premier contenu 126h (soit 5j et 5h), et le troisième, alors qu'il était en soins libres, 27 min. Aucune donnée communiquée ne fait mention d'une transformation du statut d'hospitalisation pour les mineurs hospitalisés en SL et concernés par les pratiques d'isolement et/ou de contention.

RECOMMANDATION 47

Les pratiques d'isolement et de contention doivent être évitées par tout moyen chez les patients mineurs et respecter strictement les dispositions légales lorsqu'elles sont employées, s'agissant notamment du mode d'hospitalisation en soins sans consentement.

9.2 LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACEES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET RESTREINTES DANS L'EXERCICE DE LEURS DROITS

En premier lieu, il convient de relever que CHC reçoit un nombre très réduit de personnes détenues au sein du service de psychiatrie, de l'ordre d'une à deux par an.

S'agissant de leur prise en charge, les patients détenus arrivent systématiquement au centre hospitalier sous contention et sédation, et ce quels que soient les signes cliniques et le comportement de la personne. Ils sont ensuite systématiquement placés en chambre d'isolement au sein de l'UI.

Au cours de leur séjour, il apparaît que les pratiques sont hétérogènes parmi les soignants, puisque certains autoriseraient les patients détenus à sortir de leur chambre pour manger avec les autres ou encore fumer dans le patio si leur état leur permet. Toutefois, d'autres ont évoqué l'interdiction de principe de sortir de la chambre d'isolement pour des raisons de sécurité. Par ailleurs, les patients détenus n'ont accès à aucune source de divertissement et n'ont pas la possibilité d'emporter d'effets personnels avec elles.

En outre, concernant le droit de communication avec l'extérieur, qu'il s'agisse de recevoir les visites de leurs proches ou de leur avocat ou même de communiquer avec ces derniers par téléphone, un protocole établi en août 2012 et révisé en juin 2021 en prévoit les modalités. Toutefois, les personnels soignants interrogés à cet égard n'étaient pas au courant de l'existence de ce protocole ni de son contenu. Ces droits ne sont donc pas mis en œuvre.

Eu égard à l'ensemble de ces constats, le CGLPL renvoie à son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé¹ ainsi qu'à son avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux². Il rappelle recommander que les patients détenus ne soient pas systématiquement placés sous contention lors de leur transport ni placés à l'isolement durant leur hospitalisation, ces décisions ne devant relever que d'une prescription médicale individualisée fondée sur l'état de santé et le comportement de l'intéressé et jamais en raison de son statut de prisonnier. De telles mesures de contraintes, décidées en l'absence de toute indication thérapeutique, doivent être regardées comme constituant une atteinte à leur dignité. Aussi, Le CGLPL estime qu'il

¹ CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF n°0162 du 16 juillet 2015.

² CGLPL, Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, JORF n°0271 du 22 novembre 2019.

convient d'envisager toute mesure utile pour qu'une personne détenue placée en unité hospitalière ne subisse pas de restriction de ses droits, en veillant notamment à assurer la continuité de sa situation administrative et à doter les unités hospitalières des moyens et infrastructures adaptés (possibilité de téléphoner, recevoir une visite, acheter quelques produits, s'occuper le temps du séjour, etc.). Pour ce faire, le CGLPL recommande la rédaction de protocoles relatifs aux modalités d'organisation des relations avec l'extérieur pour les patients détenus. Le protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues, établi en août 2012 et révisé en juin 2021, doit être mise à jour au vu de ces constats et diffusé à l'attention de l'ensemble des équipes soignantes.

RECOMMANDATION 48

Les patients détenus ne doivent pas être systématiquement contenus lors des trajets et placés en isolement durant leur séjour.

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