



Rapport de visite :

3 au 7 avril 2017 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier de Béziers

(Hérault)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie de centre hospitalier de Béziers (Hérault) du 3 au 7 avril 2017. Le centre hospitalier de la ville offre l'accès à toutes les spécialités chirurgicales, aux spécialités relatives à la femme et à l'enfant et a ouvert une structure pour les personnes âgées, un centre de psychothérapie de l'enfant ainsi que le centre de psychothérapie pour adultes Camille Claudel. Les urgences accessibles 24h/24 et 7j/7 intègrent une équipe de liaison psychiatrique « Urgences-MCO¹ ». Un institut de formation en soins infirmiers lui est rattaché.

Le centre Camille Claudel, visité par les contrôleurs, accueille trois secteurs de psychiatrie adultes, un inter-secteur (pour un total de 128 lits), une unité sanitaire en milieu pénitentiaire et un secteur de pédopsychiatrie en ambulatoire et gère des structures de consultations à Agde, Pézenas, Bédarieux et au centre-ville de Béziers, tant en psychiatrie adultes qu'en psychiatrie enfants. Il s'agit d'un établissement datant des années 70 dont les unités ont été réhabilitées en 2003, à l'exception de l'une d'entre elles. Trois centres hospitaliers se partagent les secteurs du département de l'Hérault : Montpellier, Béziers et Sète. S'agissant des soins psychiatriques, la région de Béziers est toutefois sous-dotée au regard de la diversité des modes de prise en charge de Montpellier et des alentours. Un problème majeur est notamment lié à l'absence de psychiatres libéraux dans ce secteur.

1- Des difficultés majeures s'imposent à l'établissement

- La dotation annuelle de fonctionnement du centre hospitalier de Béziers pour la psychiatrie est insuffisante au regard des besoins. Son déficit est compensé par la mutualisation des moyens qu'une excellente entente entre la direction et l'ensemble des chefs de pôle autorise. En revanche, aucun des projets ne peut être concrétisé.
- Le secteur de pédopsychiatrie souffre de l'absence de lits d'hospitalisation que le déploiement réalisé de l'offre en ambulatoire ne peut suppléer. En conséquence, 7 % des entrées concernent des enfants de moins de 12 ans. Il n'existe, pour le département, que quatorze lits de pédopsychiatrie au CHU de Montpellier. Les projets en direction de la pédopsychiatrie, au regard des besoins repérés sur ce territoire, doivent être soutenus.
- Le manque de médecins psychiatres qui, au nombre de 13 (sur les 250 médecins que compte l'établissement), ne consacrent au centre Camille Claudel que 6,4 ETP (équivalent temps plein) pour consulter par ailleurs en hôpital de jour et en centre médico-psychologique. Ainsi, une équipe mobile pour la prise en charge dont le financement est acté depuis janvier 2017 n'est pas totalement opérationnelle par manque de psychiatres. Le chef de pôle est contraint de faire appel à des psychiatres venus de pays étrangers.

¹ MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Le sigle MCO correspond aux séjours en hôpital général en soins de courte durée, avec ou sans hébergement.

2- Les contraintes de la vie quotidienne des patients admis en soins sans consentement ne sont pas excessives

Dans les unités fermées, exception faite de l'unité d'accueil, les patients peuvent bénéficier, sur prescription, d'autorisations de sortie dans le parc, accompagnés ou non par des proches ou des soignants. L'accès aux chambres est libre toute la journée même si les patients n'en ont pas la clé.

Le personnel apparaît attentif et bienveillant, les cadres de santé dynamiques. Les outils thérapeutiques visant à la réadaptation sont mutualisés dans le cadre d'un pôle interne d'activités thérapeutiques dont l'équipe - composée de quatre ergothérapeutes et d'une aide-soignante - offre des prises en charge individualisées et anime des ateliers. Les patients se rendent librement auprès des ergothérapeutes, hormis ceux encore admis dans l'unité d'accueil qui bénéficient de leurs prestations au sein même de l'unité. Une salle de sport est dotée d'un excellent équipement et des terrains de sport et de pétanque sont installés dans le parc.

3- Les prises en charge tiennent compte pour les trois unités sectorisées du parcours de soins des patients intégrant l'intra et l'extra hospitalier

La faiblesse de moyens n'affecte pas les prises en charge ; elle est compensée par un fonctionnement en équipe et des réunions régulières. Le pôle de psychiatrie est doté de 20 % d'un emploi de médecin généraliste. Malgré un temps d'activité insuffisant, celui-ci intervient à la demande dans toutes les unités de soins et assure le suivi de patients le nécessitant.

4- L'établissement connaît néanmoins des faiblesses qui mettent en péril la qualité des soins et les droits des patients

- Si les soins psychiatriques et somatiques répondent à un souci de qualité, l'isolement et la contention ne sont pas conformes aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS) et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Aucune des unités ne dispose de chambres d'isolement, seules les chambres de l'unité d'accueil de crise Minerve sont aménagées selon les mêmes critères que les chambres d'isolement. En conséquence, l'isolement se fait dans la chambre des patients dans cette unité comme dans les autres. L'analyse de quelques dossiers de prescriptions montre que les décisions d'isolement mais surtout de contention sont inscrites dans la liste des prescriptions en préventif avec la mention « si besoin » laissant la latitude au personnel soignant d'engager ces mesures en première intention, en informant le psychiatre référent.
- Le port du pyjama doit impérativement faire l'objet d'une réflexion institutionnelle pour en diminuer les usages inopportuns. Beaucoup de patients sont en pyjama, principalement au sein de l'unité d'accueil mais également dans d'autres unités, y compris des personnes admises en soins libres. Si la mise en pyjama peut s'entendre à l'arrivée des patients ou dans les chambres d'isolement dans les premiers jours, il n'est pas acceptable d'y maintenir les patients pendant de plus longues périodes « pour éviter les fugues ». **En outre, les patients ne doivent, en aucun cas, être présentés à l'audience du juge des libertés et de la détention vêtus d'un pyjama.**

- L'information sur les droits du patient est perfectible tant sur l'explication donnée que sur les écrits dont ils peuvent disposer. Dans leur grande majorité, et notamment dans l'unité qui reçoit prioritairement les patients en soins sans consentement, les soignants ignorent l'existence de leurs droits spécifiques. Les modalités de délivrance des informations et la nature de celles-ci varient selon les soignants qui effectuent l'accueil, selon l'état clinique du patient, selon le jour, week-end, férié ou non. Le patient doit être mieux informé sur les modalités pratiques d'exercice du droit d'appel de la décision du juge des libertés et de la détention. Une formation ciblée sur les droits des patients admis en soins sans consentement devrait être rendue obligatoire pour l'ensemble du personnel.
- Les patients détenus doivent bénéficier d'une prise en charge identique à celle des autres patients et du respect des droits attachés à leur statut carcéral. A l'unité Minerve, où sont admises les personnes détenues, les portes et fenêtres de leurs chambres sont renforcées et ne disposent pas des équipements qu'ont les autres chambres de l'unité. Les personnes détenues n'en sortent pas, et sont ainsi totalement isolés. Aucune activité n'est prévue, ni livres, ni poste de télévision pour ces patients détenus. La création d'une unité sanitaire de type 2 au centre pénitentiaire de Béziers permettrait d'y maintenir les patients détenus souffrant de troubles psychiatriques dans des conditions autrement plus favorables que celles dont ils peuvent bénéficier au sein de l'unité de crise et ce dans l'attente d'une place à l'UHSA.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 13

Si la dotation annuelle de fonctionnement pour la psychiatrie est insuffisante pour assurer une prise en charge de qualité des patients, la parfaite entente entre la direction et l'ensemble des chefs de pôle permet la compensation du déficit par une part de la dotation des pôles de médecine-chirurgie-obstétrique.

2. BONNE PRATIQUE 24

Le registre de la loi informatisé, créé par l'établissement, est très maniable et d'une grande facilité de compréhension et d'utilisation.

3. BONNE PRATIQUE 38

Les activités d'ergothérapie sont assurées par une équipe soucieuse de prendre en compte les besoins spécifiques de chaque patient en proposant un cadre d'intervention structuré.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 16

Si médecins et cadres ont reçu une formation relative à la loi de juillet 2011, le personnel soignant n'en est bénéficiaire que sous forme de volontariat dans le cadre du plan de formation annuel. Il conviendrait qu'une formation de l'ensemble du personnel en lien direct avec les patients admis en soins sans consentement soit organisée et rendue obligatoire.

2. RECOMMANDATION 19

A l'admission du patient, le port du pyjama doit être strictement proportionné à la nécessité des soins requis et limité à une brève durée ou lorsque le patient est placé en isolement.

3. RECOMMANDATION 20

Le livret d'accueil du centre psychothérapeutique Camille Claudel doit être complété des informations nécessaires aux patients en soins sans consentement leur permettant de connaître leurs droits

4. RECOMMANDATION 21

L'exhaustivité et la pertinence des règles de vie doivent faire l'objet d'une réflexion au sein de l'établissement afin que les patients bénéficient d'une information claire et unique.

5. RECOMMANDATION 23

Lors de l'établissement d'une procuration pour exercer leur droit de vote, les patients, en qualité de mandants, n'ont pas à justifier de l'identité de leurs mandataires par la production de documents.

6. RECOMMANDATION 26

Un comité justice-santé réunissant les interlocuteurs compétents pour la prise en charge des mineurs doit permettre d'apporter aux professionnels de l'hôpital l'éclairage nécessaire concernant la procédure de prise en charge des mineurs afin de respecter au mieux leurs droits.

7. RECOMMANDATION 26

Les registres de la loi, de l'isolement et de la contention doivent être consultables simultanément par les autorités de contrôle. Par ailleurs, une meilleure organisation doit être mise en œuvre pour éviter les retards de gestion des dossiers.

8. RECOMMANDATION 29

Le déroulé de l'audience et l'organisation des droits de la défense méritent d'être revus pour permettre une véritable prise en compte de ce temps par les soignants et un meilleur exercice des droits de la défense. L'audience pourrait avantageusement se dérouler dans un local mieux adapté.

9. RECOMMANDATION 30

Le patient doit être mieux informé sur les modalités pratiques d'exercice du droit d'appel sur la décision du juge des libertés et de la détention.

10. RECOMMANDATION 30

Le patient ne doit en aucun cas être présenté à l'audience du juge des libertés et de la détention vêtu d'un pyjama.

11. RECOMMANDATION 31

Il conviendrait de proposer davantage de sorties accompagnées pour les patients pris en charge pour de longues durées.

12. RECOMMANDATION 34

Il est souhaitable que les patients disposent de la clé de leur chambre.

13. RECOMMANDATION 35

Les locaux des unités Minerve et Jonquière 1 doivent être réaménagés de manière à ce que les patients en soins sans consentement puissent bénéficier d'espaces suffisants lorsqu'ils ne sont pas autorisés à sortir, ce qui devrait rester l'exception.

14. RECOMMANDATION 36

Dans l'unité Jonquière 2, vétuste, la rénovation en projet doit être rapidement mise en œuvre.

15. RECOMMANDATION 37

Il serait utile de mettre en place un inventaire contradictoire des biens courants du patient non seulement à son arrivée mais également à son départ de l'unité.

16. RECOMMANDATION 37

Une réflexion devrait être engagée afin d'envisager les moyens dont les patients pourraient disposer pour gérer leur vie affective et sexuelle.

17. RECOMMANDATION 40

Il conviendrait, quatre ans après la mise en place du protocole de d'admission des patients, de l'évaluer et de l'actualiser. Il serait notamment judicieux d'y intégrer une obligation de formation relative aux mesures d'isolement et de contention, tant en direction des médecins urgentistes que de tout le personnel attaché au service des urgences. Par ailleurs, il devrait être proposé des formations à la rédaction des certificats médicaux pour les médecins généralistes.

18. RECOMMANDATION 41

La consolidation des structures ambulatoires et la mise en place d'une organisation ad hoc étudiant les cas « inadéquats », associée à la recherche de solutions de sorties, pourrait contribuer à libérer des lits d'hospitalisation.

19. RECOMMANDATION 41

La mise en place d'une filière organisée pour l'accueil en ambulatoire et la prise en charge hospitalière des mineurs est une priorité.

20. RECOMMANDATION 42

Le temps de mise à disposition du médecin généraliste devrait faire l'objet d'une réévaluation compte tenu du nombre de patients qu'il prend en charge et des besoins non couverts (surveillance des mesures d'isolement et de contention). Par ailleurs, il conviendrait d'organiser des passerelles entre les unités de psychiatrie et les services spécialisés du centre hospitalier afin d'assurer des prises en charge rapides, tant en consultations spécialisées qu'en hospitalisation, sans passage par les urgences.

21. RECOMMANDATION 42

Les modalités de distribution des médicaments au sein des unités de soins doivent être revues afin qu'elles soient respectueuses de la confidentialité.

22. RECOMMANDATION 43

Afin de faire évoluer les pratiques, la commission médicale d'établissement et le pôle de psychiatrie doivent mener rapidement une réflexion quant aux mesures d'isolement et de contention en tenant compte des recommandations publiées par la haute autorité de santé (HAS) en mars 2017 et de celles publiées par le CGLPL en mai 2016.

23. RECOMMANDATION 46

Le placement systématique des personnes détenues à l'isolement pour des motifs liés à la sécurité et à la discipline et non pour de seuls motifs thérapeutiques est une atteinte grave à leurs droits fondamentaux. Elles doivent bénéficier d'une prise en charge identique à celle des autres patients ainsi que du respect des droits attachés à leur statut carcéral.

24. RECOMMANDATION 46

Le projet de création d'une unité sanitaire de type 2 au sein de l'établissement pénitentiaire, permettrait une prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans le respect de leurs droits.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Dans un contexte difficile, l'établissement se donne les moyens de remplir ses objectifs	12
2.2 Les objectifs sont définis dans le projet d'établissement et dans le contrat de pôle	13
2.3 Les patients sont pris en charge dans des unités présentant chacune des spécificités	14
2.4 L'établissement rencontre des difficultés majeures de recrutement de psychiatres	16
3. L'INFORMATION ET LES MODALITES D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	18
3.1 Les patients admis en soins sans consentement sont en majorité admis dans le cadre de soins à la demande d'un tiers en urgence.....	18
3.2 Les modalités d'information des patients sont insuffisamment formalisées, tant sur le fond que sur la forme	18
3.3 Le dispositif des plaintes et réclamations est correctement mis en œuvre	21
3.4 La désignation d'une personne de confiance est proposée, mais la procédure n'aboutit pas.....	22
3.5 La confidentialité de l'hospitalisation est respectée.....	22
3.6 Le droit de vote est organisé	22
3.7 Les activités religieuses sont minimales.....	23
3.8 Des associations habilitées assurent la protection juridique des majeurs	23
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES	24
4.1 Le contrôle des autorités est effectif malgré la pluralité des sites	24
4.2 Les programmes de soins sont menés en ambulatoire et les levées de mesure sont facilement accordées	26
4.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est rigoureux mais réalisé dans des conditions matérielles imparfaites	27
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	31
5.1 La liberté d'aller et venir reste très encadrée mais s'inscrit dans une restriction d'exception, sauf pour l'unité Minerve.....	31
5.2 L'accès au tabac est contrôlé et les addictions sont abordées et traitées.....	32
5.3 Les modalités de communication avec l'extérieur sont souples	32

6. LES CONDITIONS DE VIE.....	34
6.1 Les locaux sont de qualité inégale.....	34
6.2 Les espaces de circulation des unités fermées sont réduits	34
6.3 Les unités ouvertes ont été rénovées hormis l’une d’entre elles	35
6.4 La restauration est de qualité.....	36
6.5 les conditions d’hygiène sont convenables.....	36
6.6 Les biens des patients sont protégés pendant la durée de l’hospitalisation	36
6.7 La question des relations sexuelles est abordée par les soignants.....	37
6.8 Les activités internes sont mises en œuvre par le personnel soignant en fonction de ses disponibilités	37
6.9 Les activités thérapeutiques intersectorielles proposent une prise en charge spécifique à chaque patient	38
7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	39
7.1 Le processus d’admission des patients en soins sans consentement répond à un souci de qualité	39
7.2 L’organisation des soins permet une véritable prise en charge des patients.....	40
7.3 Les soins somatiques ont été récemment réorganisés mais nécessitent cependant d’être rapidement confortés.....	41
7.4 La distribution des médicaments ne se déroule pas dans des conditions qui permettent d’assurer la confidentialité	42
7.5 La mise à l’isolement et la contention ne sont pas conformes aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS)	43
7.6 La sécurité est assurée par le biais de caméras de vidéosurveillance	44
8. L’ADMISSION DES PERSONNES DETENUES	45
9. CONCLUSION.....	47
LISTE DES ACRONYMES EMPLOYES.....	48

RAPPORT

Contrôleurs :

- Chantal BAYSSE, cheffe de mission ;
- Adidi Arnould ; contrôleur,
- Dominique Lodwick ; contrôleur,
- Dominique Peton-Klein ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Béziers (Hérault), du lundi 3 avril au vendredi 7 avril 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 3 avril 2017 à 15h et l'ont quitté le vendredi 7 avril 2017 à 11h.

En l'absence de la directrice de l'établissement, ils ont été accueillis par deux membres de la direction et il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont le médecin chef de pôle, des médecins chefs de service, des médecins et cadres de santé. Les contrôleurs ont ensuite visité les unités d'hospitalisation.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du département, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance de Béziers, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont en outre rencontré un juge des libertés et de la détention. Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas sollicité d'entretien.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés ont été mis à disposition dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite. Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec les membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 7 avril en matinée, en présence des deux directeurs présents à l'arrivée des contrôleurs, du chef de pôle, de la cadre supérieure de santé auxquels s'était joint le directeur des affaires médicales et de la stratégie.

Le rapport de constat a été adressé le 20 décembre 2017 à la directrice du centre hospitalier de Béziers, à la délégation départementale de l'ARS ainsi qu'au président du tribunal et au préfet de l'Hérault. Seule la directrice du centre hospitalier a fait valoir ses observations, intégrées au présent rapport.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 DANS UN CONTEXTE DIFFICILE, L'ETABLISSEMENT SE DONNE LES MOYENS DE REMPLIR SES OBJECTIFS

En 2014, le département de l'Hérault comptait 1 107 398 habitants². Il est limitrophe des départements de l'Aude au Sud-ouest, du Tarn et de l'Aveyron au Nord-ouest et du Gard au Nord-est, et est bordé par la Méditerranée au Sud. La préfecture de l'Hérault se situe à Montpellier ; ses sous-préfectures sont Béziers et Lodève. Il est l'un des quatre départements de la région Occitanie. Le département de l'Hérault présente de fortes disparités. La région de Béziers, en opposition à celle de Montpellier, fait apparaître des revenus modestes et des poches de grande pauvreté. Le taux de chômage des villes d'Agde et de Pézenas ainsi que le centre-ville de Béziers ont notamment le taux de chômage le plus fort de France. Les activités traditionnelles de la région – les vignes et la pêche – sont en chute et l'industrie n'y est pas développée. La ville de Béziers compte 75 701 habitants, elle est la seconde commune de l'Hérault et la cinquième d'Occitanie. Ses habitants sont appelés les biterrois et les biterroises. Dans cette région, l'ARS a arrêté le périmètre et la composition des groupements autour de territoires de santé soit départementaux, soit inter ou intra départementaux en quatorze GHT.

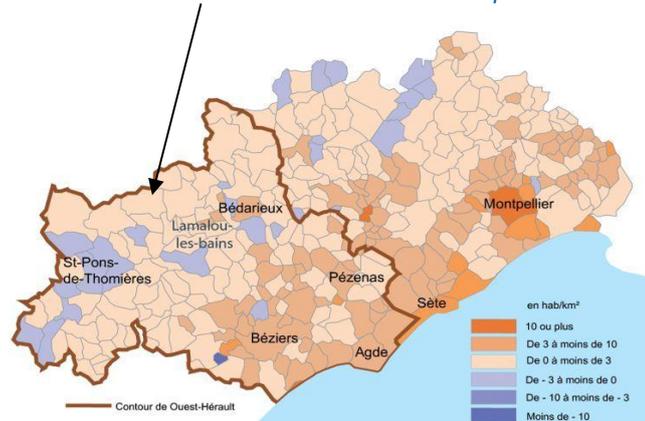
Selon la convention constitutive du 20 octobre 2016, l'un d'eux, le GHT dénommé « Ouest Hérault » comprend quatre membres : les centres hospitaliers de Béziers (qui en est l'établissement support), de Bédarieux et de Pézenas ainsi que l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Cazoul-les-Béziers. Le département est divisé en dix secteurs de psychiatrie générale dont trois sont à la charge du centre hospitalier de Béziers tandis que les sept autres sont gérés par l'hôpital La Colombière à Montpellier.

S'agissant des soins psychiatriques, la région de Béziers est sous-dotée au regard de la diversité des modes de prise en charge de Montpellier et des alentours. Un problème majeur est notamment lié à l'absence de psychiatres libéraux dans ce secteur ainsi que le confirment les statistiques établies par l'Ordre des médecins montrant une zone sans aucune implantation et une zone à densité faible³. Outre le centre psychothérapique Camille Claudel, la ville dispose d'une clinique psychiatrique privée – la Pergola – qui est privilégiée par les patients. Selon les informations recueillies, les biterrois préféreraient en effet le secteur privé au secteur public pour toutes modalités de soins.

² Sources INSEE, Recensement de la population 2014

³ Source : CNOM 2013, INSEE

Carte de l'Hérault : les trois secteurs du centre hospitalier de Béziers



Le centre hospitalier de la ville est le premier pourvoyeur d'emplois, plus de 2 600 professionnels dont près de 250 médecins y exercent. Composé de cinq structures principales, il offre l'accès à toutes les spécialités chirurgicales, aux spécialités relatives à la femme et à l'enfant, et a ouvert une structure pour les personnes âgées, un centre de psychothérapie de l'enfant et le centre de psychothérapie pour adultes Camille Claudel visité par les contrôleurs. Les urgences accessibles 24h/24 et 7j/7 intègrent une équipe de liaison psychiatrique « Urgences-MCO⁴ ». Un institut de formation en soins infirmiers y est rattaché.

Situé rue Rivetti à Béziers, le centre Camille Claudel accueillant les unités de psychiatrie est délocalisé en zone commerciale à distance du centre hospitalier général. Il accueille 128 lits d'hospitalisation psychiatrique adulte et gère des structures de consultations à Agde, Pézenas, Bédarieux et au centre-ville de Béziers, tant en psychiatrie adultes qu'en psychiatrie enfants.

2.2 LES OBJECTIFS SONT DEFINIS DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET DANS LE CONTRAT DE POLE

2.2.1 La traduction dans le budget des choix de l'établissement

La dotation annuelle de financement (DAF) pour la psychiatrie se situe très en deçà des besoins de l'établissement – l'écart était de 12 425 259 euros en 2015 – malgré la modulation de 5 % accordés par l'ARS. Dans ce contexte, c'est grâce à une parfaite entente entre les chefs de pôle du centre hospitalier et la direction que la faiblesse du budget de la psychiatrie est compensée par la dotation de la MCO. C'est notamment grâce au budget MCO que des réhabilitations de grande ampleur ont été réalisées au centre psychiatrique Camille Claudel en 2003 et que des objectifs du contrat de pôle peuvent être atteints.

Bonne pratique

Si la dotation annuelle de fonctionnement pour la psychiatrie est insuffisante pour assurer une prise en charge de qualité des patients, la parfaite entente entre la direction et l'ensemble des chefs de pôle permet la compensation du déficit par une part de la dotation des pôles de médecine-chirurgie-obstétrique.

⁴ MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique. Le sigle MCO correspond aux séjours en hôpital général en soins de courte durée, avec ou sans hébergement.

Le projet global de l'établissement pour 2013-2017 avait notamment pour objectif d'améliorer le maillage des soins psychiatriques et de développer les alternatives à l'hospitalisation complète en mettant en place :

- deux équipes au sein du centre du centre hospitalier : celle de psychiatrie de liaison au service des urgences et celle de l'unité d'évaluation de crise et d'orientation (UECO)⁵, les deux étant opérationnelles ;
- un projet de mise en œuvre d'une équipe de thérapie cognitive comportementale en ambulatoire qui était en début de processus lors de la visite des contrôleurs ;
- la télépsychiatrie, qui financée en partie par l'ARS au centre hospitalier de Béziers et par la communauté de communes à Saint-Pons, permet aux patients, déjà connus, de cette partie éloignée du département d'être en relation avec un psychiatre une fois par quinzaine en alternance avec une prise en charge par les infirmiers du centre médico-psychologique (CMP) ;
- l'amélioration de la prise en charge somatique par la mise à disposition d'un somaticien au centre psychiatrique Camille Claudel ;
- en pédopsychiatrie, le déploiement réalisé de l'offre en ambulatoire pour compenser le manque de lits.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, un atout majeur réside également dans la mise en place des équipes mobiles sur un territoire étendu et rural.

2.2.2 Le contrat de pôle

Un contrat de pôle annuel définit pour chaque exercice les objectifs stratégiques et d'activité et la mise à disposition des moyens permettant d'atteindre ces objectifs, en conformité avec le projet d'établissement. Les professionnels du pôle se réunissent mensuellement pour examiner l'état d'avancement des objectifs fixés qui sont ensuite évalués annuellement. L'un des objectifs arrêtés dans le contrat de pôle est l'inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le sujet des risques médicamenteux fait notamment partie des objectifs du pôle affichés pour 2016 et poursuivis en 2017.

Enfin, le CH de Béziers, tenant compte des récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les pratiques d'isolement et de contention, prévoit d'inscrire dans son futur projet d'établissement (2018-2022) une réorganisation des unités de soins notamment de l'unité intersectorielle accueillant les patients en soins sans consentement « Minerve ».

2.3 LES PATIENTS SONT PRIS EN CHARGE DANS DES UNITES PRESENTANT CHACUNE DES SPECIFICITES

2.3.1 Les secteurs de psychiatrie

Le centre Camille Claudel accueille trois secteurs de psychiatrie adultes (secteurs 9, 10 et 11), un intersecteur, une unité sanitaire en milieu pénitentiaire et un secteur de pédopsychiatrie en ambulatoire.

⁵ Unité de dix lits, adossée aux urgences.

Deux unités composent le secteur 9 « Jonquièrre 1 et 2 ». L'une est ouverte et comporte dix-neuf lits, l'autre est une unité partagée, en secteur ouvert pour seize lits et fermée pour onze lits. Les patients de l'unité Minerve (cf. *supra*) en cours de stabilisation sont transférés dans cette partie fermée de l'unité qui est la seule à n'avoir pas bénéficié de la rénovation en 2003, faute de crédits suffisants.

Ce secteur géographique couvre les villes de Pézenas, Bédarieux et Agde dont la population est de 114 000 habitants. Chacune de ces communes dispose d'un centre médico-psychologique et un hôpital de jour (CMP/HDJ), ouverts cinq jours sur sept.

Le secteur 10 « Espinouse » est une unité ouverte de trente-deux lits qui correspond géographiquement à la moitié de la ville de Béziers – et notamment la cité en zone de sécurité publique – et s'étend à Valras, Capestang et Olonzac jusqu'au département de l'Aude. Sa population est de 104 000 habitants. Il dispose d'un CMP et d'un hôpital de jour à Béziers, communs avec le secteur 11. Sur ce secteur est également implanté l'EPHAD.

Le secteur 11 dispose d'une unité ouverte dite « Airelles » de trente-deux lits. Ce secteur est le plus petit, ne couvrant qu'une population de 72 000 habitants et correspondant à une partie de la ville de Béziers – le centre-ville paupérisé – Portiragnes et la ville de Saint-Pons, très éloignée, où se trouve un CMP qui travaille en télépsychiatrie avec le centre Camille Claudel, ainsi que de petits villages jusqu'au département du Tarn. Un CMP et un hôpital de jour situés à Béziers sont communs avec le secteur 10.

L'intersecteur intègre une unité d'hospitalisation complète dite de crise « Minerve » de dix-huit lits qui accueille, à leur arrivée, les patients en soins sans consentement ainsi que les personnes détenues. Des structures hospitalières intégrées au centre hospitalier général y sont rattachées et notamment l'unité de psychiatrie d'urgence et de liaison, l'unité d'évaluation de crise et d'orientation (UECO) de dix lits (cf. *infra* § 7.1) qui ne reçoit pas de patients en soins sans consentement, ainsi qu'une unité de thérapie cognito-comportementale et un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Enfin, s'y rajoutent des équipes mobiles de psychiatrie, de gériatrie ainsi que des prises en charge en accueil familial thérapeutique.

Le secteur de pédopsychiatrie, qui souffre de l'absence de lits d'hospitalisation, dispose d'un service de psychologie périnatale, d'un hôpital de jour et de CMP à Béziers, Bédarieux, Pézenas et Saint-Pons.

Enfin, l'unité sanitaire est située au centre pénitentiaire de Béziers (cf. *infra* § 8).

2.3.2 L'activité

Le nombre de journées en hospitalisation complète est en progression de 2 % sur le pôle entre 2015 et 2016. La durée moyenne de séjour avoisine 40 jours dans les secteurs 9 et 11 tandis qu'elle diminue dans le secteur 10 pour se stabiliser à 25 jours.

A la même période, l'hospitalisation de jour diminue de 2 %, baisse qui s'explique par le développement des prises en charge alternatives telles que la mise en œuvre des équipes mobiles. En conséquence de l'absence de lits d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie, 7 % des entrées concernent des enfants de moins de 12 ans dont certaines se traduisent par des ordonnances de placement provisoire (OPP).

2.4 L'ETABLISSEMENT RENCONTRE DES DIFFICULTES MAJEURES DE RECRUTEMENT DE PSYCHIATRES

2.4.1 Le personnel médical

Le recrutement de psychiatres pose d'importantes difficultés dans cette partie du département tant en milieu hospitalier qu'en ville. Le chef de pôle fait appel essentiellement à des psychiatres venus de pays étrangers. Ainsi, une équipe mobile pour la prise en charge d'adolescents dont le financement est acté depuis janvier 2017 n'est pas totalement opérationnelle par manque de psychiatres. Dans l'attente d'un recrutement, un psychologue et un infirmier se déplacent à domicile ou dans les établissements scolaires. Le manque de psychiatres dans la région serait général : « *il n'y a plus de cabinet de psychiatre en libéral entre Béziers et Narbonne* ».

Les treize praticiens hospitaliers psychiatres qui prennent en charge les patients en hospitalisation complète exercent par ailleurs en hôpital de jour ou centre médico-psychologique et ne consacrent au centre Camille Claudel que l'équivalent de 6,4 ETP.

2.4.2 Le personnel non médical

Axe prioritaire, le personnel non médical est en augmentation : de 334,65 équivalents temps plein (ETP) en 2015, les recrutements ont permis d'arriver à une présence du personnel non médical de 345,79 ETP en 2016, ce qui correspond à 171 infirmiers, 40 aides-soignants et 46 agents des services hospitaliers auxquels s'ajoutent 9 cadres et 1 cadre supérieur de santé. Il est toutefois à noter que l'absentéisme est important, notamment chez les infirmiers. Le pôle s'est engagé à en analyser les causes et à rechercher les moyens de les corriger.

Les membres du personnel âgés de 41 à 50 ans sont majoritairement représentés et sont pour l'essentiel de la région ce qui peut expliquer leur stabilité.

Il a été rapporté aux contrôleurs que le personnel non médical a la possibilité de passer d'une unité à l'autre, une politique favorisant la mobilité ayant été mise en œuvre.

Le centre Camille Claudel bénéficie également pour assurer ses missions en intra et extra hospitalier de la présence de vingt-quatre psychologues, huit assistantes sociales, quatre ergothérapeutes ainsi que treize agents socio-éducatifs.

2.4.3 La formation permanente et l'évaluation des pratiques professionnelles

Si les médecins et les cadres ont été formés lors de la publication de la loi de 2011, le personnel non médical n'a pas bénéficié de formation spécifique. Pour compenser ce manque, la formation a été intégrée au plan de formation de l'établissement. Rédigé par le formateur, un guide très complet permet aux secrétaires notamment de s'y référer régulièrement.

Recommandation

Si médecins et cadres ont reçu une formation relative à la loi de juillet 2011, le personnel soignant n'en est bénéficiaire que sous forme de volontariat dans le cadre du plan de formation annuel. Il conviendrait qu'une formation de l'ensemble du personnel en lien direct avec les patients admis en soins sans consentement soit organisée et rendue obligatoire.

En revanche, est intégrée au plan de formation et imposée aux membres du personnel, la formation de gestion du risque face aux violences rencontrées dans le milieu psychiatrique,

incluant la communication en situation d'agressivité et l'apprentissage de techniques simples d'esquive et d'immobilisation. Rien n'a encore été prévu dans le plan de formation s'agissant des recommandations relatives à l'isolement et à la contention.

3. L'INFORMATION ET LES MODALITES D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT EN MAJORITE ADMIS DANS LE CADRE DE SOINS A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENCE

En 2016, 283 patients ont été admis en soins sans consentement à la demande d'un tiers dont une majorité en soins sur demande d'un tiers en urgence (SDTU). Parallèlement, les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat n'étaient que 31 auxquelles se sont ajoutés 53 patients détenus.

Au premier jour de la visite des contrôleurs, 127 personnes étaient hospitalisées (75 hommes et 52 femmes). Le plus âgé des patients qui était en soins libres avait 90 ans, le plus jeune était un mineur en OPP de 14 ans et demi.

Les patients en soins sans consentement étaient au nombre de 53 :

- six en en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) ;
- vingt-quatre en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (ASPDTU) ;
- neuf dans le cadre d'un péril imminent (ASPPI) ;
- douze en soins psychiatriques dur décision du représentant de l'Etat (ASPDTRE) ;
- un patient détenu au titre de l'article D398 du code de procédure pénale ;
- un mineur placé par ordonnance du juge des enfants en placement provisoire (OPP).

Les dix-huit patients de l'unité de crise « Minerve » étaient tous admis dans le cadre de soins sans consentement.

Le patient totalisant la plus longue hospitalisation sous contrainte était entré le 24/02/1988 sous le statut d'ASPDTRE.

3.2 LES MODALITES D'INFORMATION DES PATIENTS SONT INSUFFISAMMENT FORMALISEES, TANT SUR LE FOND QUE SUR LA FORME

3.2.1 Les informations prévues par la loi

Les modalités de délivrance des informations et la nature de celles-ci varient selon les unités, selon les soignants qui effectuent l'accueil, selon l'état clinique du patient, selon le jour, week-end, férié ou non. Il a été rapporté aux contrôleurs que le psychiatre de garde se déplace au centre psychothérapique pour procéder à la notification et à l'information des patients admis le week-end si la procédure n'a pas été effectuée au service des urgences.

Les patients sont accueillis par un soignant qui leur fournit oralement les informations initiales de prise en charge (règles de vie, consignes médicales...). Si leur état clinique ne leur permet pas de comprendre ces informations, elles leur sont redonnées ultérieurement. Selon les propos recueillis, le patient prend parfois conscience qu'il est hospitalisé en soin sous contrainte (SSC) quand il lui est indiqué l'obligation de se mettre en pyjama à l'arrivée.

Recommandation

A l'admission du patient, le port du pyjama doit être strictement proportionné à la nécessité des soins requis et limité à une brève durée ou lorsque le patient est placé en isolement.

La procédure d'information des patients sur leurs droits n'est pas formalisée institutionnellement. Néanmoins, la formation a été intégrée au plan de formation de l'établissement. Rédigé par le formateur, un guide très complet permet aux secrétaires notamment de s'y référer régulièrement. Ce document intitulé « *circuit du patient hospitalisé en hospitalisation complète sans consentement* » a pour objet la déclinaison des différentes procédures et modalités à accomplir à l'arrivée d'un tel patient. Deux documents y sont associés dont une synthèse du texte de loi et un protocole d'accueil dans les unités intra hospitalières qui reprend la chronologie des actions et informations d'ordre général lors de l'arrivée d'un patient. Les informations sur le statut d'admission sont, dans un premier temps, données oralement par le médecin lors des premiers entretiens quand les patients sont donc capables de les entendre. Il semble que les décisions soient notifiées dans les mêmes conditions. En principe, une copie de la décision d'admission est laissée aux patients en SSC.

Les contrôleurs ont noté que dans leur grande majorité, et notamment à l'unité Minerve qui reçoit prioritairement les patients en SSC, les soignants ignorent l'existence de ces droits spécifiques. Dans les autres unités cette ignorance des soignants est justifiée, par ces derniers, par le fait que les patients ne sont accueillis que secondairement et que la notification est déjà faite à l'unité Minerve. Les déclarations des soignants sur les modalités d'information et les documents remis sont divergentes. Au total, hormis pour les médecins, la notification des droits afférents au statut d'admission en soins sans consentement n'est clair, ni pour les patients, ni pour les soignants dont la plupart n'ont aucune formation sur la procédure de soins sans consentement. En outre, les décisions d'admission et les décisions de maintien sont remises aux patients mais pas les certificats médicaux.

Aucune procédure de recueil des observations du patient sur son hospitalisation n'est mise en œuvre. Par ailleurs, le centre Camille Claudel accueillant des mineurs, il importe qu'une information spécifique leur soit délivrée ainsi qu'aux détenteurs de l'autorité parentale et ce quel que soit leur statut des soins.

3.2.2 Les documents d'information remis aux patients

a) Les livrets d'accueil et le règlement intérieur

Dans le règlement intérieur un seul article concerne « *l'admission des personnes atteintes de troubles mentaux* » ; Il se contente de rappeler que « *des restrictions peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles qui sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. En toute circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée* ». Aucune information sur la vie quotidienne ou les droits des patients n'y sont mentionnés.

Le livret d'accueil du centre hospitalier ne comporte aucune mention spécifique sur la psychiatrie, hormis le plan d'accès.

Un livret d'accueil spécifique aux patients hospitalisés au centre psychothérapeutique Camille Claudel leur est distribué à l'accueil. D'une vingtaine de pages, ce document est clair et explique l'organisation de l'offre de soins psychiatriques dans le centre, les conditions financières de la

prise en charge, les modes d'admission, libre ou en soins sans consentement, sont distingués. Les conditions matérielles de l'hospitalisation sont explicitées, les activités possibles indiquées tout comme la présence d'associations des familles. La partie sur les droits aborde succinctement : le questionnaire de satisfaction, les procédures à suivre en cas de plaintes ou réclamations, la désignation des personnes de confiance, la gestion des données informatisées, l'accès au dossier médical. La charte de la personne hospitalisée est disponible en fin de document. Les droits sont abordés de manière générale sans renvoi au statut d'hospitalisation ou aux règles de vie des unités.

Ainsi, ce document donne au patient les éléments nécessaires à la compréhension de l'environnement, la gestion de son hospitalisation, l'engagement de certaines démarches mais il est moins complet pour les informations nécessaires aux personnes en soins sans consentement.

Recommandation

Le livret d'accueil du centre psychothérapeutique Camille Claudel doit être complété des informations nécessaires aux patients en soins sans consentement leur permettant de connaître leurs droits.

b) Les règles de vie

L'établissement dispose également de règles de vie applicables dans chacune des unités, rédigées sur un feuillet qui présente des formes différentes. Chaque document a été élaboré à des dates différentes.

L'étude de ces règles de vie fait apparaître qu'y figurent des points différents selon l'unité. Mais pour toutes, les règles ne sont pas toujours très développées ou complètes et s'apparentent plutôt à une liste de restrictions, notamment à l'unité Jonquière 2 qui n'est pourtant pas une unité fermée. Parfois, au sein d'une même unité, plusieurs documents reprennent ces règles ou restrictions de manière différente allant jusqu'à afficher, de manière un peu infantilisante, un pictogramme avec un personnage mécontent portant une pancarte « no ».

L'affichage des règles varie selon l'unité, souvent dans le couloir de l'unité, certains affichages « complémentaires » se retrouvent à différents endroits, pour exemple, sur la porte d'entrée de l'unité Minerve une affiche indique, à nouveau, les horaires des visites en spécifiant que trois personnes maximum peuvent être reçues, mention qui ne se trouve dans aucun autre document officiel de l'unité. En principe, à l'unité Espinouse ces règles sont aussi affichées sur chaque porte de chambre (mais de nombreuses ont été arrachées par les patients).

Il y a lieu de relever que les règles de vie transmises aux contrôleurs par l'hôpital ne correspondent pas toujours à celles affichées dans les unités (pour exemple, à l'unité Jonquière 1, secteur fermé il a été remis un document datant de 2012 alors que celui affiché date de janvier 2016). Les contrôleurs ont pu constater que les informations affichées dans les unités sont diverses, elles concernent : les activités ; des règles de vie éparses (produits alimentaires, consommation de café..) ; la possibilité d'accéder au règlement intérieur, le culte, la cafétéria, la bibliothèque, les permanences de l'UNAFAM⁶, le partage du journal, la désignation de la personne de confiance, les menus. Ces informations varient dans leur forme et leur nature selon les unités.

⁶ UNAFAM : union nationale des familles et amis et de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Recommandation

L'exhaustivité et la pertinence des règles de vie doivent faire l'objet d'une réflexion au sein de l'établissement afin que les patients bénéficient d'une information claire et unique.

3.2.3 L'accès au dossier médical

L'accès au dossier se fait selon la forme légale à la demande du patient en écrivant à la direction de l'établissement. Les médecins proposent leur accompagnement pour la lecture si le patient le souhaite. Le délai de transmission des dossiers médicaux est de 10,7 jours en moyenne, tant pour les dossiers récents que pour ceux de plus de 5 ans. A l'unité Minerve, unité de crise, l'accès au dossier médical n'est jamais sollicité.

3.2.4 Le libre choix du médecin

Les patients ne peuvent choisir leur médecin, la répartition se faisant selon la charge de travail des médecins des unités. Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs que, dans le cas d'une demande appuyée d'un patient, la question serait étudiée en réunion de synthèse.

3.3 LE DISPOSITIF DES PLAINTES ET RECLAMATIONS EST CORRECTEMENT MIS EN ŒUVRE

3.3.1 La place des usagers

Les représentants des usagers de l'UNAFAM que les contrôleurs ont rencontrés sont intégrés à la commission des usagers(CDU) qui se réunit en plénière tous les quatre mois et en commission restreinte tous les mois. Ils insistent sur l'importance de l'information et de la formation. D'après ceux-ci "*l'essentiel des petits litiges évoqués par les familles viennent du manque d'information.*" Très investis, ils ont souhaité organiser avec un médecin responsable d'une unité un cycle de formation à destination des familles. Assez critiques sur les dotations budgétaires qu'ils suivent avec attention depuis plusieurs années ils relèvent avec insistance que cet hôpital souffre de la proximité des structures hospitalières à Montpellier et insistent sur le manque de structures médico-sociales dans l'Hérault.

3.3.2 Les questionnaires de satisfaction

Le bilan de satisfaction est établi à partir d'un taux de réponse aux questionnaires de sortie de 22 %. L'exploitation des données recueillies après hospitalisation donne lieu à l'édition et diffusion d'un document très complet.

Cinq rubriques permettent d'aborder : l'accueil, l'information, le consentement aux soins, la qualité de la prise en charge médicale, de la douleur psychique et qualité « hôtelière », et les services proposés.

Un recueil des *Verbatim* reprend unité par unité les remarques des usagers ce qui rend plus lisible encore les ressentis des patients pendant leur hospitalisation.

Les contrôleurs ont pu vérifier que les équipes sont destinataires de ces documents et y attachent de l'importance.

L'accueil dans les services de soins est jugé satisfaisant à 63 % ce qui correspond à l'observation empirique que les contrôleurs ont pu mener pendant le contrôle.

Les informations sur le mode d'hospitalisation, sur les droits et le règlement intérieur sont jugées très satisfaisantes et satisfaisantes à plus de 90 %.

80 % des patients signalent des difficultés sociales et un tiers d'entre eux répondent par la négative à la question du consentement aux soins ce qui correspond aux caractéristiques psychosociales de la population du bassin de vie accueillie à l'hôpital.

Le respect de l'intimité et de la confidentialité sont globalement appréciés à 80 %. Les rubriques « hôtelières » telles que les repas et l'hygiène font l'objet de critiques à hauteur de 10 %.

Les services proposés tels que la cafétéria et la bibliothèque sont un peu moins appréciés que les jardins et les salles de télévision et près de 30 % des patients ne se sentent pas concernés par ces prestations proposées.

3.3.3 La gestion des rares événements indésirables est bien organisée

Le signalement des événements indésirables fait l'objet d'une procédure commune pour l'ensemble des pôles du CH de Béziers. Le dispositif de signalement des fiches d'événements indésirables (FEI) est connu du personnel (4 382 FEI ont été établies en 2016). Des différences se font jour entre unités sur les événements signalés, l'objectif recherché étant de signaler à bon escient. La désignation d'un référent médical est en cours.

Le pôle de psychiatrie signale peu tous risques confondus, les principaux signalements concernant les risques médicamenteux.

Ce sujet fait partie des objectifs du pôle affichés pour 2016 et 2017.

3.4 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE, MAIS LA PROCEDURE N'ABOUTIT PAS

Sur les 127 patients hospitalisés au jour de la visite des contrôleurs, 110 avaient désigné une personne de confiance. Cette possibilité est expliquée aux patients par les soignants qui, au besoin, remplissent le formulaire avant de le leur faire signer. Cependant, la procédure de désignation ne semble pas systématiquement pratiquée et, quand elle l'est, n'aboutit pas puisqu'il n'est pas pris contact systématiquement avec la personne désignée pour vérifier qu'elle accepte la désignation. Le document est simplement rangé au dossier du patient.

Les soignants font état d'une incompréhension générale des patients quant à la différence entre personne à prévenir et personne de confiance malgré leurs explications.

3.5 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST RESPECTEE

Lorsqu'un patient ne souhaite pas que sa présence au centre Camille Claudel soit divulguée, mention en est faite dans son dossier administratif, sans que les contrôleurs aient été en mesure d'en vérifier l'efficacité.

3.6 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE

Selon les propos rapportés, un officier du commissariat de Béziers se déplace à l'établissement pour y établir les procurations sollicitées par les patients. Il leur serait demandé leur carte d'identité et celle du votant, ce qui limite fortement l'accès au droit de vote. A l'extérieur, seul celui qui établit la procuration doit prouver son identité avant de fournir des informations concernant celui à qui il la confie : ses noms, prénoms, date de naissance et adresse⁷.

⁷ Code électoral : articles L. 71 à L. 78, L. 111, R. 72 à R. 80

Recommandation

Lors de l'établissement d'une procuration pour exercer leur droit de vote, les patients, en qualité de mandants, n'ont pas à justifier de l'identité de leurs mandataires par la production de documents.

Les patients originaires des environs se rendent au bureau de vote avec leur famille ou dans le cadre de sorties accompagnées.

3.7 LES ACTIVITES RELIGIEUSES SONT MINIMALES

Une aumônière catholique est présente de manière régulière à l'établissement mais il n'y est pas organisé d'office religieux. Elle rencontre les patients dans leur chambre.

Les adresses des communautés musulmanes, israélites, protestantes sont à disposition des patients sur demande aux cadres de santé.

3.8 DES ASSOCIATIONS HABILITEES ASSURENT LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

Les majeurs protégés sont majoritairement pris en charge par des associations habilitées.

Si l'état de santé d'un patient requiert la mise en place d'une tutelle, les assistantes sociales de l'hôpital effectuent les démarches utiles pour faciliter le processus, en informent les familles et les soutiennent dans leurs démarches. En revanche, l'avis des patients n'est pas sollicité sur la mise en place de cette mesure contraignante.

Les tuteurs sont consultés sur les réorientations internes ou les projets de sortie.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES

4.1 LE CONTROLE DES AUTORITES EST EFFECTIF MALGRE LA PLURALITE DES SITES

4.1.1 Le registre de la loi

Une adjointe administrative est en charge du suivi du registre de la loi, cette professionnelle très expérimentée exerce cette fonction depuis 2001. Elle a participé à la mise en place des outils suite à la réforme de 2011 et à la création plus récente, en lien avec le service informatique du centre hospitalier général, d'un registre totalement informatisé. Pour éviter les erreurs de saisine l'accès au registre de la loi est seulement réservé à cette professionnelle et son supérieur, a un accès en lecture seule. De ce fait, le registre de la loi n'est pas à jour, comme ont constaté les contrôleurs, après une période d'absence⁸.

Elle exerce à temps complet mais assure aussi le remplacement du secrétariat de direction des affaires médicales en cas d'absence de sa collègue. Selon les propos recueillis, lors de ses propres absences son remplacement présente des difficultés et est assuré par plusieurs professionnelles qui ne sont pas toujours à l'aise dans les démarches à réaliser en cas d'hospitalisation sous contrainte. Dans ces cas, le suivi des échéances n'est pas toujours respecté induisant des saisines tardives du JLD.

Une consultation du registre informatique par les contrôleurs a permis de constater qu'il permet de retrouver rapidement les dossiers des patients admis en soins sous contrainte. L'accès au dossier des patients peut se faire par un index alphabétique, un code couleur permet de savoir rapidement si le dossier est complet et a été transmis à l'ARS. Les documents officiels (décisions, certificats médicaux, demande du tiers...) sont numérisés et intégrés dans le registre dans le dossier informatique du patient. Tous les documents originaux sont archivés au centre hospitalier général.

Quel que soit le statut et la date de l'hospitalisation cet outil permet d'avoir accès, en version dématérialisée, à toutes les pièces administratives en lien avec l'hospitalisation : les documents signés et papiers d'identité des tiers, les décisions, les certificats médicaux...

Ce logiciel, dispose d'un système d'alerte permettant de suivre dans chaque dossier les documents qui doivent être sollicités, il permet aussi des facilités de communication comme le fax intégré dans la boîte mail de l'agent ce qui permet un transfert rapide et efficace des documents aux autorités. Néanmoins, selon les propos recueillis, l'envoi des documents par fax à l'ARS peut se révéler difficile car ce service ne dispose que d'une ligne qui est aussi une ligne téléphonique dont l'accès n'est pas toujours disponible.

Bonne pratique

Le registre de la loi informatisé, créé par l'établissement, est très maniable et d'une grande facilité de compréhension et d'utilisation.

Des copies des documents concernant l'hospitalisation en soins sans consentement sont transmises dans les secrétariats de l'unité accueillant le patient. L'examen de ces dossiers administratifs montrent qu'ils sont tenus selon les mêmes modalités (même ordre de

⁸ Dans ses observations, la directrice du centre hospitalier indique que le retard a désormais été rattrapé.

classement, même codes couleurs) et la même rigueur dans chaque secrétariat ce qui en rend la consultation aisée.

L'étude des documents a permis de constater que les certificats médicaux sont circonstanciés, horodatés et produits par des médecins différents. Dans cet objectif, ce sont les secrétariats qui organisent par avance la sollicitation d'un autre médecin pour les certificats à venir. Les dossiers consultés sont conformes aux attentes légales, tout comme le registre de la loi.

Seule la situation des mineurs a interpellé les contrôleurs. En effet, les dossiers laissent apparaître une confusion sur la procédure d'hospitalisation sous contrainte applicable à ces derniers. Ainsi, dans le dossier d'un mineur, âgé de 17 ans, hospitalisé le 19 mars 2017 apparaissent :

- un arrêté préfectoral d'hospitalisation en date du 19 mars, qui fait suite à des certificats médicaux du psychiatre des urgences et du généraliste de garde ; du même jour un courrier du frère décrivant le comportement de l'enfant (sans précision de son âge ni de son adresse...). Dans ce cadre une saisine du JLD a été effectuée dès le 24 mars, le jeune et sa mère ont été reçu en audience le 28 mars où la poursuite de l'hospitalisation a été décidée ;
- un document de « *prise en charge exceptionnelle d'un mineur en hospitalisation complète en psychiatrie adulte* » signé du cadre et du médecin psychiatre de secteur. Ce document habituellement rempli par les parents comporte la mention suivante « *document non rempli par la mère, au regard de la décision du médecin psychiatre de garde qui juge de son état et de la nécessité de protéger M. O et le fait que la mère soit hospitalisée en psychiatrie* » ;
- une demande de l'assistante sociale du 21 mars 2017, aux fins d'obtention d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) prononcée par un juge des enfants (JE), le 23 mars pour 14 jours. Le magistrat procède, le même jour, à une convocation du service et du mineur pour le 5 avril 2017 ; le mineur ne s'est pas rendu à cette audience, ni le service, suite à la production d'un certificat d'incompatibilité en date du 30 mars 2017, soit six jours avant l'audience.

Deux procédures distinctes d'hospitalisation sous contrainte ont donc été ordonnées pour le même mineur dont une à la demande des professionnels de l'hôpital. Ces derniers interrogés ont fait état de leur confusion et de leur méconnaissance concernant les procédures de prise en charge des mineurs en SSC. Aucun n'a pu indiquer pour quelle raison le juge des enfants (JE) a été sollicité en plus de la décision préfectorale. Il semble que « plusieurs statuts » aient été simultanément actionnés dans le souci d'éviter une irrégularité juridique permettant à l'établissement de ne pas être mis en cause et non dans une volonté de clarifier la situation juridique du mineur.

Ces différentes décisions ont été notifiées au mineur qui, du fait de la confusion des professionnels, n'a pu comprendre la réalité de sa situation judiciaire. Il avait ainsi interprété que son hospitalisation prenait fin le 5 avril date de la fin de l'OPP. Ce même jour, il a d'ailleurs tenté de fuguer estimant ne plus devoir rester hospitalisé.

Notons qu'à la même période, un autre mineur faisait l'objet d'une hospitalisation complète décidée par une OPP du JE pour la période du 29 mars au 13 avril 2017. Au moment du contrôle les professionnels interrogés n'ont pas été en capacité d'indiquer les droits du patient dans le cadre de ce statut.

Recommandation

Un comité justice-santé réunissant les interlocuteurs compétents pour la prise en charge des mineurs doit permettre d'apporter aux professionnels de l'hôpital l'éclairage nécessaire concernant la procédure de prise en charge des mineurs afin de respecter au mieux leurs droits.

4.1.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Un arrêté en date du 26 septembre 2016, fixe la composition de la CDSP, comprenant : deux médecins psychiatres dont un préside la CDSP ; un généraliste ; un magistrat ; deux représentants d'associations de famille. La commission s'est déplacée au sein du secteur psychiatrique par deux fois en 2017 (les 10 janvier et 7 mars).

Avant chaque visite une affiche est transmise au centre hospitalier afin d'informer les patients. Selon les propos recueillis, ces derniers sont nombreux à être reçus par la CDSP.

Dans les trois mois suivant ses visites, la CDSP transmet par mail les éventuelles observations de non-conformité repérées sur les dossiers qu'elle étudie après la visite physique. En 2017 ont été étudiés, lors de la première visite dix dossiers de patients en SDT et huit en SDRE, pour la seconde dix dossiers de SDT et six en SDRE.

Lors du dernier contrôle, l'hôpital a dû, pour exemple, apporter les corrections demandées et répondre aux incohérences de dates repérées sur un dossier.

4.1.3 La visite des autorités

Par ailleurs, le JLD et le parquet effectuent régulièrement des contrôles du registre de la loi (respectivement les 12 janvier et 17 février 2017, pour leurs dernières visites). Il a été indiqué aux contrôleurs qu'à l'occasion de ces visites, ces autorités ont indiqué que l'éloignement du secrétariat en charge du registre de la loi de l'établissement de psychiatrie, présentait une difficulté car il empêchait le contrôle simultané du registre des contentions et de l'isolement⁹.

Recommandation

Les registres de la loi, de l'isolement et de la contention doivent être consultables simultanément par les autorités de contrôle. Par ailleurs, une meilleure organisation doit être mise en œuvre pour éviter les retards de gestion des dossiers.

4.2 LES PROGRAMMES DE SOINS SONT MENES EN AMBULATOIRE ET LES LEVEES DE MESURE SONT FACILEMENT ACCORDEES

4.2.1 Les programmes de soins

Le passage en programme de soins est organisé à partir d'une proposition du médecin psychiatre référent qui détermine la nature, les lieux et la fréquence de ces soins. Les programmes de soins revêtent des formes et des rythmes qui diffèrent selon l'état clinique, le statut et les activités du patient. Les programmes de soins sont essentiellement menés en ambulatoire. Au jour de la visite des contrôleurs, aucun des patients en programme de soins n'était hospitalisé au Centre Camille

⁹ La directrice assure dans ses observations que ce problème a été réglé en regroupant les deux registres.

Claudiel. Il a été indiqué aux contrôleurs que certains patients pouvaient revenir ponctuellement pour quelques heures afin de bénéficier « d'injections retard » qui nécessitaient une surveillance en milieu hospitalier.

4.2.2 La levée de la mesure

a) L'avis préalable des médecins psychiatres

Lorsque le psychiatre référent du patient admis en SPDRE atteste qu'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le directeur de l'établissement saisit dans les 24 heures le représentant de l'Etat qui doit statuer dans les trois jours. Si le préfet ne suit pas l'avis du psychiatre, il en informe le directeur qui demande l'examen du patient par un autre psychiatre, lequel doit donner son avis dans les 72 heures. Selon les propos rapportés aux contrôleurs, il est très rare que cette situation se produise et le second psychiatre est choisi dans une autre unité que celle où se trouve le patient.

b) Le collège des professionnels de santé

Les membres du collège des professionnels de santé ne sont pas fixes, ce qui permet d'organiser leur réunion dans le temps imparti. Le secrétariat des affaires médicales organise la mise en place du collège en sollicitant les médecins disponibles, le médecin du patient ainsi qu'un cadre de santé. Une fois composé il est validé et convoqué par la direction des affaires médicales qui a délégation de signature pour la gestion de la psychiatrie au sein du centre hospitalier. Aucun problème en la matière n'a été signalé.

4.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST RIGOREUX MAIS REALISE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES IMPARFAITES

4.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La saisine par le directeur du centre hospitalier est adressée *via* une plate-forme de messagerie cryptée, au plus tard huit jours après cette admission, conformément aux dispositions du code de la santé publique. Pour tenir compte des week-ends et des jours fériés, certaines saisines peuvent être adressées cinq ou six jours après l'admission, l'avis motivé du médecin étant donc établi peu après le certificat de 72 heures. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les certificats médicaux d'exemption de présence à l'audience sont peu fréquents.

Les contrôleurs ont pu assister aux audiences du 4 et 6 avril 2017, au cours desquelles deux patients n'ont pas été présentés. Le premier en raison d'une hospitalisation pour soins somatiques, pour le second un certificat médical particulièrement étayé ne laissait aucun doute sur l'incompatibilité à être présenté. Néanmoins le magistrat a exigé un certificat datant du jour de l'audience, le médecin a renvoyé, depuis le CMP, le même certificat mais daté du jour.

Selon les propos recueillis, il est déploré l'envoi tardif des procédures en raison d'une signature préfectorale qui ne s'effectue qu'entre 16h et 17h. Ainsi, les tiers sont convoqués par le greffe du JLD, souvent par écrit et par téléphone compte tenu de la brièveté des délais. Elles sont remises au dernier moment aux patients par les cadres d'unité, une copie de la convocation leur est laissée.

Les contrôleurs ont pu constater que le tuteur était convoqué à l'audience mais pas toujours entendu sur la situation du patient.

4.3.2 L'organisation matérielle des audiences

Les audiences du JLD se déroulent au centre hospitalier les mardis et jeudis matin. Elles se déroulent dans une pièce séparée de la cafétéria par une cloison mobile. Pour éviter que l'audience ne soit perturbée par le bruit des patients fréquentant la cafétéria elle est fermée durant son déroulement, ce qui représente une perte d'espace de convivialité pour les patients. Le jour de l'audience deux panneaux mobiles sont installés dans le hall d'entrée et le couloir indiquant la direction de la salle utilisée par le magistrat.

Des chaises permettant d'attendre avant l'audience ou pendant le délibéré sont, théoriquement, positionnées devant la pièce.

Le JLD et sa greffière sont installés sur des tables qui font face aux patients et à son avocat. Des chaises sont positionnées derrière pour les familles, curateur, tuteur et le cadre de santé. Selon les propos recueillis la salle n'est pas toujours préparée ce qui oblige le magistrat et le greffier à disposer les tables avant de débiter l'audience. Un ordinateur portable et une imprimante ont été mis à disposition par l'hôpital. Ils sont stockés dans une armoire fermant à clef (obtenue après insistance, selon les propos recueillis).

Lors des audiences auxquelles ont assistés les contrôleurs les magistrats étaient en tenue de ville. Les audiences débutent à 9h30 mais en fonction du nombre de patients que doit rencontrer l'avocat, elles peuvent débiter plus tardivement et donc débiter sur le temps de repas. Lors de la présence des contrôleurs, une audience s'est terminée aux environs de 13h30. Les patients se sont vus proposer des repas à l'issue de leur audition mais certains ont déclaré avoir ressenti la faim pendant leur temps d'attente.

4.3.3 L'accompagnement des patients pour l'audience et l'exercice des droits de la défense

Chaque secrétariat d'unité prépare les dossiers des patients puis ils sont remis à l'accueil. Un « cadre de permanence » est chargé : d'accueillir l'avocat, lui remettre les dossiers, l'accompagner sur chaque unité pour s'entretenir avec les patients. Le cadre organise les accompagnements des patients à l'audience puis vers leur retour à l'unité. Il assiste à l'audience, sans intervenir, pour gérer toute « crise éventuelle » du patient et prépare le retour en unité avec des renforts quand il pressent que la décision risque d'être mal vécue. Les dix cadres des unités organisent cette permanence sur un planning annuel. Les contrôleurs ont constaté que les cadres étaient dérangés par téléphone sans cesse pendant l'audience. Les soignants ne participent pas à ce temps fort pour le patient. Parfois ils ne sont pas au courant, découvrent la convocation du patient lors du déplacement de l'avocat dans l'unité et donc ne prennent pas en charge ce sujet.

Les patients interrogés semblaient informés de la fonction du JLD. La plupart attendaient cette audience pour pouvoir présenter leur point de vue. Même s'ils sont informés de la possibilité d'être assistés d'un avocat, ils ne sont avisés de sa venue que lorsqu'il se présente à l'unité pour un entretien, certains patients ont indiqué préférer en être avisés en amont pour pouvoir préparer cet entretien en vue de leur défense. Le greffe saisit le barreau, au-delà de cinq patients convoqués deux avocats sont requis. Les demandes d'assistance par un avocat nommé désigné sont très rares.

S'agissant de l'assistance de l'avocat, le JLD a indiqué aux contrôleurs que, sauf très rares exceptions, l'aide judiciaire (AJ) provisoire était accordée au patient pour que les avocats soient

indemnisés de leur mission au titre de l'aide juridictionnelle. Par contre le patient n'est pas systématiquement informé, ce qui peut parfois être une source d'inquiétude pour lui.

Il ressort des échanges avec le bâtonnier et un avocat commis d'office que la permanence auprès des patients est difficile à organiser en raison des appréhensions de certains jeunes avocats qui se sentent particulièrement exposés durant le temps de préparation de l'audience avec le patient. En effet, selon les propos recueillis, les avocats sont parfois laissés seuls durant de longues minutes avec les patients et doivent parfois attendre et insister pour qu'un soignant se présente pour raccompagner ce patient. Contrairement à l'organisation prévue, les cadres ne sont pas toujours présents et l'avocat perd beaucoup de temps entre deux consultations par l'attente et les déplacements d'une unité à l'autre au sein de l'hôpital. Les contrôleurs ont pu, par ailleurs, constater que l'avocat recevait dans des bureaux ou salle de réunions particulièrement encombrés d'objets pouvant présenter un danger. Pour des raisons de sécurité, quand le cadre ne reste pas présent à proximité, les entretiens se déroulent porte ouverte ce qui nuit à la confidentialité. Pour permettre une meilleure coordination, le président de l'union des jeunes avocats a adressé un courrier à la direction pour travailler avec les psychiatres sur les questions de droits des patients et recueillir des conseils sur les postures à adopter avec les patients, « *au-delà de l'énoncé des droits il peut être effrayant d'utiliser certains termes juridiques ou de porter la robe* ». Lors de l'audience du 6 avril, l'avocat a souhaité venir plus tôt pour pouvoir rencontrer sept patients ce qui lui a été refusé en raison des horaires du petit déjeuner. Le bâtonnier, nommé depuis quinze mois, a indiqué qu'il souhaitait la tenue d'une réunion avec le centre hospitalier pour évoquer les problèmes d'organisation et de sécurité.

Recommandation

Le déroulé de l'audience et l'organisation des droits de la défense méritent d'être revus pour permettre une véritable prise en compte de ce temps par les soignants et un meilleur exercice des droits de la défense. L'audience pourrait avantageusement se dérouler dans un local mieux adapté.

4.3.1 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

L'audience du JLD se déroule porte ouverte, les dossiers étant évoqués l'un après l'autre en présence du seul patient concerné. Les JLD ouvrent la séance en rassurant le patient et en lui expliquant les raisons de cette audience et leur rôle. Après une vérification de la procédure de saisine, ils indiquent les motifs ayant conduit à l'hospitalisation et s'enquêtent des observations du patient sur son hospitalisation. Sont lues les observations du parquet et les conclusions de l'enquête sociale. A l'issue de cette audience, qui dure environ quinze minutes, la décision est préparée et éditée. Les JLD rendent leur décision et expliquent, en cas de maintien en hospitalisation complète, les modalités de recours. Le patient, l'avocat et le tiers signent la décision, puis la greffière se rend au secrétariat de l'établissement pour faire une copie remis à chacun des signataires.

Selon les témoignages recueillis, les voies de recours sont difficiles à mettre en œuvre et la sollicitation d'un avocat quasi impossible. Les patients sont informés lors de l'audience de leur possibilité de faire appel, la notification en fait aussi état avec le délai mais la question de la transmission de la requête par le patient reste problématique. Ainsi, les contrôleurs ont eu connaissance de la situation d'un patient qui a adressé son recours *via* la direction de l'établissement pensant qu'il lui revenait de transmettre le courrier à la cour d'appel. C'est en

s'adressant au secrétariat que ce patient s'est aperçu du fait que sa requête n'avait pas été transmise, la saisine immédiate par fax de la cour d'appel a permis d'éviter que le délai ne soit forclos. Ce même patient, suite à sa sollicitation, a eu la possibilité de consulter son dossier en présence du médecin, en vue de préparer sa défense.

Recommandation

Le patient doit être mieux informé sur les modalités pratiques d'exercice du droit d'appel sur la décision du juge des libertés et de la détention.

Enfin, le JLD et le greffier ont fait état de présentation à l'audience de certains patients « en pyjama ».

Recommandation

Le patient ne doit en aucun cas être présenté à l'audience du juge des libertés et de la détention vêtu d'un pyjama.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR RESTE TRES ENCADREE MAIS S'INSCRIT DANS UNE RESTRICTION D'EXCEPTION, SAUF POUR L'UNITE MINERVE

Le domaine est entouré d'une clôture, des cheminements internes permettent de se rendre facilement « au jardin d'hiver » qui est en fait l'espace extérieur arboré qui entoure les bâtiments. Les patients peuvent y déambuler, même s'ils restent la plupart du temps dans le grand espace devant la porte d'entrée principale. L'accès y est possible jusqu'à 19h en hiver et 20h30 à compter du mois d'avril.

Les unités en rez-de-chaussée bénéficient de patios, pour fumer notamment ; il est possible d'y accéder librement dès 6h jusqu'à 22h ou 23h. Chacun de ces espaces dispose de bancs et sont agréables.

A l'unité Minerve, les personnes détenues ne peuvent fumer qu'à la fenêtre de leur chambre.

La liberté d'aller et venir n'est pas fonction du statut, puisque l'admission en soins sous contrainte n'entraîne pas nécessairement une affectation en unité fermée, dès lors que le consentement à l'hospitalisation est acquis et le risque de fugue écarté. L'accès aux chambres est libre toute la journée dans toutes les unités mais les patients n'en ont pas la clé. Dans les unités fermées, les patients peuvent bénéficier, sur prescription, d'autorisations de sortie dans le parc, accompagnés ou non par des proches ou des soignants. Les portes des unités ouvertes sont fermées uniquement de 21h30 à 6h30 ; les patients peuvent emprunter les ascenseurs quand ils sont hébergés dans les étages. Par ailleurs, il leur est possible – sous réserve d'accord médical – de se rendre librement aux activités thérapeutiques et à la cafétéria.

Les personnes autorisées à sortir hors de l'hôpital doivent présenter « *un bon de sortie* » au personnel de l'accueil, qui actionnera l'ouverture des portes vers l'extérieur, tout en surveillant sur les écrans des caméras que d'autres patients ne les suivent pas.

En revanche, les patients pris en charge à l'unité Minerve ne sont pas autorisés à sortir de l'unité. Sur dix-huit patients, deux seulement – des patients chroniques (2007 et 1988) – sont autorisés à sortir de l'hôpital. Au cours de la dernière année, l'un d'entre eux est sorti une seule fois, accompagné, et le second a bénéficié de dix sorties (entre 3 heures et 10 heures et une de 48 heures). A signaler que pour ce patient, une demande d'autorisation a fait l'objet d'un refus de la préfecture qui a jugé que le certificat n'était pas suffisamment étayé sur « *la dangerosité potentielle du patient* ». Un nouveau certificat plus étayé a permis d'en obtenir l'accord. Deux autres patients ont le droit de sortir dans le jardin, une à deux fois par semaine, et deux autres plus librement.

Recommandation

Il conviendrait de proposer davantage de sorties accompagnées pour les patients pris en charge pour de longues durées.

Les personnes qui ont des autorisations de sorties ponctuelles ont aussi le droit de se rendre aux activités. A chaque sortie, même pour une courte durée d'une heure, le patient est fouillé par palpation à son retour dans l'unité et il lui est demandé de vider ses poches.

5.2 L'ACCES AU TABAC EST CONTROLE ET LES ADDICTIONS SONT ABORDEES ET TRAITEES

En unité fermée, les patients fument dans le patio ou dans le fumoir ; ils peuvent conserver leurs cigarettes mais les briquets sont fixés au mur par une cordelette. Les personnes détenues fument cinq fois par jour à la fenêtre de leur chambre (8h, 12h, 16h, 19h, 21h). Dans les unités ouvertes donnant sur les jardins, les fumeurs sont à l'extérieur la plupart du temps et dans les fumoirs le soir, les seules restrictions étant alors liées à leur budget. En étage, les fumeurs descendent dans le parc sauf mesure restrictive temporaire, parfois accompagnés ou fréquentent les salons fumoirs. Les patients sous tutelle peuvent être approvisionnés, les tuteurs ouvrant un compte au tabac du quartier afin que les soignants y achètent les cigarettes. Il a toutefois été rapporté par un personnel soignant que certains majeurs protégés sont rationnés « *sur demande des tuteurs pour faire des économies* ». Lorsque des patients arrivent sans cigarettes, les soignants puisent dans une petite réserve constituée par les soignants.

Les addictions sont abordées de façon intégrée à la prise en charge globale du patient : l'équipe de liaison en addictologie de l'hôpital intervient à la demande des soignants, au cas par cas. Si un sevrage est envisagé le protocole est mis en place avec l'équipe soignante, dans l'unité et la recherche d'un lieu de post-cure est organisé.

5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT SOUPLES

5.3.1 Le téléphone

Dans les unités ouvertes, sauf prescriptions spécifiques, les patients peuvent garder leur téléphone portable et ont accès à un *point-phone*. Les restrictions concernent soit des arrivants en soins sous contrainte pendant la période d'observation de 72 heures, soit des personnes pour lesquels les contacts externes sont temporairement suspendus en raison de leur état de santé. En revanche, dans les unités fermées Minerve et Jonquière 1, les téléphones personnels sont retirés systématiquement. Les *points-phone* permettent toutefois aux patients autorisés de recevoir ou passer deux appels par jour à la demande. Au moment de la visite des contrôleurs, tous avaient le droit de téléphoner, hormis les personnes détenues.

5.3.2 Le courrier

La gestion du courrier, au départ comme à l'arrivée est assurée par le vaguemestre de l'hôpital général. Les timbres sont à la charge du patient.

Les pratiques divergent d'une unité à l'autre sur l'attitude à tenir vis-à-vis des courriers arrivants aux patients : à l'unité Minerve, il n'est lu par les infirmiers qu'à la demande des patients ; aux unités Jonquière 1 et à Jonquière 2, une vigilance de principe est mise en œuvre suivant l'état du patient une lecture accompagnée peut être décidée ; à l'unité des Airelles « *s'il y a un doute sur la conduite à tenir on demande l'avis de l'assistante sociale* » ; au sein de l'unité Espinouse, il n'existerait aucune disposition particulière.

5.3.3 La télévision

Chaque unité est dotée d'un ou deux postes de télévision positionnés dans des salons destinés à cet effet même si la configuration et l'état des locaux ne le permet pas dans toutes les unités. Ils sont alors placés dans les salles à manger. Les patients ont généralement accès à la télécommande.

5.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Même si le règlement de l'hôpital autorise l'utilisation des ordinateurs portables et des postes de radio, les contrôleurs n'ont pas pu savoir combien de patients en disposaient. De même qu'il n'a pas été fait état de la mise à disposition en interne d'ordinateurs ou d'atelier informatique.

5.3.5 Les visites

Les horaires des visites sont affichés dans toutes les unités et sont identiques : de 14h30 à 18h30. Dans les unités fermées, Minerve et Jonquière 1, les visites ont lieu sur prescription, dans la chambre, le patio ou la salle à manger. Si le patient est stabilisé, toujours sur prescription, la famille est autorisée à l'emmener dans le jardin. Si une mère est hospitalisée dans l'une de ces unités, la visite médiatisée de son enfant peut être organisée dans la salle d'ergothérapie de l'unité Minerve. Dans les unités ouvertes, les visites ont lieu dans les pièces communes, la chambre, la cafétéria ou le jardin pour les personnes âgées à mobilité réduite. Il est déconseillé aux enfants de venir. Des sorties peuvent être organisées pour les rencontrer.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX SONT DE QUALITE INEGALE

Les cinq unités d'hospitalisation en psychiatrie adulte sont situées sur deux niveaux : les unités Minerve, Jonquière 1 et Jonquière 2 sont en rez-de-chaussée, les unités Airelles et Espinouse en étage. Sur l'ensemble, une unité d'accueil d'urgence qui comporte dix-huit chambres individuelles est fermée (Minerve) ainsi qu'une partie d'une unité ouverte (Jonquière 1) au sein de laquelle on dénombre vingt-sept chambres individuelles dont onze pour la partie fermée. En réalité, la quasi-totalité des unités d'hospitalisation est susceptible de recevoir des patients en soins contraints. Dans l'éventualité d'une sur occupation de l'unité d'accueil d'urgence, une procédure prévoit la possibilité de transfert dans une autre unité du pôle, sur avis médical et rédaction d'un certificat de situation établi par le psychiatre de Minerve.

Toutes les chambres sont d'une surface identique : 14,67 m². Dans chacune, le placard peut être fermé grâce à un cadenas fourni par le centre hospitalier contre une caution de 2 euros.

Recommandation

Il est souhaitable que les patients disposent de la clé de leur chambre.

6.2 LES ESPACES DE CIRCULATION DES UNITES FERMEES SONT REDUITS

Au sein de l'unité d'accueil d'urgence Minerve, chaque chambre est comparable à une chambre d'isolement : le lit y est fixé au sol au centre de la chambre.

Les salles d'eau sont équipées d'un lavabo, d'une douche, d'un WC. Le porte-serviettes et le miroir sont enlevés pour les chambres spécifiquement destinées aux patients détenus. Toutes les chambres ont un placard avec cadenas hormis celles destinées aux personnes détenues. Chaque chambre est équipée d'un bouton d'appel mais ne dispose pas d'une horloge. Les couloirs, entre chambres et bureaux sont assez réduits. Les patients y marchent de long en large lorsqu'ils ne sont pas installés dans le salon de télévision ou dans leur chambre. Le patio est essentiellement investi par les fumeurs. L'accès aux autres zones du pôle est impossible hors accompagnement par un soignant.

Au sein de l'unité Jonquière 1, dans sa partie fermée sur les onze chambres, six peuvent être utilisées comme chambres d'isolement. Elles ne disposent pas de serrure et les patients y sont généralement placés sous contention. Les espaces de circulation pour les patients de l'unité « Jonquière 1 » constituent une « boucle » située entre les chambres, autour des bureaux et divers locaux situés en son centre. On y observe une intense circulation. Le patio, d'une superficie de 120 m², n'est pas aménagé, hormis d'un auvent utilisé par les fumeurs.

Le fonctionnement de la partie fermée de l'unité Jonquière 1 retentit sur sa partie ouverte. Les soignants confirment : « *la partie ouverte de l'unité est de fait également fermée* ¹⁰ ».

Même si les locaux sont propres et correctement entretenus la privation de liberté est dans ces deux unités associée à la crainte omniprésente des fugues ; elle se manifeste aussi par le choix

¹⁰ La directrice du centre hospitalier affirme que la partie ouverte n'est jamais fermée et ne comprend pas la remarque des soignants cités.

d'y faire venir les ergothérapeutes une fois par semaine, plutôt que d'accompagner les patients à l'extérieur des unités.

Recommandation

Les locaux des unités Minerve et Jonquière 1 doivent être réaménagés de manière à ce que les patients en soins sans consentement puissent bénéficier d'espaces suffisants lorsqu'ils ne sont pas autorisés à sortir, ce qui devrait rester l'exception.

6.3 LES UNITES OUVERTES ONT ETE RENOVEES HORMIS L'UNE D'ENTRE ELLES

Un ascenseur et un escalier permettent d'accéder aux unités Les Airelles et Espinouse situées de part et d'autre d'un hall, au centre duquel se trouvent le secrétariat et l'accueil ainsi que quelques bureaux médicaux. Les chambres individuelles hormis deux chambres doubles, sont équipées de salle d'eau avec des douches et toilettes. Elles n'ont pas de sonnettes d'appel.

Dans l'unité Espinouse, la salle à manger est également utilisée comme salle de télévision. Deux salles complètent les espaces communs : une petite salle de détente repeinte et aménagée avec les patients (la salle verte) et une salle d'activités.

Dans l'unité les Airelles, une salle à manger, un petit salon fumoir, une petite salle de télévision et une salle d'activité sont mis à disposition des patients. Plusieurs postes de télévision sont prévus de façon à équiper à la fois les deux salles à manger et les pièces annexes tels que les salons mais l'un est en panne et il a été indiqué aux contrôleurs que les délais de commande sont d'environ un an. L'accès aux chambres se fait de façon différenciée dans ces deux unités : si à l'unité des Airelles les chambres sont toujours ouvertes (fermées pour le ménage le matin), à l'unité Espinouse, l'accès est limité à des horaires imposés. La liberté de circulation est assurée par l'ouverture des portes d'entrée de 9h à 12h et de 14h30 à 18h30, afin de rassembler les patients à l'heure des repas. Les locaux sont très bien entretenus mais leur disposition ne permet pas au personnel soignant d'avoir une vision de ce qui peut se passer au bout de chaque couloir. Le manque de personnel ne permet pas une surveillance constante et il n'est pas rare que les patients passent d'une unité à l'autre.

L'unité Jonquière 2 est située au rez-de-chaussée avec une ouverture sur le parc mais la vétusté de ce service (le seul à n'avoir pas été rénové), le nombre de chambres doubles trop exiguës, les sanitaires et salles d'eau à la propreté douteuse en font une unité aux conditions indignes.

Le bâtiment est organisé autour d'un petit patio central dans lequel a été aménagée une salle de réunion ne laissant que peu d'espace de circulation au sein même de l'unité.

Deux zones distinctes regroupent dix chambres : six chambres d'un côté, quatre chambres de l'autre. Parmi elles, sept sont des chambres exiguës à deux lits. L'espace laissé entre chacun est tel que « *une fois couché, chacun peut toucher l'autre* » comme le mentionne un membre du personnel. Une seule douche, une salle de bains et deux toilettes vétustes sont utilisés par les dix-neuf patients. Au sein de l'unité les patients ont accès à deux salles de télévision, une salle fumoir, une salle d'atelier, une salle de relaxation et une pièce prévue pour l'ergothérapie.

L'unité est ouverte et les patients accèdent au jardin librement.

Cette unité doit faire l'objet d'une rénovation déjà actée ; elle serait probablement destinée par la suite à accueillir dans de meilleures conditions et en conformité avec les recommandations de la HAS, les patients en soins sans consentement actuellement à l'unité Minerve.

Recommandation

Dans l'unité Jonquière 2, vétuste, la rénovation en projet doit être rapidement mise en œuvre.

6.4 LA RESTAURATION EST DE QUALITE

Les patients se disent satisfaits de la quantité ainsi que de la qualité des menus. Dans certaines unités, des denrées sèches sont achetées directement par les équipes afin de proposer des petites variations gustatives. Il est également d'usage de commander en direct aux cuisines des gâteaux, gaufres pour des événements particuliers.

Les repas sont collectifs, la seule difficulté à gérer est l'incompréhension de certains malades assistant à la distribution de menus différenciés en fonction des prescriptions médicales. Les patients ne pouvant pas se déplacer sont servis en chambre (personnes détenues, problème de santé spécifique).

Le responsable de la restauration de l'hôpital a constitué avec une vingtaine d'établissements du Languedoc un réseau d'acheteurs permettant de développer des circuits courts avec les producteurs locaux.

Une commission "alimentation " intersites de l'hôpital, à laquelle participe un cadre de santé, travaille sur « *l'écoute des patients* », ce qui permet d'adapter les menus à leurs besoins. Des visites de la cuisine sont organisées avec les cadres de santé. L'analyse des événements indésirables, la formation des aides-soignants par les diététiciens sont autant de dispositions qui favorisent un investissement collectif de cette question de la restauration à la fois collective et individualisée.

6.5 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT CONVENABLES

Les locaux collectifs sont très bien entretenus. L'hygiène corporelle est assurée mais elle peut être problématique dans l'unité Jonquière 2, le nombre de douches et de salles de bains étant insuffisant.

Les patients ont la possibilité de faire laver leur linge au prix de 4,5 euros le kilo et 3 euros la chemise, ce dernier montant étant extrêmement élevé.

Il a été cependant précisé à l'unité Jonquière 1 qu'une association « Sequoia » peut s'occuper de laver et fournir des vêtements aux personnes indigentes ou isolées une fois par semaine.

6.6 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES PENDANT LA DUREE DE L'HOSPITALISATION

La gestion des biens pendant le séjour et à la sortie des patients font l'objet de protocoles connus de l'ensemble du personnel et la traçabilité en est assurée.

La régie centralisée de dépôts et recettes de l'hôpital recueille, lors d'une arrivée *via* les urgences, les numéraires et objets de valeur. Dans le cas d'arrivée directe dans les unités fermées, l'inventaire est fait par l'infirmier ou l'aide-soignant puis cosigné par le patient.

Une fiche d'inventaire des vêtements, objets de valeur et numéraires est établie par un infirmier que le patient signe si son état le permet. Dans le cas contraire, un second infirmier paraphe le document. Les contrôleurs ont constaté l'absence d'inventaire lors de la sortie définitive.

Recommandation

Il serait utile de mettre en place un inventaire contradictoire des biens courants du patient non seulement à son arrivée mais également à son départ de l'unité.

Les biens remis au coffre de l'hôpital doivent être récupérés dans les vingt et un jours, les proches sont invités à se manifester dans ce délai. Une note est systématiquement envoyée par le service aux unités pour rappel de cette disposition.

Afin de faciliter la vie quotidienne des patients, chaque unité dispose de "casiers piscine" ou petites armoires fermant à clé, installées dans les bureaux infirmiers.

6.7 LA QUESTION DES RELATIONS SEXUELLES EST ABORDEE PAR LES SOIGNANTS

Les échanges avec la chaîne hiérarchique et le personnel soignant, y compris les médecins, font apparaître une grande différence d'approche qui va du « *cela ne nous concerne pas* » au « *nous leur demandons de la discrétion* » en passant par une grande vigilance sur le consentement mutuel et la vulnérabilité de certains.

En réalité, si au sein des unités cette question est abordée au cas par cas, elle n'est pas soutenue par une réflexion institutionnelle partagée.

On doit à la cohérence des équipes et aux relations constructives qu'elles entretiennent avec les médecins de pouvoir constater que cette approche permet la possible constitution de couples au sein du pôle.

La seule règle édictée et tenue est l'interdiction de partager des chambres à un quelconque moment.

Recommandation

Une réflexion devrait être engagée afin d'envisager les moyens dont les patients pourraient disposer pour gérer leur vie affective et sexuelle.

6.8 LES ACTIVITES INTERNES SONT MISES EN ŒUVRE PAR LE PERSONNEL SOIGNANT EN FONCTION DE SES DISPONIBILITES

Au sein des unités, les activités sont assurées de façon aléatoire en fonction du nombre de soignants présents.

Au sein de l'unité des Airelles, des activités massage, esthétique, relaxation sont gérées par du personnel formé à cet effet. A Jonquière 2, dont il est indiqué qu'elle était auparavant une unité de resocialisation, la mise en œuvre d'activités à partir des ressources internes est aisée. L'atelier cuisine et les jeux de société sont investis par les malades.

A l'unité Espinouse, les patients et les soignants déplorent le manque de personnel pour réaliser des activités ou des accompagnements vers les ateliers. Les soignants, actifs, tentent néanmoins de proposer de la relaxation, de la musique, de l'esthétique, de la pétanque (concours) et des pique-niques.

A l'unité Minerve, d'où les patients ne peuvent sortir, les aides-soignants assurent des soins esthétiques et les ergothérapeutes se déplacent dans l'unité.

Dans l'unité Jonquière 1, l'ergothérapeute est présent tous les vendredis en demi-journée. Par ailleurs, y sont organisés des séances de cinéma, des jeux de société, du ping-pong soit en extérieur, soit dans l'unité.

L'été, si l'effectif le permet, des sorties plage ou cinéma peuvent être organisées pour les patients en capacité de sortir à l'extérieur de l'enceinte du pôle.

6.9 LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES INTERSECTORIELLES PROPOSENT UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE A CHAQUE PATIENT

L'hôpital s'est doté d'un pôle interne d'activités thérapeutiques, situé au rez-de-chaussée, dont la particularité est de gérer des activités sur prescription, ou à la demande, avec ou sans accompagnement par le personnel soignant. Toute participation est non seulement tracée dans ce service, mais aussi transmise en temps réel aux équipes dans les unités, assorties de commentaires utiles au suivi individuel des patients.

L'équipe est composée de quatre ergothérapeutes pour 1,70 ETP et d'une aide-soignante pour 0,80 ETP. Chaque semaine le planning des activités est transmis aux différents services et chaque nouvelle prescription par le biais du dossier informatisé donne lieu à une visite au patient dans son unité le jour même par un ergothérapeute. Ces activités, qui ne sont en rien occupationnelles, regroupent sur des séquences d'une heure à une heure trente de petits groupes de trois à cinq patients. La présence quasi permanente d'une aide-soignante, elle-même formée à l'accueil de patients en ergothérapie, constitue une aide précieuse pour des patients qui viennent en toute quiétude s'installer à ses côtés. La salle de sport et la salle d'activité restent accessibles aux soignants et patients le week-end. Les prescriptions peuvent concerner des patients hospitalisés en unité fermée, dans cette éventualité un soignant les accompagne. Les ateliers proposés sont nombreux et variés allant de l'art plastique, à un atelier mémoire, peinture sur soie, esthétique, vannerie etc. mais également à des ateliers axés sur le corps et ses perceptions.

Bonne pratique

Les activités d'ergothérapie sont assurées par une équipe soucieuse de prendre en compte les besoins spécifiques de chaque patient en proposant un cadre d'intervention structuré.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LE PROCESSUS D'ADMISSION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT REPOND A UN SOUCI DE QUALITE

Les admissions de patients en soins sans consentement, voire d'urgences psychiatriques pouvant nécessiter ce type de prise en charge peuvent être réalisées :

- soit directement au centre Camille Claudel lorsque les demandes concernent notamment des admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), voire des patients déjà connus ;
- soit au service d'accueil des urgences (SAU) du CH de Béziers.

Quel que soit le mode d'admission, la prise en charge pré-hospitalière est assurée par le service médical d'urgence régional (SMUR) en présence d'un médecin urgentiste. Le SAU dispose d'une équipe de psychiatrie de liaison, un psychiatre étant présent aux heures ouvrées. Les patients sont adressés après avoir été vus en première intention par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), puis par le médecin urgentiste. Les suites données sont soit une sortie (avec une orientation en secteur ambulatoire si nécessaire), soit une proposition d'admission en soins libres, soit une admission en soins à la demande d'un tiers.

Les personnes détenues peuvent transiter par le SAU, de même que les patients adressés pour crise suicidaire et états délirants aigus. Tous les patients dont l'admission est proposée à la demande d'un tiers (SDT) sont vus au SAU où sont réalisées les évaluations somatiques. Un protocole est en cours d'actualisation. Les certificats médicaux établis à l'origine par les médecins « de famille » n'étant pas toujours conformes, le CH de Béziers a, par ailleurs, conclu une convention avec la maison médicale de garde (association de médecins généralistes). Ces médecins peuvent délivrer le certificat initial dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI). La prise en charge pré-hospitalière et hospitalière fait l'objet d'une procédure écrite, datée du 25 février 2013, définissant les modalités de mise en place d'un SMUR lors d'une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie quel que soit son mode légal. Cette convention a le mérite de la clarté, le seul bémol étant qu'elle recommande une contention physique ou chimique « si besoin ». Ce type de recommandation n'est pas conforme aux préconisations et textes en vigueur.

Le CH de Béziers a mis en place une unité d'évaluation de crise et d'orientation (UECO) disposant de dix lits. Cette unité, qui fait partie de l'unité intersectorielle, accueille des patients adressés par les urgences (contact de l'équipe de liaison de psychiatrie) mais également sur demande de psychiatres de secteurs ou libéraux, voire de médecins généralistes. Sa vocation est une prise en charge en soins libres d'une durée inférieure à 72 heures, période d'observation permettant d'orienter ensuite ces patients selon leur pathologie. Cette période d'observation peut éventuellement conduire à une décision de soins sans consentement mais les patients connus ne transitent pas par cette unité.

Recommandation

Il conviendrait, quatre ans après la mise en place du protocole de d'admission des patients, de l'évaluer et de l'actualiser. Il serait notamment judicieux d'y intégrer une obligation de formation relative aux mesures d'isolement et de contention, tant en direction des médecins urgentistes que de tout le personnel attaché au service des urgences. Par ailleurs, il devrait être proposé des formations à la rédaction des certificats médicaux pour les médecins généralistes.

7.2 L'ORGANISATION DES SOINS PERMET UNE VERITABLE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

7.2.1 Les unités sectorisées

Les contrôleurs n'ont pas noté de différences majeures, hormis s'agissant de la liberté de circulation des patients. Les prises en charge tiennent compte pour ces trois unités sectorisées du parcours de soins de ces patients intégrant l'intra et l'extra hospitalier.

Pour autant, les médecins psychiatres de ces unités n'exercent pas tous dans des structures extra hospitalières. Certains sont affectés à temps plein en intra hospitalier.

Le fonctionnement des équipes de soins se réunissant quotidiennement notamment lors des changements d'équipes n'appelle pas d'observations particulières.

Les contrôleurs ont noté certaines initiatives de médecins ayant initié dans leur unité des réunions hebdomadaires avec le personnel soignant, réunions à thème pouvant concerner à titre d'exemple l'isolement et la contention.

Les durées d'hospitalisations observées pour les unités sectorisées sont parfois longues ; les raisons invoquées par certains médecins pouvant être liées :

- au manque d'effectifs médicaux et de psychologues (nuisant à un fonctionnement optimal des structures en place (CMP, HJ, CATTP...). L'une des unités est restée au moins six mois sans médecin psychiatre faute de recrutement. Ce sont les médecins des autres unités qui ont assuré une permanence. Ainsi les délais d'attente de rendez-vous dans les structures ambulatoires pour les patients extérieurs sont de plus de deux mois. Cette faiblesse de moyens pour ce secteur est source d'hospitalisations plus fréquentes quel que soit le mode de celles-ci, et les prises en charge de sorties d'hospitalisations peuvent également s'en trouver affectées ;
- aux difficultés de placement d'un certain nombre de patients dits « patients inadéquats » qui n'ont plus leur place dans ces structures d'hospitalisation. Ainsi, sur une des unités de trente-deux lits, quatorze patients étaient en attente de placement dans une structure médico-sociale (EPHAD, maison d'accueil spécialisée (MAS)...) soit **43 %** des patients présents ;
- aux difficultés de recrutement de médecins psychiatres comme évoqué précédemment pour le secteur ambulatoire et source d'inquiétude au sein de cet établissement ;
- à la grande précarité et désocialisation de la population initiatrice de certaines pathologies.

7.2.2 L'unité intersectorielle

Le fonctionnement de l'unité Minerve, unité intersectorielle, diffère de celui des unités sectorisées tenant notamment du type de patient admis. Elle accueille en effet en première

intention tous les patients admis en soins sans consentement au moins pour la période d'observation et les personnes détenues. Les durées de séjour sont courtes (quatorze jours), néanmoins des patients sont présents dans cette unité depuis de nombreux mois. La majorité de ceux-ci est en pyjama.

Recommandation

La consolidation des structures ambulatoires et la mise en place d'une organisation ad hoc étudiant les cas « inadéquats », associée à la recherche de solutions de sorties, pourrait contribuer à libérer des lits d'hospitalisation.

7.2.3 La pédopsychiatrie

La prise en charge des mineurs souffre d'une absence de lits de pédopsychiatrie, il n'existe, pour le département, que quatorze lits au CHU de Montpellier. Le jour du contrôle quatre mineurs, adolescents, étaient hospitalisés au sein des unités de soins dont un mineur de 14 ans.

Un projet d'ensemble est en cours de réflexion au sein de l'établissement intégrant :

- l'équipe mobile de psychiatrie pour les adolescents créée en 2016 ;
- la rédaction d'un projet médical commun entre le pôle de psychiatrie et le service de pédiatrie identifiant cinq lits de ce service pour l'accueil de ces patients ;
- la mise en œuvre du projet de la maison des adolescents prévue dans le projet d'établissement en cours de finalisation.

Recommandation

La mise en place d'une filière organisée pour l'accueil en ambulatoire et la prise en charge hospitalière des mineurs est une priorité.

7.3 LES SOINS SOMATIQUES ONT ETE RECEMMENT REORGANISES MAIS NECESSITENT CEPENDANT D'ETRE RAPIDEMENT CONFORTES

Le pôle de psychiatrie est doté, depuis six mois, d'un temps de 20 %, soit de deux demi-journées par semaine, de médecin généraliste. Celui-ci intervient dans toutes les unités de soins à la demande et assure le suivi de patients le nécessitant. C'est, de l'avis de l'ensemble des soignants, un plus considérable pour les patients malgré un temps d'activité insuffisant. Il a été indiqué aux contrôleurs que ce médecin recevait jusqu'à soixante-dix patients par semaine cumulant les heures supplémentaires, alors qu'il ne dispose que d'un temps partiel.

Des négociations sont en cours pour une réévaluation de son temps de travail dès 2017. Un temps plein serait nécessaire.

Ce médecin assure également le lien avec les services de médecine et de chirurgie pour les demandes de consultations spécialisées. En effet, nonobstant le fait que ces services dépendent du même établissement de santé, beaucoup de médecins psychiatres relèvent la difficulté d'obtention de rendez-vous auprès de services spécialisés dans des délais raisonnables.

Recommandation

Le temps de mise à disposition du médecin généraliste devrait faire l'objet d'une réévaluation compte tenu du nombre de patients qu'il prend en charge et des besoins non couverts (surveillance des mesures d'isolement et de contention). Par ailleurs, il conviendrait d'organiser des passerelles entre les unités de psychiatrie et les services spécialisés du centre hospitalier afin d'assurer des prises en charge rapides, tant en consultations spécialisées qu'en hospitalisation, sans passage par les urgences.

7.4 LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS NE SE DEROULE PAS DANS DES CONDITIONS QUI PERMETTENT D'ASSURER LA CONFIDENTIALITE

La distribution des médicaments est organisée deux fois par jour lors de l'heure des repas, voire individuellement dans la salle de soins.

Cette distribution lors du repas ne permet pas qu'un échange confidentiel puisse avoir lieu avec le patient. En revanche, à l'arrivée de l'équipe de nuit, les patients se présentent spontanément et individuellement au poste de soins où sont distribués les médicaments de manière confidentielle.

Une pharmacienne est plus spécifiquement affectée au pôle de psychiatrie. Les médicaments sont préparés par piluliers (dispensation nominative) pour une semaine à la pharmacie. La prescription est informatisée par le biais du logiciel *Crossway* qui permet, depuis l'année 2015, d'analyser les interactions médicamenteuses, voire de repérer les contre-indications éventuelles par des alertes programmées.

En cas d'alerte, le pharmacien contacte le prescripteur par téléphone, celui-ci restant libre de maintenir sa prescription.

Un comité du médicament (COMEDIMS¹¹) se réunit annuellement pour la psychiatrie permettant notamment un échange sur les prescriptions de l'année en cours voire les nouvelles molécules et aux médecins de confronter leurs pratiques.

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse faisait partie des objectifs transversaux prioritaires affichés en 2016 ; une évaluation des pratiques professionnelles a donc été conduite sur le pôle. Les résultats n'ont pas été communiqués aux contrôleurs, mais ceux-ci ont noté dans les orientations 2017 le développement si possible de la pharmacologie clinique (dépendant des moyens qui seront attribués) notamment vis-à-vis des patients et de leur droit à l'information.

L'objectif à venir est le développement de la pharmacologie clinique auprès des médecins mais également des patients.

Recommandation

Les modalités de distribution des médicaments au sein des unités de soins doivent être revues afin qu'elles soient respectueuses de la confidentialité.

¹¹ COMEDIMS : comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

7.5 LA MISE A L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION NE SONT PAS CONFORMES AUX RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS) ET DU CGLPL

7.5.1 Les pratiques

Aucune des unités ne dispose de chambres d'isolement dans la mesure où toutes les chambres de l'unité Minerve, unité d'accueil de crise, sont aménagées selon les mêmes critères que les chambres d'isolement. Ces chambres sont laissées ouvertes ou fermées selon l'état clinique du patient et la prescription médicale. Les personnes détenues, quant à elles, sont systématiquement isolées dans leur chambre (cf. *infra* § 8).

Dans les unités sectorisées, les patients pour lesquels de telles mesures sont décidées restent dans leur chambre, quel que soit l'emplacement de celles-ci et le type de d'unité concernée, qu'elle soit ouverte ou fermée.

Cette organisation soulève la question de la surveillance par le personnel soignant face au risque que représente le fait de laisser des patients très agités dans des chambres inadaptées.

Le risque encouru peut expliquer que les soignants aient recours plus fréquemment à la contention qu'aux mesures d'isolement, *a priori* très rarement appliquées.

L'analyse de quelques dossiers de prescriptions montre que les décisions d'isolement mais surtout de contention sont inscrites dans la liste des prescriptions en préventif avec la mention « *si besoin* », laissant la latitude au personnel soignant d'engager ces mesures en première intention, en informant immédiatement le psychiatre référent.

Une analyse des pratiques actuelles et l'élaboration d'une politique commune sont une priorité ce qui, au demeurant, faisait partie des « objectifs qualité » de 2016. Une évaluation a été conduite en mars 2017 sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) concernant les mesures de contention prises.

Le CH de Béziers, tenant compte des récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur ces pratiques prévoit d'inscrire dans son futur projet d'établissement (2018-2022) une réorganisation des unités de soins notamment de l'unité intersectorielle conformément à ces recommandations. Il s'agirait de transformer la seule unité qui n'ait encore été rénovée pour y accueillir l'unité intersectorielle dans les schémas nouvellement préconisés.

Recommandation

Afin de faire évoluer les pratiques, la commission médicale d'établissement et le pôle de psychiatrie doivent mener rapidement une réflexion quant aux mesures d'isolement et de contention en tenant compte des recommandations publiées par la haute autorité de santé (HAS) en mars 2017 et de celles publiées par le CGLPL en mai 2016.

7.5.2 Le registre d'isolement et contention

Un registre informatisé de recueil de données relatives aux mesures d'isolement et de contention a été mis en place dès publication de la loi en janvier 2016. Ces données sont par ailleurs saisies dans le dossier du patient informatisé (DPI). Aux dires des soignants, ce serait le cadre qui en assurerait le suivi.

7.6 LA SECURITE EST ASSUREE PAR LE BIAIS DE CAMERAS DE VIDEOSURVEILLANCE

La surveillance du centre hospitalier Camille Claudel est assurée par six caméras positionnées sur l'entrée du domaine, la porte d'entrée, le parking, l'arrière des bâtiments, où des intrusions seraient plus aisées, le sas destiné aux ambulances ainsi que sur le terrain de sport. Selon les propos recueillis par les contrôleurs, en cas de panne les caméras sont réparées rapidement. Les images sont transmises sur les écrans de surveillance positionnés à l'accueil, elles sont reportées la nuit sur les écrans du poste infirmier de l'unité Minerve tout comme le standard téléphonique ; l'enregistrement permet de consulter les bandes en cas de problème.

Chaque unité bénéficie de trois téléphones portatifs comportant des alarmes. Un logiciel opère chaque jour un autocontrôle de vérification de leur état de fonctionnement et des stocks sont suffisants pour les remplacer rapidement en cas de panne. Par ailleurs, un contrat de maintenance permet l'intervention d'une société pour des réparations dans l'heure de sa sollicitation.

Les agents de sécurité de l'hôpital ne se déplacent dans le secteur psychiatrique que pour assurer les formations du personnel sur la gestion des départs de feu, suivre les autorités de contrôle de sécurité ou réarmer les alarmes. Aucune disposition particulière n'est adoptée pour la nuit ; comme en journée, seuls les soignants sont en charge de la sécurité des patients et des locaux.

Selon les propos recueillis, les départs de feu dans les matelas sont très fréquents mais les agents, très attentifs à cette difficulté, sont dits « réactifs » quand le problème se présente.

8. L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES

L'admission des personnes détenues témoigne de la crainte qu'elles inspirent. L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire est rattachée au pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Béziers mais le chef de service est un médecin généraliste. En 2016, pour un effectif théorique de 2,70 ETP, seuls quatre médecins psychiatres pour 1,4 ETP y étaient effectivement employés pour 2,5 ETP de généralistes et 0,51 ETP de spécialistes. Un cadre de santé y est rattaché à temps plein ainsi que seize infirmiers et quatre psychologues.

Lorsque leur intérêt le justifie mais surtout, selon les propos recueillis, par manque de places à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse (Haute-Garonne), les personnes détenues au centre pénitentiaire de Béziers souffrant de troubles psychiatriques sont admises en SPDRE au centre Camille Claudel dans le cadre de l'article D398 du code de procédure pénale. Un travail d'anticipation est effectué par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) privilégiant l'orientation vers l'UHSA dès lors qu'elle est possible.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les demandes de transfert en UHSA avec consentement sont régulièrement annulées - à hauteur de 28 % - en raison des délais d'attente extrêmement longs ; les mêmes raisons entraînent les annulations de demandes de transfert au service médico-psychologique régional (SMPR) du centre pénitentiaire de Perpignan (Pyrénées-Orientales).

En 2016, la répartition des extractions des patients détenus vers la psychiatrie était la suivante :

- cinquante-cinq patients détenus étaient admis au centre Camille Claudel en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ;
- un patient détenu était admis à l'UHSA de Toulouse sous ce même statut ;
- dix-huit patients détenus étaient transférés à l'UHSA en soins libres ;
- sept patients détenus étaient transférés au SMPR de Perpignan.

Deux documents, fournis aux contrôleurs, font état de procédures pour le transfert et la prise en charge des patients détenus. Une ambulance du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) se rend au centre pénitentiaire de Béziers avec, à son bord, un infirmier du service des urgences et un infirmier de psychiatrie. Il est précisé dans le document que les contentions chimiques et physiques peuvent être utilisées « si besoin ». En réalité, selon les informations recueillies par les contrôleurs, la contention physique est systématique. La procédure normale est alors le passage par le service des urgences qui assure le contact avec le médecin et les soignants de l'unité Minerve, où les patients détenus sont systématiquement admis. La question du transfert des personnes détenues vers le centre psychothérapique est un point d'achoppement pour les soignants. En effet, si l'administration pénitentiaire se déplace en fourgon cellulaire pour revenir chercher les patients détenus, le trajet à l'aller est réalisé par le personnel de l'hôpital sans escorte de police. L'accueil est fait par deux soignants au minimum qui expliquent le fonctionnement particulier de la prise en charge des personnes détenues au sein de cette unité.

Les chambres de l'unité Minerve sont toutes équipées de lits scellés positionnés au centre de la pièce, d'un placard et d'une salle d'eau. Parmi ces chambres, cinq destinées aux patients détenus ont été modifiées pour davantage de sécurité. Les portes et serrures ont été renforcées, le placard a été condamné et le miroir de la salle d'eau retiré. Ces modifications liées au risque d'évasion et à la prévention du suicide amplifient l'écart de traitement entre ces patients et les autres patients de cette unité de crise. Pour les patients détenus, l'hospitalisation est souvent

vécue comme étant pire que la prison et nombre d'entre eux demandent très rapidement à réintégrer l'établissement pénitentiaire. En effet, outre les chambres dépouillées, le port du pyjama obligatoire pour application du protocole de surveillance d'isolement, les conditions d'hospitalisation de ces patients sont extrêmement contraignantes, les privant de visites, de téléphone, de cigarettes – hormis en fumant à la fenêtre en compagnie d'un soignant quatre à cinq fois par jour si le patient dispose de ses propres cigarettes –, d'argent ou de pécule pour cantiner, de télévision, de lecture, d'activités ainsi que de sorties de la chambre et de sortie à l'air libre sauf rares exceptions à condition de n'être en relation avec aucun des autres patients. Cette situation est ainsi contraire aux normes internationales de l'ONU¹² et à celles fixées par le Comité pour la prévention de la torture du Conseil de l'Europe¹³. Si certains ne restent que quelques jours, il a été mentionné qu'un patient détenu avait attendu une place en UHSA durant deux semaines dans ces conditions ce qui constitue une atteinte grave aux droits fondamentaux. **Selon les propos recueillis seuls un quart des patients détenus nécessitent une prise en charge urgente sous forme d'isolement. Il est tout à fait anormal que tout patient détenu soit systématiquement placé en chambre d'isolement quels que soient son état de santé et son comportement.**

Il a été indiqué aux contrôleurs que les questions relatives aux personnes détenues sont abordées dans le cadre du collège des psychiatres qui se réunit mensuellement.

Recommandation

Le placement systématique des personnes détenues à l'isolement pour des motifs liés à la sécurité et à la discipline et non pour de seuls motifs thérapeutiques est une atteinte grave à leurs droits fondamentaux. Elles doivent bénéficier d'une prise en charge identique à celle des autres patients ainsi que du respect des droits attachés à leur statut carcéral.

Le chef de pôle et la direction ont constitué un dossier pour solliciter la création d'une unité sanitaire de type 2 qui permettrait, grâce à des lits d'hospitalisation au sein de l'établissement pénitentiaire, de maintenir les patients détenus souffrant de troubles psychiatriques dans des conditions beaucoup plus favorables que celles dont ils peuvent bénéficier au sein de l'unité de crise, et ce dans l'attente d'une place à l'UHSA. L'ARS aurait accueilli favorablement ce dossier mais l'administration pénitentiaire s'y oppose du fait du financement des travaux.

Recommandation

Le projet de création d'une unité sanitaire de type 2 au sein de l'établissement pénitentiaire, permettrait une prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans le respect de leurs droits.

¹² Règle n°23 de l'ensemble des règles *a minima* des Nations Unies pour le traitement des détenus, dit Règles Mandela : « Tout détenu qui n'est pas occupé à un travail en plein air doit avoir, si le temps le permet, une heure au moins par jour d'exercice physique approprié en plein air ».

¹³ Règle n°48 : « L'exercice en plein air demande une mention spécifique. L'exigence d'après laquelle les prisonniers doivent être autorisés chaque jour à au moins une heure d'exercice en plein air, est largement admise comme une garantie fondamentale (de préférence, elle devrait faire partie intégrante d'un programme plus étendu d'activités). Le CPT souhaite souligner que tous les prisonniers sans exception (y compris ceux soumis à un isolement cellulaire à titre de sanction) devraient bénéficier quotidiennement d'un exercice en plein air. Il est également évident que les aires d'exercice extérieures devraient être raisonnablement spacieuses et, chaque fois que cela est possible, offrir un abri contre les intempéries ».

9. CONCLUSION

Il est important de mettre en exergue la bonne coopération entre la direction et l'ensemble des pôles du centre hospitalier. Cela se traduit notamment par la compensation des déficits du pôle de psychiatrie par la médecine générale (MCO), le tout en bonne intelligence et sans rivalités entre les différents chefs de pôle.

Bien qu'étant dans un contexte difficile au regard de la prééminence de la région de Montpellier et du manque de structures médico-sociales, la capacité d'accueillir et de soigner une population parfois très démunie mérite d'être soulignée. Par ailleurs, les projets notamment en direction de la pédopsychiatrie au regard des besoins repérés sur ce territoire, doivent être soutenus.

La réunion de restitution, en fin de mission, a donné lieu à des échanges constructifs. Les participants ont notamment pris la décision de mettre en place des groupes de travail axés sur la mise en pyjama et les pratiques d'isolement et de contention.

LISTE DES ACRONYMES EMPLOYES

ARS	: agence régionale de santé
ASPDRE	: admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
ASPDT	: admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers
ASPPI	: admission en soins psychiatriques pour péril imminent
CATTP	: centre d'activités thérapeutiques à temps partiel
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CME	: commission médicale de l'établissement
CMP(S)	: centre médico-psychologique (de secteur)
COMEDIMS	: commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CDU	: commission des usagers (anciennement CRUQPC)
CSI	: chambre de soins intensifs
EPSM	: établissement public de santé mentale
ETP(R)	: équivalent temps plein (rémunéré)
HAS	: haute autorité de santé
HJ	: hôpital de jour
INSEE	: institut national de la statistique et des études économiques
JLD	: juge des libertés et de la détention
PMR	: personne à mobilité réduite
SAU	: service d'accueil des urgences (SAU)
SMUR	: service médical d'urgence régional
TGI	: tribunal de grande instance