



Rapport de visite :

27 novembre au 1^{er} décembre 2017 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier de Dax

Côte d'Argent

(Landes)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ont effectué une visite inopinée du pôle de psychiatrie et du service des urgences du centre hospitalier (CH) de Dax-Côte d'Argent à Dax (Landes) du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017.

Un courrier a été adressé le 16 janvier 2018 à la ministre des solidarités et de la santé afin d'appeler son attention sur des dysfonctionnements observés au sein de l'unité de psychiatrie générale (UPG) du pôle de psychiatrie de cet établissement, ceux-ci ayant des conséquences sur les droits fondamentaux des personnes placées en soins sans consentement. Une inspection a été effectuée les 15 et 16 janvier ainsi que le 6 février 2018 par les services de l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine.

En vue du recueil de leurs observations, un rapport a été adressé le 15 mars 2018 au directeur du CH de Dax-Côte d'Argent, au directeur du CH de Mont-de-Marsan, au président du tribunal de grande instance (TGI) de Dax, au procureur de la République près le TGI de Dax, au directeur général (DG) de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine et au préfet des Landes. Les directeurs des CH de Mont-de-Marsan et de Dax-Côte d'Argent, le DG de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine et le préfet des Landes ont fait parvenir au CGLPL leurs observations qui sont intégrées dans le présent document.

Le département des Landes est divisé en quatre secteurs de psychiatrie adulte et deux intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le secteur rattaché à Dax compte 144 604 habitants¹, les trois autres secteurs (comptant 262 204 habitants) étant rattachés au CH de Mont-de-Marsan. Le département comporte quatre établissements psychiatriques : deux CH publics, à Dax et à Mont-de-Marsan, chacun comportant un pôle de psychiatrie habilité à hospitaliser des patients en soins sans consentement (SSC), et deux établissements privés : la clinique Maylis à Narrosse et celle pour adolescents Jean Sarrailh à Aire-sur-Adour.

Le CH de Dax comporte 1 000 lits et places. Le pôle de psychiatrie s'appuie sur un dispositif en intra et en extra hospitalier. En intra hospitalier, le site Vincent-de-Paul abrite l'unité de psychiatrie générale (UPG), construite en 1997², qui compte quinze lits d'hospitalisation complète pour adultes, une chambre d'isolement et une chambre de surveillance, et le service des urgences psychiatriques dénommé « consultation d'accueil psychiatrique d'urgence ou CAP ». Le site du Lanot abrite un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec trente lits pour la psycho-gériatrie et une unité de vingt lits d'hébergement renforcé pour la psycho-gériatrie. En extra hospitalier, le CH de Dax s'appuie sur des structures à Dax et à Saint-Vincent-de-Tyrosse, sur quatre antennes de consultation implantées dans d'autres communes et sur une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).

Concernant les SSC, tous les patients faisant l'objet de mesures prises sur décision du représentant de l'état (SDRE) sont adressés directement au CH de Mont-de-Marsan sans transiter par les urgences du CH de Dax. Tous les patients faisant l'objet de soins à la demande d'un tiers (SDT) sont systématiquement vus en première intention au CAP du CH de Dax, puis transférés secondairement au CH de Mont-de-Marsan. Après l'hospitalisation à Mont-de-Marsan, une fois leur état clinique stabilisé, les patients sont ré adressés à l'UPG.

¹ Source INSEE 2015.

² Avant 1997, le CH de Dax n'avait pas de lit d'hospitalisation complète en psychiatrie.

Les unités de psychiatrie des deux CH du département sont parfois saturées et les éventuelles sur occupations conduisent à des sorties et des transferts anticipés. Cette situation est cependant intégrée dans la politique de l'ARS qui diminue le nombre de lits de psychiatrie du département – le taux d'équipement du département des Landes étant inférieur à la moyenne régionale et nationale dans une proportion d'au moins 30 %.

Les points essentiels ressortant de ce contrôle sont les suivants :

- la multiplicité de lieux de séjour des patients en SSC, donc la diversité de pratiques de soins – ces pratiques n'étant pas harmonisées. Ces transferts sont trop souvent opérés alors que le patient n'est pas encore stabilisé. Cette situation interroge la pertinence de la succession de prises en charge comme celle de la politique de réduction du nombre de lits dans un département déjà sous-équipé ;
- l'absence de projet de pôle, la dichotomie de fonctionnement entre les prises en charge intra et extrahospitalières et le déficit de concertation au sein de l'UPG. La psychothérapie institutionnelle, pratiquée jusqu'en 2005, et sa disparition au profit des pratiques de type thérapie cognitivo-comportementale, pratiquées depuis 2010, ne permettent pas à elles seules d'expliquer les tensions qui se traduisent notamment par un *turn-over* anormalement élevé au sein de l'UPG ;
- l'absence de réflexion collective sur le recours à l'isolement, des pratiques de prise en charge contrevenant aux droits des patients, telles que la proposition aux patients de signature de « *lettre d'engagement* » d'acceptation de séance de psychothérapie si leur état clinique venait à s'aggraver ou le recours fréquent à des prescriptions médicales « d'isolement sensoriel » non référencées dans la littérature. Le registre d'isolement n'est pas renseigné de façon à permettre d'évaluer les pratiques professionnelles et n'est pas examiné par la commission départementale des soins psychiatriques ; l'absence totale d'activités thérapeutiques ou même d'activités occupationnelles, les restrictions systématiques aux libertés individuelles (interdiction de sortir de l'unité, d'utiliser un téléphone de façon autonome, impossibilité de fermer sa chambre ou son placard) sont la règle sans pour autant être ni individualisées ni justifiées médicalement. Par ailleurs, les patients en SSC ne disposent d'aucune information sur leurs droits ;
- l'absence de contrôle du circuit du médicament.

L'inspection diligentée par le directeur général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, en janvier et février 2018, avant la rédaction du rapport CGLPL a confirmé les constats effectués par ce dernier. Ainsi, outre les réponses apportées aux recommandations à caractère ponctuel, il écrit : « *un travail de recomposition de l'offre en psychiatrie générale est engagé dans les Landes. Au regard des besoins territoriaux, les orientations communiquées à l'occasion de l'élaboration du projet médical et soignant partagé du GHT concernant la filière santé mentale des Landes concernent prioritairement l'organisation des urgences psychiatriques et des soins sans consentement, ainsi que l'égalité d'accès à la population landaise aux différentes modalités de prise en charge en santé mentale avec un renforcement de l'offre proposée en partie Sud et Ouest. Dans ce cadre, la place de l'UPG du CH de Dax et le dimensionnement des lieux d'accueil des urgences psychiatriques sont réinterrogés* ». Cette recomposition apparaît nécessaire autant que la mise en œuvre des recommandations formulées dans le présent rapport.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 39

Les modalités d'intégration et de fonctionnement du centre d'accueil psychiatrique (CAP) au service des urgences du CH de DAX incluant notamment une formation du personnel et une gestion par un seul cadre sont exemplaires.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 15

Les capacités d'accueil du pôle de psychiatrie du CH de Dax en intra comme en extra hospitalier doivent être revues au regard de la population du secteur. Les structures extra hospitalières doivent adapter leurs horaires d'ouverture afin de permettre à toutes les catégories de patients d'accéder aux services.

2. RECOMMANDATION 16

Le pôle de psychiatrie doit rédiger un projet de pôle actualisé intégrant notamment les modalités et conditions de fonctionnement des différentes structures de soins qu'il couvre dont l'UPG, le bilan et les perspectives à venir.

Ce projet doit être rédigé en partenariat avec les équipes soignantes et validé par les instances consultatives et délibératives de l'établissement.

3. RECOMMANDATION 18

Le projet de psychiatrie adulte du territoire landais doit porter notamment sur l'amélioration du parcours de soins des patients en limitant la multiplicité des lieux de séjour.

4. RECOMMANDATION 18

Les termes de la convention de juin 2013 entre les CH de Mont-de-Marsan et de Dax doivent être revus au regard de la saturation des lits du CH de Mont-de-Marsan et du non-respect de la qualification de soins post aigus de l'UPG.

5. RECOMMANDATION 18

Compte tenu de l'organisation en place entre les CH de Dax et de Mont-de-Marsan, il est impératif d'harmoniser les pratiques de soins entre ces deux établissements de santé.

6. RECOMMANDATION 19

La réorganisation de l'unité de psychiatrie générale (UPG), compte tenu des pratiques soignantes actuelles et indépendamment des nombreuses doléances portées à la connaissance des contrôleurs, doit intervenir dans les meilleurs délais.

7. RECOMMANDATION 21

Il doit être remédié au taux anormalement élevé de turn-over au sein de l'UPG qui nuit à la qualité de la continuité de la prise en charge des patients. La mise en place d'un tutorat ou d'une formation des nouveaux soignants en est d'autant plus nécessaire.

8. RECOMMANDATION	23
Une information spécifique, adaptée aux conditions de vie et aux statuts des patients soignés à l'UPG, doit compléter le livret d'accueil de l'hôpital.	
9. RECOMMANDATION	24
Les informations contenues dans le livret d'accueil sur le mode de dépôt et de traitement des plaintes et réclamations doivent être complétées, notamment sur l'existence des médiateurs.	
10. RECOMMANDATION	25
Lorsqu'un patient a désigné une personne de confiance, celle-ci doit en être systématiquement informée et doit valider sa désignation en adressant son accord à l'hôpital.	
11. RECOMMANDATION	26
Le droit de vote des patients hospitalisés doit être organisé et par voie de conséquence protocolisé pour la totalité des scrutins.	
12. RECOMMANDATION	26
Afin de garantir la liberté d'exercice des cultes des patients, leur possibilité de téléphoner à un représentant du culte de leur choix doit leur être ouverte sans passer par l'intermédiaire d'un soignant. Lors de l'entrée d'un patient à l'UPG, la procédure d'accueil devrait comporter la question sur l'éventuelle demande de rencontrer un aumônier et, le cas échéant, cette demande transmise à qui de droit.	
13. RECOMMANDATION	29
Les registres de la loi doivent être présentés aux autorités à l'occasion de leurs visites et visés par elles.	
14. RECOMMANDATION	29
La tenue des registres de la loi par le service d'accueil du centre hospitalier est incomplète et non contrôlée. Il convient d'y remédier.	
15. RECOMMANDATION	30
Tout refus par la préfecture de sortie de courte durée d'un patient en SPDRE non accompagné doit être exceptionnel et dûment motivé.	
16. RECOMMANDATION	30
Une convention devrait être établie entre le CH et les maisons de retraites et les établissements médico-sociaux afin de favoriser les placements de patients dont l'état permettrait une sortie du CH.	
17. RECOMMANDATION	32
Les patients ne doivent pas être soumis systématiquement à des restrictions de mouvement. La liberté de circulation doit être la règle, les limitations doivent être exceptionnelles et dûment motivées.	
18. RECOMMANDATION	34

L'autorisation pour les patients d'utiliser le téléphone fixe de leur chambre, de posséder un téléphone portable ou un ordinateur doit être la norme et l'interdiction, l'exception.

19. RECOMMANDATION 35

Les chambres doivent être équipées d'un système d'appel. La situation rencontrée par les contrôleurs – suppression des cordons d'appel en attendant l'installation de bouton d'appel – ne doit pas perdurer.

20. RECOMMANDATION 36

Les patients devraient pouvoir partiellement individualiser et décorer leur chambre par l'intermédiaire d'un panneau d'affichage ou de tout autre dispositif. Ils doivent pouvoir fermer leur placard à clef.

21. RECOMMANDATION 37

Les patients doivent pouvoir fermer leur chambre.

22. RECOMMANDATION 38

Une réflexion doit être conduite sur la sexualité au sein de l'UPG et une procédure rédigée.

23. RECOMMANDATION 39

Les locaux du centre d'accueil psychiatrique(CAP) du centre hospitalier de Dax doivent être agrandis.

24. RECOMMANDATION 40

Les effectifs de l'UPG doivent intégrer du temps de psychologue.

25. RECOMMANDATION 40

Les activités thérapeutiques font, en psychiatrie, partie intégrante du soin et l'établissement doit assurer leur mise en place de manière pérenne.

26. RECOMMANDATION 40

Le CH de Dax doit prendre toute disposition pour affecter à l'UPG un temps de médecin somaticien.

27. RECOMMANDATION 41

Le CH de Dax doit sans délais sécuriser le circuit du médicament de l'UPG. La salle tenant lieu de pharmacie à l'UPG ainsi que les armoires à pharmacie doivent être sécurisées. Le matériel obsolète, notamment les piluliers, doit être remplacé.

28. RECOMMANDATION 42

Le CH de Dax doit mettre en place une analyse des prescriptions pharmaceutiques même globalisée sans attendre l'informatisation à venir. L'exploitation des données existantes doit être communiquée aux responsables du pôle de psychiatrie et un suivi de celles-ci doit être mis en place.

29. RECOMMANDATION 43

L'équipement de la chambre d'isolement doit être revu, intégrant un bouton d'appel, une horloge et un lit permettant au patient de se mobiliser plus aisément. Cette chambre doit être climatisée.

30. RECOMMANDATION 44

Le corps médical du pôle de psychiatrie doit engager une réflexion sur les pratiques en cours et leur bien-fondé vis-à-vis des patients notamment sur les raisons des mesures d'isolement thérapeutique et sur le concept d'isolement sensoriel.

31. RECOMMANDATION45

Le registre mis en place doit être informatisé en incluant les données mentionnées dans l'article de la loi correspondante (article L3222-5-1 du code de la santé publique). Ce registre doit être complété de façon exhaustive afin qu'il puisse utilement être le support de la politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention imposée par le même texte.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 Les capacités d'hospitalisation en psychiatrie du centre hospitalier de Dax-Côte d'Argent sont faibles au regard de la population de ses secteurs de responsabilité 13	
2.2 Le partenariat entre les CH de Dax et de Mont-de-Marsan ne permet pas une prise en charge optimale des patients.....	15
2.3 Les ressources humaines sont quantitativement stables mais l'unité de psychiatrie générale pâtit d'un turnover anormalement élevé	19
3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS 22	
3.1 Les patients en soins sans consentement représentent le tiers des hospitalisés à l'UPG.....	22
3.2 Les patients admis en soins sans consentement ne reçoivent aucune information spécifique écrite	22
3.3 L'information des patients sur le mode de dépôt et de traitement des plaintes et réclamations est sommaire.....	23
3.4 La personne de confiance est parfois désignée mais jamais contactée	25
3.5 L'accès au vote n'est pas organisé	25
3.6 L'accès aux cultes est organisé pour un seul culte	26
3.7 Les patients nécessitant une protection judiciaire sont repérés et les procédures sont assurées dans des délais convenables	27
4. LE CONTROLE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN OEUVRE DES DROITS DES PATIENTS 28	
4.1 L'établissement ne transmet pas aux patients les pièces écrites médicales et juridiques.....	28
4.2 Le contrôle institutionnel n'est pas exercé fréquemment et reste superficiel	28
4.3 Les registres de la loi ne sont pas correctement remplis	29
4.4 La discrétion d'une hospitalisation est possible	29
4.5 Les sorties de courte durée non accompagnées pour les SPDRE ne sont pas possibles.....	29
4.6 Le juge des libertés et de la détention est rarement sollicité	30
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	32

5.1 Les patients, en soins libres comme en soins sans consentement, n'ont aucune liberté de circulation hors de l'UPG	32
5.2 Les contraintes de la vie quotidienne sont rares	32
5.3 Les modalités de communication avec l'extérieur sont restreintes.....	33
6. LES CONDITIONS DE VIE.....	35
6.1 Les chambres et les locaux de vie sont confortables mais spartiates	35
6.2 Les biens des patients sont correctement gérés. Les chambres ne peuvent pas être fermées par les patients.....	36
6.3 L'hygiène est correctement assurée	37
6.4 La qualité nutritive et gustative des repas est excellente	37
6.5 Aucune activité de loisir n'est organisée. L'accès à la télévision dans chaque chambre est libre, sauf décision médicale contraire	37
6.6 Aucune conduite à tenir n'est réfléchie concernant la sexualité	37
7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	39
7.1 Les modalités d'accueil et de prise en charge aux urgences sont respectueuses de la dignité des personnes	39
7.2 La prise en charge psychiatrique au sein de l'UPG est limitée aux consultations médicales	39
7.3 Les soins somatiques à l'UPG sont assurés par le psychiatre	40
7.4 Le circuit du médicament est inexistant et source d'erreurs médicamenteuses..	40
8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	43
8.1 Les conditions d'isolement ne sont pas optimales	43
8.2 Le registre d'isolement est insuffisamment renseigné.....	44
8.3 La contention n'est pas pratiquée	45
9. CONCLUSION GENERALE.....	46

Rapport

Contrôleurs :

- Vianney SEVAISTRE, chef de mission ;
- Bertrand LORY ; contrôleur,
- Dominique PETON KLEIN ; contrôleure,
- Cédric de TORCY ; contrôleur,
- Margaux CLUSE ; stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite du pôle de psychiatrie et du service des urgences du centre hospitalier (CH) de Dax-Côte d'Argent (Landes) du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017.

Le présent rapport a été adressé par courriers datés du 15 mars 2018, en vue du recueil de leurs éventuelles observations, au directeur du centre hospitalier de Dax-Côte d'Argent, au directeur du centre hospitalier de Mont-de-Marsan, au président du tribunal de grande instance (TGI) de Dax, au procureur de la République près le TGI de Dax, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine et au préfet des Landes.

Ont fait parvenir leurs observations le directeur du centre hospitalier de Mont-de-Marsan par courrier en date du 10 avril 2018, le directeur du centre hospitalier de Dax-Côte d'Argent par courrier en date du 24 avril 2018, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine par courrier en date du 2 mai 2018 retransmettant en outre le courrier du préfet des Landes en date du 20 avril 2018.

Les éventuelles observations en retour du président du TGI de Dax et du procureur de la République près du TGI de Dax ne sont pas parvenues au CGLPL.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 27 novembre 2017 à 14h. Ils l'ont quitté le vendredi 1^{er} décembre à 11h. Cette visite était inopinée.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du CH de Dax et la cadre supérieure du pôle de psychiatrie. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs.

Des contacts ont été établis avec le sous-préfet de Dax et le préfet des Landes, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Dax ainsi qu'une juge des libertés et de la détention du TGI, l'agence régionale de santé (ARS) Aquitaine Limousin Poitou et la déléguée départementale de l'ARS dans les Landes, la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) des Landes et la maire de Dax, présidente du conseil de surveillance.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs par le directeur du CH.

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 par l'équipe ont été mis

à leur disposition et regroupés 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 souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 1^{er} décembre en présence du directeur, du directeur adjoint en charge de la psychiatrie, du chef du pôle de psychiatrie et de la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME), antérieurement chef du pôle de psychiatrie – le président de la CME s'étant excusé.

2. L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LES CAPACITES D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE DAX-COTE D'ARGENT SONT FAIBLES AU REGARD DE LA POPULATION DE SES SECTEURS DE RESPONSABILITE

2.1.1 La place du CH de Dax-Côte d'Argent dans le département

Le département des Landes est divisé :

- en quatre secteurs de psychiatrie adulte. Le secteur rattaché à Dax compte 144 604 habitants³, les trois autres secteurs (Landes Nord, Landes Sud et Landes Est comptant respectivement 97 188, 67 252 et 97 764 habitants) étant rattachés au CH de Mont-de-Marsan ;
- et en deux intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, celui rattaché à Dax comptant près de 200 000 habitants.

Le département des Landes compte quatre établissements psychiatriques :

- deux centres hospitaliers (CH) publics : le centre hospitalier (CH) de Dax-Côte d'Argent à Dax et celui Mont-de-Marsan, chacun comportant un pôle de psychiatrie habilité à hospitaliser des patients en soins sans consentement ;
- deux établissements privés : la clinique Maylis à Narrosse et la clinique pour adolescents Jean Sarrailh à Aire-sur-Adour.

Les deux cliniques et neuf psychiatres (dont deux pédopsychiatres) sont implantés dans le secteur de Dax. Un partenariat a été conclu en 2009 entre le CH de Dax et la clinique Maylis pour qu'elle prenne en charge certains patients nécessitant des soins psychiatriques libres.

Dans le département voisin des Pyrénées-Atlantiques, deux cliniques situées à Bayonne accueillent en psychiatrie des patients du secteur de Dax en raison de leur proximité géographique.

2.1.2 Le pôle de psychiatrie du CH de Dax

Le CH de Dax-Côte d'Argent comporte 1 000 lits et places. Ses capacités intra hospitalières sont réparties sur trois sites implantés à Dax :

- le site Vincent-de-Paul, boulevard Yves du Manoir à Dax, avec outre la direction, l'unité de psychiatrie générale UPG (quinze lits d'hospitalisation complète pour adultes) construite en 1997⁴ et le service des urgences psychiatriques dénommé « consultation d'accueil psychiatrique d'urgence ou CAP » ;
- le site du Lanot, route des Roches à Dax, abrite l'hôpital de jour (HDJ) de pédopsychiatrie, l'HDJ de psycho-gériatrie, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) avec trente lits pour la psycho-gériatrie et une unité de vingt lits d'hébergement renforcé pour la psycho-gériatrie ;
- le site Saint-Eutrope appelé le « Thermal », rue Labadie à Dax, abrite et l'institut de formation des professionnels de santé (IFPS) ;

³ Source INSEE 2015.

⁴ Avant 1997, le CH de Dax n'avait pas de lit d'hospitalisation complète en psychiatrie.

Le CH de Dax dispose de vingt-trois places d'hospitalisation de jour de psychiatrie infanto juvénile et d'aucun lit en hospitalisation complète.

Le pôle de psychiatrie s'appuie sur un dispositif extra hospitalier dont un certain nombre de structures sont récentes incluant :

- à Dax un hôpital de jour (HDJ) et le centre de santé mentale (CSM) qui assure les fonctions dévolues à un centre médico-psychologique (CMP), une maison des adolescents, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un centre de soins petite enfance (CATTP pour les mineurs de 6 ans) ;
- à Saint-Vincent-de-Tyrosse un HDJ et un CMP ;
- quatre antennes de consultation implantées à Soustons, Capbreton, Saint-Martin-de-Seignanx et Tarnos ;
- une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP).

Les structures intra hospitalières fonctionnent sept jours sur sept, les structures extra hospitalières sont ouvertes en semaine du lundi au vendredi de 9h à 17h. Ces informations n'apparaissent pas sur le livret d'accueil ni sur le site Internet www.ch-dax.fr.

Le taux d'équipement en lits de psychiatrie du département des Landes est inférieur à la moyenne régionale et nationale dans une proportion d'au moins 30 %. Ce point est abordé dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire (GHT) évoqué dans le § 2.2 *infra* préconisant pour les Landes « de définir une capacité suffisante de lits d'hospitalisation complète notamment pour les hospitalisations sous contrainte indispensable aux besoins sanitaires d'une population en forte expansion démographique ».

Dans son courrier en date du 10 avril 2018, le directeur du centre hospitalier de Mont-de-Marsan écrit « la circulaire du 15 mars 1960 a mis en place une politique de sectorisation des soins psychiatriques. Elle considérait que "l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans des organismes de prévention et de postcure". Nous avons assisté depuis cette période à une diminution spectaculaire du nombre de lits. Le nombre de lits de psychiatrie générale en France il ya 40 ans était plus du double de celui d'aujourd'hui (-60 % entre 1976 et 2016). Des dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation temps plein se sont multipliés : hôpitaux de jour, CATTP, foyers de postcure, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, centre d'accueil et de crise, hospitalisation à domicile... Le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade⁵ (octobre 2016) entend diminuer la part de l'hospitalisation complète, ce qui m'a été confirmé lors de mon entretien professionnel d'évaluation et ce qui m'a été demandé par l'ARS, à 60 % de la dotation annuelle de fonctionnement de psychiatrie. Actuellement sur notre établissement, nous sommes à 83,17 % et notre projet d'établissement (2017-2021) approuvé par l'ARS vise à transformer 54 lits de psychiatrie en lits de MAS. Le projet médical partagé du GHT des Landes, également approuvé par l'ARS a validé ce schéma sans création de lits sur le territoire. L'heure n'est plus à la création de lits, sauf décision expresse de cette même ARS ».

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « un travail de recomposition de l'offre en psychiatrie générale est engagé dans les Landes. Au regard des besoins territoriaux, les orientations communiquées à l'occasion de l'élaboration du projet médical et soignant partagé du GHT concernant la filière santé mentale des Landes

⁵ NDLR : Michel Laforcade est directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine lors de la visite du CH de Dax.

concernent prioritairement l'organisation des urgences psychiatriques et des soins sans consentement, ainsi que l'égalité d'accès à la population landaise aux différentes modalités de prise en charge en santé mentale avec un renforcement de l'offre proposée en partie Sud et Ouest. Dans ce cadre, la place de l'UPG du CH de Dax et le dimensionnement des lieux d'accueil des urgences psychiatriques sont réinterrogés ».

Recommandation

Les capacités d'accueil du pôle de psychiatrie du CH de Dax en intra comme en extra hospitalier doivent être revues au regard de la population du secteur. Les structures extra hospitalières doivent adapter leurs horaires d'ouverture afin de permettre à toutes les catégories de patients d'accéder aux services.

2.1.3 La traduction budgétaire des choix de prise en charge

Pour l'année 2016, le budget de fonctionnement du CH s'établit à 150 M€. La dotation annuelle de financement (DAF) du pôle de psychiatrie a été en augmentation durant les dernières années : elle est passée de 8,2 M€ en 2014 à 8,6 M€ en 2016 ; les autres ressources du pôle se sont élevées en 2016 à 2,3 M€. Les recettes de 2016 se sont donc élevées 10,9 M€. Les dépenses de 2016 se sont élevées à 11,3 M€, le budget général du CH a pris à sa charge le déficit de 2016 de 0,4 M€. Les budgets du CH ne prévoient aucun investissement en psychiatrie.

2.2 LE PARTENARIAT ENTRE LES CH DE DAX ET DE MONT-DE-MARSAN NE PERMET PAS UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

2.2.1 Le projet du pôle de psychiatrie

Le seul projet de pôle remis aux contrôleurs date de juin 2007. Il n'a pas, depuis, été actualisé. Néanmoins plusieurs évolutions sont intervenues depuis 2009 suite aux propositions de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM). Ces évolutions ont conduit notamment à réorganiser les conditions d'hospitalisation en psychiatrie des patients issus du secteur rattaché au CH de Dax et à créer entre les CH de Dax et de Mont-de-Marsan une fédération médicale inter-hospitalière de psychiatrie (FMI). Un projet pour un nouveau dispositif de psychiatrie a été élaboré en mars 2010.

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire suite à la loi de janvier 2016 a conduit à travailler sur un projet médical soignant partagé du groupement hospitalier du territoire (GHT) des Landes intégrant la filière psychiatrie. Celui-ci a été finalisé le 3 juillet 2017. Des travaux sont en cours de réflexion pour préciser les attendus de l'organisation future de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

Un projet de service du service psychiatrie adulte rédigé semble-t-il en 2014 (aucune date ne figure sur celui-ci) a été remis aux contrôleurs. Il relate l'historique de ce service et propose un certain nombre d'orientations et de projets à développer.

Les contrôleurs n'ont pu cependant connaître le statut de ce document notamment si celui-ci avait été validé par le pôle et les instances consultatives et délibératives du CH de Dax.

En l'occurrence sur quelques orientations et projets proposés tel que la réhabilitation sociale, le développement de l'éducation thérapeutique du patient ou la remédiation cognitive, aucun ne semble opérationnelle pour le moment. Ces projets sont en revanche intégrés dans le projet

médical partagé du GHT démontrant effectivement l'absence d'opérationnalité au cours des trois dernières années.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *l'inspection réalisée par mes services à la suite du passage de votre équipe partage le constat d'absence de contrat de pôle et la non-conformité à l'article L6146-1 du code de la santé publique. Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points suivants :*

- *l'élaboration d'un véritable projet de service de l'UPG associant personnels médicaux, paramédicaux, décrivant les activités thérapeutiques proposées et intégrant la couverture somatique des patients (recommandation 26). Ce projet devra permettre de faire évoluer les pratiques soignantes (recommandation 6) en réaffirmant les droits des patients, la libre circulation des patients en soins libres (recommandation 17), la liberté des patients en termes de communication avec l'extérieur sauf exception médicalement justifiée (recommandation 18) ;*
- *le nécessaire infléchissement de la politique de recrutement (stabilité des personnels, formation, accompagnement par le tutorat – recommandation 7) ».*

Recommandation

Le pôle de psychiatrie doit rédiger un projet de pôle actualisé intégrant notamment les modalités et conditions de fonctionnement des différentes structures de soins qu'il couvre dont l'UPG, le bilan et les perspectives à venir.

Ce projet doit être rédigé en partenariat avec les équipes soignantes et validé par les instances consultatives et délibératives de l'établissement.

L'unité d'hospitalisation de quinze lits (cf. *infra* § 2.2.2) est qualifiée d'unité de soins post aiguë accueillant en seconde intention des patients transférés du CH de Mont-de-Marsan dont tous les soins sans consentement (SSC), voire en première intention des patients suivis par le secteur de Dax mais admis en soins libres. Cette unité inclut également une chambre d'isolement et une chambre de surveillance toute deux contiguës à la salle de soins (cf. *infra* § 6.1 et § 8.1 pour leur description).

Le taux d'occupation est important avoisinant 90 % mais les éventuelles sur occupations trouvent toujours des solutions dans les heures voire la journée qui suit. Celles-ci peuvent cependant conduire à des sorties anticipées.

2.2.2 L'organisation et le fonctionnement du pôle de psychiatrie

La création d'une structure d'accueil de crise aux urgences du CH de Dax dénommée centre d'accueil psychiatrique (CAP) a été réfléchi dès 2008 dans le cadre des projets de pôle. Celle-ci s'est concrétisée en 2012 s'appuyant sur les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) et de la MNASM pour la prise en charge des suicidants et des urgences psychiatriques. Le CAP assure par ailleurs la psychiatrie de liaison avec les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et de gériatrie.

Les missions du CAP tiennent compte de la réorganisation de la psychiatrie sur le territoire landais intervenue suite aux préconisations de la MNASM.

Ainsi il a été acté que les patients relevant du secteur de psychiatrie rattaché à Dax sont adressés aux urgences du CH de Dax et vus en première intention par le CAP. Si l'état clinique du patient

nécessite une hospitalisation, celui-ci est transféré au CH de Mont-de-Marsan. Seuls les patients déjà connus et suivis en ambulatoire sur ce secteur peuvent être hospitalisés directement à l'UPG du CH de Dax.

Concernant les soins sans consentement (SSC) tous les patients faisant l'objet de mesures prises sur décision du représentant de l'état (SDRE) sont adressés directement au CH de Mont-de-Marsan sans transiter par les urgences du CH de Dax. En revanche, tous les patients faisant l'objet de soins à la demande d'un tiers (SDT) sont systématiquement vus en première intention au CAP du CH de Dax, puis transférés secondairement au CH de Mont-de-Marsan.

Au décours de l'hospitalisation à Mont-de-Marsan une fois leur état clinique stabilisé, les patients sont ré-adressés à l'UPG qualifiée d'hospitalisation post aiguë.

Une convention signée le 25 juin 2013 précise les modalités de cet accord.

L'article 4 de la convention suscitée précise les modalités d'accueil des patients selon leur mode légal d'hospitalisation et l'orientation de l'UPG comme unité de soins post aiguë. Néanmoins le manque de lits d'hospitalisation au CH de Mont-de-Marsan conduit à transférer de nouveau les patients admis en SSC non plus sur des critères d'évaluation clinique mais administratifs basés sur l'accord du juge des libertés et de la détention (JLD) au terme des douze jours.

L'article 5 précise qu'une évaluation annuelle est conduite par un comité de pilotage après examen d'un bilan établi par la fédération médicale inter-hospitalière de psychiatrie (FMI). Les comptes rendu du comité de pilotage remis aux contrôleurs ne permettent pas d'établir un bilan et une évaluation de ce dispositif.

Les contrôleurs ont cependant noté que, nonobstant les accords de 2011 officialisés par cette convention, plus de 60 % de patients vus aux urgences du CH de DAX (CAP) ° sont hospitalisés directement à l'UPG et non au CH de Mont-de-Marsan faute de place pour les accueillir.

Ces modalités de prise en charge conduisent à ce qu'un même patient soit vu par quatre services différents : les urgences du CH de Dax, la psychiatrie du CH de Mont-de-Marsan, l'UPG du CH de Dax et en dernière intention une structure ambulatoire.

Les contrôleurs s'interrogent sur le processus de continuité des soins, le risque de déstabilisation d'un patient pour autant que les prises en charge et prescriptions diffèrent et donc le bien-fondé de cette organisation.

Dans son courrier en date du 10 avril 2018, le directeur du centre hospitalier de Mont-de-Marsan écrit « *le fait que tous les patients en soins sous contrainte puissent être hospitalisés systématiquement sur le CH de Mont-de-Marsan, comme nous avons pu l'écrire dans le commentaire sur la recommandation n° 1, rend obligatoire des transferts durant une période d'hospitalisation avec des équipes médicales différentes* » et encore « *les termes de la convention de 2013 entre les CH de Dax et de Mont-de-Marsan doivent être revus au regard de la saturation des lits du CH de Mont-de-Marsan et du non-respect de la qualification de soins post-aigus de l'UPG. Un travail de concertation va être mené avec la fédération médicale de psychiatrie pour revoir certaines situations* ».

Outre les éléments de réponse apportés par le courrier du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine déjà mentionnés *supra* dans le § 2.1.2, le directeur général écrit « *l'élaboration du projet territorial de santé mentale des Landes, en cours d'élaboration, permet également d'analyser les besoins territoriaux et les réponses apportées dans le cadre de l'amélioration du parcours de soins et de vie des patients porteurs de pathologies psychiatriques. Le*

conventionnement entre le CH de Mont-de-Marsan et le CH de Dax sera révisé dans le cadre des orientations partagées d'évolution de l'offre psychiatrique de la filière de santé mentale ».

Recommandation

Le projet de psychiatrie adulte du territoire landais doit porter notamment sur l'amélioration du parcours de soins des patients en limitant la multiplicité des lieux de séjour.

Recommandation

Les termes de la convention de juin 2013 entre les CH de Mont-de-Marsan et de Dax doivent être revus au regard de la saturation des lits du CH de Mont-de-Marsan et du non-respect de la qualification de soins post aigus de l'UPG.

Le psychiatre responsable de l'UPG a indiqué aux contrôleurs que ses pratiques professionnelles différaient de celles du CH de Mont-de-Marsan, reconnaissant la difficulté pour un patient de s'y retrouver en lui imposant en ce sens une double contrainte. Pourtant le document relatif à la psychiatrie publique landaise de mars 2011 dans son chapitre 4 « Proposition pour un nouveau dispositif de psychiatrie publique landaise » précisait dans les missions de la FMI d'établir des pratiques communes de prise en charge psychiatrique.

L'UPG ne dispose pas de dossier patient informatisé, ce qui nuit aux échanges entre les différentes structures qui suivent les patients en soins sans consentement et peut de ce fait impacter la qualité de leur prise en charge.

Dans son courrier en date du 10 avril 2018, le directeur du centre hospitalier de Mont-de-Marsan écrit « réponse identique à celle de la recommandation précédente », c'est-à-dire « les termes de la convention de 2013 entre les CH de Dax et de Mont-de-Marsan doivent être revus au regard de la saturation des lits du CH de Mont-de-Marsan et du non-respect de la qualification de soins post-aigus de l'UPG. Un travail de concertation va être mené avec la fédération médicale de psychiatrie pour revoir certaines situations ».

Recommandation

Compte tenu de l'organisation en place entre les CH de Dax et de Mont-de-Marsan, il est impératif d'harmoniser les pratiques de soins entre ces deux établissements de santé.

Les contrôleurs ont été interpellés à plusieurs reprises soit par des soignants, soit par des patients avec parfois des témoignages écrits sur certaines pratiques de prise en charge médicale pouvant contrevenir à leurs droits. Les principaux griefs portent sur un manque d'information, une absence de dialogue avec les patients et une impression de traitements parfois imposés sans recherche de consentement de la personne.

Le travail est de même difficilement ressenti par l'équipe soignante, compte tenu d'une absence d'implication aux décisions de soins, celle-ci se considérant davantage comme exécutante de projets thérapeutiques non discutés préalablement.

Les éléments de réponse apportés par le courrier du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont mentionnés *supra*.

Recommandation

La réorganisation de l'unité de psychiatrie générale (UPG), compte tenu des pratiques soignantes actuelles et indépendamment des nombreuses doléances portées à la connaissance des contrôleurs, doit intervenir dans les meilleurs délais.

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT QUANTITATIVEMENT STABLES MAIS L'UNITE DE PSYCHIATRIE GENERALE PATIT D'UN TURNOVER ANORMALEMENT ELEVE

2.3.1 L'effectif

Le CH emploie 2 492 personnes⁶ (1 957,90 équivalents temps plein⁷) dont 445 (142,91 équivalents temps plein hors internes⁸) au titre du personnel médical et 2 047 au titre du personnel non médical.

Au 31 octobre 2017 le pôle de psychiatrie rémunérait 141,31 personnes appartenant au personnel non médical réparties entre quinze unités.

L'encadrement médical de l'UPG est assuré par un médecin psychiatre à temps plein. L'effectif du personnel non médical 26,37 personnes rémunérées selon la direction des ressources humaines et 24,5 équivalents temps plein (ETP) selon l'unité ainsi répartis : un cadre de santé, quatorze infirmiers diplômés d'Etat (IDE), cinq aides-soignants (AS), trois agents des services hospitaliers (ASH), une assistante sociale (0,5 ETP) et une assistante médico-administrative. L'unité ne compte aucun psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, ni personnel socio-éducatif – cf. *infra* § 7.2 – postes qui ne sont pas prévus.

Pendant les heures ouvrables, quatre soignants sont présents en semaine et trois le week-end selon les modalités suivantes :

- l'effectif du « matin » (de 7h à 15h), en semaine, est de deux IDE et deux AS, et pendant le week-end de deux IDE et un AS ;
- l'effectif du « soir » (de 13h48 à 21h30), en semaine, est de trois IDE et un AS, et pendant le week-end de deux IDE et un AS ;
- en journée (de 8h à 16h), sont présents un ou deux ASH (un tous les jours sauf les mardis et mercredis) ;
- la nuit deux IDE, participant au service de la journée, assurent une permanence ; l'un des deux peut être appelé au CAP pour participer à une prise en charge d'une urgence psychiatrique.

L'effectif minimal de sécurité ou de grève est de deux IDE matin, soir et nuit, d'un AS matin et soir, et en journée d'un ASH du lundi au vendredi (aucun le week-end).

⁶ Source : rapport faisant le bilan général de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail ainsi que des actions menées – année 2016.

⁷ Source : Rapport d'activité 2016 – planches.

⁸ *Ibid.*

En cas d'absence d'un agent, le remplacement est assuré pendant trois jours par un des membres de l'équipe. Au-delà, la direction des ressources humaines fait appel un membre d'un autre service du CH ou recrute un contractuel pour une durée déterminée.

Le bilan social de l'année 2016 pour le personnel non médical fait apparaître les points suivants :

- le taux d'absentéisme au sein du pôle de psychiatrie est le plus faible (6,05 %) comparé aux autres pôles du CH (7,03 % en moyenne avec un maximum de 9 %) ;
- le *turnover* du pôle de psychiatrie est le plus élevé (9,49 % pour une moyenne de 6,50 %, le plus faible étant 5,43 %). Selon les informations recueillies, sur les vingt soignants de l'UPG (un cadre de santé, quatorze IDE et cinq AS), il y aurait eu vingt-huit départs en l'espace de deux ans ; seuls deux IDE auraient plus de deux ans d'ancienneté.

Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax indique « *le turnover de l'UPG au cours des deux dernières années s'est élevé à 14 agents (au lieu de 28)* ». Les contrôleurs avaient demandé confirmation du nombre à la direction des ressources humaines du CH à plusieurs reprises, sans succès, avant le 24 avril.

Le personnel soignant est en nombre suffisant nonobstant un *turnover* très important.

Il n'existe pas de tutorat pour le personnel non médical prenant ses fonctions au sein du pôle.

2.3.2 La supervision

La supervision de groupe du personnel soignant de l'UPG est assurée mensuellement depuis la signature le 30 septembre 2016 de la *convention de mise en œuvre d'une régulation auprès de l'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation en psychiatrie adulte* entre le CH et une psychologue. La supervision individuelle est possible *via* la psychologue du travail mais dont c'est une mission seconde. Le CH pourrait faire assurer la supervision individuelle selon un mode similaire à celle de groupe, comme cela est préconisé dans *l'avis⁹ du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 17 juin 2011 relatif à la supervision des personnels de surveillance et de sécurité*.

2.3.3 La formation

En 2017, vingt-deux agents du pôle de psychiatrie dont huit de l'UPG ont suivi une formation d'une journée sur le cadre juridique du parcours de soins du patient atteint de troubles psychiatriques. Cette formation est prévue être reconduite en 2018.

Il n'existe pas de formation spécifique pour le personnel non médical prenant ses fonctions au sein du pôle.

Une formation spécifique sur la gestion de la violence est organisée annuellement pour les agents du CH en contact avec le public. Il n'est pas prévu de l'ouvrir aux soignants du pôle de psychiatrie, le besoin n'en n'ayant pas été exprimé par ceux-ci. Dans de nombreux établissements de santé mentale, les soignants sont formés à ces techniques permettant une meilleure prise en charge de ces patients. Il serait souhaitable que les soignants du pôle de psychiatrie bénéficient d'une telle formation.

Les éléments de réponse apportés par le courrier du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont mentionnés *supra* dans le § 2.2.2.

⁹ JO du 12 juillet 2011, texte 81

Recommandation

Il doit être remédié au taux anormalement élevé de turn-over au sein de l'UPG qui nuit à la qualité de la continuité de la prise en charge des patients. La mise en place d'un tutorat ou d'une formation des nouveaux soignants en est d'autant plus nécessaire.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT LE TIERS DES HOSPITALISES A L'UPG

L'activité de L'UPG communiquée par le département d'information médicale (DIM) montre une durée moyenne de séjour (DMS) variant entre vingt-trois et vingt-cinq jours suivant les années.

Selon les données transmises, le pourcentage de soins libres au regard de celles concernant les SSC serait en moyenne de 30 % (34 % pour les neuf premiers mois de 2017) alors que le jour du contrôle dix patients sur les quinze – soit 67 % des présents – étaient en SSC.

Le nombre de patients faisant l'objet d'une mesure de SSC se chiffre à quarante-sept pour 2015, soixante et un pour 2016 et cinquante-deux pour les neuf premiers mois de 2017.

La proportion SDRE/SDT est de 15 % en moyenne corroborant les données observées dans d'autres CH.

Les différents rapports communiqués indiquent que le nombre de patients faisant l'objet d'une mesure de SSC quel que soit le mode légal est relativement faible pour le département des Landes en comparaison des données régionales voire nationales sans qu'aucune explication n'ait pu être apportée.

3.2 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT NE REÇOIVENT AUCUNE INFORMATION SPECIFIQUE ECRITE

3.2.1 L'information sur leur statut, leurs droits, en début d'hospitalisation

L'information est délivrée aux patients au CH de Mont-de-Marsan au moment de leur admission ou quelques jours après en fonction de leur état de santé. L'ordonnance du juge des libertés et de la détention leur est remise (cf. *infra* § 4.1) ; elle comporte les informations prévues par la loi pour exercer des recours sans mention des adresses.

Au CH de Dax, l'information est faite au fur et à mesure de la rédaction des certificats, essentiellement par le médecin. Aucun affichage ni aucun document qui serait remis aux patients ne leur permet de saisir une autorité administrative ou judiciaire ni de bénéficier d'un conseil juridique.

3.2.2 Les informations accessibles aux patients pendant l'hospitalisation

Une information relative à la désignation de la personne de confiance (cf. *infra* § 3.4) et le livret d'accueil du CH de Dax sont disposés sur le lit du patient avant son arrivée. Ce livret ne comporte pas d'informations relatives aux droits et devoirs du patient hospitalisé en psychiatrie.

La version de novembre 2014 du règlement intérieur du CH de Dax, remise aux contrôleurs, n'est pas accessible aux patients. Elle ne contient aucune information sur les droits des patients en soins sans consentement.

Les règles de vie de l'UPG intitulées « *fonctionnement institutionnel de l'UPG* » sont affichées dans un seul endroit de l'unité, la salle de restauration. Elles étaient précédemment apposées dans chaque chambre mais n'ont pas été réaffichées après rénovation des peintures. Elles comportent les informations suivantes :

- l'interdiction relative à la possession d'armes, de drogues, de médicaments, d'alcool ; des recommandations sur la conservation de biens et de valeurs ; des précisions pour les patients fumeurs ;
- les heures de repas (8h, 12h, 18h45), en chambre ou en salle à manger ;
- les réunions soignants-soignés du jeudi à 10h30 et les réunions des soignants à ne pas déranger lors des relèves d'équipes (matin, début d'après-midi, soirée) ;
- les visites aux patients ;
- le téléphone fixe dans chaque chambre et l'interdiction des téléphones portables ;
- sous l'intitulé « famille/personne de confiance » : « *l'équipe soignante souhaite vous accompagner lors du séjour de votre proche. Vous pouvez à tout moment solliciter un entretien auprès d'un soignant* » ;
- les sorties : libres dans l'enceinte de l'hôpital, sauf contre-indication médicale ou administrative ; hors de l'hôpital idem avec autorisation signée du directeur de l'hôpital.

Il a été indiqué que les patients étaient souvent déstabilisés à leur arrivée au CH de Dax car ils bénéficiaient de davantage de liberté au CH de Mont de Marsan au regard notamment de l'accès au téléphone et au parc de l'hôpital.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *le suivi de l'inspection réalisée par l'ARS s'attachera également à vérifier la mise en œuvre des recommandations énoncées par vos services concernant l'amélioration de l'information du patient* ».

Recommandation

Une information spécifique, adaptée aux conditions de vie et aux statuts des patients soignés à l'UPG, doit compléter le livret d'accueil de l'hôpital.

3.3 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LE MODE DE DEPOT ET DE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS EST SOMMAIRE

3.3.1 Le traitement des plaintes, réclamations et événements indésirables

La commission des usagers (CDU) a été installée le 17 novembre 2017. Elle comporte quatre représentants des usagers dont l'UDAF¹⁰ et la vice-présidente est membre de l'UNAFAM¹¹.

Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax indique « *la CDU a été installée dans son actuelle composition en novembre 2017. Originellement la CDU a été créée en 2002* ».

Le livret d'accueil présente sur une page la commission des usagers. Il y est précisé son rôle et les différentes possibilités d'adresser des remarques ou réclamations : venir compléter le registre des réclamations au secrétariat de direction ; contacter la direction qualité et risques (numéro de téléphone mentionné) ; adresser un courrier au directeur (adresse postale mentionnée). Il est également précisé que la liste des membres de la CDU est affichée dans chaque unité de soins. Il

10 UDAF : union départementale des associations familiales

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

n'est pas fait mention de la possibilité de contacter un médiateur médical ou non médical mais une médiation médicale a été réalisée en 2016.

A l'UPG, une feuille d'information sur la CDU est affichée sur la vitre du secrétariat : elle comporte les noms des représentants des usagers et des associations auxquels ils appartiennent sans précision de leurs coordonnées téléphoniques et postales.

Les réclamations sont rares :

- une en 2015 : incompréhension de son régime d'hospitalisation ;
- deux en 2016 : une sortie contestée par le conjoint et une plainte de ne pas pouvoir sortir de l'unité ;
- une depuis le 1^{er} janvier 2017 : incompréhension des soins ; cette personne a rencontré le JLD de Dax.

Elles sont traitées sans délai par la CDU et un courrier est systématiquement adressé au plaignant.

Au cours de l'année 2016, la CDU s'est réunie quatre fois et une médiation médicale a été conduite.

Depuis 2014, deux contentieux avaient été traités par la CDU concernant des patients en soins psychiatriques : en 2014, un patient avait adressé au conseil de l'ordre des médecins des Landes une plainte concernant un placement en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI), qui avait été classée sans suite, et en 2016, un patient avait demandé l'anonymisation de son dossier médical pour un soin passé.

Les déclarations de mauvais traitement sont directement gérées par le directeur qui a déclaré aux contrôleurs ne jamais en avoir reçu de l'UPG.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, sept fiches d'événement indésirable ont été réalisées concernant l'unité de soins psychiatriques ou le CMP :

- trois fugues de patients ;
- présence d'un seul soignant la nuit en raison d'un appel à renfort dans l'unité de pédiatrie ;
- agression verbale d'un ex-patient au téléphone puis devant l'UPG ;
- effectif minimum non atteint un après-midi ;
- admission d'un patient dont le dossier réalisé par le service des urgences signale par erreur un bilan somatique mauvais.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « le suivi de l'inspection réalisée par l'ARS s'attachera également à vérifier la mise en œuvre des recommandations énoncées par vos services concernant l'amélioration de l'information du patient ».

Recommandation

Les informations contenues dans le livret d'accueil sur le mode de dépôt et de traitement des plaintes et réclamations doivent être complétées, notamment sur l'existence des médiateurs.

3.3.2 Le questionnaire de satisfaction

Les contrôleurs ont eu communication des réponses aux questionnaires de satisfaction recueillies pour l'UPG pour les années 2016 (dix-sept réponses), 2015 (quarante-neuf réponses) et 2014

(quarante-six réponses). Ces réponses ne sont pas accompagnées d'analyses. Elles ne permettent pas de tirer de conclusions.

3.3.3 Les familles et les usagers sont associés

Les équipes soignantes ont le souci d'impliquer les familles en fonction de l'état de santé du patient.

L'UNAFAM est représentée à la CDU et participe à une réunion mensuelle avec les soignants et les familles.

En revanche, l'UDAF, représentée à la CDU, n'a aucun contact avec l'UPG. Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax indique « *cela est sans doute exact pour la représentante de l'UDAF à la CDU, cependant dans le cadre des relations de travail les contacts avec l'UDAF sont réguliers lors des synthèses* ».

3.4 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST PARFOIS DESIGNEE MAIS JAMAIS CONTACTEE

Dans les premiers jours qui suivent l'admission, il est systématiquement demandé au patient s'il souhaite désigner une personne de confiance. Sa réponse est mentionnée sur un formulaire placé dans son dossier. En revanche, la procédure en place ne prévoit pas d'en informer la personne désignée ; celle-ci ne l'apprend qu'à l'occasion d'une visite du patient.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *le suivi de l'inspection réalisée par l'ARS s'attachera également à vérifier la mise en œuvre des recommandations énoncées par vos services concernant l'amélioration de l'information de la personne de confiance* ».

Recommandation

Lorsqu'un patient a désigné une personne de confiance, celle-ci doit en être systématiquement informée et doit valider sa désignation en adressant son accord à l'hôpital.

Au moment de la visite du CGLPL, 50 % des patients avaient désigné une personne de confiance.

3.5 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS ORGANISE

Lors des dernières élections présidentielles, le cadre de santé a demandé à chaque patient hospitalisé à l'UPG s'il souhaitait voter. Aucun patient hospitalisé en soins sans consentement n'a voté.

Il n'existe pas de protocole comportant un rétro planning permettant de déterminer à quelle date quelle action doit être entreprise pour permettre aux patients hospitalisés de participer aux élections, ni de connaître les patients qui ne disposent pas du droit de vote.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *le suivi de l'inspection réalisée par l'ARS s'attachera également à vérifier la mise en œuvre des recommandations énoncées par vos services concernant l'organisation du droit de vote des patients* ».

Recommandation

Le droit de vote des patients hospitalisés doit être organisé et par voie de conséquence protocolisé pour la totalité des scrutins.

3.6 L'ACCES AUX CULTES EST ORGANISE POUR UN SEUL CULTE

Le livret d'accueil fait état de l'existence de « *représentants des cultes religieux de votre choix : un service d'aumônerie catholique existe au sein de l'hôpital. Les représentants des autres cultes peuvent être appelés sur demande* » et précise « *vous pouvez vous adresser au cadre de santé de votre unité de soins qui vous communiquera les coordonnées* » ainsi que « *un lieu de recueillement se trouve à disposition au rez-de-chaussée de Vincent-de-Paul* ».

L'aumônerie est constituée pour le culte catholique avec deux personnes salariées pour un équivalent temps plein. La salle polyculturelle dénommée oratoire est fléchée dans le hall d'accueil mais n'apparaît pas sur les plans disponibles pour les patients. Le livret d'accueil édité en 2015 comportait un plan du site Vincent-de-Paul, celui de 2017 n'en comporte pas.

Le numéro de téléphone de l'aumônier apparaît dans l'annuaire du CH. Ceux des représentants des autres cultes sont inscrits dans une fiche accessible par l'intranet, sur la gestion électronique documentaire (GED). Les autres cultes représentés sont le culte protestant (église protestante unie des Landes, église évangélique, église évangélique méthodiste), le culte orthodoxe, les coordonnées des représentants des cultes juïque et musulman étaient en cours de mise à jour.

Conformément à la réglementation en vigueur les représentants des cultes rendent visite aux seuls patients qui en ont exprimé la demande. Les contrôleurs ont constaté que cette demande devait passer par l'intermédiaire du cadre de santé. Cette disposition n'est pas conforme au libre exercice du culte ; les patients doivent pouvoir joindre un représentant d'un culte sans passer par un intermédiaire. Les numéros de ces représentants doivent donc être d'accès libre et être affichés ou mentionnés dans le livret d'accueil.

En l'absence d'affichage et en particulier à l'UPG, unité dans laquelle le médecin psychiatre peut limiter pendant des périodes et pour des motifs médicaux les appels téléphoniques dont, en particulier, ceux aux représentants des cultes, il est nécessaire que lors de l'arrivée d'un patient le questionnaire d'entrée prévoie si le patient demande à voir un aumônier, éventuellement en précisant le culte. Le cas échéant, le représentant du culte concerné doit en être informé.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *le suivi de l'inspection réalisée par l'ARS s'attachera également à vérifier la mise en œuvre des recommandations énoncées par vos services concernant la liberté du culte* ».

Recommandation

Afin de garantir la liberté d'exercice des cultes des patients, leur possibilité de téléphoner à un représentant du culte de leur choix doit leur être ouverte sans passer par l'intermédiaire d'un soignant. Lors de l'entrée d'un patient à l'UPG, la procédure d'accueil devrait comporter la question sur l'éventuelle demande de rencontrer un aumônier et, le cas échéant, cette demande transmise à qui de droit.

3.7 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JUDICIAIRE SONT REPERES ET LES PROCEDURES SONT ASSUREES DANS DES DELAIS CONVENABLES

Le CH de Dax ne possède pas de service propre de tutelles. Les patients concernés sont pris en charge par l'union départementale des associations familiales des Landes (UDAF 40), des tuteurs-curateurs professionnels ou appartenant à leurs familles.

Les patients hospitalisés à l'UPG et susceptibles d'avoir besoin d'une protection judiciaire sont initialement repérés par le médecin de l'UPG qui les signale à l'assistance sociale du service. Cette dernière établit un bilan social et lance les démarches nécessaires. Ainsi, le 28 novembre 2017, sur les quinze patients hospitalisés, un était sous tutelle, un autre sous curatelle renforcée et un troisième faisait l'objet d'une sauvegarde de justice.

Le délai entre la saisine du juge et sa réponse est de l'ordre de trois à quatre mois.

Les tuteurs et curateurs viennent aux réunions de synthèse qui sont planifiées quand un patient est dans une situation particulièrement difficile ; ils sont donc rarement convoqués car ces réunions ne sont pas systématiquement tenues pour tous les patients. Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax indique « *pour les autres situations, des liens téléphoniques sont entretenus par l'assistante sociale du service* ».

4. LE CONTROLE INSTITUTIONNEL DE LA MISE EN OEUVRE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 L'ETABLISSEMENT NE TRANSMET PAS AUX PATIENTS LES PIECES ECRITES MEDICALES ET JURIDIQUES

Les patients ne disposent dans leur chambre d'aucun document concernant leur admission et leur séjour dans l'unité exception faite de la décision du juge des libertés et de la détention.

Les documents d'admission et de prolongation de séjour sont dans les dossiers médicaux. Les patients ne savent pas comment faire appel des décisions ou solliciter un avocat, une autorité administrative ou judiciaire.

Le projet thérapeutique est écrit et inséré dans le dossier médical.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, il a été procédé à huit demandes de dossiers médicaux : sept ont été traités en moins d'un mois et le dernier demandé le 27 septembre était en attente de la réception d'une carte d'identité.

4.2 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL N'EST PAS EXERCE FREQUEMMENT ET RESTE SUPERFICIEL

4.2.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La présidence de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est assurée par une magistrate du tribunal de grande instance de Mont-de-Marsan. La CDSP est composée d'un représentant de l'UNAFAM, d'un représentant de l'ADAPEI¹² des Landes, d'un psychiatre libéral de Dax, d'un psychiatre du CH de Mont-de-Marsan, d'un médecin généraliste exerçant à Dax.

La CDSP s'est rendue au CH de Dax le 26 septembre 2016 et le 6 octobre 2015, le 16 septembre 2013. Selon les comptes rendus, les patients en soins sans consentement rencontrés en 2013 et en 2016 par les membres de la CDSP « *n'ont pas formulé de remarques particulières sur leurs conditions d'hospitalisation et le respect de leurs droits* » ; dans le compte rendu pour l'année 2015, il est écrit pour certains patients, sans précision de leur lieu d'hospitalisation (Mont-de-Marsan ou Dax) « *certaines d'entre eux ont formulé des remarques par rapport à leur hospitalisation, le règlement intérieur, le respect de leurs droits et leur devenir* ».

Le programme de la CDSP ne prévoyait pas de visite du CH de Dax en 2017.

Jusqu'à la visite des contrôleurs, la CDSP n'examinait pas les registres d'isolement et de contention.

4.2.2 Le conseil local de santé mentale

Un conseil local de santé mentale (CLSM) est constitué à Dax.

4.2.3 La visite des autorités

A l'examen des registres de la loi, il n'apparaît aucun visa d'une autorité. Il a été confirmé aux contrôleurs qu'aucun représentant de la préfecture ni du TGI n'avait jamais visité l'UPG.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points*

¹² ADAPEI : association départementale d'amis et parents d'enfants inadaptés

suivants : la mise en conformité de la tenue des registres de la loi et de leur présentation aux autorités ».

Recommandation

Les registres de la loi doivent être présentés aux autorités à l'occasion de leurs visites et visés par elles.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI NE SONT PAS CORRECTEMENT REMPLIS

Les registres de la loi sont gérés par le service d'accueil du centre hospitalier.

Les agents de ce service, manifestement peu au courant des spécificités des soins psychiatriques sans consentement, se contentent de coller les documents qui leur sont remis par le secrétariat médical de l'UPG, sans aucun contrôle. Dans certains documents manque, par exemple la réponse de la préfecture à une demande de sortie de courte durée. D'autres ont été découpés d'une telle façon que la signature du patient n'est plus visible. Les documents ne sont pas toujours collés dans l'ordre chronologique. Les parties manuscrites sont incomplètes.

De nombreux documents ou inscriptions manuscrites mentionnent des soins psychiatriques « à la demande » du représentant de l'Etat.

Les seuls contrôles mentionnés dans les registres de la loi concernent la CDSP et l'UNAFAM.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points suivants : la mise en conformité de la tenue des registres de la loi et de leur présentation aux autorités ».*

Recommandation

La tenue des registres de la loi par le service d'accueil du centre hospitalier est incomplète et non contrôlée. Il convient d'y remédier.

4.4 LA DISCRETION D'UNE HOSPITALISATION EST POSSIBLE

Le livret d'accueil fait état de la « discrétion » qui accompagne l'hospitalisation d'un patient « *à votre demande, aucune indication ne sera donnée sur votre présence à l'hôpital ».*

Cette possibilité ouverte à un patient n'apparaît pas dans la procédure d'accueil. Elle n'est donc pas proposée.

Lors de la visite des contrôleurs une réflexion était en cours pour mettre à jour l'arbre logique de traitement d'une demande téléphonique d'une personne voulant entrer en contact avec un patient.

4.5 LES SORTIES DE COURTE DUREE NON ACCOMPAGNEES POUR LES SPDRE NE SONT PAS POSSIBLES

4.5.1 Les sorties courte durée

Les demandes de sortie de courte durée non accompagnée concernant des patients en SPDRE sont systématiquement refusées par la préfecture sans motif spécifique.

Dans son courrier en date du 20 avril 2018, le préfet des Landes écrit « *cette décision résulte de ma volonté de ne pas laisser seuls des individus pouvant présenter un danger pour eux-mêmes et pour autrui. Néanmoins ces sorties accompagnées peuvent être effectuées avec un membre de la famille du patient ou un tiers de confiance et pas uniquement avec le corps médical. Au regard du contexte sécuritaire actuel, cette mesure me paraît être pleinement justifiée. L'hôpital a été informé à deux reprises et n'a pas émis d'objections particulières* ».

Recommandation

Tout refus par la préfecture de sortie de courte durée d'un patient en SPDRE non accompagné doit être exceptionnel et dûment motivé.

Le tiers n'est jamais informé de la sortie de courte durée d'un patient admis en SPDT.

4.5.2 Les programmes de soins

Au moment de la visite du CGLPL, une vingtaine de patients étaient suivis en programme de soins.

4.5.3 La préparation à la sortie

Les sorties vers les maisons de retraite sont difficiles faute de place et devant leur réticence. Il n'existe pas de convention entre le CH de Dax et les maisons de retraite pour reprendre temporairement des patients qui décompensent.

Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax indique « *pour ce qui est de la sortie des personnes âgées, il est à noter qu'elle s'effectue principalement dans le cadre de structures du GHT : unité Caravelle (psychiatrie personnes âgées) à Mont-de-Marsan, UCC (unité cognitive comportementale) à Dax et à Saint-Sever* ».

Recommandation

Une convention devrait être établie entre le CH et les maisons de retraites et les établissements médico-sociaux afin de favoriser les placements de patients dont l'état permettrait une sortie du CH.

Le 28 novembre 2017, quatre patients occupaient des appartements thérapeutiques : deux en studios et deux dans une colocation.

Après l'hospitalisation les patients sont suivis par des infirmiers du centre de santé mentale.

Les demandes d'orientations et d'allocations adressées à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sont traitées dans un délai de quatre à six mois ; lorsque le patient est âgé de moins de 25 ans, le délai est moindre, de l'ordre de deux mois et demi en moyenne.

4.6 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST RAREMENT SOLLICITE

Les patients en soins sans consentement ne sont admis à l'UPG qu'au-delà des douze premiers jours d'hospitalisation ; ils ont donc déjà été reçus en audience devant le JLD du TGI de Mont-de-Marsan. Les comparutions devant le JLD de Dax sont d'autant plus exceptionnelles que ces patients sont toujours en phase de stabilisation et restent rarement plus d'un mois à l'UPG. Si un

patient est hospitalisé depuis plus de six mois, il est transporté à Mont-de-Marsan où il est reçu en audience par le JLD ; une telle situation n'est arrivée qu'une fois.

Selon les déclarations du JLD de Dax, depuis plus plusieurs années, un seul patient avait fait l'objet d'une audience au TGI de Dax, à sa demande.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES PATIENTS, EN SOINS LIBRES COMME EN SOINS SANS CONSENTEMENT, N'ONT AUCUNE LIBERTE DE CIRCULATION HORS DE L'UPG

5.1.1 L'organisation architecturale des bâtiments

L'UPG est installée dans un bâtiment spécifique et légèrement excentré de l'entrée principale du CH. L'hôpital ne comporte pas de parc, il est situé à proximité d'une zone commerciale qui connaît une forte circulation automobile. La sortie des patients dans l'enceinte non close du CH présente donc des risques. Ils doivent être accompagnés par un soignant ou un proche, ce qui limite singulièrement leurs déplacements.

5.1.2 L'UPG est fermée

L'UPG est fermée en permanence. Les patients, y compris ceux en soins libres, ne peuvent en sortir sans autorisation médicale et intervention de la secrétaire médicale ou d'un soignant pour ouvrir la porte.

Le 28 novembre, onze patients sur quinze bénéficiaient d'une autorisation médicale pour sortir de l'unité : ces autorisations étaient parfois assorties de la nécessité d'être accompagné par un proche pour se rendre dans l'enceinte de l'hôpital, à la cafétéria ou dans des services extérieurs à l'unité. Pendant la visite des contrôleurs, peu de patients ont exprimé le souhait de sortir de l'unité en l'absence de cadre sécurisant et de lieux d'activités thérapeutiques ou ludiques accessibles.

Dans les règles de vie de l'UPG – cf. *supra* § 3.2.2 – il est mentionné à propos des sorties : « libres dans l'enceinte de l'hôpital, sauf contre-indication médicale ou administrative ; hors de l'hôpital *idem* avec autorisation signée du directeur de l'hôpital ».

Les éléments de réponse apportés par le courrier du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont mentionnés *supra* dans le § 2.2.2.

Recommandation

Les patients ne doivent pas être soumis systématiquement à des restrictions de mouvement. La liberté de circulation doit être la règle, les limitations doivent être exceptionnelles et dûment motivées.

5.2 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES

5.2.1 L'accès au tabac

Il est formellement interdit de fumer dans les locaux de l'unité, conformément à ce qui est indiqué dans les règles de vie (cf. *supra* § 3.2.2), cependant, les patients peuvent fumer librement dans le patio intérieur. Les infirmiers proposent une consultation d'aide à l'arrêt de la consommation du tabac. L'unité dispose d'un petit stock de cigarettes pour les patients en situation d'indigence afin d'éviter un sevrage brutal et des tensions entre patients.

Dans la même optique, les soignants facilitent l'achat raisonné de tabac par les patients lorsque leurs proches ne peuvent leur en fournir ou en l'absence de visite.

5.2.2 Le port du pyjama

Les patients ne sont pas soumis au port du pyjama.

5.2.3 L'accès aux chambres

Les chambres sont en accès libre pour les patients 24h sur 24. Ces derniers ne peuvent les fermer ni de l'intérieur ni de l'extérieur.

L'horaire de lever n'est pas imposé : les patients peuvent bénéficier d'un petit déjeuner à partir de 8h et jusqu'à 10h.

5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT RESTREINTES

5.3.1 Le courrier

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier librement en s'adressant aux infirmiers. L'unité ne dispose pas de boîte aux lettres : l'entrée principale du site Vincent-de-Paul en est équipée.

Le personnel facilite l'accès au matériel nécessaire (enveloppes, papier, timbres) pour les patients qui en sont démunis.

Le cas échéant, en présence du patient, la secrétaire de l'unité appose un timbre humide sur la languette de fermeture de l'enveloppe afin de prouver que l'enveloppe n'a pas été ouverte. Le courrier est ensuite récupéré par le vaguemestre.

5.3.2 Le téléphone

Il est interdit à tous les patients, en soins libres ou en soins sans consentement, de conserver leurs téléphones portables. Cette interdiction systématique contraste avec la règle de l'hôpital de Mont-de-Marsan où l'interdiction est ponctuelle et individualisée en fonction de l'état de santé des patients.

A l'UPG de Dax, les patients peuvent demander le branchement d'une ligne téléphonique sur le téléphone de leurs chambres. Pendant la période de contrôle sept patients sur quinze bénéficiaient de cette possibilité après avoir reçu une autorisation médicale. Les communications depuis les chambres doivent cependant transiter par l'intermédiaire du bureau infirmier pour la réception comme pour l'émission.

5.3.3 L'accès à l'informatique et à Internet

La possession d'un ordinateur est strictement interdite dans l'unité mais cette interdiction ne figure dans aucun règlement ou fonctionnement institutionnel. Le livret d'accueil de l'hôpital précise qu'une prestation wifi peut être couplée à l'achat d'un forfait téléphone mais cette possibilité n'est pas ouverte dans l'UPG.

Les éléments de réponse apportés par le courrier du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont mentionnés *supra* dans le § 2.2.2.

Recommandation

L'autorisation pour les patients d'utiliser le téléphone fixe de leur chambre, de posséder un téléphone portable ou un ordinateur doit être la norme et l'interdiction, l'exception.

5.3.4 Les visites des familles

Les visites sont autorisées tous les jours de la semaine de 14h à 19h sauf contre-indication médicale. Pendant la visite des contrôleurs, neuf patients sur quinze étaient autorisés à recevoir des visites. Celles-ci ont lieu essentiellement dans les chambres des patients où les visiteurs peuvent se rendre librement. Elles peuvent aussi avoir lieu dans un petit salon mis à disposition.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES CHAMBRES ET LES LOCAUX DE VIE SONT CONFORTABLES MAIS SPARTIATES

Le bâtiment de l'UPG est bien entretenu et conservé. Tous les locaux bénéficient d'un éclairage naturel par l'intermédiaire de larges baies vitrées. Il a été indiqué en contrepartie que la chaleur pouvait y être excessive l'été car ils ne sont pas climatisés. Seule la salle de restauration est partiellement rafraîchie.

Chaque patient dispose d'une chambre individuelle assortie d'une salle d'eau comportant lavabo, douche et toilettes. Les patients les plus fragiles sont hébergés à proximité du bureau infirmier.



Chambre d'un patient

Les fenêtres peuvent être partiellement ouvertes sous une forme oscillo-battante : les patients peuvent actionner des stores extérieurs permettant de réduire la luminosité.

Chaque chambre est équipée d'un téléviseur dont l'utilisation est gratuite.

Les chambres étaient précédemment équipées d'un cordon d'appel relié au bureau infirmier. Ce dispositif a été retiré compte tenu du risque encouru et devait être prochainement remplacé par un bouton d'appel.

Recommandation

Les chambres doivent être équipées d'un système d'appel. La situation rencontrée par les contrôleurs – suppression des cordons d'appel en attendant l'installation de bouton d'appel – ne doit pas perdurer.

Les patients ne sont pas autorisés à décorer leurs chambres et aucun panneau d'affichage ne permet de les individualiser. Ils ne peuvent pas fermer leur placard à clef.

Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax indique « *il est exact que les patients ne peuvent pas fermer les placards de leur chambre à clef. Pour autant il est à signaler qu'il existe des placards consignes dans le bureau infirmier où les patients peuvent déposer leurs effets personnels* ».

Recommandation

Les patients devraient pouvoir partiellement individualiser et décorer leur chambre par l'intermédiaire d'un panneau d'affichage ou de tout autre dispositif. Ils doivent pouvoir fermer leur placard à clef.

Deux chambres diffèrent des quinze autres ; elles sont situées de chaque côté du bureau infirmier :

- la chambre d'isolement décrite au § 8.1 *infra* ;
- la chambre dite de surveillance.

Cette dernière, aux dimensions identiques aux précédentes, est dépourvue d'ameublement, exception faite du lit, et n'est pas équipée de téléviseur. Une porte pleine communique avec le bureau des infirmiers : ces derniers peuvent entendre une éventuelle agitation ou un appel du patient mais ne peuvent le voir. Il a été indiqué que cette chambre avait pour but de permettre un apaisement d'un patient en réduisant les sollicitations extérieures et en le sécurisant par l'intermédiaire de la proximité des professionnels.

Les patients peuvent accéder à toute heure à un patio intérieur végétalisé partiellement protégé en son centre des intempéries et comportant arbustes, bancs, table et parasol.



Patio de l'unité de psychiatrie

6.2 LES BIENS DES PATIENTS SONT CORRECTEMENT GERES. LES CHAMBRES NE PEUVENT PAS ETRE FERMEES PAR LES PATIENTS

Les patients ne peuvent fermer ni leur chambre ni leur armoire, cf. *supra* § 5.2.3 et § 6.1.

Ils sont invités à déposer les sommes d'argent inférieures à 50 euros et les objets de faible valeur dans un casier individuel conservé dans un placard du bureau infirmier ; l'inventaire et les mouvements d'argent comportent la signature du patient et celle d'un soignant. Cette procédure, adaptée à l'UPG, n'apparaît dans aucun des documents accessibles aux patients – règles de vie de l'unité (cf. *supra* § 3.2.2), livret d'accueil, règlement intérieur du CH.

Les sommes d'argent et objets à forte valeur peuvent être déposés dans le coffre de l'hôpital après inventaire contradictoire. Ce dépôt peut être retiré tous les jours ouvrables auprès de l'administration hospitalière et s'il dépasse quinze jours à la trésorerie hospitalière. Pour la

gestion de leurs biens et démarches administratives les patients sont accompagnés par l'assistante sociale de l'hôpital.

Recommandation

Les patients doivent pouvoir fermer leur chambre.

6.3 L'HYGIENE EST CORRECTEMENT ASSUREE

Les locaux de l'unité sont propres et bien entretenus. Chaque matin un agent des services hospitaliers assure l'entretien de la chambre et demande au patient ses besoins en linge de toilette.

Les patients peuvent conserver leurs vêtements personnels. Le nettoyage de leur linge est assuré par la famille ou en l'absence de visite par le CH.

6.4 LA QUALITE NUTRITIVE ET GUSTATIVE DES REPAS EST EXCELLENTE

Les repas sont livrés par la cuisine centrale du CH. Ils peuvent être individualisés en fonction du goût et des convictions des patients. Ils sont consommés dans la chambre ou dans la salle de restauration (cf. les règles de vie de l'UPG *supra* § 3.2.2) où les patients se placent librement. Les horaires sont conformes à ceux indiqués dans ces règles de vie, le petit déjeuner étant servi entre 8h et 10h.

Des suppléments restent en permanence à disposition pour les arrivants ou des patients venant de l'extérieur à la suite de démarches.

Un goûter composé d'un gâteau et d'une boisson est proposé de 16h à 17h. Une tisane est offerte aux environs de 20h.

6.5 AUCUNE ACTIVITE DE LOISIR N'EST ORGANISEE. L'ACCES A LA TELEVISION DANS CHAQUE CHAMBRE EST LIBRE, SAUF DECISION MEDICALE CONTRAIRE

Les patients n'ont accès à aucune activité de loisir exception faite de la télévision et de quelques jeux de société rangés dans la pièce contiguë à la salle de restauration.

L'unité ne dispose d'aucun équipement culturel ou de loisir, salle de lecture ou de sport.

Les patients autorisés à sortir de l'unité peuvent se rendre à une petite cafétéria située dans le hall principal de l'hôpital où la presse locale est en vente.

L'ennui règne : les patients déambulent dans les couloirs ou regardent la télévision en l'absence d'activités plus intéressantes. Cette situation est d'autant plus dommageable qu'aucune activité thérapeutique n'est organisée – cf. *infra* § 7.2.

6.6 AUCUNE CONDUITE A TENIR N'EST REFLECHIE CONCERNANT LA SEXUALITE

Cette question n'a fait l'objet d'aucune réflexion, d'aucune décision, d'aucune action. Rien n'a été prévu pour un éventuel accès des patients à des préservatifs ou à des contraceptifs. Le personnel soignant est néanmoins vigilant et s'attache seulement à éviter que des agressions se produisent ou à empêcher que des passages à l'acte non consentis aient lieu.

Le médecin responsable de l'UPG considère que ces questions ne sont pas à évoquer dans un lieu de soins.

Recommandation

Une réflexion doit être conduite sur la sexualité au sein de l'UPG et une procédure rédigée.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LES MODALITES D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES SONT RESPECTUEUSES DE LA DIGNITE DES PERSONNES

Le CAP intégré aux urgences dispose de locaux propres (un bureau infirmier et une salle de consultation) très exigus. Le personnel inclut quatre infirmières (IDE) présentes toute la journée et un psychiatre présent sur place de 9h à 18h. Les astreintes médicales de la nuit, du week-end et des jours fériés sont assurées par l'ensemble des psychiatres des secteurs adulte et infanto-juvénile de Dax. La permanence des IDE la nuit est assurée par l'un des deux IDE présents à l'UPG. Les éléments de réponse apportés par le courrier du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont mentionnés *supra* dans le § 2.1.2.

Recommandation

Les locaux du centre d'accueil psychiatrique (CAP) du centre hospitalier de Dax doivent être agrandis.

Les données d'activité communiquées par le DIM ne concernent que la file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année), celle-ci se chiffrant à une moyenne de 1 400 et étant assez stable durant les trois dernières années. Il aurait été intéressant de connaître le nombre de patients ayant été vus en consultation. Les contrôleurs n'ont pas eu accès à ces données.

Le CAP est parfaitement intégré au fonctionnement du service des urgences. Des fiches de procédures très claires explicitent la filière des « urgences psychiatriques » et le parcours du patient arrivant aux urgences pour une symptomatologie d'allure psychiatrique.

Des procédures relatives à la contention et communes aux services de gériatrie et aux services de court séjour ont été récemment actualisées.

L'ensemble du personnel des urgences a été ou est en cours de formation sur la loi de 2011 et les nouvelles recommandations portant sur l'isolement et la contention.

Bonne pratique

Les modalités d'intégration et de fonctionnement du centre d'accueil psychiatrique (CAP) au service des urgences du CH de DAX incluant notamment une formation du personnel et une gestion par un seul cadre sont exemplaires.

7.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE AU SEIN DE L'UPG EST LIMITEE AUX CONSULTATIONS MEDICALES

La prise en charge des patients hospitalisés au sein de l'UPG se limite essentiellement aux consultations médicales voire à des entretiens soignants/soignés selon une périodicité hebdomadaire mais rarement respectée.

En l'absence de poste de psychologue aucune prise en charge psychothérapique ne peut être proposée. Aucune explication n'a été apportée aux contrôleurs sur ce constat.

Recommandation

Les effectifs de l'UPG doivent intégrer du temps de psychologue.

Les patients hospitalisés ne bénéficient d'aucun atelier d'éducation thérapeutique (EDT) projet pourtant prévu dans le projet de service communiqué aux contrôleurs. Ils ne bénéficient par ailleurs d'aucune activités de loisir (cf. § 6.5 *supra*).

Un projet d'EDT pour les patients souffrant de troubles bipolaires a été envisagé partant d'un projet déjà existant au centre hospitalier spécialisé (CHS) de Bordeaux (Gironde). Celui-ci n'a pu aboutir pour des raisons administratives liées essentiellement à des conflits de territoires entre le CH de Dax et celui de Mont-de-Marsan.

Cet état de fait est par ailleurs corroboré dans le rapport final d'évaluation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017. Celui-ci dresse en particulier le constat que le développement des programmes d'éducation thérapeutique dans le domaine de la psychiatrie n'a pas été assuré et qu'il n'existe pas d'unité transversale d'éducation thérapeutique (ETP).

Recommandation

Les activités thérapeutiques font, en psychiatrie, partie intégrante du soin et l'établissement doit assurer leur mise en place de manière pérenne.

7.3 LES SOINS SOMATIQUES A L'UPG SONT ASSURES PAR LE PSYCHIATRE

Toutes questions liées aux soins somatiques sont soumises et traitées par le psychiatre responsable de l'UPG. Si nécessaire celui-ci fait appel à un médecin du service de médecine interne du CH de Dax voire adresse en consultations spécialisées les patients suivis pour des pathologies plus ciblées.

Cette organisation est voulue par le psychiatre de l'UPG qui considère qu'un médecin quelle que soit sa spécialité est à même de diagnostiquer et de suivre des pathologies somatiques courantes. L'examen somatique des patients faisant l'objet d'une mesure de SSC est réalisé prioritairement lors de leur arrivée au service des urgences par un médecin urgentiste.

Les patients placés en isolement n'ont pas d'examen somatique ni de suivi à ce niveau lorsque la période d'isolement se prolonge.

Les éléments de réponse apportés par le courrier du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont mentionnés *supra* dans le § 2.2.2.

Recommandation

Le CH de Dax doit prendre toute disposition pour affecter à l'UPG un temps de médecin somaticien.

7.4 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT EST INEXISTANT ET SOURCE D'ERREURS MEDICAMENTEUSES

Le circuit du médicament n'est pas informatisé et l'ensemble des étapes constituant celui-ci, prescription, dispensation, distribution est réalisé de façon artisanale.

Les prescriptions établies par les médecins sont traitées par les IDE et font l'objet d'une commande hebdomadaire auprès de la pharmacie à usage intérieur (PUI) complétée par les

médicaments pouvant manquer au stock d'urgence. Les prescriptions d'urgence ou établies en dehors de ces délais sont bien sûr honorées. Il n'y a en conséquence aucune vérification des « ordonnances » par les pharmaciens ni des commandes faites par les IDE.

Ces commandes sont transmises par voie électronique. La PUI prépare un chariot compartimenté par molécules et livré à l'UPG. Ce sont les IDE de nuit qui trient ces médicaments et les rangent dans l'armoire à pharmacie, classés selon le même principe. La pièce tenant lieu de local de pharmacie et les armoires à pharmacie ne sont pas sécurisées.

La préparation des piluliers est laissée aux soins des IDE de nuit. Chaque pilulier est identifié par le numéro de chambre, le nom du patient n'étant mentionné qu'à l'intérieur. Il n'y a aucune procédure rédigée par la PUI précisant les bonnes pratiques de réalisation des piluliers. Les contrôleurs ont également noté l'obsolescence du matériel mis à disposition (chariot et piluliers). Ce sont les IDE qui vérifient les dates de péremption des médicaments. Tout médicament périmé est éliminé comme déchets de soins à risque (DASRI) ; tous les médicaments apportés par les patients suivent la même procédure. Aucune traçabilité de ces éliminations n'est en place. Les IDE ont remis aux contrôleurs la procédure correspondante qui n'est pas conforme à celle figurant sur le site du CH ; cette dernière indique que ces médicaments doivent être retournés à la PUI.

Les pharmaciens ne passent jamais au sein de cette unité de soins.

La distribution est réalisée individuellement par patient dans la salle de repos respectant la confidentialité des prescriptions pour chacun d'eux. Les IDE assurent une traçabilité des médicaments distribués.

La raison évoquée liée à l'absence d'informatisation des prescriptions pharmaceutiques ne peut être recevable pour expliquer les dysfonctionnements majeurs constatés dans le circuit du médicament. Ce fonctionnement, source d'erreurs pour les soignants, engage leur responsabilité, les conséquences étant également les risques encourus pour les patients.

Ce sujet a fait l'objet d'observations de la HAS lors des deux rapports de certification de 2011 et 2016 corrigées semble-t-il très partiellement.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points suivants : la mise en place d'une politique de sécurisation du circuit du médicament* ».

Recommandation

Le CH de Dax doit sans délais sécuriser le circuit du médicament de l'UPG. La salle tenant lieu de pharmacie à l'UPG ainsi que les armoires à pharmacie doivent être sécurisées. Le matériel obsolète, notamment les piluliers, doit être remplacé.

L'absence d'informatisation de la prescription obère également toute possibilité d'analyse de celles-ci et d'une intervention possible du pharmacien en cas de prescriptions abusives voire d'observation d'interactions médicamenteuses. Les seules informations disponibles concernant les médicaments prescrits émanent des commandes hebdomadaires qui permettent de connaître les produits et leurs volumes. Pour autant aucune analyse n'est conduite sur ces données. Elles ont été remises aux contrôleurs sur une année à l'état brut. Elles ne sont même pas communiquées aux responsables du pôle de psychiatrie (chef de pôle, chefs de service, chef d'unité etc.).

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDISM), pourtant réglementaire et dont le rôle est essentiel, ne se réunit pas (décret du 24 août 2005 et sa circulaire d'application du 19 janvier 2006).

Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax indique « *le COMEDISM se réunit en séance plénière au moins une fois tous les ans (en 2017 deux séances ont été tenues le 7 février et le 6 juillet)* ».

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points suivants : la mise en place d'une politique de sécurisation du circuit du médicament* ».

Recommandation

Le CH de Dax doit mettre en place une analyse des prescriptions pharmaceutiques même globalisée sans attendre l'informatisation à venir. L'exploitation des données existantes doit être communiquée aux responsables du pôle de psychiatrie et un suivi de celles-ci doit être mis en place.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CONDITIONS D'ISOLEMENT NE SONT PAS OPTIMALES

L'UPG, unité de quinze lits, inclut une chambre d'isolement. Cette chambre d'isolement est contiguë à la salle de soins, une surveillance pouvant être opérée à partir de la porte de communication dotée d'un oculus. Elle dispose d'un cabinet de toilette indépendant incluant une douche à l'italienne, des toilettes et un lavabo. La communication sur le couloir se fait par un sas. La chambre est équipée seulement d'un matelas au sol ne facilitant pas la mobilité des patients. Il n'y a ni bouton d'appel, ni horloge permettant d'avoir des repères temporo-spatiaux. Les repas sont servis sur une desserte apportée lors de ceux-ci ainsi qu'une chaise. Les fenêtres sont condamnées. Cette chambre n'est pas climatisée.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points suivants : la mise en conformité de la chambre d'isolement* ».

Recommandation

L'équipement de la chambre d'isolement doit être revu, intégrant un bouton d'appel, une horloge et un lit permettant au patient de se mobiliser plus aisément. Cette chambre doit être climatisée.

Une procédure a été rédigée en juin 2017 s'adressant aux médecins, aux cadres, aux infirmiers et aux aides-soignants. Sa rédaction a pris en compte les textes récents et les recommandations de la HAS de février 2017.

Nonobstant l'intérêt de ce document, l'application de cette procédure nécessiterait préalablement que le personnel médical et soignant ait reçu une formation sur la loi de 2011 et les textes et recommandations portant sur l'isolement et la contention.

En effet certains points de cette procédure très pertinents ne semblent pas respectés ; notamment les contrôleurs n'ont pas eu communication d'une lettre d'information sur l'isolement qui serait remise aux patients.

A plusieurs reprises est mentionné le fait qu'une mesure d'isolement nécessite une « prescription médicale ». Il s'agit en réalité d'une « décision » et non d'une « prescription ».

Les fiches motivant la décision médicale et de renouvellement ainsi que la fiche de surveillance par les IDE sont opérationnelles depuis juin 2017.

Le nombre de patients pour lesquels une décision d'isolement a été prise est relativement faible mais variable d'une année à l'autre (vingt en 2015, huit en 2016, neuf au 30 septembre 2017) ; la durée du séjour varie entre six et huit jours, l'écart variant de un à vingt-quatre jours. Le taux de personnes en isolement au regard du nombre de patients en SSC était de 42 % en 2015 mais de 14 % en 2016 et 2017 (pour les neuf premiers mois).

Le jour du contrôle aucun patient n'était en isolement. Tout patient placé à isolement est vu une fois par jour par un psychiatre qui décide du maintien ou non de cette mesure. Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax écrit « *en réalité le patient est vu deux fois par jour* ».

Les contrôleurs ont été interpellés sur une pratique « d'isolement sensoriel » prescrite par le psychiatre de l'unité. Ce type d'isolement consiste à supprimer au patient tout accès à la télévision, à la radio, voire à tout contact extérieur pouvant influencer négativement sur son état clinique. Ils n'ont trouvé aucune référence bibliographique sur ce type de prescription. C'est une restriction des droits des patients dont la justification interroge. L'isolement sensoriel est également dans certains cas mentionné comme étant la raison d'une mesure d'isolement thérapeutique sans mention du diagnostic ayant conduit à ces décisions. Le projet de service remis aux contrôleurs fait référence à l'isolement sensoriel mentionnant que la chambre d'isolement accueille les patients nécessitant ce type d'isolement. Pourtant certains patients déambulant dans les couloirs relevaient de cette mesure. Un des patients avec qui les contrôleurs se sont entretenus ne comprenait pas le sens de ces restrictions ayant par exemple accès à la télévision dans la salle de repos et pas dans sa chambre.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points suivants : l'appropriation et le respect de la recommandation de la Haute Autorité de Santé de février 2017 par les personnels de l'UPG* ».

Recommandation

Le corps médical du pôle de psychiatrie doit engager une réflexion sur les pratiques en cours et leur bien-fondé vis-à-vis des patients notamment sur les raisons des mesures d'isolement thérapeutique et sur le concept d'isolement sensoriel.

8.2 LE REGISTRE D'ISOLEMENT EST INSUFFISAMMENT RENSEIGNE

Depuis 2017, toute mesure d'isolement fait l'objet d'un suivi papier faisant fonction de registre tel que demandé par la loi du 16 janvier 2016.

Ce registre est imparfaitement renseigné. Il n'a jamais été communiqué à la CDSP qui au demeurant ne l'a semble-t-il jamais demandé. Aucun rapport annuel d'évaluation de ces mesures n'a été rédigé, à tout le moins les contrôleurs n'y ont pas eu accès.

Le nombre de mesures d'isolement est également enregistré par le biais d'un suivi de l'occupation de cette chambre et donc connu du DIM.

Ces données renseignées par ce biais ne peuvent toutefois en l'état se substituer au registre papier, certaines données étant manquantes notamment le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, la date et l'heure de la décision, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant effectué la surveillance du patient.

Dans son courrier en date du 2 mai 2018, le directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine écrit « *Le rapport d'inspection, qui est en cours d'élaboration, portera également sur les points suivants : l'appropriation et le respect de la recommandation de la Haute Autorité de Santé de février 2017 par les personnels de l'UPG* ».

Recommandation

Le registre mis en place doit être informatisé en incluant les données mentionnées dans l'article de la loi correspondante (article L3222-5-1 du code de la santé publique). Ce registre doit être complété de façon exhaustive afin qu'il puisse utilement être le support de la politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention imposée par le même texte.

8.3 LA CONTENTION N'EST PAS PRATIQUEE

Les contrôleurs n'ont observé ni vu aucun recours à la contention à l'UPG. Comme pour l'isolement un référentiel de pratique pour la contention physique passive a été rédigé conjointement avec les services de chirurgie, de médecine, des urgences et de gériatrie, y intégrant un arbre décisionnel des pratiques.

9. CONCLUSION GENERALE

Le service de psychiatrie adulte reste marqué par son héritage de psychothérapie institutionnelle qui mettait l'accent sur la dynamique de groupe et la relation entre soignants et soignés. Depuis 2005, date du départ en retraite du médecin psychiatre responsable de l'unité de psychiatrie générale adulte (UPG) et de l'arrivée en 2010, après la succession de trois autres médecins, d'un médecin psychiatre orienté davantage sur des pratiques de type thérapie cognitivo-comportementale, il existe une dichotomie de fonctionnement entre les prises en charge intra et extra hospitalières ainsi que des tensions au sein de l'UPG.

Les modalités de fonctionnement de l'UPG ne permettent pas une prise en charge optimale des patients.

Il n'existe actuellement pas de projet de pôle définissant la politique de soins intra et extra hospitalière et précisant les objectifs attendus. La communauté médicale n'est pas structurée dans un schéma de prise en charge des patients et de responsabilisation. La coopération interdisciplinaire entre médecins et soignants n'est pas organisée à tout le moins au sein de l'UPG.

Les modalités de prise en charge des patients relevant d'une hospitalisation en psychiatrie conduisent à ce qu'un même patient soit vu par quatre services différents ; les urgences du CH de Dax, la psychiatrie du CH de Mont-de-Marsan, l'UPG du CH de Dax et en dernière intention une structure ambulatoire. Les contrôleurs s'interrogent sur le processus de continuité des soins, le risque de déstabilisation d'un patient pour autant que les prises en charge et prescriptions diffèrent, ce qui a été constaté lors de ce contrôle, et donc le bien-fondé de cette organisation.

La prise en charge des patients hospitalisés au sein de l'UPG se limite essentiellement aux consultations médicales voire à des entretiens soignants/soignés selon une périodicité hebdomadaire mais rarement respectée. Ces soignants, professionnalisés depuis peu pour certains, manquent d'un encadrement adapté et surtout de tutorat.

En l'absence de poste de psychologue aucune prise en charge psychothérapique ne peut être proposée. Aucune explication n'a été apportée sur ce constat. Les patients hospitalisés ne bénéficient d'aucun atelier d'éducation thérapeutique projet pourtant prévu dans le projet de service communiqué aux contrôleurs.

Le recours à l'isolement n'est maîtrisé ni dans son principe ni dans ses modalités.

Il n'existe en effet aucune réflexion collective partagée sur le recours à l'isolement, ce qui est à l'origine d'un désarroi du personnel soignant qui s'interroge sur certaines pratiques médicales et a conscience de ne pas exercer sa fonction de manière satisfaisante. Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax écrit « *Pour ce qui est du recours à l'isolement et de l'absence de partage d'une réflexion commune en la matière on peut cependant préciser que sur le plan médical il existe une réévaluation hebdomadaire collective (englobant la situation des patients placés en isolement) lors d'un staff d'une heure et demie réunissant tous les médecins du service psychiatrie adultes* ». Cette observation est modérément partagée par les contrôleurs qui ont assisté à l'une de ces séances hebdomadaires : ils n'ont pas constaté de travail collectif comme cela apparaît dans les derniers alinéas du § 2.2.2 *supra*.

Le personnel soignant et administratif de l'UPG n'a reçu qu'une formation très générale sur les règles législatives applicables aux soins sans consentement qui constituent pourtant le statut de plus de 60 % des patients hospitalisés lors de ce contrôle. Par ailleurs le turnover important de ce personnel limite ces possibilités de formation.

Certaines pratiques de prise en charge contreviennent aux droits des patients.

Certains patients de l'UPG se voient proposer par le médecin psychiatre de l'unité la signature de « *lettre d'engagement* » d'acceptation de séance de sismothérapie si leur état clinique venait à s'aggraver. Ce type de contrat interroge sur sa légalité et l'interprétation d'un consentement préalable, d'autant que pour certains leur situation est celle d'une hospitalisation sans consentement.

De même le recours fréquent à des prescriptions médicales « d'isolement sensoriel » non référencé dans la littérature – ces prescriptions pouvant conduire à justifier des placements en chambre d'isolement – interpelle. Une telle prescription ne peut être considérée comme un motif de placement en chambre d'isolement.

Le circuit du médicament n'est pas contrôlé.

L'absence d'informatisation des prescriptions pharmaceutiques ne permet pas d'expliquer les dysfonctionnements constatés dans le circuit du médicament. Ce fonctionnement génère des risques pour les patients et est source d'erreurs pour les soignants dont la responsabilité est engagée. Ce point a fait l'objet d'observations de la Haute autorité de santé dans les deux rapports de certification de 2011 et de 2016.

Dans son courrier en date du 24 avril 2018, le directeur du CH de Dax écrit « *de manière plus globale, le rapport met bien en exergue la situation particulière de la psychiatrie Adultes à Dax. Doté d'une capacité en lits très limitée (15 lits) pour une population de 140 000 habitants ce service a développé dès l'origine des organisations alors atypiques quant à la prise en charge des patients du secteur. Pour autant il est à noter qu'en raison de ces données structurelles le fonctionnement de l'UPG s'est toujours inscrit dans un contexte de difficultés qu'il s'agisse de la gestion des personnels (fort turnover) ou de l'organisation de la prise en charge des patients (problèmes de places, mélange des populations). C'est pourquoi il a été décidé à la suite de l'audit de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale de 2008 de modifier le schéma général d'organisation de la psychiatrie publique dans le département en optant pour une organisation intégrée. Dans ce schéma le rôle de l'UPG qui prenait en charge en première intention tous les patients du secteur nécessitant une hospitalisation, y compris sous contrainte, s'est orienté vers une mission de réadaptation. L'objectif était alors double pour l'UPG : diminuer la pression liée à la gestion des lits en orientant les hospitalisations de première intention vers Mont-de-Marsan et maintenir une proximité pour les patients du secteur après la phase aiguë. Très rapidement il s'est avéré que l'hôpital de Mont-de-Marsan était en difficulté pour accueillir tous les patients en première intention. C'est ainsi qu'il a été décidé que les patients connus des équipes du secteur dacquois en admission libre, continueraient à être hospitalisés en première intention à l'UPG. Les difficultés de place rencontrées à l'échelle du territoire conduisent également à des retours rapides à l'UPG y compris après admission sous contrainte. De ce fait la population accueillie y est particulièrement hétérogène ce qui rend difficile l'élaboration d'un projet de vie cohérent* ».