



Rapport de visite :

Du 8 au 15 janvier 2024 - 2^{ème} visite

Hôpital Marius Lacroix, Groupe
Hospitalier Littoral Atlantique
(*Charente-Maritime*)



SYNTHESE

Huit contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier Marius Lacroix rattaché au Groupe Hospitalier (GH) Littoral Atlantique des hôpitaux La Rochelle-Ré-Aunis (département de Charente-Maritime) du 8 au 15 janvier 2024.

Le pôle de psychiatrie du GH, dit hôpital Marius Lacroix, dessert l'ensemble de la population du territoire de santé du Nord de la Charente-Maritime, soit environ 370 000 habitants pour 646 000 habitants sur le département.

L'établissement a majoritairement conservé la sectorisation tant en intra qu'en extra hospitalier. Les trois secteurs géographiques s'organisent autour d'une unité fermée et d'une unité ouverte et offrent 101 lits d'hospitalisation complète auxquels il faut ajouter 6 chambres d'isolement (CI) et 6 chambres dites « de suite ».

D'autres secteurs sont eux organisés en intersectoriel : le service des urgences psychiatriques rochelaises « CAPSUL 17 » qui comprend 6 lits de post-urgences psychiatriques et une offre interne en psychiatrie de liaison, le service intersectoriel de prises en charge des patients souffrant de troubles autistiques ou apparentés (FISSETAA) qui regroupe trois unités d'hospitalisation (Envol, Rocher 2 et Arc-en-ciel) et comprend 44 lits et enfin le service de réhabilitation psycho-sociale et remédiation cognitive qui comprend deux unités d'hospitalisation complète et 38 lits. L'unité pour les adolescents Soléado dispose de 9 lits en intersectoriel.

L'établissement est attractif pour le personnel médical. Il est situé à quelques kilomètres du centre-ville et bénéficie d'une dynamique médicale ancienne ce qui en fait d'ailleurs un pôle d'attractivité pour les internes en psychiatrie sur la région.

Les patients reçoivent des soins de qualité tout au long de leur parcours de soin, depuis l'admission jusqu'à la préparation à la sortie. Les psychiatres travaillent en bonne harmonie avec les équipes soignantes en favorisant des réunions de synthèse pluridisciplinaires intégrant tant le personnel de l'intra que de l'extra hospitalier, les assistantes de service social (ASS) et les psychologues. L'excellente qualité des soins somatiques est à souligner, de même que la prise en charge des adolescents, lesquels bénéficient par ailleurs d'un bâtiment neuf et bien pensé. Des équipes mobiles ont été créées au cours des dernières années pour assurer la continuité des soins en ambulatoire. Les activités thérapeutiques sont diversifiées et la cafétéria est un véritable lieu de vie ouvert tous les jours et placé au centre de l'établissement.

La quasi-absence de recours à la contention est aussi à mettre à l'actif de l'établissement, de même que la réflexion en cours pour limiter les atteintes aux droits des patients de la FISSETAA et la perspective d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) pour accueillir une partie des patients au long cours de cette filière.

Par ailleurs les patients admis en soins sans consentement (SSC) sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont historiquement peu nombreux dans l'établissement, les maires étant peu enclins à prononcer cette mesure. Les patients admis selon cette procédure, particulièrement attentatoire aux droits, bénéficient d'une prise en charge équivalente aux patients admis selon les procédures classiques et peuvent par exemple intégrer les unités du pôle de réhabilitation pour préparer la sortie.

Des axes d'amélioration ont aussi été identifiés par les contrôleurs.

S'agissant de la prise en charge médicale, un secteur souffre d'un temps médical insuffisant. Peu de patients des unités fermées ont accès aux activités thérapeutiques et il est déploré l'absence de

réunions soignants-soignés. Les traitements doivent être distribués aux patients dans des conditions garantissant la confidentialité. Des solutions sont à trouver rapidement pour le transport des patients entre l'hôpital Marius Lacroix et l'hôpital Saint-Louis pour éviter des temps d'attente excessifs pour les patients dans des conditions indignes.

En matière de mesures d'isolement, l'établissement n'a pas développé de politique active d'alternative à cette pratique. Il n'existe pas d'espaces d'apaisement ni d'analyse des pratiques. Des prescriptions « si besoin » persistent et des mesures d'isolement à titre punitif ont pu être constatées. La surveillance médicale doit par ailleurs être effective tout au long de la mesure d'isolement selon la fréquence déterminée par la loi, ce qui n'est pas le cas actuellement, le logiciel permettant de modifier les horaires de surveillance.

L'établissement fait face à des pics de suroccupation qui impactent la prise en charge des patients : certains sont parfois admis dans des unités hors secteur ou n'ayant pas vocation à accueillir des admissions ; la mesure d'isolement peut être effectuée dans un espace non dédié en chambre dite « de suite » ; le patient ne conserve pas sa chambre hôtelière en cas d'isolement ; la chambre d'un patient en permission de sortie peut être occupée par un autre patient.

Les restrictions à la vie quotidienne sont relativement peu nombreuses sauf s'agissant de l'interdiction du téléphone portable dans les unités fermées, laquelle interdiction systématique n'est pas justifiée. Par ailleurs la récente baisse de la quantité des repas (notamment pour le premier repas lors d'une admission) et la suppression des viennoiseries du dimanche sont ressenties comme une dégradation des conditions de vie par les patients et le personnel.

La liberté d'aller et venir n'est pas toujours assurée pour les patients en soins libres (SL) au sein de l'établissement notamment au sein des unités fermées. Des restrictions existent aussi pour les sorties d'établissement qui sont assujetties à une autorisation médicale aussi bien pour les patients en soins sans consentement (SSC) que pour ceux en SL, ce qui n'est pas justifié.

Les conditions matérielles de prise en charge sont de bonne qualité dans les unités les plus récentes, notamment dans le bâtiment Les Pertuis. Le contraste est important avec les unités plus anciennes lesquelles abritent encore des chambres doubles et des chambres ne bénéficiant pas de salle de bain individuelle. Il manque des verrous de confort et aucune chambre hospitalière ne dispose de bouton d'appel (hormis dans l'unité Pierre Loti), même dans les unités les plus récentes. Les patients n'ont pas d'armoire pouvant fermer à clé.

Des insuffisances ont été constatées en matière d'information des patients et de contrôle externe de l'établissement. Les motivations des décisions du directeur sont insuffisantes et ces décisions ne sont pas toujours remises aux patients. Les droits prévus à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ne sont pas systématiquement notifiés. Le contrôle du JLD est effectif mais la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne se réunit plus depuis 2018 et les contrôles externes sont trop rares.

Le présent rapport a fait l'objet d'une phase contradictoire. Les observations reçues de la part de la directrice générale attestent de la volonté de l'établissement d'œuvrer à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

SOMMAIRE

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.

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.

SYNTHESE	3
SOMMAIRE	5
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE.....	11
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE.....	12
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT.....	13
3.1. L'accès aux soins est effectif aussi bien en intra qu'en extra hospitalier	13
3.2. Le pôle de psychiatrie est à l'équilibre financier.....	15
Recommandation 1.....	15
Le déficit du GH ne doit pas peser sur le pôle de psychiatrie qui est à l'équilibre et un programme prévisionnel d'investissement doit être au plus vite formalisé pour mettre l'établissement en mesure d'héberger les patients dans des locaux dignes et conformes aux textes en vigueur.	
3.3. L'établissement est attractif malgré des tensions entourant le dialogue social	15
3.4. Les équipes n'ont pas connaissance du bilan des événements indésirables.....	16
Recommandation 2.....	16
Les soignants doivent être régulièrement informés du traitement des événements indésirables.	
3.5. Le comité d'éthique est ancré depuis longtemps dans la structure mais peu sollicité par les unités de soins.....	17
Recommandation 3.....	17
Le comité d'éthique nécessiterait d'être dynamisé ; ses dates de réunions et compte-rendus doivent notamment apparaître sur l'intranet de l'hôpital afin de mobiliser davantage de soignants et que ces derniers se sentent autorisés à proposer des sujets de réflexions éthiques.	
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT.....	18
4.1. L'accueil en urgence est bien organisé.....	18
Recommandation 4.....	19
Lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant la prise en charge du patient, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient.	
Recommandation 5.....	19
Tout service de l'établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.	

4.2. Il existe des situations de tension capacitaire préjudiciables à la qualité des soins.... 20

Recommandation 6..... 20

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

4.3. En dépit de supports didactiques de qualité, l'information des patients est insuffisante 21

Recommandation 7..... 21

Afin de garantir le droit d'information sur leurs conditions de vie quotidienne au cours de leur hospitalisation, les patients doivent recevoir dès leur arrivée un livret d'accueil, avec des explications orales.

Recommandation 8..... 22

Les décisions administratives, les certificats médicaux en constituant la motivation, le document déclinant les droits et les notifications doivent être remis et expliqués au patient. Dans l'hypothèse d'un refus du patient, ces documents doivent être conservés et laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande.

5. LES CONDITIONS DE VIE23

5.1. Les conditions d'hébergement sont variables d'une unité à l'autre ; les locaux ne favorisent pas tous l'autonomie et le respect de l'intimité des patients 23

Recommandation 9..... 25

Les patients doivent avoir la possibilité d'ouvrir leur fenêtre et d'occulter les fenestrons apposés sur la porte de leur chambre.

5.2. Les locaux sont bien entretenus et les patients disposent des moyens de conserver une bonne hygiène personnelle 26

Bonne pratique 1 26

L'établissement met à disposition des patients un service gratuit de nettoyage de leurs vêtements.

5.3. La régie ne permet pas de retraits ou dépôts partiels 26

Recommandation 10..... 27

Les chambres doivent être équipées d'armoires fermant à clé et les patients doivent être en possession de ces clés. La régie doit permettre les retraits ou dépôts partiels.

5.4. Les régimes alimentaires sont adaptés aux patients mais les grammages ont récemment été réduits 27

Recommandation 11..... 28

L'accès à une nourriture suffisante et variée est fondamental pour les patients hospitalisés. Les quantités doivent être maintenues, ainsi que la viennoiserie du dimanche, et les menus des arrivants doivent être équilibrés, cela participe d'une prise en charge digne du patient.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES29

6.1. La liberté d'aller et venir des patients, y compris en soins libres, n'est pas garantie . 29

Recommandation 12..... 30

Les patients doivent pouvoir circuler sans restriction à l'extérieur de leur unité d'hospitalisation. Les éventuelles restrictions, qui ne peuvent être imposées qu'aux seuls patients admis en soins sans consentement, doivent être formellement motivées, justifiées par leur état clinique, strictement proportionnées et adaptées, et régulièrement revues.

6.2. Les restrictions de la vie quotidienne sont limitées 30

6.3. Les communications avec l'extérieur sont encadrées 31

Recommandation 13..... 32

Les patients doivent pouvoir, selon leur état, disposer d'un accès au téléphone, à internet et bénéficier de journaux d'information.

Recommandation 14..... 32

La procédure d'hospitalisation sous anonymat doit être détaillée dans le livret d'accueil.

6.4. L'accès au vote est possible, mais peu utilisé 32

6.5. L'information sur l'accès aux cultes est inégale 33

6.6. Seule une unité se distingue par une réflexion institutionnelle qui soutient les soignants pour aborder la vie effective et sexuelle des patients 33

Recommandation 15..... 34

Les patients conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle dans les seules limites du droit commun. Cette liberté doit pouvoir s'exercer dans des lieux qui respectent la dignité de tous, qu'il s'agisse d'espaces d'hébergement personnel ou d'accueil des proches. L'établissement doit élargir sa réflexion institutionnelle permettant de mieux prendre en compte la vie affective et sexuelle des personnes privées de liberté.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION35

7.1. Des mesures d'isolement sont pratiquées hors espace dédié..... 35

Recommandation 16..... 36

Les chambres d'isolement doivent être équipées de bouton d'appel accessible en cas de contention et systématiquement dotées d'une horloge équipée d'un horodateur pour permettre au patient de se repérer dans le temps. Les affaires personnelles du patient doivent pouvoir être rangées dans des conditions dignes.

Recommandation 17..... 38

L'isolement du patient doit être réalisé en chambre dédiée. La chambre d'hospitalisation du patient isolé doit être conservée pendant toute la durée de la mesure.

7.2. Les mesures d'isolement peuvent présenter un caractère punitif au sein des unités des Pertuis et le logiciel permet de modifier les heures desdites mesures 38

Recommandation 18..... 39

Le placement en chambre d'isolement doit être envisagé comme une décision de dernier recours après avoir mis en œuvre toutes les alternatives possibles et ne doit en aucun cas être une mesure punitive ou de confort pour les équipes.

Recommandation 19..... 39

Le paramétrage du logiciel de gestion du dossier patient informatisé (DPI) utilisé par l'établissement doit être immédiatement revu afin qu'il ne soit plus possible de modifier les heures auxquelles les mesures d'isolement et de contention ont été prises, renouvelées ou levées.

Recommandation 20..... 40

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisé selon l'état clinique du patient plutôt que systématique.

Recommandation 21..... 40

A la levée de la mesure d'isolement, les patients isolés doivent tous faire l'objet d'un entretien spécifique de restitution de leur vécu de cette période, *a fortiori* si la mesure d'isolement a été assortie d'une contention.

Recommandation 22..... 41

Les mesures d'isolement, voire de contention, décidées et mises en œuvre au sein des unités Arc-en-Ciel et Envol de la filière FISETAA doivent respecter les dispositions légales.

7.3. Le registre, réalisé a posteriori, n'est pas exploité en continu et les unités de crise sont dépourvues d'espace d'apaisement..... 41

Recommandation 23..... 42

Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, le registre d'isolement et de contention doit permettre de tracer toutes les décisions et comporter le nom du psychiatre ayant décidé la mesure. Il doit en outre permettre aux autorités de contrôle, dont le CGLPL, de déterminer le délai dans lequel le statut d'hospitalisation d'un patient en soins libres au moment où la mesure a été initiée a été transformé.

Recommandation 24..... 43

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre de réduire le recours à ces pratiques.

Recommandation 25..... 44

L'établissement doit développer des espaces d'apaisement et former les soignants aux alternatives aux mesures d'isolement

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS44

8.1. Depuis 2018 la commission départementale des soins psychiatriques n'exerce plus sa mission de contrôle 44

Recommandation 26..... 44

Le préfet de Charente-Maritime doit procéder tous les trois ans au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres sont aptes à exercer leur mission et en acceptent toutes les obligations. La CDSP doit sans délai être mise en mesure de fonctionner pour reprendre de façon pérenne des visites semestrielles sur l'ensemble des sites de l'hôpital Marius Lacroix autant que ses missions de contrôle.

8.2. La tenue des registres de la loi facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement mais les contrôles extérieurs sont rares..... 45

Recommandation 27..... 46

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le président du tribunal judiciaire de La Rochelle, le préfet de Charente-Maritime, le maire de La Rochelle ou leurs délégués doivent visiter au moins une fois par an l'hôpital Marius Lacroix, contrôler les registres de la loi, la régularité des procédures des soins sans consentement et faire mention de leurs éventuelles observations.

8.3. Le contrôle du juge des libertés et de la détention, bien organisé, est effectif 46

9. LES SOINS49

9.1. Pour les patients adultes, l'accès aux soins psychiatriques est inégal selon les secteurs et la dimension thérapeutique des activités de médiation insuffisamment considérée, notamment dans les unités fermées..... 49

Recommandation 28	51
Des réunions soignants-soignés doivent être organisées dans chaque unité.	
Recommandation 29	51
Des séances de supervision ou d’analyse de pratique doivent être proposées au personnel soignant.	
Recommandation 30	52
Les médicaments buvables doivent être préparés devant le patient et la distribution des médicaments s’effectuer selon des modalités respectant la confidentialité.	
Recommandation 31	52
La traçabilité de l’administration des médicaments doit être effectuée en temps réel sur le logiciel approprié.	
Bonne pratique 2	54
La cafétéria, lieu de sociabilité et de réhabilitation, est ouverte tous les jours de la semaine.	
Recommandation 32	56
Les patients des unités fermées doivent avoir accès à des activités thérapeutiques, composantes intégrantes du soin psychiatrique.	
9.2. L’accès aux soins somatiques est exemplaire	56
Recommandation 33	58
Les transports des patients entre l’hôpital Marius Lacroix et l’hôpital Saint-Louis doivent être rapidement améliorés pour réduire les temps d’attente et éviter les annulations de consultations ou d’exams médicaux des patients.	
9.3. Les équipes soignantes préparent activement la sortie des patients	59
Recommandation 34	60
Le collège des soignants, tel que prévu à l’article L.3212-7 du CSP pour réaliser une évaluation médicale approfondie de l’état mental d’un patient en soin sans consentement depuis plus d’un an, doit se réunir et recevoir le patient, recueillir ses observations et les tracer.	
9.4. Les projets de soins sont individualisés mais le consentement du patient insuffisamment recherché	62
Recommandation 35	62
La possibilité de désigner une personne de confiance doit être systématique, dès que l’état du patient le permet. Celle-ci doit être contactée pour exprimer son accord puis être associée aux soins.	
Recommandation 36	63
Seul un médecin, après examen du patient et après avoir recherché son consentement, peut décider en dernier recours de la nécessité de l’administration non consentie d’un médicament eu égard à la sévérité du tableau clinique.	
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	64
10.1. Deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile structurent l’offre départementale	64
Recommandation 37	65
Le projet de restructuration architecturale de l’unité Plume-Grand-bleu doit être relancé rapidement afin de permettre un accueil et une prise en charge adaptée des mineurs de 6 à 12 ans.	
Recommandation 38	67
L’établissement doit prévoir un espace d’apaisement, véritable espace de repos, agréable, dans chaque unité accueillant des patients mineurs.	

Recommandation 39..... 70

Toute mesure d'isolement ou de contention d'un patient en soins libres est illégale, *a fortiori* s'agissant d'un mineur. Même pris en charge sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), une telle mesure étant toujours contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

10.2. Les personnes détenues sont systématiquement placées à l'isolement..... 71**Recommandation 40..... 71**

Le protocole de prise en charge des patients détenus doit être revu en ce que l'isolement systématique des patients détenus est contraire aux dispositions légales, seuls des éléments cliniques pouvant justifier une telle mesure.

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Alexandre Baillon, chef de mission ;
- Rémy Bordes ;
- Annie Cadenel ;
- Marie-Agnès Crédoz ;
- Maud Dayet ;
- Céline Delbauffe ;
- Marie Pinot ;
- Isabelle Servé.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite de l'hôpital Marius Lacroix rattaché au groupe hospitalier (GH) Littoral Atlantique (département de Charente-Maritime) du 8 au 15 janvier 2024.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 8 janvier à 14h30 et l'ont quitté le 15 janvier à 15h. La visite avait été annoncée le matin même à la direction, au préfet de Charente-Maritime et à l'agence régionale de santé (ARS) de Charente-Maritime. Le président du tribunal judiciaire (TJ) de La Rochelle ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle. Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'hôpital Marius Lacroix ainsi que la directrice générale du GH. Une réunion de présentation s'est tenue en présence d'une trentaine de personnes composée de la direction du GH et de l'hôpital Marius Lacroix, de médecins, de cadres de santé ainsi que du personnel administratif.

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

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

Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention. Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de leur présence.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 15 janvier 2024, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le présent rapport dresse les constats liés aux conditions de privation de liberté. Il a été adressé le 7 juin 2024 à la directrice générale du GH Littoral Atlantique, à l'ARS, au préfet et au président et au procureur du TJ de La Rochelle. Les observations du GH Littoral Atlantique ont été reçues le 1^{er} juillet 2024. Les chefs de juridiction du TJ de La Rochelle ont indiqué par courrier du 24 juin 2024 ne pas avoir d'observations.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

L'établissement a été visité par le CGLPL en mars 2014 mais cette visite n'a pas abouti à un rapport définitif si bien qu'il n'y a pas lieu de reprendre les observations formulées alors.

3. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1. L'ACCES AUX SOINS EST EFFECTIF AUSSI BIEN EN INTRA QU'EN EXTRA HOSPITALIER

3.1.1. Présentation générale

Le pôle de psychiatrie du GH, dit hôpital Marius Lacroix, dessert l'ensemble de la population du territoire de santé du nord de la Charente-Maritime. Il couvre une population d'environ 370 000 habitants pour 646 000 habitants sur le département. Il est implanté sur un site distinct de l'hôpital général de Saint-Louis distant de 3 kilomètres. Le rattachement de l'hôpital Marius Lacroix à l'hôpital général de La Rochelle est ancien. Tous les services supports se trouvent sur le site de Saint-Louis dont la direction des ressources humaines, la direction des affaires financières et la direction générale. Les relations sont fluides entre le site mère du GH et la direction de l'hôpital Marius Lacroix. Un projet de construction d'un nouvel hôpital général aux abords de La Rochelle est à l'étude mais il sera sans impact sur l'hôpital Marius Lacroix.

L'établissement est établi sur un site de 14 hectares qui comprend des bâtiments neufs et des bâtiments classés, le tout dans un parc arboré dans lequel les patients peuvent se promener et retrouver leurs familles ou leurs proches. Il est situé en bordure de La Rochelle et est facilement accessible par les transports en commun.

3.1.2. L'offre de soins

Le site Marius Lacroix est le siège du pôle de psychiatrie qui comprend trois des sept secteurs de psychiatrie adulte du département de Charente-Maritime :

- Le secteur 1 pour une partie de l'agglomération rochelaise et l'extrême Nord du département ;
- Le secteur 2 pour le reste de l'agglomération rochelaise et les alentours d'Aigrefeuille ;
- Le secteur 3 pour l'agglomération de Rochefort, Marennes et l'île d'Oléron, au Nord du département.

La sectorisation a été conservée aussi bien en intra qu'en extra hospitalier. En psychiatrie adulte, chaque secteur dispose, en intra hospitalier, d'une unité fermée située sur le bâtiment « Les Pertuis » et d'une unité ouverte. En extra hospitalier, un hôpital de jour est prévu pour chaque secteur ainsi qu'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un centre médico-psychologique (CMP) comprenant une ou plusieurs antennes sur son territoire.

Au total l'établissement compte 412 lits en intra et extra hospitalier dont 198 en hospitalisation complète.

Les trois secteurs accueillent des patients en soins sans consentement (SSC), majoritairement dans les unités fermées mais aussi dans les unités ouvertes.

- Le secteur 1 comprend deux unités d'hospitalisation complète d'une capacité totale de 36 lits dont une unité fermée de 14 lits (île de ré) et une unité ouverte (Anne Forestier) outre en extra hospitalier un CMP et trois antennes (à Saint Martin de Ré, Marans et Surgères) et un CATTP ;
- Le secteur 2 comprend deux unités d'hospitalisation complète d'une capacité totale de 36 lits dont une unité fermée de 14 lits (île d'Aix) et une unité ouverte (Marchand 1), outre en extra hospitalier un CMP à Aytré et une antenne à Aigrefeuille et un CATTP ;

- Le secteur 3 comprend deux unités d'hospitalisation complète d'une capacité totale de 35 lits dont une unité fermée de 14 lits (Ile d'Oléron) et une unité ouverte (Pierre Loti), outre en extra hospitalier trois CMP et CATTP à Rochefort, Marennnes et Oléron.

Les unités accueillant des mineurs sont organisées en intersecteur :

- L'intersecteur de psychiatrie pour adolescents qui dispose d'une unité d'hospitalisation complète d'une capacité de 9 lits (Soléado) pouvant accueillir des SSC, de deux CMP à La Rochelle et Rochefort et de deux antennes à Marennnes et Saint-Pierre d'Oléron ainsi qu'un CATTP à La Rochelle ;
- L'intersecteur de pédopsychiatrie (enfants de 0 à 12 ans) qui dispose de neuf unités d'hospitalisation de jour de 6 places chacune à La Rochelle et d'une unité d'hospitalisation de jour de 10 places à Rochefort, de 7 places d'hôpital de nuit en semaine à La Rochelle, de 2 CMP ainsi que de deux CATTP à La Rochelle et Rochefort et leurs antennes à Marennnes et Saint-Pierre d'Oléron.

D'autres services fonctionnent en intersecteur et peuvent être amenés à recevoir des patients hospitalisés en SSC : le service des urgences psychiatriques rochelaises « CAPSUL 17 » qui comprend 6 lits de post-urgences psychiatriques et une offre interne en psychiatrie de liaison (cf. § 4.1), le service intersectoriel de prises en charges des patients souffrant de troubles autistiques ou apparentés (FISSETAA) qui regroupe trois unités d'hospitalisation (Envol, Rocher 2 et Arc-en-ciel) (cf. § 9.3.2) et enfin le service de Réhabilitation Psycho-Sociale et Remédiation Cognitive qui comprend deux unités d'hospitalisation complète (Jean-Baptiste Pussin et Marguerite Pelletier) (cf. § 9.3.1).

Enfin un plateau de soins somatiques prend en charge les patients hospitalisés et une filière d'addictologie est ouverte au sein de l'hôpital général mais dépend du pôle de psychiatrie.

Des équipes mobiles viennent renforcer ces dispositifs dont l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) qui intervient notamment auprès des migrants en collaboration avec les CMP de secteur, l'équipe mobile d'évaluation, d'intervention et de coordination (EMEICo) rattachée à la filière FISSETAA et l'Equipe de Liaison, d'Intervention Précoce et de Sensibilisation (ELIPSE) qui agit en détection des psychoses émergentes chez les 16-25 ans et enfin l'équipe mobile de psycho- gériatrie qui fait le lien avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le maillage territorial est effectif avec une sectorisation qui permet une continuité des soins entre intra et extra hospitalier et des prises de rendez-vous rapides en CMP.

3.1.3. Le projet médico-soignant

Le projet médico soignant 2021-2025 a été développé dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS en 2019.

Il formule 91 propositions réparties dans chacun des pôles de l'établissement. De manière générale on peut retenir la volonté de renforcer le virage ambulatoire, de réduire le nombre de patients hospitalisés au long cours ou encore d'améliorer le maillage territorial.

Plusieurs axes du projet médico-soignant ont déjà été réalisés dont la création des équipes mobiles. Un projet de maison d'accueil spécialisée (MAS) est prévu sur l'enceinte de l'hôpital pour accueillir une partie des patients se trouvant actuellement hospitalisés dans la filière FISSETAA.

3.2. LE POLE DE PSYCHIATRIE EST A L'EQUILIBRE FINANCIER

Le budget principal du GH est en déficit depuis 2019, il atteint aujourd'hui environ 10 millions d'euros. Un plan de performance est en cours pour revenir à l'équilibre en 2025.

Les dépenses globales du pôle de psychiatrie étaient en 2022 de 54 779 288 d'euros, les seules dépenses de personnel s'élevant à près de 40 000 000 d'euros. Les recettes globales étaient quant à elles de 55 377 129 d'euros en 2022 dont 50 587 854 d'euros issus de l'Assurance Maladie, les autres recettes étant principalement constituées par le ticket modérateur et le remboursement des charges des budgets annexes.

Si le résultat net est d'environ 600 000 euros en 2022, il doit être nuancé par l'impact financier des postes médicaux vacants qui peut être évalué à la même somme.

Les projets immobiliers sont à l'arrêt depuis plusieurs années et il n'existe pas à l'heure actuelle de plan de travaux et d'investissements, hors création d'une MAS. Le programme prévisionnel d'investissement serait à la validation de l'ARS. Des rénovations doivent être programmées notamment dans l'unité de pédopsychiatrie (cf. § 10.1.1) et dans les unités les plus anciennes pour que l'établissement mette ses locaux en conformité avec le décret du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement en psychiatrie.

Une hausse de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) de 900 000 euros a été perçue par le GH en 2023 et n'a pas encore été reversée à l'établissement.

Recommandation 1

Le déficit du GH ne doit pas peser sur le pôle de psychiatrie qui est à l'équilibre et un programme prévisionnel d'investissement doit être au plus vite formalisé pour mettre l'établissement en mesure d'héberger les patients dans des locaux dignes et conformes aux textes en vigueur.

Dans ses observations la directrice générale explique que le pôle de psychiatrie dispose des financements attribués à la psychiatrie qui restent encore majoritairement forfaitaires. Comme évoqué auprès de l'équipe de contrôle, les moyens attribués sont conformes à cette enveloppe et il n'y a donc pas de contribution du pôle au retour à l'équilibre global de l'établissement. Concernant le programme d'investissement, une actualisation est en cours dans les limites des possibilités de l'établissement puisque la section d'investissement est unique pour le groupe hospitalier et non dédiée à l'hôpital Marius Lacroix. En effet, compte tenu du projet du nouvel hôpital, les autorités de tutelle limitent strictement le recours à l'endettement de la structure et donc les possibilités d'investir.

S'agissant des unités, il n'y a pas de budget fixe annuel de dotation.

3.3. L'ETABLISSEMENT EST ATTRACTIF MALGRE DES TENSIONS ENTOURANT LE DIALOGUE SOCIAL

Au 1^{er} janvier 2024, 690 personnes travaillaient sur le site de l'hôpital Marius Lacroix dont 368 infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 64 aides-soignants (AS) et 35 cadres de santé. Tous les postes d'infirmiers en psychiatrie et d'aides-soignants sont pourvus (à 95 %). L'effectif cible pour les unités fermées de 14 lits est de 17 équivalents temps plein (ETP) d'IDE, 4 ETP d'agent de service hospitalier (ASH) et un cadre ; pour les unités ouvertes, par exemple de 20 lits à Forestier, l'effectif cible est de 10,90 ETP d'IDE, 6,11 ETP d'AS et 4 ETP d'ASH. Les effectifs minimums sont respectés sauf absentéisme.

Un pool de remplacement interne actuellement composé de 5 IDE permet de pallier les difficultés de ressources humaines. Il peut aussi être fait appel à la plateforme Hublo® sous réserve de validation par le cadre supérieur de santé. Le taux d'absentéisme du personnel de soins apparaît plutôt en baisse sur l'année 2023 après une hausse en 2022 liée au COVID-19. Il s'élève aujourd'hui à 7,47 % dont 6,83 % pour motif médical.

Une réforme dans l'organisation des plannings des soignants est en cours avec la fin du temps choisi et la volonté de mettre en place des plannings tournants, imposés. Les soignants sont majoritairement inquiets de perdre toute marge de manœuvre dans l'organisation de leur temps de travail. La réforme doit s'accompagner d'un renforcement du pool de remplacement qui devrait compter jusqu'à 12 IDE. Cette évolution de l'organisation du travail a pour vocation d'être généralisée au GH.

L'établissement compte 37 ETP de psychiatres, il manque actuellement 6,5 ETP : trois pour le secteur 1, deux pour la pédopsychiatrie, un pour les adolescents et 0,5 pour le secteur 3. Si des recrutements sont en cours, les équipes doivent assurer actuellement des charges supplémentaires notamment au secteur 1 qui affiche 8,5 ETP autorisés pour seulement 5,7 ETP effectifs. L'établissement n'a pas recours à des psychiatres intérimaires ni étrangers. Il bénéficie de la forte attractivité de l'agglomération de La Rochelle et d'une bonne réputation. Les somaticiens sont au complet avec 5 médecins pour 3 ETP (cf. § 9.2.1).

Un plan de formation est établi chaque année par le GH. Pour le pôle psychiatrique, les formations proposées aux soignants sont diversifiées avec 18 formations proposées en 2024. Les thèmes sont variés : alternative à l'isolement et à la contention, vie affective et sexualité des personnes atteintes de pathologies psychiatriques, prise en charge de la douleur en psychiatrie, etc. Les agents sollicitent ensuite leur cadre pour s'inscrire. Selon les unités des soignants se plaignent de ne pas avoir suffisamment accès à la formation.

3.4. LES EQUIPES N'ONT PAS CONNAISSANCE DU BILAN DES EVENEMENTS INDESIRABLES

3.4.1. Les événements indésirables

Au moment du contrôle du CGLPL, le logiciel de gestion des risques venait juste de changer, l'établissement passait de ENNOV® à BLUEKANGOO®.

La direction de la qualité (DQ) reçoit automatiquement les déclarations informatisées et peut interroger le déclarant pour avoir davantage d'information. Depuis la mise en œuvre de BLUEKANGOO®, il n'est plus possible de faire une déclaration anonymement.

Le bilan du 1^{er} semestre 2023 relatif aux événements indésirables (EI), qui mentionne le type, le nombre, la gravité et les causes des incidents déclarés ainsi que les services concernés, permet de relever 89 événements indésirables pour cette période. Il constitue une ressource pour l'analyse et le retour d'expérience. Il est présenté à la commission des usagers (CDU) et à la commission médicale d'établissement (CME). Il résulte des échanges avec les professionnels que les EI sont sous-déclarés dans les unités. L'équipe chargée de la qualité compte sur les cadres pour faire un retour aux équipes mais il n'existe pas d'incitation forte ni de vérification que cela est bien effectué.

Recommandation 2

Les soignants doivent être régulièrement informés du traitement des événements indésirables.

Dans ses observations, la directrice générale explique que le bilan du traitement des évènements indésirables est transmis par la direction de la qualité tous les 6 mois aux cadres supérieurs. Un travail est en cours pour que l'information circule jusqu'aux équipes. En outre, depuis le changement de logiciel (Blue Kango déployé en janvier 2024), les agents peuvent avoir accès libre de façon individuelle au suivi des évènements indésirables.

En 2023, il y a eu un événement indésirable grave (EIG), et deux en 2022. Les risques professionnels ne sont pas remontés dans le cadre des EI et EIG mais par un autre système d'information et pour l'ensemble de l'année 2023, ils sont à hauteur de 157 (dont 12 actes de violences sur le personnel). Les personnels disposent tous d'un système de protection du travailleur isolé (PTI) leur permettant de déclencher un système d'alarme et l'intervention de leurs collègues.

3.4.2. Les plaintes et réclamations

L'information des patients concernant les modalités de réclamation auprès de la direction de l'établissement et de saisine de la CDU, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le TJ et le CGLPL est donnée par le livret d'accueil qui indique les coordonnées ainsi que les cas dans lesquels saisir telle autorité ou tel organisme.

3.5. LE COMITE D'ETHIQUE EST ANCRE DEPUIS LONGTEMPS DANS LA STRUCTURE MAIS PEU SOLLICITE PAR LES UNITES DE SOINS

Le comité d'éthique du GH existe depuis 1990 après avoir été une émanation de la CME à compter de 1985. Il est présidé par le même médecin depuis le début, aujourd'hui à la retraite. Son règlement intérieur date de 2008. Il y a une soixantaine de membres. Toute personne peut proposer un sujet avec une problématique. Le secrétariat est tenu par celui du président de CME. Il y a environ une réunion par trimestre à condition qu'un sujet soit proposé faute de quoi la réunion est annulée. Un compte-rendu de réunion est rédigé à l'issue de chaque séance. Le président avait demandé à ce qu'un site internet puisse être créé mais rien n'a été fait.

Il serait nécessaire que l'annonce des réunions du comité d'éthique et les compte-rendus de réunions figurent sur le site de l'hôpital. En 2023, deux réunions ont été réalisées sur l'euthanasie active. Par le passé, en 2016 et en 2022, plusieurs réunions sur l'utilisation de la contention avaient eu lieu. Le comité d'éthique est très peu saisi par les soignants.

Recommandation 3

Le comité d'éthique nécessiterait d'être dynamisé ; ses dates de réunions et compte-rendus doivent notamment apparaître sur l'intranet de l'hôpital afin de mobiliser davantage de soignants et que ces derniers se sentent autorisés à proposer des sujets de réflexions éthiques.

Dans ses observations, la directrice générale fait état du fait que la restructuration d'un comité d'éthique à l'échelle du GHT Littoral Atlantique est en cours, dans le cadre de l'élaboration du Projet médico-soignant partagé de seconde génération. La cellule communication du GHT est mobilisée et va prochainement travailler pour intégrer sur le site web de l'hôpital un onglet « comité d'éthique » dans lequel figureront les dates et lieux des prochaines réunions, ainsi que les comptes rendus des précédentes séances, en lien avec l'équipe du comité d'éthique.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1. L'ACCUEIL EN URGENCE EST BIEN ORGANISE

4.1.1. Organisation et moyens

Le CH de Saint-Louis de la Rochelle dispose d'un service d'urgences psychiatriques « CAPSUL 17 » attenant au service d'accueil des urgences (SAU), labellisé CAC (centre d'accueil et de crise) en 2020 par l'ARS.

Le service d'urgences psychiatriques est constitué de trois psychiatres, d'un interne en psychiatrie, d'IDE (17,02 ETP), d'un cadre de santé (0,8 ETP) et d'ASH (5,6 ETP) affectés également au service d'addictologie, d'une secrétaire médicale et d'une psychologue à temps plein ainsi que d'un psychomotricien présent une demi-journée tous les quinze jours. Aucun poste n'est vacant et une présence continue de soignants est assurée jour et nuit. Les week-ends et jours fériés, seul l'IDE de liaison est absente. Trois psychiatres sont présents de 9h à 18h30 du lundi au vendredi et le samedi matin un seul, de 9h à 12h30. La nuit, de 18h30 à 9 h, les week-ends et jours fériés, un psychiatre du pôle assure une astreinte téléphonique et se déplace à CAPSUL 17 et à l'hôpital Marius Lacroix si besoin. Environ trente praticiens effectuent des astreintes.

Cette équipe prend en charge les urgences psychiatriques qui arrivent au SAU et assure la liaison avec les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Cette dernière gère les patients hospitalisés dans les lits de l'unité en phase d'observation et d'évaluation et propose une expertise médicale pour les praticiens de ville qui disposent d'un numéro d'appel spécifique. Elle assure une permanence téléphonique et offre un service relais (pas plus de trois consultations) pour revoir les patients sortant des urgences dans de brefs délais, le temps d'organiser le suivi par un médecin de ville ou un CMP. Enfin, le service travaille en lien avec le dispositif « vigilance pour la prévention des récurrences des gestes suicidaires ». Au SAU, il existe un référent urgentiste pour les soins psychiatriques.

Les locaux sont propres et comportent entre autres, des bureaux d'entretien, un bureau infirmier et six lits d'hospitalisation post urgences (Service de Post Urgences Psychiatriques), de durée brève, 72 h en moyenne, destinés uniquement aux patients en soins libres, répartis entre deux chambres doubles et deux chambres simples, toutes pourvues de salle d'eau avec WC, douche et lavabo.

4.1.2. Le parcours du patient

A son arrivée au SAU, le patient est reçu par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) qui peut l'orienter vers CAPSUL 17 où il sera vu par un IDE puis un psychiatre. La nuit, l'IDE en psychiatrie appelle le psychiatre d'astreinte qui se déplace. L'évaluation somatique échappe donc parfois au médecin urgentiste en raison des délais de prise en charge somatique au SAU et repose sur les psychiatres, conscients de leurs limites dans ce domaine. Aussi arrive-t-il que les psychiatres renvoient le patient au SAU pour un bilan somatique lorsque la clinique l'impose. En revanche, les médecins urgentistes voient tous les patients présentant une composante somatique et nécessitant un bilan et une surveillance somatique (tentative de suicide, intoxication médicamenteuse, etc.). Les patients hospitalisés à CAPSUL 17 sont vus tous les jours par les psychiatres.

Les patients en SSC restent au SAU et sont vus par le binôme IDE-psychiatre dans un box individuel. L'information sur leur statut est faite oralement par le psychiatre sans aucun document donné en

cette phase de crise. Les observations du patient ne sont pas recueillies par les médecins ni reportées sur le dossier médical.

Recommandation 4

Lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant la prise en charge du patient, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient.

Dans ses observations, la directrice générale estime que les observations du patient sont systématiquement recueillies de façon orale par le médecin et régulièrement intégrées dans le DPI. Les procédures de SSC prévoient d'ailleurs à ce titre une formule type « après recueil des observations du patient ». Une vigilance sera néanmoins rendue accrue sur ce sujet et une sensibilisation des médecins sera refaite.

En cas d'agitation, les patients sont placés en SSC et attachés sur un brancard ou l'un des lits de l'UHCD. Les contentions sont aimantées en quatre points. La décision de contention est écrite dans le dossier patient informatisé (DPI) avec le protocole de surveillance mais n'est pas tracée dans le registre d'isolement contention.

Recommandation 5

Tout service de l'établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.

Dans ses observations, la directrice générale indique que le registre est tenu de manière conforme à la loi dans les unités fermées. Il va être très prochainement déployé, en lien avec le DIM, pour les services de la FISETAA. Dans ces services, il est à noter que l'isolement est toujours indiqué pour des durées très courtes, sur crises clastiques et/ou lorsque cela est nécessaire.

Lorsqu'une hospitalisation s'impose, le cadre de garde est appelé de jour comme de nuit pour trouver un lit sur l'hôpital Marius Lacroix et en l'absence de places, le patient peut être adressé dans un autre établissement périphérique. Le transport des patients est confié à des sociétés privées dont le service est très insatisfaisant. Il est difficile d'obtenir un moyen de transport sanitaire dans des délais convenables et avec un véhicule adapté. Les transporteurs, même inscrits sur la plateforme pour effectuer un transfert sanitaire, peuvent annuler leur engagement au dernier moment si une course plus rémunératrice s'offre à eux. De plus, quand bien même un véhicule sanitaire léger suffirait, une ambulance peut être dépêchée alourdissant ainsi la facture pour l'hôpital. Ainsi, au SAU, le 9 janvier 2024, une ambulance demandée à 10h pour un patient contentonné devant être conduit à l'hôpital Marius Lacroix est arrivée à 16h, le patient étant resté attaché tout ce temps sur un brancard au SAU. Les mêmes problématiques se posent pour les consultations externes des patients de l'hôpital Marius Lacroix (cf. § 9.2.3 et recommandation).

4.1.3. L'activité

En 2022, CAPSUL 17 a reçu 2 198 patients pour 2 423 passages.

Sur ces 2 423 passages 1 415 patients (58 %) sont retournés à domicile avec une prise en charge ambulatoire au décours, 326 (13 %) ont été hospitalisés à Marius Lacroix en soins libres et 122 (5 %)

en SSC, 52 (22 %) ont été transférés dans un service de MCO, 22 (9 %) à l'UHCD et 389 (16 %) au service de post urgence psychiatrique (SPUP). Il faut souligner toutefois que des entrées directes à Marius Lacroix, sans passer par CAPSUL 17, s'effectuent régulièrement.

4.2. IL EXISTE DES SITUATIONS DE TENSION CAPACITAIRE PREJUDICIALES A LA QUALITE DES SOINS

4.2.1. L'activité et les patients

La file active globale en psychiatrie adultes était de 7 718 patients en 2022, dont 1 043 patients en hospitalisation complète. La file active en psychiatrie enfants et adolescents était quant à elle de 2 305 patients en 2022 dont 258 en hospitalisation complète. Enfin la filière troubles envahissants du développement/trouble du spectre de l'autisme (TED/TSA) enregistrait une file active de 82 patients en hospitalisation complète.

En 2022, les soins libres adultes représentaient 78 % des hospitalisations.

Parmi les 344 hospitalisations sans consentement réalisées en 2022 dans la filière de psychiatrie adultes :

- 27 mesures, soit 7,8 %, étaient prises sur décision du représentant de l'État (SDRE), dont 87 % émanant de maires ;
- 317 mesures, soit 92,2 %, étaient des admissions sur décision du directeur (SDDE). Parmi ces SDDE, 227 mesures avaient été prises en urgence (SDTU) et 51 relevaient des soins psychiatriques pour péril imminent (SPI) ; 39 étaient prises selon la procédure classique de demande d'un tiers (SDT).

Les hospitalisations prises selon la procédure de SDRE, procédure la plus attentatoire aux droits du patient, sont historiquement peu élevées dans la région, les maires étant peu enclins à les prononcer selon les explications recueillies durant le contrôle.

On constate, en revanche, une proportion importante d'hospitalisations effectuées selon la procédure d'urgence puisqu'elles représentent 66% des hospitalisations effectuées en SSC. Ce taux est sensiblement le même d'année en année et s'explique comme souvent par la difficulté de trouver des médecins de ville pour mettre en œuvre la procédure classique.

Recommandation 6

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Dans ses observations, la directrice générale explique que le recours aux soins en cas de péril imminent est systématiquement utilisé après avoir recherché un autre moyen et représente environ 15 % des procédures. En ce qui concerne le SDTU, s'ils sont plus nombreux à l'hôpital Marius Lacroix, c'est du fait que le service des urgences appartient au même établissement ce qui a pour conséquence que le médecin urgentiste ne peut pas être considéré comme un deuxième médecin indépendant de l'établissement. Faire venir un second médecin extérieur à l'hôpital entraînerait des retards de prise en charge et donc diminuerait la qualité des soins et des conditions d'accueil, à supposer qu'on puisse trouver un cabinet libéral acceptant de venir en consultation externe sur site.

La durée moyenne d'hospitalisation en SSC par an et par patient était, en 2022, de 41 jours pour les unités adultes hors filière FISETAA et réhabilitation, et de 15 jours pour la filière des adolescents.

4.2.2. La gestion de la suroccupation

Le taux d'occupation global de l'établissement était en 2022 de 89 % (90 % en 2021). Ce taux présente toutefois des disparités entre les filières et les unités. Il est ainsi au-dessus de 90 % dans la filière adulte avec des taux supérieurs à 100 % dans le secteur 2 aussi bien en 2021 (107 %) qu'en 2022 (105 %). Au sein de la filière FISETAA le taux d'occupation était de 85 % en 2022 alors que la filière des adolescents présentait un taux d'occupation de 73 %.

Une équipe dédiée est en charge de la gestion des lits sous la supervision d'un « *bed manager* ». Elle est toujours joignable et fait au mieux pour accueillir les patients malgré des taux d'occupation importants. Toutes les unités sont susceptibles de faire de l'admission. En cas de tension capacitaire une réunion de crise est organisée avec les médecins pour libérer des lits.

Si l'établissement ne recourt pas à des lits supplémentaires ou des matelas au sol, des patients peuvent être admis dans des chambres non hôtelières comme les chambres « de suite » des CI (cf. § 7.1).

Des patients du secteur 2 sont par ailleurs souvent admis dans les unités d'un autre secteur ce qui pose la question de l'accès effectif au médecin pour le patient admis. Enfin, des patients peuvent être admis dans des unités n'ayant pas vocation à faire de l'admission, telles que les unités du pôle de réhabilitation (cf. § 9.3.2).

4.3. EN DEPIT DE SUPPORTS DIDACTIQUES DE QUALITE, L'INFORMATION DES PATIENTS EST INSUFFISANTE

4.3.1. Information générale

Un livret d'accueil (avec le questionnaire de sortie) doit normalement être systématiquement remis au patient à son arrivée, soit en main propre par l'infirmier qui le prend en charge, soit par dépôt dans la chambre. Ce livret est clair et complet et donne les informations nécessaires sur les services à disposition des patients durant leur hospitalisation, les repas, les horaires de visite, les interdictions diverses, l'équipe soignante, les sorties. La réalité est apparue bien différente. En effet la plupart des unités ne disposent pas de ce livret. Des soignants ont même précisé ignorer l'existence d'un tel document. Des patients sont ainsi mal, voire pas du tout, informés des conditions, des modalités et des prestations qu'ils sont en droit d'attendre de leur séjour hospitalier à l'hôpital Marius Lacroix. Certains l'ont déploré lors d'échanges avec les contrôleurs.

Si chaque unité dispose de règles de vie spécifiques elles ne sont pas systématiquement affichées dans l'unité. Selon les informations recueillies, ces règles sont exposées oralement par les soignants à l'admission des patients puis régulièrement reprises et discutées avec eux.

Recommandation 7

Afin de garantir le droit d'information sur leurs conditions de vie quotidienne au cours de leur hospitalisation, les patients doivent recevoir dès leur arrivée un livret d'accueil, avec des explications orales.

Dans ses observations, la directrice générale expose que le livret d'accueil est remis à l'entrée du patient des unités ouvertes, et selon l'état clinique du patient aux unités fermées. Dans l'unité adolescents, il est remis chaque fois que c'est possible lors d'une visite de l'unité avec les parents. Enfin, en pédopsychiatrie une réflexion est en cours, pour créer un support accessible aux enfants n'ayant pas acquis la lecture. Un travail est en cours également pour un livret spécifique aux patients en SSC qui serait remis à l'admission.

4.3.2. Les informations spécifiques aux patients en SSC

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique (CSP) prévoit que chaque personne faisant l'objet de soins psychiatriques contraints doit être informée, dans la mesure où son état le permet, du projet de recours à ces soins puis de la décision motivée d'admission et de chacune des décisions maintenant l'hospitalisation autant que de ses droits et des voies de recours qui lui sont ouvertes.

A cette fin, un document d'informations est présenté, contre émargement, au patient admis en SSC lors de la notification de la décision d'admission (qu'elle émane du représentant de l'Etat ou du directeur de l'établissement) ; complet et très compréhensible, ce document décline l'ensemble des droits énoncés par cet article L. 3211-3 du CSP. Il n'est toutefois pas remis systématiquement au patient. De plus, il est apparu aux contrôleurs, d'une part, que la décision d'admission et les éventuelles décisions ultérieures de prolongation des SSC ne sont pas motivées au regard des nécessités médicales qui les justifient, et d'autre part que le certificat médical sur lequel elles se fondent n'est jamais remis au patient en même temps que ces décisions, mais immédiatement classé à son dossier. Il arrive même parfois que les décisions ne soient pas laissées au patient et de plus notifiées tardivement, dans un délai pouvant atteindre 48 heures. Il en résulte que le patient ignore les motifs médicaux qui fondent la mesure.

Recommandation 8

Les décisions administratives, les certificats médicaux en constituant la motivation, le document déclinant les droits et les notifications doivent être remis et expliqués au patient. Dans l'hypothèse d'un refus du patient, ces documents doivent être conservés et laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande.

Dans ses observations, la directrice générale s'engage à ce qu'à l'avenir la remise des documents administratifs s'accompagne d'une explication orale. A cette occasion les certificats médicaux seront également remis aux patients sauf contre-indication clinique. Enfin, les documents sont laissés à la disposition du patient durant toute la durée de son hospitalisation, dans sa bannette ou dans sa chambre.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1. LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT VARIABLES D'UNE UNITE A L'AUTRE ; LES LOCAUX NE FAVORISENT PAS TOUS L'AUTONOMIE ET LE RESPECT DE L'INTIMITE DES PATIENTS

Les bâtiments hébergeant les unités d'hospitalisation sont d'époques différentes et présentent en conséquence des conditions matérielles d'hébergement très hétérogènes. Néanmoins, les bâtiments anciens ont été rénovés et sont tous dans un bon état d'usage.

Le bâtiment Soléado pour les adolescents a été inauguré en 2022 (cf. § 10.1.2) ; le bâtiment Les Pertuis qui abrite les unités fermées sectorisées date de 2016 ; le bâtiment Le Rocher (unités Envol et Rocher 2) a été construit dans les années 70 ; l'unité Anne Forestier est la dernière unité d'hospitalisation complète à être hébergée dans un des bâtiments classés datant du début du 19^{ème} siècle.



Vues des bâtiments Anne Forestier, Le Rocher, Les Pertuis et Soléado

Les unités d'hospitalisation ne sont pas toutes de plain-pied ce qui ne favorise pas l'autonomie du patient ; à titre d'exemple, à l'unité Rocher 2, les patients présentant des problèmes de motricité doivent être transférés dans une autre unité.

L'ensemble des unités fermées dispose d'un espace extérieur clos en partie végétalisé, plus ou moins vaste et bien équipé.



Espaces extérieurs des unités Anne Forestier et Ile de Ré

Toutes les unités disposent d'espaces communs (salle à manger, salon de télévision), de salles d'activités et de bureaux d'entretiens correctement équipés. Certaines unités sont dépourvues de local d'accueil des familles (cf. § 6.3.3). Les unités du bâtiment Les Pertuis disposent par ailleurs d'une salle d'activités sportives et d'une salle d'ergothérapie/arthérapie mutualisées.



Salles d'activités sportives et d'ergothérapie/art-thérapie des Pertuis

Le contraste entre les unités d'hébergement est particulièrement marquant en ce qui concerne les chambres. Au bâtiment Les Pertuis – où les trois unités sont de conception identique – toutes les chambres sont individuelles et dotées de sanitaires avec lavabo, douche et WC ; les portes sont équipées de verrous de confort.

Dans toutes les autres unités (à l'exception de l'unité Arc-en-ciel) certaines chambres sont équipées de deux lits. Cette cohabitation est particulièrement compliquée dans les unités Rocher 2 et Envol au regard de la pathologie des patients et des durées d'hospitalisation (cf. § 9.3.2). Dans deux unités (Anne Forestier et Pierre Loti) toutes les chambres ne disposent pas d'une douche. Aucune porte de chambre n'est équipée de verrou de confort, sauf quatre à l'unité Arc-en-ciel. Dans cette unité, les portes de toutes les chambres sont percées d'un large fenestron vitré non occultable qui offre une vue directe sur le lit du patient ce qui porte atteinte à la dignité et à l'intimité.

Les chambres de l'ensemble des unités sont correctement équipées, mais la plupart sont dépourvues de fauteuil. Elles sont lumineuses mais leur aération naturelle est difficilement assurée ; en effet, seule une imposte sous la fenêtre peut être ouverte par le patient. A l'unité Anne Forestier, seuls les soignants peuvent ouvrir les fenêtres.

A l'exception de l'unité Pierre Loti, aucune chambre ne dispose de bouton d'appel, même dans les unités les plus récentes.



Chambres des unités Ile-de-Ré, Envol, Rocher 2 et Anne Forestier

Recommandation 9

Afin de respecter l'intimité et la sécurité des patients, toutes les portes des chambres doivent être équipées de verrous de confort et de boutons d'appel.

Les patients doivent avoir la possibilité d'ouvrir leur fenêtre et d'occulter les fenestrons apposés sur la porte de leur chambre.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la directrice générale précise qu'une partie des fenêtres que les patients ne pouvaient pas ouvrir ont été rendus ouvrables. Pour les autres, un plan est en cours d'élaboration afin de les rendre ouvrables à chaque fois que cela est possible. La possibilité d'occulter les fenestrons reste à étudier. Enfin, il est à noter que des verrous de confort sont en cours de déploiement dans chaque chambre de l'établissement. Sept services ont été équipés, les chambres des quatre derniers services de l'établissement seront pourvues de ce dispositif dans le courant du deuxième semestre 2024.

5.2. LES LOCAUX SONT BIEN ENTRETENUS ET LES PATIENTS DISPOSENT DES MOYENS DE CONSERVER UNE BONNE HYGIENE PERSONNELLE

Les locaux des unités visitées, qu'il s'agisse des chambres ou des parties communes, sont apparus en parfait état de propreté.

Aucun problème de disponibilité des serviettes, draps ou pyjamas n'a été signalé. La blanchisserie du groupement hospitalier de territoire, située à La Rochelle, assure le nettoyage du linge institutionnel.

Les patients disposent tous d'une chambre équipée de sanitaires avec douche, sauf ceux hébergés dans les unités Anne Forestier (6 chambres sur 18 avec douche) et Pierre Loti (6 chambres sur 13 avec douche). Dans ces unités, des locaux de douches collectifs sont accessibles aux patients. La majorité des unités disposent par ailleurs d'une salle de bain collective dotée d'une baignoire. Des kits d'hygiène fournis par l'hôpital sont disponibles dans toutes les unités et distribués aux patients qui en ont besoin.

Le nettoyage du linge personnel est prioritairement assuré par les familles. Le règlement intérieur (RI) du bâtiment Les Pertuis précise : « *Le centre hospitalier n'assure pas l'entretien de votre linge personnel. Il conviendra d'organiser cet entretien avec votre entourage. Néanmoins, un lave-linge et un sèche-linge pourront être utilisés dans le service sous certaines conditions* ». L'ensemble des unités est doté d'un lave-linge et d'un sèche-linge, les patients sans soutien familial peuvent faire laver gratuitement leur linge par les ASH. Les patients au long cours peuvent également faire laver gratuitement leur linge via la société Bulle de Linge. Il est alors marqué, mis en filet et adressé à la société qui le livre propre la semaine suivante. Le recours à ce prestataire extérieur permet de soulager les ASH de cette tâche pour des patients qui généralement disposent d'un stock suffisant de vêtements.

Bonne pratique 1

L'établissement met à disposition des patients un service gratuit de nettoyage de leurs vêtements.

Comme le prévoit le RI de l'hôpital Marius Lacroix : « *Une réserve de vêtements est disponible sur demande pour tout patient dans une situation personnelle ne permettant pas de les renouveler durant le séjour* ».

5.3. LA REGIE NE PERMET PAS DE RETRAITS OU DEPOTS PARTIELS

A l'arrivée dans l'unité, un inventaire des effets du patient est établi, co-signé par le soignant et le patient, en deux exemplaires. Il concerne les biens et les valeurs. Tous les objets à risque (chargeurs, rasoirs, paires de ciseaux, sprays parfums) sont retirés et entreposés dans un casier au nom du patient, dans le bureau des infirmiers. Les objets plus encombrants (valises, sacs) sont stockés dans un vestiaire.

Les armoires dans les chambres ne disposent pas systématiquement de serrure fermant à clé, et, le cas échéant, ce sont les soignants qui détiennent les clés des serrures.

La régie de l'établissement, ouverte du lundi au vendredi, de 9h à 17h, est même accessible pour déposer des valeurs en cas d'arrivée de nuit ou le week-end, avec la mise à disposition d'une boîte

aux lettres sécurisée. Cependant, aucun retrait ni dépôt partiel ne sont autorisés, les valeurs des patients qui le souhaitent y sont entreposées pendant un mois, puis envoyées au Trésor public.

Recommandation 10

Les chambres doivent être équipées d'armoires fermant à clé et les patients doivent être en possession de ces clés. La régie doit permettre les retraits ou dépôts partiels.

Dans ses observations, la directrice générale fait état d'une action en cours afin d'équiper les armoires ou les placards de porte fermant à clefs. Une partie des travaux a déjà été réalisée. Pour ce qui concerne l'utilisation de la régie, il est précisé qu'au bout d'un mois l'argent des patients est déposé auprès de la trésorerie. Des mesures vont être étudiées pour que le patient puisse effectuer des retraits ou des dépôts durant ce premier mois sous réserve d'une autorisation du trésorier de l'établissement.

Si un patient arrive sans moyens de paiement, à la sortie, l'établissement prend en charge son titre de transport jusqu'à son domicile. Si le patient est sans domicile fixe, en liaison avec l'Association Entraide et Réadaptation, une tente ainsi qu'un pécule lui sont remis au moment de la sortie.

Une banque des patients, accessible aux personnes à mobilité réduite (PMR), est ouverte trois fois par semaine, en lien avec l'association d'entraide et de réadaptation (AER) (cf. § 9.1.7), afin de permettre aux patients, via leurs mandataires ou leurs personnes de confiance, d'obtenir régulièrement des sommes d'argent à utiliser à la cafétaria.

Les assistantes de service social (ASS) participent aux réunions cliniques, aux transmissions ainsi qu'aux réunions de staff et sont ainsi au fait de la situation des patients, qu'elles reçoivent individuellement. Elles sont informées de ceux qui auraient besoin d'une mesure de protection et entament les démarches auprès du juge des tutelles.

Il n'y a plus de service de mandataires judiciaires à l'hôpital depuis quatre ans. Les mandataires extérieurs viennent de l'UDAF, de l'Association Départementale des Personnes Protégées, de l'Aide et Protection Tutélaire d'Aunis et Saintonge et quelques-uns sont libéraux. Les mandataires sont associés aux réunions de synthèse et sont partie prenante à la préparation à la sortie (cf. § 9.3.1). Certains assistent aux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD). Les mandataires interviennent principalement pour abonder les comptes des patients, le plus souvent sous forme de bons d'achats auprès des commerçants voisins du centre hospitalier (débits de tabac, grandes surfaces).

5.4. LES REGIMES ALIMENTAIRES SONT ADAPTES AUX PATIENTS MAIS LES GRAMMAGES ONT RECEMMENT ETE REDUITS

6 000 repas sont élaborés chaque jour par la cuisine centrale de l'hôpital Saint-Louis, selon un cycle de quatre semaines. Une diététicienne est affectée à l'hôpital Marius Lacroix.

Outre les menus standards, 17 régimes différents, adaptés aux patients, sont proposés (riche en fibres, diabétique, sans sel, sans gluten, sans lactose, sans cholestérol, hypocalorique, végétarien) en tenant compte des aversions. Les repas peuvent être mixés, moulinés ou à texture particulière. Le patient ne dispose pas de la possibilité de choisir les plats au sein d'un menu, même si le livret d'accueil indique le contraire.

Il n'existe pas de commission « menus » avec les patients à l'hôpital Marius Lacroix. Les observations des patients sur la qualité et la quantité des repas sont collectées de manière informelle « au coup par coup ».

Les repas sont conditionnés et acheminés dans les unités en liaison froide deux fois par jour, et remis en température par les ASH qui respectent un protocole strict. Le petit déjeuner est préparé par les infirmiers. La distribution se fait de manière collective « à la louche », depuis un chariot (hors régimes spécifiques préparés individuellement). Chaque patient pouvant se déplacer se rend auprès des soignants qui servent les repas.

Le petit déjeuner est servi entre 8h et 8h30, le déjeuner à 12h, la collation à 18h et le dîner à 18h30. Les salles à manger sont dans l'ensemble conviviales : les menus y sont affichés, les locaux sont parfois décorés. Les patients s'installent soit librement, soit suivant un plan de table prévu par les soignants.

Si, d'une manière générale, les patients se déclarent satisfaits de la qualité des repas, soignants et patients ont constaté une diminution des grammages depuis début janvier, qui proviendrait de l'application de nouvelles normes nationales ainsi que d'une volonté de l'établissement de lutter contre le gaspillage alimentaire, comme le précise un courriel du 20 décembre 2023. Ceci met en difficulté les soignants lors de la distribution collective, et les patients se plaignent du manque de quantité.

De même, dans les unités d'accueil, la viennoiserie du dimanche matin ou des jours fériés est supprimée. Enfin, les patients arrivants se voient remettre des plats cuisinés (comme ceux servis en garde à vue), sans fruits ni laitages.

Recommandation 11

L'accès à une nourriture suffisante et variée est fondamental pour les patients hospitalisés. Les quantités doivent être maintenues, ainsi que la viennoiserie du dimanche, et les menus des arrivants doivent être équilibrés, cela participe d'une prise en charge digne du patient.

Dans ses observations, la directrice générale précise que pendant la visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, des mesures venaient d'être prises portant sur les repas consommés par les soignants dans les unités, et ce conformément aux recommandations de la chambre régionale des comptes. Ces mesures ont pu temporairement affecter la quantité des repas servis aux patients. Les mesures correctives nécessaires ont été prises. On note toutefois qu'un travail en lien avec la diététicienne de la cuisine centrale se poursuit, afin de continuer l'amélioration des repas servis aux patients.

Quelques repas à thème sont proposés à l'occasion de jours particuliers (Fêtes, Galette des rois, Noël).

Les patients ne sont pas autorisés à garder des aliments non périssables en chambre, mais peuvent les entreposer dans leurs casiers et la distribution se fait sous le contrôle des soignants, pour éviter les fausses routes ou une consommation excessive.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1. LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS, Y COMPRIS EN SOINS LIBRES, N'EST PAS GARANTIE

6.1.1. La sécurisation du site

L'hôpital est implanté dans un vaste parc arboré de 14 hectares clos par un grillage. Doté de bancs et d'équipements sportifs, il constitue un espace idéal pour les promenades des patients, accompagnés ou non de visiteurs ou de soignants.



Vues du parc de l'hôpital

L'établissement dispose de deux accès non contrôlés la semaine pendant la journée ; aucune équipe de sécurité n'est présente sur le site pendant cette période. De 19h30 à 7h et le week-end, seule l'entrée principale, dont la barrière est alors baissée, permet d'accéder à l'établissement sous le contrôle d'un agent de sécurité de l'hôpital ou, en son absence, celui d'une entreprise privée.

Afin notamment de lutter contre le trafic de stupéfiants une petite centaine de caméras de vidéo-surveillance, qui couvrent uniquement les espaces extérieurs et les seuils des unités, ont été installées sur le site ces dernières années.

Une convention santé-sécurité-justice a été signée en 2019 entre le directeur du GH, le préfet de la Charente-Maritime, le directeur départemental de la sécurité publique, le commandant du groupement de gendarmerie départementale et le procureur de la République près le TJ de La Rochelle. Elle vise à renforcer la coopération entre les professionnels des différents services publics afin d'améliorer la sécurité au sein du GH et aborde différentes thématiques, notamment celle des délits commis au sein de l'hôpital.

6.1.2. La liberté de circulation

Le RI de l'hôpital Marius Lacroix dispose : « *La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine et tout est mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit. Il doit être concilié avec la sécurité des personnes accueillies (protection des personnes contre d'éventuelles mises en danger d'elles-mêmes ou d'autrui, protection de la vie collective, sécurité des lieux...) et les obligations médicales liées à la pathologie traitée (soins, examens et activités à médiation notamment). (...) Lorsqu'un patient est en soins libres, le principe est la sortie sur site à tout moment, sous réserve qu'elle soit compatible avec la prise en charge médicale* ».

En pratique, les portes de cinq des onze unités d'hospitalisation pour adultes que compte l'établissement sont fermées alors que toutes accueillent indifféremment des patients admis en SL et en SSC.

Dans les unités fermées, l'accès au parc n'est pas uniquement conditionné à la disponibilité des soignants pour ouvrir la porte. Des restrictions temporelles (ex : autorisation de sortir uniquement une heure par jour), des conditions d'accompagnement (par un proche, par un soignant), voire des interdictions strictes de sortie sont inscrites dans les dossiers des patients, y compris de ceux hospitalisés en SL. Le RI du bâtiment Les Pertuis précise d'ailleurs : « *des autorisations de sortie du service, seul(e) ou accompagné(e), pourront vous être attribuées sur décision médicale* » sans faire aucune distinction entre SL et SSC.

Dans les unités ouvertes, les patients peuvent librement sortir en journée à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, quel que soit leur statut d'hospitalisation. En revanche, les patients en SL qui souhaitent sortir du site de l'hôpital (pour par exemple aller faire quelques achats) doivent obtenir une autorisation médicale préalable alors que seuls les patients en SSC sont légalement assujettis à ce type de contrainte. Cette pratique est d'ailleurs inscrite dans le RI de l'hôpital Marius Lacroix qui précise au sujet des patients en SL : « La sortie du site Marius Lacroix est quant à elle conditionnée à un accord médical tracé dans le dossier au vu des risques pour certains patients ».

Recommandation 12

Les patients doivent pouvoir circuler sans restriction à l'extérieur de leur unité d'hospitalisation. Les éventuelles restrictions, qui ne peuvent être imposées qu'aux seuls patients admis en soins sans consentement, doivent être formellement motivées, justifiées par leur état clinique, strictement proportionnées et adaptées, et régulièrement revues.

Dans ses observations, la directrice générale fait valoir que le souhait réaffirmé de l'établissement est de respecter la liberté d'aller et venir des patients. Concernant les patients en soins libres, la notion de « permission » sera bannie. Il demeure toutefois une nécessité de surveillance médicale rapprochée, en cas de risque suicidaire, notamment. Les restrictions de circulation appliquées aux patients en soins sans consentement respectent les conditions légales. Des mesures seront prises pour que des unités restent ouvertes même pendant les temps de transmission. La question de l'ouverture des services la nuit est à approfondir, car il convient également d'assurer la sécurité des patients.

6.2. LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

6.2.1. Le rythme de la journée

Il n'y a pas d'heure de réveil strictement imposée, mais plutôt dictée par celle du petit déjeuner (8h ou 8h30 selon les unités). Par la suite, les patients doivent quitter leur chambre entre le petit-déjeuner et 10h, afin que le ménage soit fait. L'heure de prise de médicament conditionne également la sortie de la chambre. Hormis pendant ces horaires, l'accès aux chambres est libre.

Lorsque les douches sont collectives, elles sont accessibles librement.

Il n'y a pas *stricto sensu* d'horaire de coucher dans la plupart des unités, mais les patios ferment généralement à 23h. Le coucher peut également être rythmé par la fermeture de la salle TV, souvent à 23h.

6.2.2. Le tabac

La plupart des patients jouissent d'un accès libre au tabac et à un dispositif d'allumage (allume cigares ou briquet électronique), mais les briquets et allumettes personnels sont retirés à l'arrivée. Des mesures de limitation de la consommation peuvent être décidées, notamment pour ceux qui fument de manière excessive ou qui sont vulnérables aux prédatons d'autres patients, ou encore ceux dont le budget ne permet qu'une consommation limitée par jour. Hormis si une prescription médicale l'interdit, les patients peuvent conserver dans leur chambre leur tabac.

Au cours de la nuit, les patios et fumoir sur le palier extérieur sont fermés, interdisant de fait l'usage du tabac jusqu'au lendemain matin.

Deux référents « tabac » sont présents par unité. Une IDE et un psychiatre travaillent en intersecteurs dans l'équipe de soins et de liaison en addictologie et proposent une prise en charge, avec des substituts nicotiques, principalement sous forme de patches.

L'alcool est interdit dans l'enceinte de l'établissement.

6.2.3. Le pyjama

Dans toutes les unités, le pyjama n'est jamais imposé aux patients, sauf s'ils sont placés en CI (cf. § 7.2).

6.3. LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT ENCADREES

6.3.1. L'accès aux moyens de communication

Hormis dans les unités Pierre Loti et Anne Forestier, où la règle est de laisser le téléphone aux patients (sauf contre-indication médicale), dans les autres unités le téléphone est systématiquement retiré à l'arrivée, et remis, sur avis médical, pendant certains horaires ou à la demande. Les appels sont souvent passés depuis le patio ou le parc. Les chargeurs sont conservés, ce qui oblige les patients à remettre aux soignants leur téléphone.

Un point phone est aménagé dans le local des familles, ce qui garantit la confidentialité mais en limite l'accès l'après-midi. Les patients ne disposant pas de téléphone peuvent appeler en demandant au soignant de composer le numéro et de basculer l'appel sur le point phone.

Dans l'unité Pierre Loti, le téléphone est situé sur le palier dans un endroit bruyant et sans confidentialité.

Les unités ne sont pas équipées de Wifi : l'accès à Internet se fait via les smartphones des patients ou via la Wifi de la cafétéria, pour les patients autorisés à s'y rendre. Les ordinateurs sont autorisés en chambre, sans fil.

Il est possible d'écrire et d'envoyer un courrier. Le vagemestre assure la récupération et la distribution des lettres. Des timbres sont en vente à la cafétéria et fournis aux patients indigents au sein des unités. Cependant, ce moyen de communication est peu utilisé.

La presse écrite est inexistante (hormis à Pierre Loti).

Chaque unité dispose au moins d'une télévision dans un espace commun. Les télécommandes sont accessibles sauf à Arc-en-ciel. En revanche, aucune télévision n'équipe les chambres.

Recommandation 13

Les patients doivent pouvoir, selon leur état, disposer d'un accès au téléphone, à Internet et bénéficier de journaux d'information.

Dans ses observations, la directrice générale explique que des accès au téléphone sont prévus dans l'établissement, sur l'unité SOLEADO, et sur les unités d'entrées et les unités fermées. Sauf contre-indication médicale, les patients conserveront l'usage de leur téléphone portable. Certains services proposent un journal quotidien au patient, il est également consultable par tous les patients à la cafétéria. Enfin, un accès internet est possible à la cafétéria sur validation médicale.

6.3.2. Les visites

Les familles sont autorisées à venir, essentiellement l'après-midi dans le salon de visite ou à l'extérieur (parc ou cafétéria) si le patient est autorisé à sortir de l'unité. Dans les unités ne disposant pas de salon d'accueil des familles (Pierre Loti et Anne Forestier notamment), la réservation de la salle dans le bâtiment « Mabilie » permet de se retrouver dans un endroit où la confidentialité est respectée. Cette salle est réservée à cet effet en moyenne deux fois par semaine. Le règlement du bâtiment Les Pertuis, qui abrite les unités fermées, précise que « *la présence de mineurs de moins de 15 ans n'est pas autorisée dans le service* ».

6.3.3. La confidentialité de l'hospitalisation

Un dispositif existe pour informer le standard de l'hôpital qu'un patient est hospitalisé sous anonymat. Le cas échéant, aucune information n'est transmise à l'appelant. Il lui est indiqué que la personne demandée n'est pas hospitalisée dans l'établissement. La recherche de son correspondant par l'automate aboutit au même résultat.

Dans les unités les soignants connaissent la marche à suivre et les informations sont transmises entre équipes pour tout nouvel arrivant.

Cependant, ni le livret d'accueil, ni le règlement de l'établissement n'informent le patient de la possibilité de demander l'hospitalisation sous anonymat.

En revanche, il est fait référence à la protection des données informatiques ainsi qu'à la possibilité, pour le patient, de s'opposer au partage ou à l'échange de données le concernant.

Recommandation 14

La procédure d'hospitalisation sous anonymat doit être détaillée dans le livret d'accueil.

Dans ses observations, la directrice générale annonce que la procédure d'hospitalisation sous anonymat sera détaillée lors de la prochaine révision du livret d'accueil qui interviendra dans le courant du 2^{ème} semestre 2024.

6.4. L'ACCES AU VOTE EST POSSIBLE, MAIS PEU UTILISE

Aucune information ne figure dans le livret d'accueil de la personne hospitalisée concernant le droit de vote.

Des notes d'information, à destination des cadres de santé, rédigées par la direction de l'établissement, précisent, pour chaque élection, la procédure à suivre. Ces notes sont affichées et relayées oralement par les soignants. Dix jours avant l'élection, la liste des patients souhaitant

établir une procuration est arrêtée. Le commissariat de La Rochelle dépêche par la suite un officier d'état civil sur site pour procéder à l'enregistrement de la procuration.

Il a cependant été indiqué aux contrôleurs qu'aucune demande de procuration n'a été déposée en 2022 par des patients admis en psychiatrie.

6.5. L'INFORMATION SUR L'ACCES AUX CULTES EST INEGALE

Le livret d'accueil indique en page 19 que les patients peuvent solliciter la visite d'un représentant du culte de leur choix auprès des cadres de santé, mais cette information ne fait pas l'objet d'un affichage dans toutes les unités (Ile de Ré), ou cet affichage est désordonné (Anne Forestier).

Les coordonnées des représentants des cultes catholique, protestant et musulman sont mentionnées dans le livret d'accueil. Il n'y a pas de référence à d'autres cultes. Le règlement intérieur (RI) de l'hôpital Marius Lacroix précise : *“Tout patient a le droit au respect de la liberté de culte et peut, à tout moment et sur simple demande, être mis en relation avec un interlocuteur du culte correspondant à sa religion ou participer à un office religieux”*.

Un office catholique se déroule un jeudi sur deux à 17h, regroupant en moyenne une quinzaine de personnes à la chapelle. Les patients autorisés à sortir de l'unité par le cadre y sont accompagnés par des soignants. Pour le retour, l'aumônier les ramène dans les unités. L'autre semaine, c'est un temps de prière qui est organisé, concernant entre 3 et 5 patients.

Les messes exceptionnelles (Noël, Pâques) sont organisées dans le gymnase et rassemblent près de 35 personnes. L'aumônier catholique est également présent le mardi après-midi et le mercredi matin et peut se rendre dans les unités sur demande. Des livres ou des textes liturgiques sont fournis aux patients qui en font la demande.

L'aumônier protestant ne vient que sur rendez-vous. Quant à l'imam, il est joignable par téléphone à la mosquée.

6.6. SEULE UNE UNITE SE DISTINGUE PAR UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE QUI SOUTIENT LES SOIGNANTS POUR ABORDER LA VIE EFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS

La dimension d'une vie affective sexuelle des patients pendant le temps d'hospitalisation, et plus globalement leur santé sexuelle, est le plus fréquemment traitée au cas par cas, sans réflexion ni orientation institutionnelle d'ensemble. Les approches sont dès lors diverses voire diamétralement opposées selon les secteurs et filières.

La mise à disposition de préservatifs est possible dans la plupart des unités mais n'est pas facilitée. Aucune unité d'admission ne propose des préservatifs (masculins et féminins) librement accessibles dans le poste de soins lors de la prise des traitements. Et dans certaines unités, personne ne sait où ils sont rangés.

L'interdiction formelle des relations sexuelles et des visites en chambre entre patients, voire du simple contact physique prévaut dans le RI du bâtiment Les Pertuis ainsi que dans les règles de vie de l'unité Soléado pour adolescents. A l'unité Ile d'Aix, les règles de vie ne reprennent pas cet interdit, et cette distorsion, sans réflexion institutionnelle, renvoie chacun à ses représentations personnelles. Ainsi les interlocuteurs des contrôleurs ont pu soit s'en tenir à l'interdit posé par le RI du bâtiment, soit témoigner des échanges qu'ils initient avec les patients lorsqu'ils observent un rapprochement, tout en affirmant que l'hôpital n'est pas le lieu pour l'expression d'une vie affective et sexuelle. D'autres enfin ont affirmé aborder le sujet en entretien avec les patients dans une

approche de santé sexuelle, en expliquant, si nécessaire, comment utiliser un préservatif ou en invitant un patient à s'isoler dans sa chambre s'il souhaitait se masturber.

Dans les unités Jean-Baptiste Pussin et Marguerite Pelletier de la filière de réhabilitation psychosociale, l'interdiction des visites des proches dans les chambres, qui date de la période du COVID-19, a été maintenue, privant ainsi les patients qui le souhaiteraient d'un espace d'intimité avec leur proche, qui plus est en l'absence de verrous de confort aux portes des chambres.

A l'unité Anne Forestier, une réflexion de l'équipe a pu s'engager sur le sujet à la suite de la formation d'une infirmière sur ce thème, et les règles de vie ne mentionnent pas d'interdit à ce propos.

A l'unité Pierre Loti, le sentiment de certains soignants est que la sexualité, « ce n'est pas une préoccupation des patients ».

Chacun affirme en tout cas être vigilant pour que des patients vulnérables ne subissent pas d'agression à caractère sexuel de la part d'autres patients.

L'équipe du service intersectoriel de prises en charges des patients souffrant de troubles autistiques ou apparentés (FISATA) qui accueille des patients au long cours présentant une situation de handicap mental, psychique ou intellectuel (*cf.* § 9.3.2) se distingue par une réflexion partagée et un abord du sujet marqué par son ouverture et son pragmatisme. Face aux pratiques sexuelles de plusieurs patients, l'équipe a réfléchi afin de mettre en place un encadrement de celles-ci. Il s'agit tout d'abord de faire de l'information et de l'éducation à la santé sexuelle, et de s'assurer du consentement des partenaires. Un cadre temporel et spatial a été défini : les relations sexuelles ne peuvent avoir lieu qu'en dehors des plages horaires des activités thérapeutiques, il est nécessaire de prévenir les soignants, le lieu ne peut être que la chambre d'un des partenaires dont la porte et les volets doivent être fermés, la discrétion est de rigueur. Pour un patient ayant des pratiques extrêmes de masturbation, il est prévu l'acquisition de sex-toys adaptés, afin d'éviter qu'il se blesse.

Recommandation 15

Les patients conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle dans les seules limites du droit commun. Cette liberté doit pouvoir s'exercer dans des lieux qui respectent la dignité de tous, qu'il s'agisse d'espaces d'hébergement personnel ou d'accueil des proches. L'établissement doit élargir sa réflexion institutionnelle permettant de mieux prendre en compte la vie affective et sexuelle des personnes privées de liberté.

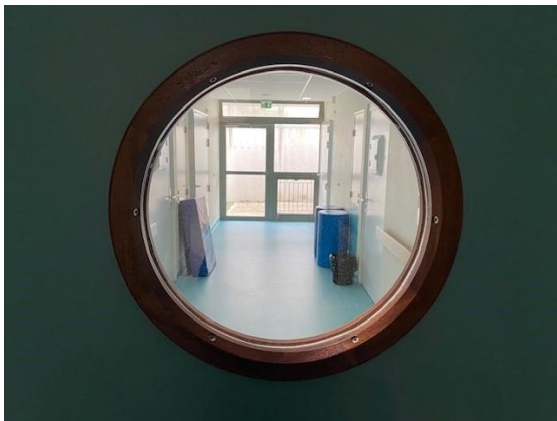
Dans ses observations, la directrice générale indique qu'un groupe de travail et de réflexion sur la vie sexuelle et affective des personnes hospitalisées sera engagé sur le pôle. Cette thématique reste néanmoins un sujet quotidien pour les soignants, dans une structure qui héberge de fait au long cours des patients, dont la plupart ont une orientation médico-sociale et demeure en hôpital psychiatrique par manque de places adaptées. Une mission interne a été engagée sur ce thème afin d'analyser, d'améliorer et d'harmoniser les pratiques soignantes.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1. DES MESURES D'ISOLEMENT SONT PRATIQUEES HORS ESPACE DEDIE

7.1.1. Les chambres d'isolement

L'établissement dispose de six chambres d'isolement (CI) dénommées « chambre de protection fermée » (CPF), situées dans les unités fermées Ile d'Oléron, Ile d'Aix et Ile de Ré qui occupent le bâtiment Les Pertuis. Chaque unité dispose de deux CI et de deux chambres dites « de suite ». L'architecture et l'agencement de la zone d'isolement de ces trois unités sont similaires. De chaque côté du sas se trouvent une CI et la chambre dite de suite, séparées par une salle de bain, accessible de ces deux pièces. Le sas donne également accès à une courette d'aspect carcéral et équipée d'un banc, sauf à l'unité Ile de Ré où il n'a pas été remplacé.



Sas des CI



Courette des CI (Ile de Ré)

Les CI, équipées d'une climatisation réversible et d'un variateur d'intensité lumineuse, sont fermées par une première porte pleine donnant sur le sas, doublée d'une seconde porte équipée d'un large fenestron vitré pour la surveillance. La fenêtre, dépourvue de poignée et de sabot, ne peut pas être ouverte et l'aération de la pièce se fait exclusivement par un système de ventilation mécanique contrôlée (VMC). Le patient ne peut pas de lui-même actionner la lumière dans la chambre. Les CI sont équipées d'un bouton d'appel qui n'est pas accessible en cas de contention, le patient pouvant alors être muni d'un bracelet d'appel d'urgence à condition que les soignants en fassent la demande auprès du service technique. L'horloge avec horodateur n'est pas intégrée mais accrochée entre les deux portes par les soignants uniquement lorsque l'isolement est strict. Au moment du contrôle, toutes les unités ne disposaient pas d'horloges en nombre suffisant. Chaque CI dispose d'une salle de bain librement accessible qui est équipée d'une part, d'une commande lumineuse et d'un bloc sanitaire avec point d'eau de type quartier disciplinaire et d'autre part, d'une douche. Dans l'une des trois unités, du papier toilette est à la disposition du patient alors que dans les autres, celui-ci n'en obtient qu'à la demande ce qui est attentatoire à sa dignité.

Le mobilier de la CI est limité à un matelas de mousse équipé de passe sangles posé au sol, dépourvu d'oreiller et à un pouf haut. Le patient mange assis sur le lit, le plateau posé sur le pouf et sous la surveillance de deux IDE positionnés, selon son état clinique, dans ou à l'extérieur de la chambre. Il dispose de couverts en plastique, parfois uniquement une cuillère, d'une assiette et d'un gobelet en carton. Les affaires dont le patient peut avoir besoin le temps de l'isolement sont stockées dans un placard technique ou posées dans la CI sur le pouf ou par terre.

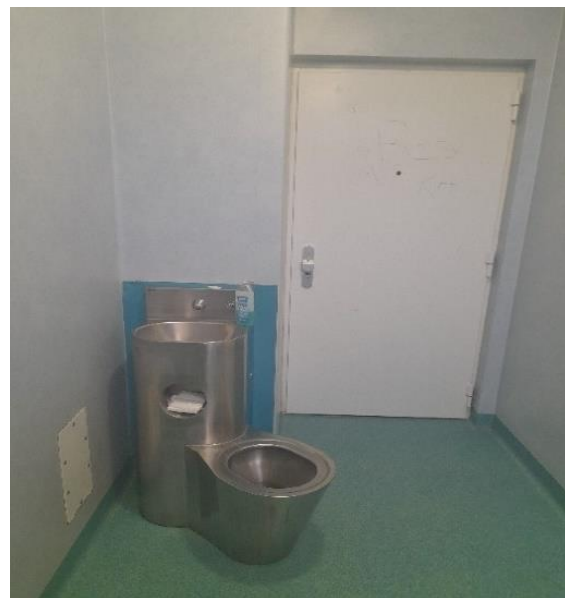
Recommandation 16

Les chambres d'isolement doivent être équipées de bouton d'appel accessible en cas de contention et systématiquement dotées d'une horloge équipée d'un horodateur pour permettre au patient de se repérer dans le temps. Les affaires personnelles du patient doivent pouvoir être rangées dans des conditions dignes.

Dans ses observations, la directrice générale explique que les horloges des chambres d'isolement vont être changées (actuellement, elles donnent l'heure et la date uniquement, mais le patient n'a pas le repère du jour de la semaine), et il sera demandé aux équipes de mettre en place l'appel malade mobile disponible aux services techniques systématiquement, dès lors qu'un patient est contentonné en chambre d'isolement. Enfin une solution de bac de rangement des affaires personnelles des patients sera recherchée.

Les CI sont équipées d'une radio intégrée commandée du sas et du bureau infirmier. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'installation pouvait être défectueuse et constaté dans l'unité Ile de Ré que la qualité du son la rendait inaudible.

Les chambres de suite, initialement exclusivement prévues pour évaluer un patient à la levée de la mesure¹, comportent pour seul mobilier un lit métallique équipé de passe-sangles. Elles ne sont pas munies de bouton d'appel et leur fenêtre ne peut pas être ouverte. Elles sont dépourvues de salle de bain, celle-ci étant partagée avec la CI (voir ci-dessous).



Chambre d'isolement et son bloc sanitaire aux Pertuis

¹ Le projet de pôle de psychiatrie 2021-2025 mentionne que les chambre de suite sont conçues « pour faciliter le traitement et la réhabilitation du patient dans un environnement le moins restrictif possible ».



Une chambre dite de suite

La tension capacitaire que connaît l'établissement (cf. § 4.2.2) emporte plusieurs conséquences pour les patients faisant l'objet de mesures d'isolement :

- Le patient isolé ne conserve pas sa chambre hospitalière le temps de la mesure ;
- Lorsque la mesure est levée, le patient peut attendre dans la chambre de suite qu'une chambre hôtelière se libère et ce, pendant une durée qui peut, selon les soignants, aller de quelques heures à trois jours ; le sas est alors ouvert. En cas d'occupation de la CI attenante, le patient ne dispose pas de sanitaires, sauf à utiliser les WC communs situés face au bureau infirmier ;
- Lorsque les deux CI d'une unité sont occupées, la mesure d'isolement est effectuée dans une CI de l'une des deux autres unités. Le patient est alors « hébergé hors secteur » mais reste suivi par les psychiatres de l'unité d'origine ou du secteur, seuls à même de renouveler ou de lever la mesure ;
- Lorsqu'aucune CI des Pertuis n'est libre, le patient est isolé dans une chambre dite de suite. Ces pratiques ont donné lieu à plusieurs déclarations d'EI².

Déclarations d'EI en rapport avec isolement en chambres dite de suite :

28 mai 2023, Ile de Ré : « Suroccupation des lits avec 3 patients en isolement prescrits or seulement 2 CPF réglementées entraînant mésusage des protocoles et de la sécurité des agents comme du patient (pas de possibilité d'établir une surveillance visuelle sans entrer dans la chambre). Contexte difficile, prises en soins dégradées et manquement aux règles de sécurité ! »

29 mai 2023 : Ile de Ré : « (...) Actuellement quatre patients sont en isolement hors 2 CPF réglementaires avec donc deux patients qui ne bénéficient pas de sanitaire ni de point d'eau pour satisfaire des besoins primaires vitaux, (obligation de fournir des pots de chambre pour leur permettre d'éliminer leurs déchets). Ils ne disposent pas non plus de table d'appoint sécuritaires pour pouvoir manger assis (mise en place de tabourets en plastique au risque que les patients s'en servent comme projectiles), pas de possibilité de surveillance visuelle également. Des conditions indignes ! »

² Les contrôleurs ont consulté la liste des EI pour le premier semestre 2023.

Recommandation 17

L'isolement du patient doit être réalisé en chambre dédiée. La chambre d'hospitalisation du patient isolé doit être conservée pendant toute la durée de la mesure.

Dans ses observations, la directrice générale explique que consigne est donnée à l'équipe de gestion des lits de réserver à chaque admission d'abord une chambre, même en cas de mise en isolement. Toutefois, en cas de tension sur les lits, cette chambre pourra être affectée à un autre patient faute d'autre solution, étant entendu par ailleurs que nous disposons de chambres de suite pour chaque CPF qui peut être utilisée comme une chambre ouverte dans l'unité en attendant la disponibilité d'une chambre.

7.1.2. Les chambres de retrait des unités de la FISETAA

Les unités Arc-en-ciel et Envol disposent chacune d'une chambre dite de retrait et les trois unités de la filière TED/TSA se partagent l'espace *Snoezelen* situé à Arc-en-Ciel.

La « chambre de retrait » de l'unité Arc-en-Ciel est équipée d'un matelas mousse ainsi que d'un sac de frappe. Elle ne comprend ni point d'eau ni sanitaires. La chambre de l'unité Envol qui est uniquement équipée d'un matelas mousse de type Cumbria™ dispose d'une salle d'eau comportant une douche et un bloc WC/lavabo en inox.

Dans ces deux unités, un sas permet l'accès à ces chambres qui sont dépourvues d'accès extérieur, de bouton d'appel et de commandes lumineuses. Elles peuvent servir à accueillir un patient, porte ouverte ou être utilisées porte fermée comme CI pendant des durées en principe limitées à vingt ou trente minutes (cf. § 7.2).



Chambre dite de retrait- Unité Arc-en-Ciel



Chambre dite d'apaisement ou d'hypostimulation – Unité Envol

7.2. LES MESURES D'ISOLEMENT PEUVENT PRESENTER UN CARACTERE PUNITIF AU SEIN DES UNITES DES PERTUIS ET LE LOGICIEL PERMET DE MODIFIER LES HEURES DESDITES MESURES

De façon générale, les pratiques d'isolement restent considérées comme un soin ainsi qu'il ressort des échanges avec les professionnels et des rapports 2021 et 2022 relatifs à l'isolement et à la contention. Si la contention n'est que très rarement utilisée (cf. § 8.3), la recherche des alternatives à l'isolement est très variable selon les unités et pâtit en tout état de cause de l'absence d'espace d'apaisement dans les unités des Pertuis. Dans une de ces unités, il a été indiqué que les techniques

de désescalade étaient systématiquement utilisées et consistaient à privilégier le dialogue, à éventuellement emmener le patient dans la salle de sport commune où un sac de frappe est installé alors que dans les deux autres, il a été essentiellement fait état du recours aux soignants des autres services en cas d'agitation d'un patient. Enfin, dans une autre de ces unités, les mesures d'isolement ne sont pas toujours décidées pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Les contrôleurs ont pu constater, ainsi qu'il leur a d'ailleurs été indiqué, que des mesures prises notamment à l'encontre de patients connus du service pouvaient revêtir un caractère punitif ou de confort pour les équipes. Celles-ci les initient en cas de « passage à l'acte » dont la définition, large, inclut les insultes ou les questions insistantes. En pareil cas, le psychiatre ne se déplace pas et valide la mesure sur simple appel téléphonique des soignants.

Recommandation 18

Le placement en chambre d'isolement doit être envisagé comme une décision de dernier recours après avoir mis en œuvre toutes les alternatives possibles et ne doit en aucun cas être une mesure punitive ou de confort pour les équipes.

Dans ses observations, la directrice générale expose qu'un travail est en cours sur le développement des alternatives à l'isolement. L'objectif de ce travail est de réduire le nombre d'isollements en proposant des alternatives adaptées et en créant un espace d'apaisement dans chaque unité fermée. S'il nous est impossible d'affirmer qu'il n'y a pas eu de mesure punitive engagée dans les unités fermées, il n'en demeure pas moins que ce sujet fait l'unanimité auprès de la communauté médico-soignante comme étant un acte inacceptable.

Hormis ces cas, les décisions de placement en CI sont prises par le psychiatre référent du patient, à défaut par l'un des psychiatres de l'unité ou du secteur présents. Le renouvellement de la mesure est effectué dans les douze heures. Les contrôleurs ont toutefois constaté que le paramétrage du logiciel Crossway permettait au médecin de modifier l'heure au moment de la saisine pour en indiquer une différente de celle à laquelle il a effectivement pris la décision de mise à l'isolement ou la levée de la mesure. Ce procédé, qui s'apparente à un faux, prive le patient isolé d'un contrôle effectif du JLD, celui-ci ne pouvant s'assurer du respect des délais légaux.

Recommandation 19

Le paramétrage du logiciel de gestion du dossier patient informatisé (DPI) utilisé par l'établissement doit être immédiatement revu afin qu'il ne soit plus possible de modifier les heures auxquelles les mesures d'isolement et de contention ont été prises, renouvelées ou levées.

Dans ses observations, la directrice générale explique que le DPI ne permet pas de modifier les heures et dates des prescriptions de placements, ce qui permet une fiabilisation des données. Seuls les certificats et les décisions induites par ces certificats sont à ce jour horodatées manuellement. Enfin, un contrôle est réalisé sur le fichier Excel d'isolement contention par le DIM, en croisant les informations avec le DPI, permettant là aussi un contrôle externe et une conformité à la réalité. Une réflexion est en cours pour acheter un logiciel de suivi des isollements et contention. Si cet achat est confirmé, il permettra de fiabiliser encore davantage cette procédure.

Dans deux des trois unités des Pertuis, le psychiatre voit systématiquement le patient placé à l'isolement le matin et soir. La nuit et le week-end, les décisions de placement ou de renouvellement

sont prises par le psychiatre de garde contacté par téléphone dans l'heure par l'interne de garde ou par les soignants. Les patients placés en CI bénéficient d'un examen somatique effectué par un médecin généraliste.

Les soignants assurent une surveillance horaire, voire plus fréquente, des patients isolés, tracée dans le dossier patient informatisé (DPI).

Le patient isolé est systématiquement mis en pyjama hospitalier.

Recommandation 20

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisé selon l'état clinique du patient plutôt que systématique.

Dans ses observations, la directrice générale explique que des mesures seront prises dans chaque secteur pour que le recours de la mise en pyjama soit moins fréquent et toujours justifié par l'état clinique du patient, notamment en cas de risque suicidaire et de recherche d'objet contendant.

La sortie de la CI peut être réalisée sous un mode séquentiel (repas, heures de sortie dans l'unité) pendant une durée de 24h. Dans l'hypothèse où la chambre de suite attenante est libre, le patient pourra y séjourner, mesure levée et porte ouverte (cf. § 7.1.1).

Les visites des proches ne sont pas autorisées pendant que le patient est isolé. Dans une unité, celui-ci peut être autorisé à disposer de lecture, sauf contre-indication médicale.

A condition d'être accompagné de deux soignants, le patient isolé accède à la courette pour prendre l'air ou pour fumer une cigarette, généralement proposée après les repas et au moment du goûter. Lorsque son état clinique ne permet pas sa sortie de la CI, il peut être autorisé à fumer dans la chambre. L'accès au tabac étant contingenté, des substituts nicotiques sont systématiquement proposés.

Les patients isolés ne font pas tous l'objet d'un débriefing formel pour recueillir leur ressenti à l'issue de la mesure. Cette pratique est néanmoins systématique dans l'une des trois unités des Pertuis.

Recommandation 21

A la levée de la mesure d'isolement, les patients isolés doivent tous faire l'objet d'un entretien spécifique de restitution de leur vécu de cette période, *a fortiori* si la mesure d'isolement a été assortie d'une contention.

Dans ses observations, la directrice générale explique que depuis la visite du Contrôleur général, cet entretien a été mis en place dans certaines unités. L'objectif est de le systématiser.

Tous les patients détenus sont systématiquement placés à l'isolement et y restent pendant toute leur hospitalisation, sans considération de leur état clinique (cf. § 10.2). Ils sont directement acheminés en CI par une porte de la courette donnant sur l'extérieur.

Au sein des unités Arc-en-Ciel et Envol, des mesures d'isolement et de contention peuvent être prises à l'encontre des patients qui, au moment du contrôle, étaient tous en soins libres. Ainsi, à Arc-en-Ciel, un protocole général de mise en retrait établi par le médecin, en concertation avec l'équipe soignante, permet de placer tout patient dans la chambre de retrait, porte fermée, pour une durée maximale de vingt minutes en cas de passage à l'acte (violences physiques commises sur un soignant ou un autre patient) et après échec des techniques de désescalade (médiation,

contention humaine...). Au moment du contrôle, deux patients étaient susceptibles d'être isolés sur ce fondement. Dans ce cas, un soignant reste à proximité de la CI et va voir le patient toutes les dix minutes pour évaluer son état et le faire sortir dès que possible. Dans les faits, la durée de ces isolements oscillerait de cinq minutes à deux heures. Ils sont tracés dans le DPI mais pas dans le registre isolement contention (RIC) (cf. § 7.3). Un troisième patient faisait l'objet, en cas d'insultes et / ou de passages à l'acte, d'une prescription d'isolement si besoin réévaluée hebdomadairement lors de la réunion clinique. Enfin, une patiente souffrant également de TSA et exclusivement nourrie de nuit par sonde gastrique (GPE) qu'elle cherche à arracher, est isolée et contenue depuis au moins trois ans, dans sa chambre hôtelière équipée d'un verrou de confort, sauf pendant la toilette, le change, les activités, les visites de ses proches, les séances biquotidiennes de marche et celles bi-hebdomadaires avec les monitrices-éducatrices dans l'espace *Snoezelen*. Lorsque son état clinique le permet, elle est détachée la nuit, après 22h, une fois la GPE terminée. Au sein de l'unité Envol, une patiente pouvait, au moment de la visite, passer un temps limité en chambre d'isolement en fin d'après-midi lorsqu'elle fait montre d'agitation. Aucune de ces mesures n'est tracée.

Le CGLPL conçoit que la clinique spécifique et distincte de ces patients conduit nécessairement à des protocoles de soins très particuliers qui ne sauraient toutefois échapper à l'application des dispositions légales régissant les mesures d'isolement et de contention.

Recommandation 22

Les mesures d'isolement, voire de contention, décidées et mises en œuvre au sein des unités Arc-en-Ciel et Envol de la filière FISETAA doivent respecter les dispositions légales.

Dans ses observations, la directrice générale fait valoir que les mesures d'isolement, voire de contention, décidées et mises en œuvre au sein des unités Arc-en-ciel et Envol donneront lieu à l'ouverture d'un registre.

7.3. LE REGISTRE, REALISE A POSTERIORI, N'EST PAS EXPLOITE EN CONTINU ET LES UNITES DE CRISE SONT DEPOURVUES D'ESPACE D'APAISEMENT

Le registre d'isolement et de contention (RIC) n'est pas informatisé : le logiciel dont se sert l'hôpital ne comporte pas de module qui permette de gérer l'isolement et la contention et de produire ledit registre de façon automatisée. Pour se conformer aux obligations légales découlant de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi du 26 janvier 2016³ précisé par une circulaire du ministère des solidarités et de la santé du 29 mars 2022⁴, l'établissement tient un tableur Excel rempli chaque soir par le cadre de santé de chacune des unités des Pertuis sur la base des feuillets complétés pendant la journée par les soignants au gré des décisions d'isolement et de contention. Ce système est chronophage et source d'erreur. En outre, sa consultation ne permet pas aux autorités de contrôle, dont le CGLPL, d'avoir un regard d'ensemble sur les mesures d'isolement et de contention pratiquées au sein au sein du pôle de psychiatrie :

³ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴ Instruction N°DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

- Il ne concerne que les trois unités des Pertuis. Les autres unités ne peuvent pas tracer les mesures d'isolement et de contention (cf. § 8.2 et 10.2) ;
- Il ne permet pas de tracer les mesures se déroulant en espace non dédié. Il a ainsi été indiqué que les isolements en chambre de suite n'étaient pas tracés (cf. § 7.1) ; un interne peut être mentionné comme « décideur » de la mesure, sans mention de l'identité du praticien hospitalier qui l'a validée ;
- Il n'est pas possible de déterminer le délai dans lequel le statut d'hospitalisation d'un patient en soins libres au moment où la mesure a été initiée a été transformé.

Recommandation 23

Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, le registre d'isolement et de contention doit permettre de tracer toutes les décisions et comporter le nom du psychiatre ayant décidé la mesure. Il doit en outre permettre aux autorités de contrôle, dont le CGLPL, de déterminer le délai dans lequel le statut d'hospitalisation d'un patient en soins libres au moment où la mesure a été initiée a été transformé.

Dans ses observations, la directrice générale estime que l'intégralité des éléments prescrits par les textes sont respectés.

Des extractions du RIC ont pu être réalisées pour alimenter les rapports annuels isolement et contention 2021 et 2022.

Les données pour les onze premiers mois de l'année 2023 en ont été extraites à la demande des contrôleurs :

Tableau des taux d'isolement et de contention

	Mesures d'isolement			Mesures de contention		Mesures d'isolement et de contention	
	2021	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Nb de patients en SSC ayant fait l'objet d'une mesure	156	129	133	4	6	133	133
% de patients en SSC ayant fait l'objet d'une mesure	42.7%	38.5%	38.8%	1,2%	1.7%	39.7%	38.8%
% de patients ayant eu une mesure parmi l'ensemble des patients	8,4%	7.2%	7.7%	0.2%	0.3%	7.5%	7.7%

Il a été indiqué que le RIC 2022 ne permettait pas l'extraction des taux d'isolement et de contention unité par unité. Pour les onze premiers mois de l'année, 41 % de la file active des patients en SSC hospitalisés dans le secteur I ont été isolés, contre 40 % au secteur II et 52 % du secteur III. Ces chiffres présentent toutefois un biais dans la mesure où ils n'intègrent pas dans la file active des patients en SSC, ceux hébergés dans les unités de réhabilitation et de la FISETA ainsi que les mesures prises aux urgences. En tout état de cause, les taux d'isolement sont plus élevés que ceux habituellement constatés dans la moyenne nationale⁵ qui était en 2021 de plus de 30 % alors que ceux de la contention sont nettement inférieurs à la moyenne nationale de 5 %⁶ malgré une hausse de 0,5 % à surveiller sur les onze derniers mois. Les professionnels ne connaissent pas les chiffres mentionnés *supra* et considèrent tous, isoler peu.

Aucune analyse systématique du RIC n'est rapportée dans les unités contrôlées. Le registre n'est, à ce stade, pas exploité en continu comme un outil de d'évaluation et de réflexion partagée sur les pratiques, au niveau des unités comme de l'établissement en général : il devrait faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque unité.

Recommandation 24

Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre de réduire le recours à ces pratiques.

Dans ses observations, la directrice générale indique que le registre d'isolement et de contention est analysé une fois par an. Dans le cadre de la réflexion en cours sur l'isolement et la contention, des analyses plus régulières seront mises en place.

La politique de moindre recours aux mesures d'isolement et de contention en est encore à ses balbutiements. Pour autant, les professionnels rencontrés sont volontaristes et nombreux d'entre eux se sont inscrits dans l'un des trois groupes de travail créés en 2023. Un des groupes a pour objectif la « réflexion et le développement des alternatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie »⁷. Les axes de son travail consistent à :

- Penser et à proposer des espaces d'apaisement au sein des unités des Pertuis, serpent de mer depuis 2018, désormais obligatoires par la force du décret du 28 septembre 2022⁸, et ce dans un contexte de renouvellement des autorisations en psychiatrie pour l'établissement à l'horizon du mois d'octobre 2024 ;

⁵ V. Coldefy M., Gandré C., « Les SSC et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé* n° 269 - Juin 2022.

⁶ *Ibid.*

⁷ Les deux autres groupes ont l'un pour objectif la mise à jour des procédures d'isolement et de mise sous contention en psychiatrie et l'autre, la réflexion autour des bonnes pratiques professionnelles et élaboration d'une charte du patient hospitalisé à l'hôpital Marius Lacroix.

⁸ Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie, entré en vigueur le 1^{er} juin 2023, codifié à l'article D. 6124-265 du CSP.

- Réfléchir à l'organisation des soins dans le service pour réduire le nombre de mesures d'isolement, notamment en termes de compétences à apporter ainsi qu'à la lumière des techniques alternatives mises à œuvre dans d'autres établissements.

En 2022, 98 soignants du centre hospitalier ont suivi la formation OMEGA⁹ initiale de quatre jours et 45, la journée de recyclage. Cette formation n'a pas été dispensée depuis le début de l'année 2023, remplacée par une formation de gestion et de prévention des situations de violence, également ouverte à tous les professionnels de l'établissement.

Recommandation 25

L'établissement doit développer des espaces d'apaisement et former les soignants aux alternatives aux mesures d'isolement

Dans ses observations, la directrice générale annonce que dans le cadre du dépôt des autorisations d'exercice fin 2024, l'établissement va s'engager à prévoir des espaces d'apaisement dans chaque unité fermée.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1. DEPUIS 2018 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EXERCE PLUS SA MISSION DE CONTROLE

8.1.1. La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP est totalement inconnue des unités de soins.

Selon les renseignements recueillis au service des SSC de l'ARS de la région Nouvelle Aquitaine le dernier arrêté préfectoral portant composition de la CDSP de Charente-Maritime a pris fin en 2018. Cette instance ne s'est, depuis, jamais réunie et n'a exercé aucune des prérogatives que l'article L.3223-1 du code de la santé publique lui confère. Le rapport du précédent contrôle constate que, si la CDSP a effectivement visité l'établissement en 2013, aucun rapport d'activité n'a jamais été transmis au CGLPL.

Toutefois il a été précisé que l'autorité préfectorale, qui se doit de renouveler tous les trois ans l'arrêté de composition de la CDSP, recherche depuis peu des personnes en capacité d'accepter d'exercer leurs fonctions telles que dévolues par la loi. Ainsi un arrêté dont les contrôleurs n'ont toutefois pu obtenir de date, même approximative, de formalisation, devrait rapidement redonner vie à cette instance nécessaire au contrôle des droits des patients en SSC.

Recommandation 26

Le préfet de Charente-Maritime doit procéder tous les trois ans au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres sont aptes à exercer leur mission et en acceptent toutes les obligations. La CDSP doit sans délai être mise en mesure de fonctionner

⁹ Il s'agit d'un programme visant à développer chez l'intervenant du secteur de la santé des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité.

pour reprendre de façon pérenne des visites semestrielles sur l'ensemble des sites de l'hôpital Marius Lacroix autant que ses missions de contrôle.

Dans ses observations, la directrice générale indique que depuis le passage du CGLPL, la CDSP a été constituée par l'autorité préfectorale et intègre un psychiatre de l'établissement.

8.1.2. La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil présente très succinctement le rôle de la CDU. Cette instance qui n'est pas spécifique à l'hôpital Marius Lacroix a été créée le 12 janvier 2006 pour l'ensemble du GH de La Rochelle-Ré-Aunis. Il est à préciser qu'une fiche informative plus complète est à disposition au service des relations avec les usagers autant que sur le site internet du centre hospitalier. Le fonctionnement de la CDU et ses coordonnées sont affichés dans la plupart des unités. Se réunissant, selon les nécessités, en moyenne huit fois par an, elle est régie par un RI datant de sa création mais modifié par l'avenant du 15 décembre 2016.

Les rapports d'activités de la CDU et les comptes-rendus de chaque réunion transmis aux contrôleurs sont particulièrement étayés. Lors de chacune de ces réunions sont traités de nombreux sujets tels notamment les difficultés liées à la situation des effectifs médicaux et para médicaux, les plaintes orales ou écrites et leur délai de traitement, le suivi des événements indésirables graves, les projets des usagers, les dossiers contentieux, la réforme de l'isolement et de la contention avec le suivi de sa mise en œuvre. En sus la commission des usagers a rédigé un projet des usagers, piste de travail pour les années 2024 à 2028 qui, cherchant à renforcer la participation des représentants des usagers, a pour objectif une amélioration globale de la prise en charge de patients.

Les contrôleurs ont constaté la participation active des représentants des usagers à chacune des réunions de la CDU. Outre un représentant des usagers siégeant à la CDU, deux représentants de l'UNAFAM se sont rendus disponibles pour les rencontrer. Ils ont dit être parfois trop peu informés, ou trop tardivement des EIG même si, avec la CME, ils participent sur ce thème à une réunion annuelle animée par la directrice des soins (cf. § 3.4.1), la prochaine étant programmée le 29 janvier 2024. Ils ont indiqué ne recevoir que peu de doléances de la part des patients ou de leur famille qui ne soient solutionnables. Certains d'entre eux ont ajouté regretter que ne soient organisés des temps d'échanges institutionnels dans les unités entre représentants des usagers, patients et soignants pour notamment travailler à l'amélioration de « la bientraitance ».

8.2. LA TENUE DES REGISTRES DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT MAIS LES CONTROLES EXTERIEURS SONT RARES

Ces registres, dits livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des SSC où trois agents sont chargés de gérer l'ensemble des patients admis en SSC et de tenir les registres de la loi. Ce service fait partie de la direction des usagers.

Les registres sont le plus souvent renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC.

D'un modèle standard, ces registres comportent 100 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils sont distincts selon le statut d'hospitalisation et ne sont pas paraphés à l'ouverture par le maire de la commune. Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées par le code

de la santé publique. En effet, les deux mentions suivantes sont totalement ou partiellement absentes du registre : les accusés de réception de notification des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, parfois, les décisions de protection juridique des majeurs.

Les certificats médicaux et l'avis motivé adressé au JLD sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont ainsi pu observer que leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national, font état des voies de recours judiciaire et administrative (devant la CDSP).

Si le dispositif des décisions du JLD est collé, la date de ce contrôle judiciaire n'est pas systématiquement reportée à la rubrique prévue à cet effet.

La consultation de ces registres, qui regroupent sans retard et de façon soignée l'ensemble des pièces relatives aux SSC, permet un contrôle immédiat et aisé sans nécessité d'aller chercher le dossier administratif du patient. Les contrôleurs ont de plus pu constater le visa du procureur de la République, sans ajouts d'observation, en date du 9 décembre 2022. Il leur a été indiqué que sa prochaine visite était programmée avant la fin du mois de janvier 2024. En revanche, il n'a pas été constaté de contrôle des autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé.

Recommandation 27

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le président du tribunal judiciaire de La Rochelle, le préfet de Charente-Maritime, le maire de La Rochelle ou leurs délégués doivent visiter au moins une fois par an l'hôpital Marius Lacroix, contrôler les registres de la loi, la régularité des procédures des soins sans consentement et faire mention de leurs éventuelles observations.

Dans ses observations, la directrice générale indique que ce contrôle est effectué régulièrement par les autorités.

8.3. LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION, BIEN ORGANISE, EST EFFECTIF

Des locaux spécialement aménagés sont affectés à la tenue des audiences sur le site hospitalier de Marius Lacroix. Un fléchage permet de localiser facilement la salle d'audience. Un espace situé dans le bâtiment des unités d'hospitalisation fermées, face au bureau des SSC, est réservé au déroulement de ce contentieux. Outre une salle d'audience, s'y ajoute notamment une salle d'attente, une pièce réservée à l'entretien avec les avocats et des sanitaires. L'audience du JLD se passe dans des conditions de confort propice au climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le mardi et le jeudi. Quarante-vingt-dix audiences ont ainsi été tenues en 2023 au cours desquelles 338 situations ont été examinées.

Soixante-sept patients avaient bénéficié d'une levée de leur hospitalisation entre le moment de la saisine de juge et l'audience.

8.3.1. Les modalités d'organisation de l'audience et son déroulement

Les relations professionnelles entre le bureau des SSC et le greffe du TJ de La Rochelle sont d'excellente qualité. Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et, pour les renouvellements, quinze jours avant l'expiration

du délai de six mois depuis la dernière décision de JLD. Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête mentionne toujours l'identité du tuteur en vue de sa convocation. Les avocats, habituellement désignés au titre de l'aide juridictionnelle disposent d'un dossier complet. La plupart d'entre eux ont suivi une formation spécifique leur permettant ainsi de soulever à l'audience des moyens de nullités procédurales.

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des SSC avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les tuteurs, systématiquement convoqués, se déplacent parfois.

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité des audiences du mardi 9 et jeudi 11 janvier 2024, présidées par une vice-présidente faisant fonction de JLD (la magistrate JLD en titre venant d'être nommée dans une autre juridiction) assistée d'une greffière. Aucune n'avait revêtu d'habit professionnel. L'établissement était représenté par le responsable du service des SSC et le ministère public était absent. La porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats.

Les patients ont été individuellement cherchés par le représentant de l'hôpital et chacun a pu s'entretenir, le temps nécessaire et en toute confidentialité, avec son avocat.

Pour chaque affaire, la magistrate s'est présentée comme « *juge des libertés* », expliquant succinctement son rôle dans le cadre légal. Les patients ont eu tout le temps de s'exprimer, la parole leur ayant été facilitée pour qu'ils puissent faire valoir leur position. L'avocat commis d'office a plusieurs fois conclu oralement à la levée de la mesure.

Les décisions sont le plus souvent rendues immédiatement après un court temps de formalisation de l'ordonnance qui est alors remise au patient sans que ne lui soit données d'explications orales sur la possibilité d'user de voies de recours. Dans les quelques cas où la décision est mise en délibéré elle est transmise par le greffe judiciaire au bureau des SSC qui l'achemine aussitôt dans l'unité du patient concerné où elle lui sera notifiée et remise par le responsable du service des SSC voire si nécessaire par le médecin.

8.3.2. Les décisions rendues

Le contentieux généré par le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement est stable depuis plusieurs années. Selon les statistiques judiciaires du service du JLD et de l'établissement il est de l'ordre de 350 à 400 mesures contrôlées annuellement.

Ainsi, 401 requêtes ont été adressées en 2023 au service du JLD dont 359 concernaient des patients hospitalisés pour des SDDE et 32 faisaient suite à un arrêté préfectoral (SDRE). D'autre part sur l'ensemble des requêtes, dix relevaient de l'initiative du patient hors audience obligatoire.

Le juge a rendu 313 décisions ordonnant le maintien tandis qu'il a levé 20 hospitalisations et ordonné 3 expertises. Il a en outre constaté que sa saisine était devenue, au jour de l'audience, sans objet pour 67 dossiers. Le tableau tenu par l'établissement pour recenser les levées de mesures d'hospitalisation sans consentement fait apparaître que les motifs sont dus à des insuffisances de motivations dans les certificats médicaux, à des délais procéduraux non respectés, à des notifications trop tardives ou insuffisantes quant aux droits des patients.

Les certificats médicaux attestant de l'impossibilité pour un patient de comparaître sont peu nombreux (de l'ordre de 10 %) et fondés, comme l'ont constaté les contrôleurs, par des motivations explicites.

Dix patients ont interjeté appel pour contester la poursuite de leur hospitalisation sous contrainte en hospitalisation complète et la cour a confirmé l'ordonnance du JLD. Quant au ministère public, il a formé deux recours auxquels la cour a fait droit maintenant ainsi l'hospitalisation complète sous contrainte.

8.3.3. La saisine du JLD concernant les mesures d'isolement et de contention

Les modalités de mise en œuvre du contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention, telles que définies par la loi 2022-46 du 22 janvier 2022 et complétées par l'instruction ministérielle du 29 mars 2022, sont synthétisées dans une fiche qui, sous forme de frise, illustre clairement le moment où le juge doit être informé, puis saisi du placement en isolement ou/et de la mise en contention et de la date à laquelle il doit rendre sa décision.

Les statistiques judiciaires font apparaître qu'en 2023 le juge a été saisi 170 fois par l'établissement (jamais par l'entourage du patient ou en auto-saisine) et a prononcé 38 mainlevées (22 %). Les principales causes relevées pour mettre fin à l'isolement sont le manque de précisions dans les motivations des prescriptions d'isolement et de contention, voire le défaut de qualité de psychiatre ayant décidé de la mesure. De plus et surtout, les contrôleurs ont été amenés à constater que le patient isolé ne bénéficiait pas toujours des deux examens médicaux par 24 heures exigés par la loi et que cet élément restait inconnu du juge, rendant alors son contrôle inopérant (*cf.* § 7.2).

9. LES SOINS

9.1. POUR LES PATIENTS ADULTES, L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST INEGAL SELON LES SECTEURS ET LA DIMENSION THERAPEUTIQUE DES ACTIVITES DE MEDIATION INSUFFISAMMENT CONSIDEREE, NOTAMMENT DANS LES UNITES FERMEES

9.1.1. Organisation et moyens

L'organisation des soins psychiatriques repose sur une sectorisation couvrant trois territoires (cf. § 3.1). Chacun des trois secteurs compte un responsable médical. Tous les psychiatres sont des praticiens de plein exercice habilités à établir les certificats médicaux pour les patients en SSC. Les secteurs 1 et 2 bénéficient du soutien d'un interne pour leurs unités.

La présence des médecins dans les unités est raréfiée en raison de l'éclatement de leur emploi du temps entre différentes structures intra et extra hospitalières, comme le révèle par exemple le tableau de présence du secteur 3 remis aux contrôleurs.

La permanence médicale est organisée. Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 8h30 à 12h30, chaque secteur s'assure le concours d'un psychiatre présent dans l'établissement qui se déplace sur appel dans les unités. La nuit de 18h30 à 9h00, les week-ends et jours fériés la continuité des soins repose sur l'interne de garde sur le site et un praticien du pôle, d'astreinte à domicile pour répondre aux besoins de tous les services y compris celui des urgences CAPSUL 17. Environ trente praticiens assurent ces gardes et se déplacent si besoin.

Dans chaque unité, les soignants sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé. Il n'est pas observé de vacance de poste d'IDE à l'exception des unités Ile d'Aix et Arc-en-ciel dépourvues chacune d'un poste avec une tension particulière à Arc-en-ciel où deux IDE en arrêt ne sont pas remplacés.

Dans les services d'admission, Ile de Ré, Ile d'Aix et Ile d'Oléron, on ne compte aucun AS. Seuls les IDE sont en charge des soins : trois le matin, trois l'après-midi, un de journée et deux de nuit (équipes non spécifiques). Dans les unités ouvertes, Anne Forestier, Marchand et Pierre Loti, les IDE sont secondés par des AS, de même dans les unités de réhabilitation psychosociale Marguerite Pelletier et Jean-Baptiste Pussin : le matin et l'après-midi deux IDE et un AS, un IDE de journée et un IDE et un AS la nuit. Les week-ends et jours fériés, en dehors de l'absence d'IDE de journée, les dispositions sont les mêmes.

Les AS interviennent dans les unités ouvertes et sont au nombre de 7 ETP à Anne Forestier et Marchand, 7,70 ETP à Pierre Loti et 19,5 ETP dans les unités de FISETAA auxquels s'ajoutent 3 ETP d'aide médico-psychologique (AMP).

A l'Ile d'Aix, un kinésithérapeute intervient régulièrement dans l'unité.

Les ASS (assistants de service social), 2 ETP aux secteurs 2 et 3 et 1,8 ETP au secteur 1, interviennent à la demande. Des ASS sont également en poste dans les unités de la FISETAA (0,75 ETP pour les 3 unités) et réhabilitation psychosociale (0,8 ETP pour les 2 unités).

9.1.2. L'accès aux consultations médicales, entretiens infirmiers et psychologiques

Aucune unité d'hospitalisation n'a élaboré de projet de service.

A son arrivée dans une unité, le patient est reçu par un IDE et est vu dans les heures qui suivent par le médecin présent ou d'astreinte ou l'interne. Si son état le permet, il lui sera fait une présentation de l'unité, proposé une visite, mais l'attribution de la chambre dépendra des places disponibles.

Chaque patient se voit attribuer un médecin référent de son secteur lors des staffs quotidiens et ceux déjà suivis par un praticien le restent. Il n'y a aucun obstacle pour les patients à changer de médecin s'ils le souhaitent. Les patients sont vus par un binôme psychiatre-IDE. Il n'existe pas d'IDE référent.

Au niveau du secteur 1, malgré la pénurie médicale, les patients sont vus régulièrement en fonction de leurs besoins, tous les jours si nécessaire, selon les témoignages recueillis.

Au secteur 2, dans l'unité Ile d'Aix, les patients sont également reçus en consultation médicale autant que de besoin, plusieurs fois par semaine en présence d'un IDE. Un compte rendu d'observation est rédigé et les observations du patient recueillies et consignées. Les IDE complètent par des entretiens cette prise en charge. Sauf contre-indication clinique, le patient est informé de son statut d'hospitalisation voire de l'identité du tiers par le psychiatre. Les certificats médicaux lui sont remis à sa demande. Le psychiatre reçoit les familles qui le souhaitent dans un bureau au sein de l'unité et systématiquement au huitième jour d'hospitalisation, sauf en cas de risque pour le patient.

Le secteur 3 se caractérise par une faible présence médicale dans les unités Ile d'Oléron et Pierre Loti, ce dont les soignants se plaignent. Dans cette dernière, la première consultation médicale peut n'avoir lieu que plusieurs jours après l'arrivée du patient, comme cette patiente en soins libres qui a dû attendre cinq jours avant de voir un psychiatre. Selon les médecins, les patients sont vus au moins une fois par semaine mais les patients relatent des entretiens très brefs, de quelques minutes seulement. A l'examen du temps de présence des psychiatres dans les deux services pour le mois de janvier 2024, les contrôleurs ont noté la présence d'au moins un psychiatre dix-sept demi-journées, soit huit jours et demi, dont quatre avec deux psychiatres en même temps. De plus, selon les patients, les IDE accaparés par diverses tâches se montrent peu disponibles pour des entretiens. Ceux-ci ne se déroulent que lorsqu'un patient se sent mal.

Les patients des unités Envol et Arc-en-ciel, dotées d'un médecin référent, bénéficient d'une prise en charge psychiatrique extrêmement individualisée, s'adaptant à chaque problématique, même la plus complexe.

Les psychologues des secteurs voient les patients en entretien à leur demande ou sur proposition du psychiatre. A Oléron, le psychologue assiste aux transmissions le mercredi matin.

9.1.3. Le travail d'équipe centré sur les patients

a) Les transmissions, les staffs et les réunions cliniques et de synthèse

Les transmissions se déroulent dans chaque unité à chaque relève d'équipe pendant quinze minutes le matin et le soir et trente minutes le midi.

Tous les matins, dans chaque secteur, se tient un "staff" auquel participent les cadres de santé de l'intra et de l'extra hospitalier, un IDE de chaque unité d'hospitalisation, les psychiatres du secteur et parfois les ASS pour évoquer la situation sociale des patients.

Dans l'unité Ile de Ré, une réunion consacrée à des thématiques médicales (traitements neuroleptiques par exemple) est organisée une fois par mois.

Dans les unités Ile d'Aix et Marchand, ces rencontres se déroulent toutes les semaines et au niveau du secteur 3 Oléron et Pierre Loti, elles sont mensuelles ou bimensuelles.

Dans l'unité Arc-en-ciel, le psychiatre réunit toutes les semaines l'ensemble du personnel (cadre de santé, IDE, AS, ASH, ASS, les deux monitrices éducatrices) afin d'échanger sur l'état clinique de chaque patient et réévaluer leurs traitements et les protocoles individualisés.

Les réunions de synthèse sont l'occasion pour tous les acteurs de la prise en charge des patients (médecin, cadre, IDE, ASS, psychologue, mandataire judiciaire, professionnels de l'ambulatoire, de la structure d'hébergement le cas échéant), d'élaborer un projet de soins ou de préparer la sortie. Au secteur 1, elles se déroulent en présence du patient, au secteur 2, le patient est invité en fin de réunion et au secteur trois, le patient est vu au décours de la réunion.

Aucune unité n'organise de réunions soignants-soignés.

Recommandation 28

Des réunions soignants-soignés doivent être organisées dans chaque unité.

Dans ses observations, la directrice générale expose qu'une réflexion est lancée pour organiser des réunions soignants-soignés dans les services où elles n'existent pas.

b) La supervision et analyse de pratique

Seule l'unité Anne Forestier a bénéficié de trois séances de supervision à sa demande en 2023. Certains soignants, à Ile de Ré notamment, n'en éprouvent pas le besoin et ont interrompu les séances en 2022, d'autres comme à Oléron seraient demandeurs.

Recommandation 29

Des séances de supervision ou d'analyse de pratique doivent être proposées au personnel soignant.

Dans ses observations, la directrice générale fait valoir que la supervision existe dans plusieurs services et notamment en CMP.

9.1.4. Les médiateurs de santé pairs

Il n'existe pas de médiateurs de santé pairs intervenant dans l'établissement, hormis en réhabilitation psychosociale.

9.1.5. L'accès aux traitements médicamenteux

Trois pharmaciens de la pharmacie à usage interne du GH sont affectés au pôle de psychiatrie et en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, un pharmacien de garde répond aux demandes des services y compris les week-ends et jours fériés.

La veille médicamenteuse n'est effectuée que pour les prescriptions concernant les patients à risque ou des traitements à haut potentiel iatrogénique. Les anomalies repérées sont signalées sur les prescriptions informatisées. De même, des alertes sont adressées aux prescripteurs quand les surveillances biologiques ne sont pas effectuées.

La commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux se tient régulièrement : cinq en 2022 et autant en 2023. Les contrôleurs ont eu accès à leurs comptes rendus et ont noté une séance consacrée au protocole Spravato®.

Les pharmaciens participent au programme pérenne d'éducation thérapeutique consacré à la schizophrénie. Il consiste en dix séances hebdomadaires de 1h30, animées en binôme par un IDE et un pharmacien (huit séances) ou médecin généraliste (une séance) ou psychiatre (une séance). Ils forment également les soignants par groupe de douze aux risques iatrogéniques.

Les unités sont livrées en médicaments deux fois par semaine en dispensation globale. Chaque unité a nommé un IDE « référent pharmacie ». Les piluliers sont préparés par les IDE et les médicaments buvables préparés à l'avance à Aix et Oléron contrairement aux recommandations de bonne pratique.

La distribution s'effectue la plupart du temps à l'entrée de la salle de soins porte fermée (Arc-en-ciel) ou ouverte (Ile d'Oléron), les patients attendant leur tour en file dans le couloir, sauf à Ile d'Aix où elle s'effectue dans la salle à manger mais cette pratique devait cesser le 15 janvier 2024. Ces conditions n'offrent pas toujours les meilleures garanties de confidentialité.

Recommandation 30

Les médicaments buvables doivent être préparés devant le patient et la distribution des médicaments s'effectuer selon des modalités respectant la confidentialité.

Dans ses observations, la directrice générale annonce que cette recommandation a été prise en compte.

Enfin dans l'unité Ile d'Oléron, l'enregistrement informatique de l'administration des médicaments est anticipé, la correction éventuelle (non prise du traitement) intervenant *a posteriori*.

Recommandation 31

La traçabilité de l'administration des médicaments doit être effectuée en temps réel sur le logiciel approprié.

Dans ses observations, la directrice générale indique que c'est désormais le cas dans la majorité des services de Marius Lacroix mais que le problème persiste à CAPSUL 17 du fait de la non interopérabilité des logiciels, une réflexion est en cours.

9.1.6. Le dossier médical

Le dossier médical est informatisé (logiciel Crossway®). Toute demande d'accès doit s'effectuer auprès de la direction de l'établissement.

9.1.7. Les activités thérapeutiques

Au sein du pôle de psychiatrie, les activités thérapeutiques sont organisées en service intersectoriel, les ateliers thérapeutiques intersectoriels (ATI), ouverts à tous les patients de l'intra comme de l'extra hospitalier sur prescription médicale. Ils reçoivent le soutien de l'établissement hospitalier pour la mise à disposition de personnel et l'attribution de moyens financiers et de l'association AER qui finance de manière pérenne et occasionnelle sur projet, les secteurs, les inter secteurs, la cafétéria et les ATI. Les locaux hébergeant les ateliers de médiation sont disséminés dans l'enceinte du parc hospitalier et assez exigus. Selon les données de la direction, la dotation de l'établissement

hospitalier pour les activités thérapeutiques s'élève à environ 88 000 euros par an répartis entre les différentes unités fonctionnelles.

a) Les ateliers thérapeutiques intersectoriels

Les ATI regroupent plusieurs propositions thérapeutiques :

Les activités sportives sont organisées par deux IDE à temps plein, un ergothérapeute à mi-temps et un 0,8 ETP d'IDE pour le centre de soins en milieu marin. Les équipements comportent un parcours de santé dans le parc, un grand gymnase, une salle de musculation et tout le matériel nécessaire à la pratique sportive et l'entretien corporel : raquettes pour badminton, ping-pong, trottinettes, tapis etc. Par convention, les patients peuvent également fréquenter la piscine de Chatellaillon, le dojo, ainsi qu'un cirque intérieur à Périgny (financement de l'ARS en 2022 à hauteur de 1 200 euros). De plus, le centre de soins en milieu marin, en partenariat avec le musée maritime de La Rochelle, le cercle Handi Rochelais, accueillent des patients en stage de voile, en compétition de régates, en atelier de restauration de dériveurs anciens.



Gymnase et équipements sportifs



Equipements sportifs

Les ateliers de médiation sont animés par deux ergothérapeutes à temps plein, un IDE à temps plein formé à l'art-thérapie et un psychomotricien à 0,8 ETP. Des artistes se mêlent parfois aux patients

dans les ateliers d'art-thérapie pour la création d'œuvres plastiques. La psychomotricienne reçoit les patients individuellement pour des séances de relaxation et de gestion du stress.



Salle de psychomotricité

Ouverte en 1959, la cafétéria est le lieu privilégié de sociabilité à l'hôpital et elle participe au projet de réhabilitation psychosociale des patients en accueillant quotidiennement cinq à raison d'une heure trente, deux heures chacun pour le service en salle, la tenue de l'épicerie, la préparation du café, la desserte, la vaisselle... Si les locaux appartiennent à l'établissement hospitalier, les consommables, le matériel dont les instruments de musique et la scène, sont la propriété de l'association AER.

Son fonctionnement repose sur une équipe constituée de ETP d'IDE, de deux moniteurs éducateurs à temps plein, d'un ASH à temps plein renforcé à hauteur de 1,3 ETP au moment du contrôle. Elle est ouverte tous les jours y compris les week-ends et la plupart des jours fériés aux horaires suivants : de 14h à 17h les lundis et vendredis, de 10h30 à 12h et de 14h à 17h30 les mardis, mercredis, jeudis, samedis et dimanches.



La cafétéria

Bonne pratique 2

La cafétéria, lieu de sociabilité et de réhabilitation, est ouverte tous les jours de la semaine.

b) L'association d'entraide et de réadaptation

L'Association Entraide et Réadaptation (AER), fondée en 1952, dont tous les patients sont membres de droit, a pour objet d'œuvrer à l'amélioration de leur condition et de favoriser leur réhabilitation psycho-sociale. Elle gère la cafétéria, organise la banque des patients en lien avec les tuteurs et finance des équipements sportifs ou culturels. Elle fournit également des aides directes aux patients pour les séjours thérapeutiques en prenant en charge le pique-nique amélioré, le financement d'activités, les rencontres sportives inter établissements. En 2023, le montant alloué annuellement tant aux secteurs qu'aux intersecteurs, aux activités sportives des ATI, aux HJ et CATTP s'élève à 20 350 euros, ainsi répartis : secteur 1: 1 450 euros, secteur 2 : 1 300 euros, secteur 3 : 500 euros auxquels s'ajoutent 600 euros pour FISETAA , 1 300 euros pour la pédopsychiatrie, 700 euros pour Soléado et Eldorado, 1 000 euros pour la réhabilitation (Marguerite Pelletier et Jean-Baptiste Pussin), 4 200 euros pour les activités sportives, 9 000 euros pour le foyer et la cafétéria (bénéficiaire de 500 à 1 000 euros par an) et 300 euros pour les ATI de médiation.

A cela s'ajoutent des financements exceptionnels attribués sur présentation de projets totalisant 8 097 euros en 2023 avec, à titre d'exemple, l'achat d'une scène modulable pour la cafétéria, d'un poste de télévision et d'une « plancha » pour la réhabilitation, d'un salon de jardin pour Arc-en-ciel , d'un « home cinéma » installé à la cafétéria, de matériel sportif, la location de films, le financement d'un stage de voile en pédopsychiatrie, etc.

Enfin, elle délivre chaque année 8 000 euros aux secteurs pour l'amélioration des repas des fêtes de fin d'année. Au total, l'AER consacre environ 36 500 euros par an à l'amélioration de la condition des patients. Aucune cotisation n'étant exigée, ses recettes proviennent de dons et de subventions. Celle du centre hospitalier d'un montant de 14 000 euros a été supprimée en 2023.

c) L'accès des patients hospitalisés aux activités thérapeutiques

L'accès aux activités thérapeutiques nécessite une prescription médicale motivée davantage par la clinique que par le statut du patient, sauf en unité fermée.

Les activités thérapeutiques organisées par les ATI concernent essentiellement les patients du secteur ambulatoire qui constituent 67 % de la file active versus 33 % pour les unités ouvertes de l'intra hospitalier. Dans les unités fermées, les patients n'y ont quasiment pas accès, en vertu d'un dogme édicté par un ancien chef de pôle (selon les témoignages de cadres et soignants) qui considérait qu'en situation de crise cette approche thérapeutique était vaine.

Toutes les unités sont dotées de postes de télévision, de quelques jeux de société, de baby-foot, de rares livres, de matériel de dessin et de peinture destiné à décorer l'unité lors de fêtes. Il n'existe aucun abonnement à des revues ou journaux, aucun planning d'activités, pas d'office pour les ateliers de culinothérapie. Aucun repas thérapeutique n'est organisé. A Jean-Baptiste Pussin une salle extérieure à l'unité était équipée pour cuisiner mais les difficultés pour y accéder ont eu raison des ateliers de culino-thérapie.

Dans les unités fermées, au moment de leur visite, les contrôleurs ont constaté qu'aucun atelier thérapeutique n'était proposé aux patients, seulement de rares activités occupationnelles, insuffisantes pour tromper leur ferme ennui. De surcroît, très peu sont autorisés à sortir seuls dans le parc, à se rendre à la cafétéria ou aux ATI. Lors du contrôle, dans l'unité Ile de Ré, cinq patients pouvaient sortir seuls dans le parc et un seul se rendre au gymnase pour « entretien corporel ». Dans l'unité Ile d'Aix, six patients en SSC étaient inscrits aux ATI, mais toute sortie de patient même en soins libres nécessitait l'accompagnement d'un soignant.

Recommandation 32

Les patients des unités fermées doivent avoir accès à des activités thérapeutiques, composantes intégrantes du soin psychiatrique.

Dans ses observations, la directrice générale indique que des activités thérapeutiques sont en cours de développement au sein même des services. Par ailleurs, un travail est réalisé avec le gymnase et l'unité des activités thérapeutiques intersectorielles, pour développer ces activités en dehors des services.

Le bâtiment Les Pertuis qui abrite les trois unités fermées est doté d'une salle d'ergothérapie à l'usage des soignants des ATI lesquels peinent à l'investir.

Dans les unités ouvertes, peu d'activités thérapeutiques sont proposées mais les patients sortent davantage sans distinction de statut. Ainsi, à Anne Forestier, onze patients sur vingt fréquentent les ATI. A Pierre Loti, les IDE emmènent les patients randonner deux fois par mois, le psychologue y anime un atelier de photolangage et des séances de pâtisserie sont parfois organisées. Lors du contrôle, huit patients sur 19 (SL ou SSC) étaient inscrits à des activités à l'extérieur de l'unité : ergothérapie, cafétéria.

Dans l'unité Envol, les patients sont inscrits sur un planning d'activités thérapeutiques : asinothérapie, nettoyage des plages, etc.

Dans l'unité Arc-en-ciel, les patients se voient également proposer un éventail d'activités dans l'unité et l'espace *Snoezelen* est ouvert en journée. En revanche, l'accès au jardin n'est possible qu'accompagné d'un soignant. Un moniteur éducateur intervient également dans les unités de FISETAA.

9.2. L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST EXEMPLAIRE

9.2.1. Organisation et moyens

L'hôpital Marius Lacroix dispose d'un service de médecine somatique « le bloc médical » doté de locaux propres et d'une équipe médico soignante spécifique.

L'équipe est constituée de :

- 5 médecins généralistes pour 3 ETP intervenant aussi à la MAS et en gérontopsychiatrie ;
- un chirurgien-dentiste à 0,6 ETP, présent les lundis, mardis et mercredis (0,30 ETP non pourvus) ;
- IDE (2,8 ETP) qui font les électrocardiogrammes (ECG) et les électro-encéphalogrammes (EEG), sont formés à l'assistantat dentaire et se déplacent parfois dans les services pour effectuer des gestes techniques mettant en difficulté les IDE en psychiatrie, comme poser une voie veineuse ;
- deux secrétaires dont l'une pour CAP Soins 17¹⁰ ;
- une pédicure podologue à temps plein ;

¹⁰ CAP Soins 17 est une offre complète de soins somatiques destinée à la population du territoire souffrant de pathologies psychiatriques installée dans les locaux du « bloc médical » avec un accès à son plateau médicotechnique.

- une diététicienne à temps plein ;
- un kinésithérapeute à temps plein (un poste vacant) ;
- un manipulateur en radiologie à 0,8 ETP.

Le bloc médical est installé dans des locaux rénovés, très propres et agréables et comporte un poste d'accueil pour deux secrétaires, quatre cabinets de consultation médicale, plusieurs espaces d'attente selon les professionnels à consulter, un cabinet d'odontologie, une salle de radiologie, un cabinet de pédicure-podologue, une grande salle de kinésithérapie, un bureau pour la diététicienne, une salle d'EEG et une salle d'ECG.

Les sacs à dos d'urgence présents dans les unités sont vérifiés régulièrement.

9.2.2. L'accès au médecin généraliste

Les médecins généralistes sont présents dans l'établissement de 9h à 18h30 du lundi au vendredi et de 9h à 12h30 le samedi. Sur ces temps de travail, chaque praticien intervient une demi-journée par semaine dans les unités dont il est le référent pour les prises en charges non urgentes, les consultations de suivi, quand un autre praticien se charge de répondre aux demandes non programmées voire urgentes de toutes les unités. Les nuits du lundi au vendredi de 18h30 à 9h, les week-ends, à partir de 12h30 le samedi jusqu'à 9h le lundi et les jours fériés, les besoins en soins somatiques sont couverts par l'interne de garde en psychiatrie ou en médecine générale. Les patients sont vus également en consultation dans les cabinets médicaux du « bloc médical ». L'un des praticiens, formé en gynécologie, assure le suivi gynécologique des patientes tant pour la réalisation d'exams de dépistage des cancers (frottis cervico-vaginaux, mammographie) que la contraception ou le suivi des grossesses. Les médecins proposent le dépistage de maladies infectieuses dont les infections sexuellement transmissibles et veillent au statut vaccinal des patients. Les vaccinations sont effectuées par les IDE pendant l'hospitalisation.

Tous les arrivants dans les unités sont vus en consultation, dans les 24h pour les patients en SSC et dans la semaine pour les autres sauf urgence. Les médecins se déplacent pour examiner les patients placés en isolement voire contentionnés et participent à la réflexion engagée sur les alternatives à l'isolement et à la contention. Ils dispensent des formations aux internes en psychiatrie sur les morbidités affectant les patients psychiatriques, la iatrogénicité des traitements et les protocoles de surveillance à mettre en œuvre. Ils ont également formé les soignants aux risques et à la prévention des fausses routes, potentiellement létales, mais la prise en charge des patients atteints de troubles de la déglutition, une fois le bilan réalisé à Saint-Louis, se fait attendre, faute d'orthophoniste.

L'évaluation de la douleur est systématique, à l'aide d'une échelle verbale simple le plus souvent. Elle fait partie du bilan d'entrée et est tracée sur le DPI (logiciel Crossway®). Une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), rattachée au centre hospitalier Saint-Louis, intervient à la demande dans les unités d'hospitalisation. Les traitements substitutifs aux opiacés et au tabac sont prescrits.

9.2.3. L'accès aux praticiens spécialisés

L'accès aux soins dentaires au sein du bloc médical se fait dans un délai de six semaines en moyenne, mais en cas d'urgence le jour même. Les prothèses sont réalisées par un prothésiste à partir des empreintes prises par le chirurgien-dentiste et, selon les praticiens, les familles et mandataires judiciaires ne rechignent pas à régler les factures.

Les consultations spécialisées de MCO se déroulent au CH Saint-Louis. Il n'est pas fait état d'ostracisation des patients qui s'y rendent toujours accompagnés de soignants. Toutefois, les difficultés à obtenir un moyen de transport pour conduire les patients de Marius Lacroix à Saint-Louis peuvent entraîner des pertes de chance pour les patients, en raison d'examens ou consultations qui doivent être annulés et reportés. En effet, le GHT ne dispose plus de service ambulancier propre et fait appel à des prestataires privés dont l'intérêt financier prime sur celui du malade et il n'est pas rare qu'un transport programmé soit annulé si une course plus rémunératrice s'annonce (cf. § 4.1.2).

Recommandation 33

Les transports des patients entre l'hôpital Marius Lacroix et l'hôpital Saint-Louis doivent être rapidement améliorés pour réduire les temps d'attente et éviter les annulations de consultations ou d'examens médicaux des patients.

Dans ses observations, la directrice générale explique multiplier les contacts avec l'ARS et la CPAM pour tenter de résoudre le problème du recours aux ambulances privées qui impacte toutes les structures publiques et privées du département.

9.2.4. L'accès aux professionnels et dispositifs paramédicaux

Un manipulateur radio effectue toutes les radiographies standard qui seront par la suite lues par les médecins généralistes et télétransmises à un radiologue du CH St Louis ou d'une plateforme médicale.

La pédicure-podologue reçoit sur rendez-vous et se déplace aussi dans les services sous un délai d'une semaine environ. Elle est équipée de matériel lui permettant de réaliser des orthèses plantaires.

Le kinésithérapeute prend en charge les patients sur prescription médicale mais ne peut répondre tous les besoins en raison de la vacance d'un poste.

La diététicienne reçoit des patients en entretien et collabore avec la cuisine du CH Saint-Louis pour l'élaboration des régimes alimentaires. Selon l'équipe du bloc médical, la direction lui a imposé de réduire les grammages (cf. § 5.4 et recommandation).

Certains opticiens et audioprothésistes se déplacent au bloc médical pour fournir aux patients les dispositifs dont ils ont besoin, lunettes de vue ou appareils auditifs.

La pédicure-podologue est équipée de matériel permettant la confection d'orthèses plantaires.

9.2.5. L'accès aux examens complémentaires

Les prélèvements biologiques sont effectués par les IDE et transportés par coursier au laboratoire du CH Saint-Louis. Les résultats sont délivrés sur le DPI. Les ECG sont faits systématiquement à l'entrée et demandés lors d'un changement de traitement par psychotropes. Les psychiatres sont informés qu'ils doivent en prescrire un.

L'imagerie médicale, échographie, scanner, IRM, s'effectue au CH Saint-Louis sans difficulté d'accès supérieure à celle des autres patients.

9.2.6. Le lien avec les équipes de soins psychiatriques

Le médecin responsable du « bloc médical » participe aux Comédims¹¹ et chaque praticien assiste aux réunions cliniques des unités sans compter les échanges avec les psychiatres et les soignants lors des passages dans les services.

9.2.7. L'activité

En 2023, le bloc médical a pris en charge 794 patients hospitalisés. Les médecins ont effectué 1 501 consultations longues d'admission.

L'activité médicale et paramédicale en matière de soins somatiques est exposée dans le tableau suivant :

Nombres d'actes	2021	2022	2023
Consultations médecine générale	8583	6966	6227
Coordination pour avis spécialisé	827	959	1025
Lecture d'examen	3539	2468	2962
Consultation et soin de pédicurie	1075	989	1010
Consultation et examen podologique	81	100	80
Consultations d'odontologie			490

9.2.8. Les directives anticipées et la fin de vie

La procédure consistant à recueillir les directives anticipées des patients n'est pas instaurée. Les lits de soins palliatifs sont situés à Marlanges. Une équipe du CH de Saint-Louis se déplace le cas échéant pour accompagner les patients en fin de vie, leurs proches et les soignants.

9.3. LES EQUIPES SOIGNANTES PREPARENT ACTIVEMENT LA SORTIE DES PATIENTS

9.3.1. La préparation à la sortie dans les unités d'admission

Les permissions de sortie de moins de 12 heures accompagnées ou de plus de 48 heures non accompagnées des patients en SSC sont rapidement organisées dans les unités d'admission, y compris pour les patients en SDRE, dont l'autorisation préfectorale se fait sans difficultés notables. Lors des sorties accompagnées, le personnel assure ces accompagnements si la famille ne le peut ou n'est pas présente. Il est à relever qu'en 2023, 73 % des patients en SSC ont bénéficié de permissions de sortie.

Les programmes de soins (PDS) sont uniquement et entièrement réalisés en ambulatoire.

Le préfet demande fréquemment un deuxième avis médical lors d'un projet de PDS pour un patient en SDRE.

Les patients en SDDE pour lesquels la sortie, faute d'hébergement adéquat, est retardée, voient autant que possible leur statut d'hospitalisation transformé en SL, ce que les contrôleurs ont pu constater lors de leur visite à l'unité Ile d'Aix.

¹¹ Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

L'organisation du collège des soignants, telle que prévue à l'article L.3212-7 du CSP, n'est pas mise en œuvre.

Recommandation 34

Le collège des soignants, tel que prévu à l'article L.3212-7 du CSP pour réaliser une évaluation médicale approfondie de l'état mental d'un patient en soin sans consentement depuis plus d'un an, doit se réunir et recevoir le patient, recueillir ses observations et les tracer.

Dans ses observations, la directrice générale expose que cette recommandation va être prise en compte.

Dans toutes les unités, les ASS sont intimement associées à la préparation à la sortie. Ne souffrant depuis peu d'aucun poste vacant, elles sont organisées en binôme dans chaque secteur, et se partagent les patients selon les adresses de ceux-ci. Elles interviennent ainsi tant à l'intra-hospitalier qu'en ambulatoire en suivant de bout en bout les patients dont elles sont référentes. Elles sont présentes aux staffs des équipes et aux réunions cliniques. Lors de ces réunions, l'équipe soignante ambulatoire est systématiquement représentée, ce qui garantit l'articulation entre l'intra et l'extra hospitalier. Au secteur 1, le point social de chaque patient hospitalisé est préparé par les IDE pendant le week-end précédent la réunion du staff « médico-social ».

Les mandataires judiciaires, avec lesquels les ASS maintiennent l'alliance autour du patient, sont associés aux réunions de synthèse concernant leurs protégés. Un partenariat institutionnel reste toutefois à reconstruire entre l'établissement et les associations de mandataires.

Pour faciliter la préparation à la sortie, les secteurs 2 et 3 disposent de 22 places en appartements thérapeutiques (alternative à l'hospitalisation) ou relais. Faute d'accueil familial thérapeutique, l'accueil familial social (AFS)¹² est utilisé.

Le partenariat noué par la cadre socio-éducative et son équipe avec l'ASS de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est un puissant facilitateur pour l'avancée des orientations MDPH des patients en demande de places dans le secteur médico-social. Si le département dispose de 233 places dans des établissements médico-sociaux agréés handicap psychique (avec un taux d'équipement très légèrement supérieur au taux régional, et équivalent au taux national)¹³, l'accès à ces places pour les patients en sortie d'hospitalisation reste très limité (cf. § 9.4).

Des patients âgés seraient susceptibles d'être accueillis en EHPAD, mais le champ de la prise en charge des personnes âgées est encore frileux à l'accueil de ce type de public et des freins administratifs peuvent bloquer leur accès. Ainsi une patiente ne peut intégrer la place qui lui est proposée du fait qu'elle ne dispose pas d'un médecin traitant. Une recherche a été faite auprès de tous les médecins généralistes du territoire, jusqu'ici sans succès.

¹² Différent de l'accueil familial thérapeutique (AFT), l'admission en AFS se fait sur décision du conseil départemental dans des familles rémunérées par celui-ci, contrairement à l'AFT où les familles sont employées par l'hôpital.

¹³ Source : <https://handidonnes.fr/>

Pour faciliter l'accès des patients qui le nécessitent aux places d'hébergement social, la cadre socio-éducative et les ASS se relaient pour siéger à la commission d'orientation du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO 17).

Quant à l'accès au logement des patients, il vient trop souvent buter sur les contraintes liées à un territoire touristique sur la frange littorale où la tension locative est forte, d'autant que l'établissement n'a pas encore construit de relations partenariales avec les bailleurs sociaux.

Pour faciliter le maintien à domicile des patients en sortie d'hospitalisation et venir en soutien des équipes de l'extrahospitalier, un nouveau dispositif d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation était en train de se mettre en place au moment de la visite du CGLPL, il s'agit de doter chacun des trois secteurs d'une entité de « soins psychiatriques intensifs à domicile » (SPID) composée d'un IDE à 0,8 ETP. Ce dispositif en cours de déploiement semble ne pas encore avoir reçu sa reconnaissance au sein de la communauté hospitalière dont certains relèvent qu'il s'agit d'une hospitalisation à domicile (HAD) sans les moyens qui y sont normalement dévolus.

9.3.2. Les unités spécifiques accueillant des patients au long cours

Au 1^{er} janvier 2024, 37 patients sont hospitalisés depuis plus de 270 jours, et 13 patients depuis plus de 180 jours et moins de 270 jours. Parmi ces 50 patients, 39 sont accueillis dans des unités de patients au long cours. Un important travail d'accompagnement à la sortie des patients au long cours a été accompli depuis quelques années, puisqu'au 31 décembre 2021 103 patients au long cours étaient présents dans l'établissement.

La filière FisetAA développe des liens étroits avec le champ médico-social : la MAS de l'établissement, mais également les structures d'hébergement de l'association Emmanuelle qui s'est spécialisée dans l'autisme et le handicap psychique, et d'autres structures dans et hors du département. Plusieurs patients y bénéficient d'un accompagnement en journée en accueil temporaire. Une équipe mobile d'évaluation, d'intervention et de coordination (EMEICo) à laquelle participent 12 professionnels de la FisetAA, mise en place en 2021, facilite ces liens, en venant en appui des équipes médico-sociales qui accueillent les patients de la FisetAA.

Ainsi à l'unité Envol, trois patients qui ont une orientation vers un foyer de vie/foyer occupationnel / foyer d'accueil médicalisé et un quatrième vers une MAS bénéficient d'un accueil temporaire dans une structure médico-sociale plusieurs jours par semaine, dans la limite de 90 jours / an. Pour certains, cet accueil temporaire dure depuis longtemps sans avoir encore pu obtenir une admission définitive.

Un patient dispose d'un plan d'accompagnement global (PAG) organisé par la MDPH (dispositif destiné aux personnes en situation complexe de handicap) qui permet un accompagnement individualisé 5 jours par semaine par un moniteur-éducateur, en plus de l'équipe soignante. Deux patients (au moins) sont dans l'attente d'un dispositif semblable, par l'intermédiaire d'un pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE).

Un projet de réorganisation de la FisetAA est en cours d'élaboration, du fait de l'ouverture prochaine d'une nouvelle MAS, gérée par l'établissement, dotée de 50 places (en lieu et place de la MAS existante, dotée de 25 places). Dans cette MAS trouveront place les patients de l'unité Arc-en-Ciel.

La filière de réhabilitation psychosociale a été mise en place en 2021 pour accueillir hors des unités d'admission des patients stabilisés au long cours et accompagner leur sortie vers du logement accompagné ou une structure médico-sociale. Elle est composée de deux unités d'hospitalisation à

temps plein : Jean-Baptiste Pussin et Marguerite Pelletier qui disposent d'un total de 39 lits, et d'une équipe ambulatoire CapRéhab.

Les unités d'hospitalisation ouvertes accueillant des patients en SL et en SSC (dont, ce qui est remarquable, des patients en SDRE) ont un fonctionnement somme toute classique, et la démarche de réhabilitation psychosociale n'est pas encore véritablement en place : les équipes soignantes ont bénéficié d'une première formation en matière de réhabilitation psychosociale. Depuis 18 mois, un appartement de réhabilitation au sein de l'hôpital permet les mises en situation, de quelques heures à quelques jours, pour des patients évalués et avec un projet de sortie.

De l'avis des professionnels rencontrés, le projet n'est pas encore pleinement déployé. A l'exception d'une cadre de santé, il ne dispose pas encore de figures professionnelles susceptibles d'appuyer l'approche de réhabilitation psychosociale (neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, médiateurs de santé pairs, infirmiers en pratique avancée...) ; le temps de psychiatre (0,40 ETP pour les deux unités) est faible ; le nombre de lits des deux unités est trop important et le projet doit évoluer vers une seule unité d'hospitalisation et une unité de réadaptation et d'orientation ambulatoire. De plus, la pression capacitaire sur les unités d'admission des secteurs conduit les deux unités à accueillir en permanence des patients entrants (six patients au jour de la visite), ce qui contribue à freiner la mise en œuvre du projet de réhabilitation psychosociale.

Malgré l'engagement de l'établissement dans la structuration et l'évolution de ces deux filières, certains patients au long cours sont encore pris en charge de façon inadéquate dans des unités d'admission, tandis que des patients entrant et nécessitant des soins intensifs sont accueillis de façon tout aussi inadéquate dans les unités de la filière de réhabilitation psychosociale. L'évolution des projets de ces deux filières doit permettre de redonner de la fluidité dans les capacités d'accueil des unités d'admission et de construire des parcours de réhabilitation psychosociale pour les patients en situation complexe.

9.4. LES PROJETS DE SOINS SONT INDIVIDUALISES MAIS LE CONSENTEMENT DU PATIENT INSUFFISAMMENT RECHERCHE

Le patient, pas plus que sa personne de confiance ni sa famille, ne sont associés aux réunions de staff ou de synthèse sauf dans les unités de la filière de réhabilitation psychosociale Jean-Baptiste Pussin et Marguerite Pelletier (cf. § 9.3.1) qui élaborent le projet et le contrat de soins conjointement entre l'équipe soignante et le patient.

La notion de personne de confiance est diversement connue selon les unités et les soignants confondent fréquemment « personne de confiance » et « personne à prévenir ». Le formulaire permettant au patient de désigner sa personne de confiance est systématiquement (Ile d'Oléron) ou parfois (Ile de Ré, Pierre Loti) proposé lors de l'entretien d'accueil. Mais si l'état clinique du patient à son arrivée ne le met pas en état de le faire, cette démarche ne lui est pas reproposée. Surtout, la personne désignée par le patient n'est pas contactée pour confirmer son accord.

Recommandation 35

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être systématique, dès que l'état du patient le permet. Celle-ci doit être contactée pour exprimer son accord puis être associée aux soins.

Dans ses observations, la directrice générale expose qu'un travail a été lancé pour faciliter la désignation d'une personne de confiance dans les services.

Les traitements médicamenteux sont distribués de façon confidentielle dans le poste de soins, y compris à l'unité Ile d'Aix où la distribution en salle à manger qui prévalait avant la visite du CGLPL a été modifiée au cours de cette même visite. On notera cependant qu'à l'unité Ile de Ré la porte du poste de soins reste ouverte, ce qui ne garantit pas la confidentialité.

Les directives anticipées en psychiatrie ne sont pas mises en œuvre, et parfois pas connues des soignants qui les confondent avec les directives anticipées de fin de vie.

Dans l'ensemble des services, les médecins prescrivent des psychotropes injectables « si besoin » sans que les contrôleurs n'aient pu obtenir de précisions sur la nature et le nombre de molécules réellement administrées aux patients. Le motif indiqué pour ces prescriptions est identique : « si agitation et refus du traitement per os ». L'administration de ces traitements injectables est réalisée par les IDE, au mieux après échange téléphonique avec un médecin, sinon le médecin n'en sera informé que lors de sa venue dans l'unité.

Recommandation 36

Seul un médecin, après examen du patient et après avoir recherché son consentement, peut décider en dernier recours de la nécessité de l'administration non consentie d'un médicament eu égard à la sévérité du tableau clinique.

Dans ses observations, la directrice générale annonce que cette recommandation a été prise en compte et que l'intervention d'un médecin sera désormais systématique.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1. DEUX POLES DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE STRUCTURENT L'OFFRE DEPARTEMENTALE

Au sein du département de la Charente Maritime, la prise en charge psychiatrique des mineurs repose sur deux intersecteurs, celui de pédopsychiatrie et celui de l'adolescent.

L'intersecteur de pédopsychiatrie accueille les enfants de 6 à 12 ans (et exceptionnellement des enfants plus jeunes) avec de nombreux dispositifs de soins ambulatoires à La Rochelle sur l'hôpital Saint-Louis (CAMSP¹⁴, CMEP-E¹⁵ et CATTP¹⁶) comme sur Marius Lacroix (UHE¹⁷ et un CATTP), sur la ville de Rochefort (CMP-E, CATTP, UHE de jour) et depuis 2022, deux équipes mobiles complètent le dispositif.

L'intersecteur adolescent accueille les jeunes de 12 à 18 ans et dispose également d'une palette de prise en charge sur la Rochelle (une unité d'hospitalisation complète, un CMP, un CATTP et un hôpital de jour), sur Rochefort (un CMP et un CATTP), sur Marennes (un CMP et un CATTP) et sur Saint-Pierre-d'Oléron (un CMP).

Les interactions entre l'hospitalisation à temps plein et les différents acteurs de la prise en charge des enfants et adolescents sont en place.

10.1.1. Plume Grand-bleu, unité d'hospitalisation complète des enfants de 6 à 12 ans

Cette unité est ouverte du lundi au vendredi et certaines semaines des vacances scolaires. Elle peut accueillir neuf enfants par demi-journée et sept la nuit (six places et une place d'urgence). Sa file active était de 83 en 2022 et de 62 en 2023. Il s'agit d'une unité d'observation, d'urgence et de situation crise. Elle a été remodelée en 2022, dans le cadre d'un projet sélectionné et accepté par l'ARS pour « encore mieux s'adapter aux tableaux cliniques des enfants ». Elle accueille des enfants dits « en phobie scolaire » dès l'école primaire, des enfants atteints d'idées suicidaires envahissantes et/ou auteur de tentatives de suicide ou ayant des difficultés sociales fortes. Les patients accueillis sont tous en soins libres, hospitalisés à la demande des détenteurs de l'autorité parentale ou du représentant légal. L'autorisation écrite est recueillie auprès des deux parents.

La plupart des hospitalisations sont programmées avec une visite de préadmission, néanmoins il existe un lit d'accueil d'urgence. Dans environ 80 % des cas les patients proviennent des CMP, dans 15 % des cas du service des urgences de l'hôpital et dans 5 % d'une provenance autre (par exemple un cabinet libéral). La prise en charge a lieu sur 8 semaines (avec ou sans nuit pour la première semaine d'hospitalisation du lundi au vendredi) puis un jour par semaine pendant 7 semaines. Lors des consultations avec le pédopsychiatre et les autres soignants, il y a une réévaluation de la symptomatologie. Il n'y a pas de projet de soins contractualisé avec l'enfant et la famille, celui-ci est évolutif. L'équipe rencontre ou fait un point avec la famille chaque semaine et une visite à domicile

¹⁴ Centre d'action médico-sociale précoce.

¹⁵ Centre de consultation médico-psychologique pour enfants.

¹⁶ Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

¹⁷ Unité d'hospitalisation pour enfant.

est systématique. A l'issue des huit semaines, une synthèse est effectuée et une restitution est réalisée auprès des parents et des professionnels qui suivent le jeune à l'extérieur.

a) Les ressources humaines

Les effectifs de l'unité sont de 0,6 ETP de praticien hospitalier, 9,6 ETP d'IDE, 1,8 ETP d'ASH, 0,5 ETP de psychomotricien, 0,5 ETP d'orthophoniste et 1 ETP d'enseignant spécialisé.

Les équipes sont encore en attente que soient débloqués par l'hôpital les fonds, pourtant transmis par l'ARS dans le cadre du projet de soin sur le psycho-traumatisme de l'enfant, prévoyant d'embaucher 0,5 ETP de psychologues et 0,5 ETP de neuropsychologues. Le dispositif de recrutement n'est pas fluide avec les services de l'hôpital. Si un cadre de l'hôpital assistait avec l'équipe aux entretiens d'embauches pour répondre aux questions salariales et administratives du candidat, cela ne pourrait qu'améliorer la procédure.

b) La prise en charge des mineurs hospitalisés

i) Les locaux

Les locaux sont vétustes et inadaptés, ils nécessitent aujourd'hui des travaux d'envergure. Dès 2019, un projet avait été ébauché pour assurer une meilleure prise en charge des mineurs, avec les responsables travaux de l'hôpital et une estimation de 350 000 euros avait été évoquée. Les locaux actuels comprennent un côté nuit occupé de 16h30 à 10h00, une salle commune, six chambres avec lits (parfois la chambre est double avec deux lits) et placards (des verrous de confort étaient en cours d'installation lors du contrôle du CGLPL), deux salles de bain et un bureau soignant, un espace d'isolement.

Recommandation 37

Le projet de restructuration architecturale de l'unité Plume-Grand-bleu doit être relancé rapidement afin de permettre un accueil et une prise en charge adaptée des mineurs de 6 à 12 ans.

Dans ses observations, la directrice générale explique que des crédits sont prévus à partir de 2025 pour restructurer l'unité Grand Bleu et Plume. Une réflexion est en cours. Le projet de restructuration architecturale de l'unité sur cette restructuration avec un lien possible avec la Plume-Grand-Bleu doit être relancé rapidement afin de création d'une unité périnatale.

*Salle commune**Jardin extérieur**Une chambre et son placard*

L'unité de jour est située à quelques dizaines de mètres de l'unité de nuit, ouverte de 10h à 16h30. Elle dispose d'une salle commune dont un espace repas, un bureau soignant, une salle neutre, une salle d'eau, un espace extérieur et une pièce d'isolement.

*Coin repas**Salle d'activités*

ii) Le quotidien

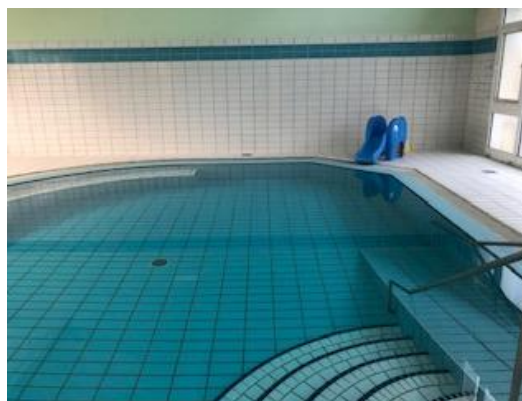
L'« hyper adaptabilité » des outils et des soins est le maître mot sur cette unité. Sont utilisés comme médiateurs et outils thérapeutiques : les groupes de parole, les entretiens individuels, les repas

thérapeutiques, l'art et la créativité, la ludothérapie, le temps libre entre pairs, l'accompagnement en milieu scolaire, ou encore un accès à la salle de mobilité et à l'espace de balnéothérapie. Le budget des activités thérapeutiques a représenté 19 993 euros en 2023.

En parallèle de la prise en charge de l'enfant, une intervention dans son environnement est la plupart du temps également indispensable.



Salle de psycho-motricité



Espace de balnéothérapie

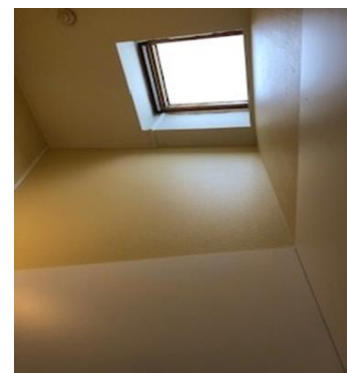
iii) Les salles d'apaisement



Salle d'apaisement de l'espace de nuit



Salle d'apaisement de l'espace de jour



Les mineurs ne peuvent être positionnés dans la pièce appelée à tort espace d'apaisement, même si la porte reste ouverte. En effet, cette pièce n'a rien d'un espace d'apaisement, elle ne comporte pas l'équipement adéquat pour ce faire. La restructuration de l'unité doit permettre de créer de véritables lieux d'apaisement et d'hypostimulation pour les mineurs. Ces pièces sont utilisées, d'après les professionnels, une dizaine de fois par an. Ce placement fait toujours l'objet d'une décision médicale et il est tracé sur dans le DPI.

Recommandation 38

L'établissement doit prévoir un espace d'apaisement, véritable espace de repos, agréable, dans chaque unité accueillant des patients mineurs.

Dans ses observations, la directrice générale explique que cet espace existe à Soléado et à Cadet Rousselle, et qu'une réflexion est en cours sur les autres services de pédopsychiatrie.

La plupart des mineurs sont orientés à l'issue des huit semaines sur un CMP-E ou sur un hôpital de jour et 15 % des mineurs refont un stage de huit semaines à l'issue du premier.

L'équipe souhaite également mettre en place un accueil mère/enfant de jour et de nuit, en même temps que la restructuration de l'unité mais aucune réponse n'a été apportée par l'hôpital à cette demande.

10.1.2. Soléado, unité d'hospitalisation complète pour adolescents de 12 à 18 ans

Cette unité est ouverte 365 jours par an, elle dispose de 9 lits et au moment du contrôle 9 adolescents étaient présents. Elle accueille des adolescents souffrant de pathologies psychiatriques aiguës, qu'il s'agisse d'urgence psychiatrique (tentative de suicide, crise psychotique etc.) ou de décompensation d'une pathologie psychiatrique chronique (psychose, trouble de l'humeur) ou encore des patients souffrant de dysfonctionnements psychiques transitoires. Dans l'immense majorité des cas, les patients accueillis sont en soins libres, hospitalisés à la demande des détenteurs de l'autorité parentale ou du représentant légal. L'autorisation écrite est recueillie auprès des deux parents. Sur les cinq dernières années seuls 2 adolescents ont été recueillis dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire et aucun dans le cadre de soins psychiatriques en SDRE.

Toutes les entrées sont programmées et autorisées par un psychiatre de l'unité ou le PH de garde. La durée de l'hospitalisation est en moyenne de 15 jours mais, lors du contrôle, un jeune était là depuis 4 mois faute de solution d'aval. Sur une année, le nombre d'adolescents accueillis est d'environ 120.

L'objectif de l'hospitalisation à Soléado peut-être une évaluation à visée diagnostique, adapter le projet de soins à long terme ou permettre le dépassement d'un moment de crise ou obtenir une modification sur la durée des investissements de l'adolescent, de ses rapports à lui-même ou aux autres.

a) Les ressources humaines

Les effectifs de l'unité sont de 1 ETP de praticien hospitalier (3 médecins), 1 ETP de cadre de santé, 13,4 ETP d'IDE (14 infirmiers), 3,8 ETP d'ASH (4 agents), 1 ETP de psychologue, 0,5 ETP de psychomotricien, 2 ASS (pour 1,8 ETP).

Il n'y a plus de cadre depuis novembre 2023, la remplaçante arrivera fin janvier 2024 et une IDE est en arrêt maladie. Les agents se plaignent de ne pouvoir assister à suffisamment de formations. Six séances de supervision ouvertes à l'ensemble des professionnels de Soléado ont pu être reconduites cette année.

b) La prise en charge des mineurs hospitalisés

Un secteur adolescent existe depuis 2001 à La Rochelle, mais il a connu depuis sa création des modifications importantes. Les locaux actuels, particulièrement bien pensés et adaptés à la prise en charge des adolescents, sont le résultat d'un travail de réflexion de trois années effectuées en collaboration avec les soignants. Les locaux sont vastes, ils comprennent 8 chambres (l'une est double) avec salle de bains, une cuisine, une salle à manger, un grand espace de vie, plusieurs lieux pour réaliser des activités, une bibliothèque/salle de télévision, un bureau soignant, un patio, un jardin, une salle *Snoezelen*, un bureau pour recevoir les parents et différents locaux logistiques.



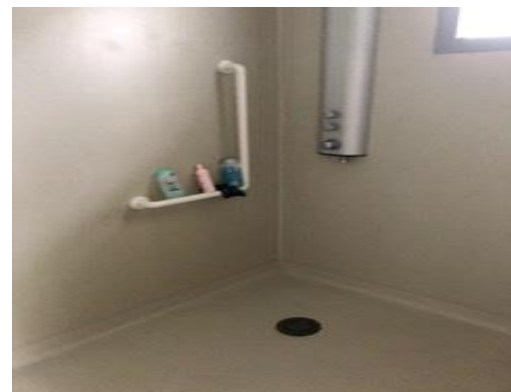
Salle commune



Salle à manger



Chambre



Salle de bain



Jardin



Patio



Chambre d'isolement

Il existe un dispositif de soins renforcés avec des entretiens multidisciplinaires, des groupes thérapeutiques, une prise en charge importante avec des activités systématiques et des activités flottantes qui peuvent être thérapeutiques ou ludiques (balnéothérapie, atelier relaxation, atelier terre, atelier écriture, jeux de société), etc.

En 2023, l'unité Soléado a disposé de 1 500 euros de budget pour acheter du matériel pour les activités de l'hôpital auxquels s'ajoutent 400 euros provenant d'un don d'un particulier. Aucune possibilité d'enseignement n'est proposée sur Soléado ce qui est problématique, notamment lorsque le séjour dure.

c) Les restrictions de droits

Les jeunes peuvent appeler leurs familles ; les visites sont possibles deux fois par semaine pour une durée d'1h, sauf dans les 48 premières heures de l'hospitalisation.

Au moment du contrôle, l'unité Soléado était fermée aussi bien au niveau de la porte d'entrée donnant sur le domaine de l'hôpital que de la porte donnant sur le jardin. Les équipes expliquent que l'unité est ouverte ou fermée en fonction des jeunes accueillis. Plusieurs des adolescents au sein de l'unité, se scarifiant, le choix avait été fait de tenir les portes fermées.

Le téléphone portable, l'ordinateur et la console sont interdits dans l'objectif d'une rupture avec l'environnement et de laisser le jeune concentré dans les activités. Le sentiment d'ennui, souvent constaté dans d'autres établissements, n'est pas perceptible ici en raison de la prise en charge proposée et du nombre d'adultes interagissant avec les adolescents.

Il est interdit d'aller dans la chambre d'autres adolescents et d'avoir des relations sexuelles, au regard de la fragilité des profils accueillis.

La chambre d'isolement est dotée d'un matelas Cumbria®, d'un siège, d'une salle d'eau, de sanitaires et d'un sas. Elle a été utilisée 12 fois en 2022. La mesure d'isolement est tracée dans le DPI par le médecin. La surveillance infirmière y figure également.

Un registre papier d'isolement est également tenu à jour.

Recommandation 39

Toute mesure d'isolement ou de contention d'un patient en soins libres est illégale, *a fortiori* s'agissant d'un mineur. Même pris en charge sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), une

telle mesure étant toujours contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

Dans ses observations, la directrice générale expose que l'isolement et la contention sont évités pour le mineur ce qui n'exclut pas des mesures de mise en sécurité sur des temps très courts, accompagnés par les soignants.

10.2. LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACEES A L'ISOLEMENT

Un document de 2002, modifié en 2016, décrit la procédure de transfert d'un détenu depuis la maison centrale de Saint-Martin-de-Ré et la maison d'arrêt de Rochefort, les deux établissements pénitenciers du secteur de l'hôpital Marius Lacroix.

Ce type de transfert concerne moins de 20 détenus par an lesquels devraient normalement être orientés vers l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Cadillac. L'hôpital Marius Lacroix doit toutefois compenser le manque de places disponibles à l'UHSA de Cadillac et assurer la prise en charge des détenus présentant une décompensation psychiatrique.

Le certificat médical est réalisé dans l'établissement pénitentiaire que le détenu ne quitte pas avant réception de l'arrêté préfectoral prononçant l'admission selon la procédure de SDRE. Hors détenu particulièrement surveillé, l'escorte policière n'est pas systématique et dépend de l'état clinique du détenu. Il appartient au préfet de préciser les conditions de l'escorte et de l'organiser. Le cadre responsable organise ensuite le transfert avec le nombre de soignants adéquat. En pratique, une escorte accompagne souvent les patients, lesquels sont rarement contentonnés durant le transport. En sortie d'hospitalisation il revient à l'administration pénitentiaire de ramener le détenu dans l'établissement.

Le détenu admis en SSC est systématiquement accueilli dans une unité fermée et en CI durant toute la durée de son séjour. Il entre par un sas sécurisé. Une fiche de liaison est établie en amont entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital. Le personnel justifie la pratique de l'isolement par le profil des détenus qui proviennent notamment d'une maison centrale et sont perçus comme pouvant ainsi faire courir un risque aux autres patients. Le détenu est perçu pendant tout son séjour comme une personne dangereuse plus que comme un patient nécessitant une hospitalisation. Cette pratique d'isolement lié au statut de détenu est contraire aux dispositions légales sur l'isolement et la contention qui interdisent désormais tout isolement sécuritaire¹⁸.

Recommandation 40

Le protocole de prise en charge des patients détenus doit être revu en ce que l'isolement systématique des patients détenus est contraire aux dispositions légales, seuls des éléments cliniques pouvant justifier une telle mesure.

Dans ses observations, la directrice générale expose que la mise en isolement des détenus est en effet quasi systématique, mais elle correspond à l'état clinique du patient, lesquels devraient

¹⁸ Cf notamment l'instruction du ministère de la santé n°DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, p. 4.

normalement être accueillis à l'UHSA de Bordeaux. Les moyens tant humains que matériel de l'hôpital Marius Lacroix ne sont pas au niveau d'une UHSA pour garantir la sécurité des autres patients et du personnel, ni pour appliquer des mesures de sécurité suffisantes afin d'éviter des risques de fugues de patients qui sont aussi des détenus et dont l'établissement a la responsabilité de la garde.

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

www.cglpl.fr