



Rapport de visite :

7 au 16 mars 2018 - 1^e visite

Centre hospitalier des
Pyrénées (Pau)

(Pyrénées-Atlantiques)

SYNTHESE

Six contrôleurs du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ont effectué une visite du centre hospitalier (CH) des Pyrénées de Pau (Pyrénées-Atlantiques) du 7 au 16 mars 2018. Cette mission constituait une première visite.

En vue du recueil de leurs observations, un rapport a été adressé le 24 juillet 2018 au directeur du CH des Pyrénées, à la délégation départementale des Pyrénées-Atlantiques de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine (DDARS), au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Pau et au préfet des Pyrénées-Atlantiques. Le directeur du CH des Pyrénées et la directrice de la DDARS ont fait parvenir au CGLPL leurs observations qui sont intégrées dans le rapport de visite.

Dans les Pyrénées-Atlantiques, la prise en charge psychiatrique est partagée entre les centres urbains de Bayonne et de Pau. A Bayonne sont présents un établissement de santé public, le CH de la Côte Basque, et plusieurs cliniques privées. A Pau, l'établissement public, le CH des Pyrénées, concentre l'essentiel de la prise en charge ; les deux cliniques privées d'Orthez et de Gan, dont la direction est commune, devraient déménager sur un site unique à Pau fin 2019 ; les praticiens libéraux sont peu nombreux. Le CH des Pyrénées appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) Béarn-Soule.

L'établissement est très marqué par les événements dramatiques de décembre 2004 (un patient a tué une infirmière et une aide-soignante). La sécurité demeure une préoccupation permanente.

Le CH est organisé en cinq pôles : trois de psychiatrie adultes, un de pédopsychiatrie et un regroupant les directions, les services administratifs et logistiques. Il compte 325 lits d'hospitalisation à temps complet dans dix-sept unités dont huit sont fermées. Le dispositif extra hospitalier répond aux besoins du « virage ambulatoire ». Ainsi en 2017, la file active est suivie à 82 % exclusivement en ambulatoire. Sur les 857 soignants (infirmiers et aides-soignants) du CH, 500 travaillent en intra hospitalier (58 %) et 357 en extra hospitalier (42 %). Les ressources humaines souffrent d'un déficit de médecins psychiatres mais bénéficient de l'engagement du personnel non médical. Une trentaine de lits d'hospitalisation n'est pas occupée et il apparaît ainsi possible de répondre à la demande de l'ARS de supprimer trente lits dans les prochaines années, sans rompre la continuité de la prise en charge des patients.

Les pôles 1, 2 et 4 sont sectoriels. Le pôle 1 dit « pôle rural » couvre les secteurs de psychiatrie adultes 64G01, 64G02 et 64G03, regroupant au total 293 303 habitants, le pôle 2 le secteur de psychiatrie adulte 64G04 comptant 112 219 habitants et le pôle 4 de psychiatrie infanto-juvénile correspondant aux secteurs de psychiatrie adulte. Le pôle 2 accueille en outre le service d'ergothérapie et médico-social, transversal à l'ensemble à l'ensemble des pôles. Le pôle 3 assure les urgences pour l'ensemble des secteurs.

La proportion de patients en soins sans consentement (SSC) se situe, en moyenne, à moins d'un tiers de l'ensemble des hospitalisations. En 2017, la durée moyenne de séjour a été de 31,4 jours et la durée moyenne d'hospitalisation de 47,1 jours. **La proportion d'admissions en SPDTU et SPDT-PI parmi les SDDE est élevée** : 75 % des patients sont admis sur le fondement d'un seul

certificat médical, 63 % des patients sont admis en SPDTU alors que cette procédure est prévue pour des cas exceptionnels.

Les points essentiels ressortant de ce contrôle et sur lesquels des actions doivent être conduites sont de deux niveaux.

Certains points relèvent du CH :

- La liberté de circulation et les différentes restrictions de liberté (tabac, téléphone, accès aux chambres, etc.) doivent faire l'objet d'une réflexion renouvelée. La capacité des patients à recevoir des visiteurs mérite d'être élargie le week-end par l'ouverture de la cafétéria.
- Les mises en isolement doivent prendre en compte les évaluations des pratiques : des durées excessives pour près de la moitié des patients, des placements sécuritaires ou systématiques pour les patients entrant à l'USIP et les patients détenus.
- L'unité Les Amandiers, réservée aux patients polydéficients, souffre de l'absence d'expertise d'un médecin psychiatre. En effet, même si le médecin psychiatre d'astreinte assure la permanence des soins psychiatriques, leur continuité n'est pas assurée et par ailleurs l'équipe pluri disciplinaire affectée à cette unité souffre de l'absence de pilotage.
- Les patients en SSC doivent avoir une réelle connaissance de leurs droits spécifiques, partie intégrante du soin.

D'autres points relèvent des autorités ministérielles.

- L'analyse des pratiques professionnelles sur la mise en isolement et l'emploi de la contention à partir des registres imposés par la loi de 2016.

Il est rare de visiter un établissement dont la qualité de tenue des registres – pourtant perfectible – permet de tirer d'aussi riches enseignements. Dans le présent rapport apparaissent des analyses et des conclusions établies par les contrôleurs et qui n'ont pas été conduites par le CH. De tels enseignements devraient être obtenus dans tous les établissements, soumis à une analyse des pratiques professionnelles et être examinés annuellement par les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP).

- La gestion des biens des patients.

Comme dans la plupart des CH, les soignants assurent la gestion quotidienne des biens courants des patients, dont l'argent de poche, alors que cela n'est pas prévu par les règlements intérieurs (dans certaines unités de certains CH, les patients n'ont accès à rien). Les soignants assurent cette "gestion", officiellement ignorée de leur hiérarchie, selon des modalités variables. Le comptable public n'assure plus cette mission¹. Des dispositions doivent être prises pour que les soignants puissent assurer en toute sécurité juridique cette "gestion" qui favorise la sociabilisation des patients et donc participe aux soins.

¹ Instruction du 7 février 2014 portant sur les modalités de gestion par les comptables publics des fonds et dépôts des personnes soignées ou hébergées en établissement public sanitaire publiée au Bulletin officielle des finances publiques-gestion-comptabilité publique 14-0005 du 3 mars 2014

En conclusion, le CGLPL estime que la prise en charge des patients tant en amont, qu'en intra hospitalier et qu'en aval par le CH des Pyrénées mériterait d'être retrouvée dans l'ensemble des établissements, indépendamment des points signalés dans le présent rapport.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 23

La part de personnel soignant consacrée à l'encadrement des activités thérapeutiques démontre que ces activités font partie du soin.

2. BONNE PRATIQUE 24

Un soutien psychologique, dès la déclaration d'un accident du travail, est mis en place systématiquement par la société d'assurance du centre hospitalier.

3. BONNE PRATIQUE 33

Le livret d'accueil est consultable à partir d'un classeur plastifié Tarifol® fixé au mur dans toutes les unités.

4. BONNE PRATIQUE 64

L'exploitation des informations enregistrées sur Cariatides par le DIM permet la tenue d'un registre de contention unité par unité.

5. BONNE PRATIQUE 79

Les deux psychiatres de l'USIP sont également les deux psychiatres de la maison d'arrêt, ce qui contribue à assurer la continuité des soins.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 21

A la lumière du sondage effectué pendant la visite, le taux de présence des médecins dans plusieurs unités d'hospitalisation à temps complet peut être amélioré, le déficit dans le recrutement et la répartition du travail entre l'intra et l'extra hospitalier n'étant pas de nature à expliquer toutes les insuffisances observées.

2. RECOMMANDATION 24

La formation du personnel médical et non médical doit comporter un volet sur le droit des patients en soins sans consentement.

3. RECOMMANDATION : 26

Aucun renseignement ne peut être fourni à une autorité judiciaire ou policière en dehors de réquisitions de l'autorité compétente.

4. RECOMMANDATION 30

La forte proportion des admissions en procédure d'urgence doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte, ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

5. RECOMMANDATION 30

La durée moyenne de séjour des patients détenus (21 jours en 2016 et 26 jours en 2017) demeurant très inférieure à celle des autres catégories de personnes en soins sans consentement doit conduire le centre hospitalier à s'interroger sur leur mode de prise en charge (cf. infra §§ 7.3 et 8.1).

6. RECOMMANDATION 31

Les modalités de notification et l'information sur les droits nécessitent un changement des pratiques afin d'être assurées avec conviction et pédagogie. La copie des documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise tout au long de l'hospitalisation.

7. RECOMMANDATION 33

Le livret d'accueil doit comporter une fiche sur les droits spécifiques aux soins sans consentement, notamment la mention des adresses des autorités auxquelles peuvent être adressés des recours, sur le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) et rappeler qu'à l'audience du JLD, l'assistance par un avocat est obligatoire.

8. RECOMMANDATION 34

Les règles de fonctionnement des unités doivent informer les patients qu'ils peuvent être l'objet d'examens urinaires aux fins de recherche de consommation de produits stupéfiants mais qu'ils peuvent s'y opposer

9. RECOMMANDATION 34

Le règlement intérieur doit être actualisé.

10. RECOMMANDATION 37

Les associations représentant les usagers et les familles doivent se faire connaître directement des patients.

11. RECOMMANDATION 37

Le formulaire de désignation de la personne de confiance annoncé dans le livret d'accueil doit y être inséré ; la notice explicative doit être complétée sur la nécessité de l'acceptation par la personne de confiance. Une pédagogie sur la personne de confiance doit être mise en œuvre auprès des soignants.

12. RECOMMANDATION 39

Dans chaque unité, la liberté et la possibilité de pratiquer le culte de son choix doivent être affichées, de même que la liste des aumôniers des différents cultes, ainsi que l'organisation du culte catholique sur le site du centre hospitalier.

13. RECOMMANDATION 41

Le formalisme à suivre pour permettre aux patients d'exercer leur droit à la confidentialité doit être unifié ; les entretiens d'accueil doivent le prévoir systématiquement.

14. RECOMMANDATION 43

La saisine du JLD doit impérativement comporter l'avis motivé d'un psychiatre qui ne saurait se confondre avec le certificat médical de 72 h. L'établissement doit prendre les dispositions nécessaires pour que les médecins soient en capacité de rédiger un tel avis.

15. RECOMMANDATION 43

Les modalités de remise de convocation à l'audience du JLD doivent être protocolisées pour garantir au patient une exacte compréhension des enjeux judiciaires et lui assurer un accès complet aux droits découlant de l'audience.

16. RECOMMANDATION 45

Il est urgent que les conditions de fonctionnement de la CDSP soient réactivées par la délégation départementale de Bordeaux (Gironde) de l'ARS, pour lui permettre d'assurer l'ensemble de sa mission telle que prévue par la loi.

17. RECOMMANDATION 47

Le collège des professionnels de santé doit respecter les exigences de l'article L 3217-7 du code de la santé publique et ainsi se réunir collégalement et entendre le patient pour recueillir son avis avant de motiver sa décision.

18. RECOMMANDATION 48

Malgré le caractère critique des pathologies accueillies, il y a lieu d'assouplir les règles de fonctionnement limitant les sorties des personnes admises en soins sans consentement dans le parc.

19. RECOMMANDATION 49

Les restrictions d'accès à l'air libre dans les cours des unités fermées en raison de l'obligation d'accompagnement systématique par deux soignants, ne reposent sur aucune motivation thérapeutique. Ces restrictions doivent cesser.

20. RECOMMANDATION 49

Les restrictions d'accès au parc (une heure le matin et une heure l'après-midi) dans la plupart des unités ouvertes fondées sur la nécessité que le patient puisse éventuellement être examiné par un médecin, bénéficier d'un entretien infirmier ou participer à une activité, relèvent d'un caractère systématique visant à faciliter le travail du personnel. Ces restrictions doivent être individualisées.

21. RECOMMANDATION 50

Un patient doit pouvoir accéder librement à sa chambre en fonction de ses souhaits et de son état clinique. Il est essentiel d'individualiser et d'adapter les éventuelles restrictions en matière d'ouverture des chambres à chaque patient accueilli.

22. RECOMMANDATION 51

Le principe doit être celui de la libre utilisation du téléphone et l'interdiction l'exception pour des motifs strictement thérapeutiques.

23. RECOMMANDATION 52

Il conviendrait d'installer le WIFI dans le CH, sous les réserves indispensables de sécurité, afin que les patients qui disposent d'un ordinateur portable puissent avoir accès à leur messagerie et bénéficier en nombre des ateliers d'informatique proposés par les animateurs de l'espace socioculturel.

24. RECOMMANDATION 52

L'organisation des visites nécessite que les conditions matérielles améliorées. L'unité qui ne dispose pas de salon de visite doit bénéficier d'une extension de ses locaux dans ce but.

La cafétéria doit être ouverte pendant les week-ends (cf. supra § 5.1.3).

25. RECOMMANDATION 53

Le port systématique du pyjama pour les patients du SAAU et pour les patients détenus hospitalisés à l'USIP, qui ne relève pas d'une décision médicale individualisée, n'est pas admissible. Une réflexion médicale doit être conduite.

26. RECOMMANDATION 54

Les patients doivent avoir la possibilité de fermer la porte de leur chambre à clé sous les réserves indispensables de la sécurité incendie. Ils doivent pouvoir également disposer dans leurs chambres de placards fermant à clé. Un système de blocage des fenêtres doit être mis en place afin de permettre aux patients de générer un courant d'air.

27. RECOMMANDATION 56

L'instauration d'une régie d'avances et d'une régie de recettes afin de gérer l'argent de poche des patients hospitalisés mérite d'être reprise. Cette méthode garantissait la gestion de l'argent des patients et maintenait la responsabilité des soignants dans leur champ de compétence.

28. RECOMMANDATION 56

Il devrait être envisagé d'accompagner la tisane servie le soir d'une petite collation pour les patients qui ont faim.

29. RECOMMANDATION 57

Les activités thérapeutiques dont le produit est commercialisé doivent permettre aux patients de bénéficier d'une contrepartie de leur travail quel que soit l'atelier auquel ils participent.

30. RECOMMANDATION 58

Le centre hospitalier doit engager une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients et renoncer à l'interdiction générale et absolue des relations sexuelles.

31. RECOMMANDATION 64

Les unités doivent renseigner de façon complète les dossiers patients communs informatisés (DPCI) Cariatides, et par voie de conséquence le registre de contention tant du point de vue des décisions médicales que de la surveillance infirmière afin d'évaluer les pratiques professionnelles.

Le registre de contention alimenté par Cariatides doit comporter les mises sous contention dans les espaces non dédiés y compris les transports.

32. RECOMMANDATION 67

Tout séjour dans une chambre d'hospitalisation fermée à clé, chambre ou salon d'apaisement doit être mentionné dans le registre d'isolement. Le placement des patients détenus à leur arrivée dans une CI puis dans une « chambre sécurisée » – qui est de fait une CI – ne doivent pas revêtir de caractère systématique.

33. RECOMMANDATION 67

Il est indispensable que toutes les chambres d'isolement soient équipées d'un bouton d'appel afin de permettre aux patients d'appeler les soignants de manière digne.

34. RECOMMANDATION 69

Le placement en CI des patients hospitalisés à un moment donné sous un mode légal différent des soins libres est fréquent et revêt un caractère extrêmement fréquent dans une unité d'hospitalisation, l'USIP ; il doit toujours être individualisé, justifié médicalement et mis en œuvre en dernier recours.

35. RECOMMANDATION 69

Une analyse des séjours de longue durée en chambre d'isolement soit être réalisée (plus de 3,2 jours pour 22,7 % des patients et 8 jours ou plus pour 7,3 % des patients).

36. RECOMMANDATION 74

Les unités doivent renseigner de façon complète les DPCI Cariatides, et par voie de conséquence le registre d'isolement tant du point de vue des décisions médicales que de la surveillance infirmière. Les données du registre d'isolement doivent être exploitées par les unités et par le CH pour évaluer les pratiques professionnelles, notamment pour savoir si la répartition inhomogène des décisions au fil des journées et au long de la semaine présente un lien entre la présentation clinique et la décision médicale prise.

Ces recommandations méritent d'être intégrées dans le plan de formation du personnel du centre hospitalier.

37. RECOMMANDATION 75

Les soignants doivent être informés chaque trimestre, par la communication du « reporting » établi par le service qualité, du traitement des événements indésirables.

38. RECOMMANDATION 76

L'appartenance à un groupement hospitalier de territoire ne doit pas restreindre la réflexion éthique du centre hospitalier spécialisé qui doit se doter d'un espace éthique spécifique.

39. RECOMMANDATION 79

Le patient détenu doit être traité comme les autres patients de l'unité.

Lors de son transport il ne doit être contentonné que sur prescription médicale et seulement en raison de son état clinique. Il ne doit pas être systématiquement placé en chambre d'isolement, ni en chambre sécurisée.

La personne détenue hospitalisée doit pouvoir être transportée vers l'hôpital avec des affaires personnelles.

Seuls les incidents qui ne sont pas liés à la pathologie du patient détenu peuvent être signalés aux autorités judiciaires et pénitentiaires.

40. RECOMMANDATION 81

Le développement des activités dans l'unité de géronto-psychiatrie Les Montbrétias-Les Oliviers doit être poursuivi par la mise en place d'équipements et le soutien de personnel formé.

L'aménagement de salons pour recevoir des visiteurs doit être envisagé.

41. RECOMMANDATION 82

Les prescriptions de contention en géronto-psychiatrie doivent être renouvelées à un rythme conforme à la procédure et non pas de façon hebdomadaire. Elles doivent apparaître dans le registre de contention de l'unité ou du CH des Pyrénées.

42. RECOMMANDATION 84

Le placement des mineurs en chambre d'isolement, plus encore dans une unité d'adultes, doit faire l'objet d'une réflexion critique à la lumière du rapport du CGLPL relatif à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale.

43. RECOMMANDATION 86

L'affectation d'un médecin psychiatre aux Amandiers est nécessaire pour garantir une prise en charge adéquate à la pathologie des patients autant que pour assurer l'animation d'un projet de vie d'unité tout en aidant les soignants à maintenir la qualité de leur travail.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	11
RAPPORT	14
1. CONDITIONS DE LA VISITE	14
2. LA STRUCTURATION DE L'ETABLISSEMENT	16
2.1 La psychiatrie des Pyrénées-Atlantiques est concentrée dans les villes de Bayonne et de Pau	16
2.2 Le projet d'établissement et les contrats de pôle ont été refaits récemment.....	16
2.3 L'établissement est organisé pour développer les soins ambulatoires et assurer des hospitalisations à temps complet dans des unités en excellent état et dans une logique de soins favorisant la réinsertion des patients	17
2.4 Les ressources humaines souffrent d'un déficit de médecins psychiatres et bénéficient de l'engagement du personnel non médical.	20
2.5 La sécurité est une préoccupation majeure	24
3. LES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS SANS CONSENTEMENT	28
3.1 30 % des patients sont hospitalisés sans leur consentement après une admission décidée le plus souvent en urgence.....	28
3.2 L'information sur les droits des patients, formellement satisfaisante, est largement ignorée des soignants	30
3.3 Le livret d'accueil et les règles de fonctionnement des unités sont pauvres en informations sur les droits des patients en soins sans consentement, le règlement intérieur du centre hospitalier est périmé.....	32
3.4 Les patients sont informés de leur droit de déposer des plaintes ; celles-ci sont rares	34
3.5 Les représentants des familles et des usagers sont très peu présents, même si la commission des usagers (CDU) semble remplir ses missions.....	36
3.6 Les patients auprès desquels l'information sur la personne de confiance a été délivrée n'en comprennent pas toujours l'intérêt ; l'accord de la personne de confiance est très rarement recherché.....	37
3.7 L'accès au vote est organisé par la direction des usagers et de la qualité	37
3.8 L'accès au culte, à l'exception du culte catholique, est restreint faute de diffusion de l'information aux patients et du recueil de leur demande.....	38
3.9 Les patients nécessitant une protection juridique sont repérés ; la présence des mandataires est inégale	39
3.10 Bien que parfaitement organisé, le formalisme sur la discrétion de la présence est peu connu et donc mis en œuvre de façon inégale.....	40

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LE CONTROLE INSTITUTIONNEL SUBSEQUENT	42
4.1 Le juge des libertés et de la détention (JLD) exerce sa fonction de contrôle en concertation avec tous les intervenants hospitaliers	42
4.2 Le contrôle institutionnel de la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) est défaillant depuis peu.....	44
4.3 Les registres de la loi, tenus avec un professionnalisme consciencieux, ne souffrent d'aucun retard.....	45
4.4 Le fonctionnement du collège des professionnels de santé est variable suivant les unités.....	46
4.5 Les sorties de courte durée et les levées d'hospitalisation complète sont facilement accordées	47
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS	48
5.1 La liberté de circulation dans l'établissement est restreinte	48
5.2 Les contraintes de la vie quotidienne sont inégalement réparties	50
5.3 Les moyens de communication avec l'extérieur connaissent des restrictions qui ne sont pas toujours justifiées	51
5.4 Le port du pyjama est imposé en chambre d'isolement, à l'USIP et aux patients détenus.....	52
5.5 Le libre choix du médecin est limité, l'accès au dossier médical est indiqué dans le livret d'accueil	53
6. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS	54
6.1 Une restructuration immobilière a amélioré les locaux d'hébergement.....	54
6.2 L'hygiène des patients comme celle des locaux est assurée.....	54
6.3 Les sur occupations sont peu fréquentes	55
6.4 Les restrictions imposées par la trésorerie générale limitent l'accès des patients à leurs biens	55
6.5 Les patients ne se plaignent pas de la qualité gustative des repas mais certains disent avoir faim en soirée.....	56
6.6 Les propositions d'activités occupationnelles, thérapeutiques culturelles et sportives sont nombreuses.....	57
6.7 La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	58
7. LA PRATIQUE DES SOINS ET LEUR SUIVI	59
7.1 Les patients sont correctement pris en charge sur le plan somatique.....	59
7.2 La contention est utilisée de façon limitée, mais les évaluations des pratiques professionnelles sont peu développées	59
7.3 L'isolement n'est pas utilisé de façon excessive pour la majorité des patients, mais les évaluations des pratiques professionnelles sont peu développées.....	64
7.4 Les traitements médicamenteux sont suivis par le pharmacien	74
7.5 Les modalités de délivrance des traitements respectent le secret médical.....	74

7.6 Les évènements indésirables sont suivis dans des conditions qui permettent à chaque unité d'améliorer ses pratiques	74
7.7 Le « comité d'éthique » est inactif.....	76
8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	77
8.1 Les conditions d'hospitalisation des patients détenus sont discriminantes par rapport aux autres patients et parfois plus difficiles qu'à la maison d'arrêt	77
8.2 L'unité de géro-psycho-geriatrie « les Montbrétias - les Oliviers » est sous-dimensionnée pour les activités des patients et pour les visites des familles	79
8.3 L'unité de pédopsychiatrie « Les Capucines » offre des locaux bien aménagés et une prise en charge de qualité même si le placement en chambre d'isolement dans une des unités d'adultes questionne	82
8.4 L'unité « Les Amandiers », réservée aux patients poly déficients, souffre de l'absence d'un médecin psychiatre.....	85
9. CONCLUSION GENERALE.....	87

Rapport

Contrôleurs : Vianney SEVAISTRE, chef de mission ;

- Chantal BAYSSE ; contrôleure,
- Alexandre BOUQUET ; contrôleur,
- Marie-Agnès CREDOZ ; contrôleure,
- Gérard LAURENCIN ; contrôleur,
- Philippe LESCENE ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), six contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier (CH) des Pyrénées de Pau (Pyrénées-Atlantiques) 29 avenue du général Leclerc, du 7 au 16 mars 2018.

Cette mission constituait une première visite.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 7 mars 2018 à 9h. Ils l'ont quitté le 16 mars 2018 à 10h30. Cette visite était annoncée.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice adjointe du centre hospitalier qui leur a présenté le centre en présence de la direction, des chefs de pôle et de cadres de santé. Il a été procédé à une présentation de la mission devant soixante auditeurs appartenant aux différentes structures du CH.

Des contacts ont été établis avec la préfecture des Pyrénées-Atlantiques, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Pau et le procureur de la République près ce TGI, le premier président de la cour d'appel de Pau, l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine et sa délégation territoriale à Pau, ainsi que le président du conseil de surveillance du centre hospitalier.

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'ordinateurs permettant d'avoir accès au site Intranet de l'établissement. 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.

Par ailleurs, ils ont réalisé une visite de nuit le soir du mardi 13 mars et assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) le jeudi 8 mars.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Des contrôleurs ont visité le service des urgences du centre hospitalier général de Pau, 4 boulevard Hauterive.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 16 mars matin sous deux formes, dans un premier temps d'abord en comité restreint avec le directeur, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le directeur des soins, le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM), la directrice de la qualité et un ingénieur qualité, la directrice des affaires financières, et le directeur des ressources humaines, puis dans un second temps en comité élargi, avec la participation de plus de cinquante personnes appartenant au personnel du CH – le directeur, la présidente de la CME et les directeurs accompagnant le préfet dans la visite de l'établissement.

En vue de recueillir leurs observations, le rapport a été adressé par courriers en date du 24 juillet 2018 au directeur du CH des Pyrénées, à la délégation départementale des Pyrénées-Atlantiques de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine (DDARS), au président et au procureur de la République du TGI de Pau, et au préfet des Pyrénées-Atlantiques.

Par courriers datés du 6 septembre et du 31 août 2018, le directeur du CH des Pyrénées et la directrice de la DDARS ont fait parvenir leurs observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

2. LA STRUCTURATION DE L'ETABLISSEMENT

L'appellation de centre hospitalier des Pyrénées date de 1995. Il s'appelait antérieurement centre hospitalier spécialisé (CHS) des Pyrénées depuis 1976, hôpital psychiatrique et asile Saint-Luc à sa construction en 1868. Le projet de 1862 a été primé à l'exposition d'architecture de Liverpool (Royaume-Uni) et de nombreux bâtiments aujourd'hui désaffectés sont maintenus au titre de l'inscription à l'inventaire.

En 2018, le CH des Pyrénées occupe un terrain plat de 42 ha, clos par des grillages, à proximité d'une zone d'activités en périphérie de la ville de Pau. Il se caractérise par une architecture modulaire aux dimensions humaines, souvent présenté comme « un village », avec des chemins reliant près d'une centaine de bâtiments, dont certains – les plus anciens datant du XIX^{ème} siècle – sont désaffectés, et qui permettent une circulation et des rencontres entre patients, soignants et visiteurs.

2.1 LA PSYCHIATRIE DES PYRENEES-ATLANTIQUES EST CONCENTREE DANS LES VILLES DE BAYONNE ET DE PAU

Dans les Pyrénées-Atlantiques, la prise en charge en hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques est partagée entre les centres urbains de Bayonne et de Pau. A Bayonne sont présents un établissement de santé public, le CH de la Côte Basque, et plusieurs cliniques privées dont la patientèle se concentre sur la côte atlantique et le département des Landes. A Pau, l'établissement public – le CH des Pyrénées – concentre l'essentiel de la prise en charge car les deux cliniques privées (l'une à Orthez, l'autre à Gan) dont la direction est commune depuis 2017 devraient déménager sur un site unique à Pau fin 2019 ; les praticiens libéraux sont peu nombreux.

Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé², le CH des Pyrénées est l'un des six³ établissements qui a intégré en juin 2016 le groupement hospitalier de territoire (GHT) Béarn-Soule. En juin 2017, ont été approuvés le projet médical partagé du GHT Béarn-Soule et le projet d'établissement 2017-2021 du CH des Pyrénées.

Un contrat local de santé mentale a été établi pour le territoire de proximité de Pau-agglomération, et ne concerne le pôle 1 que pour une partie du secteur G03, et en partie pour la géronto-psychiatrie.

2.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LES CONTRATS DE POLE ONT ETE REFAITS RECEMMENT

Le projet d'établissement 2012-2016 du CH des Pyrénées a pris en compte la réforme des soins sans consentement (SSC), le renforcement de la synergie entre l'intra et l'extra hospitalier, la mise en place de la communauté hospitalière territoriale (CHT) Béarn et Soule qui a préfiguré le GHT Béarn-Soule, la réalisation du plan directeur et la reconstruction de l'hôpital.

Le projet d'établissement 2017-2021 réunit :

- le projet médical. Il est décliné en projets médicaux propres à chacun des quatre pôles de psychiatrie. En matière de droits du patient, le projet médical ne fait pas référence aux lois de 2011 et de 2013 ;

² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³ GHT de Béarn-Soule : CH de Pau (siège du GHT), CH de Mauléon-Licharre, CH d'Orlon-Sainte-Marie, CH d'Orthez, CH des Pyrénées, centre gérontologique de Pontacq-Nay-Jurançon.

- le Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (PSIRMT). Il a été « construit non seulement autour de la réaffirmation des valeurs soignantes mais aussi en veillant à réaffirmer les droits du patient. Les droits du patient sont le socle de ce projet et doivent garantir au quotidien la qualité, la sécurité des soins à travers cinq axes, pour lesquels la recherche de bientraitance en est le fil conducteur » ;
- le projet de prise en charge (PEC). Ce PEC cite les lois de 2011 et de 2013. Ces domaines sont déclinés en cinq axes. Les contrôleurs ont en particulier relevé « L'établissement s'engage sur la mise en œuvre des droits des patients : dignité et intimité, liberté d'aller et venir », « Le patient est acteur de sa prise en charge : développement de son autonomie, renforcement de son information lui donnant les clés de maîtrise de son environnement » et « lutter contre la stigmatisation et promouvoir l'inscription éducative et sociale de l'usager en le plaçant au centre du dispositif : déployer une politique et des actions à visées culturelles, citoyennes, éducatives et sociales et multiplier les actions d'ouverture à la cité ».

Les pôles de psychiatrie sont liés à la direction du CH par des contrats de pôle signés le 9 juillet 2015. Les projets des unités d'hospitalisation à temps complet des quatre pôles de psychiatrie sont datés de 2017 ou exceptionnellement pour une unité de 2016.

2.3 L'ETABLISSEMENT EST ORGANISE POUR DEVELOPPER LES SOINS AMBULATOIRES ET ASSURER DES HOSPITALISATIONS A TEMPS COMPLET DANS DES UNITES EN EXCELLENT ETAT ET DANS UNE LOGIQUE DE SOINS FAVORISANT LA REINSERTION DES PATIENTS

2.3.1 Les cinq pôles

Le CH des Pyrénées est organisé en cinq pôles : trois de psychiatrie adulte, un de pédopsychiatrie et un regroupant les directions, les services administratifs et logistiques.

Les pôles 1, 2 et 4 sont sectoriels (le pôle 1 pour les secteurs de psychiatrie adultes 64G01, 64G02 et 64G03 ; le pôle 2 pour le secteur de psychiatrie adulte 64G04 ; le pôle 4 de psychiatrie infanto-juvénile correspondant aux autres secteurs) et le pôle 3 assure les urgences pour l'ensemble des secteurs.

Le pôle 1, de psychiatrie générale, est né de la fusion des **secteurs de psychiatrie adultes G01** (83 547 habitants), **G02** (97 537 habitants) et **G03** (112 219 habitants), pour la prise en charge de la population de la périphérie de Pau et des zones Sud et Nord du département, auxquels il a été joint une unité fermée (ESA 2) et un service de géronto-psychiatrie. Il est dénommé le « Pôle rural », Ce pôle dispose de 138 lits sur le pôle et 80 places d'hospitalisation de jour (source : rapport d'activité 2016).

Le pôle 1 regroupe :

- en intra hospitalier en hospitalisation à temps complet, six unités représentant 138 lits dont une possède trois chambres d'isolement (CI) :
 - les unités ouvertes :
 - unité d'hospitalisation complète les Érables : vingt-quatre lits (travaux de restructuration achevés en 2016) ;
 - unité d'hospitalisation complète les Marronniers : vingt-quatre lits (travaux de restructuration achevés en 2016) ;
 - unité d'hospitalisation complète les Saules : vingt-quatre lits (construite en 1980) ;
 - l'unité de moyens séjours UMS : seize lits (construite en 2006) ;

- l'unité semi-ouverte de géro-psycho-geriatrie les Montbrétias/les Oliviers : trente lits (travaux de restructuration en 2000 et 2005) ;
- l'unité fermée Espace de soins aigus ESA 2 : vingt lits et trois CI (unité construite en 2013) ;
- en intra et extra hospitalier, onze structures (CMP⁴, HJ⁵, CATT⁶) et l'équipe mobile de géro-psycho-geriatrie (EMGP).

Le pôle 2, de psychiatrie générale, est constitué du territoire de la ville de Pau ainsi que des communes avoisinantes qui forment le **secteur de psychiatrie adulte G04** (97 875 habitants). Le pôle 2 regroupe :

- en intra hospitalier en hospitalisation à temps complet, sept unités représentant 146 lits dont une possède deux CI :
 - les unités ouvertes :
 - unité d'hospitalisation de courts séjours les Pins : vingt-quatre lits (travaux de réhabilitation achevés fin 2017) ;
 - unité d'hospitalisation de courts séjours les Chênes : vingt-quatre lits (travaux de réhabilitation achevés fin 2017) ;
 - l'unité de soins de réhabilitation USR : trente lits (unité construite en 2013) ;
 - l'unité d'hospitalisation de moyens séjours et de soins de réhabilitation les Jonquilles : dix-neuf lits (rafraîchissement en 2014, démolition envisagée) ;
 - l'unité fermée, par protection des hébergés, pour déficients mentaux les Amandiers : trente lits (travaux de réhabilitation achevés mi 2017) ;
 - l'unité fermée Espace de soins aigus ESA 1 : vingt lits et deux CI (unité construite en 2004) ;
 - l'hôpital de nuit Bernadotte : dix-neuf lits (unité restructurée en 1992) ;
- en intra et extra hospitalier, il compte huit structures (CMP, HJ, CATT, PASS/ESPSP⁷, UTEPP⁸, UDVS⁹) et les équipes mobiles de jeune en souffrance psychique (EMJSP) et d'addictologie de proximité psychiatrique (EMAPP) ;
- en intra hospitalier le service d'ergothérapie et médico-social, service transversal à tous les pôles (les ateliers de menuiserie, de poterie, de couture ont été restructurés en 2014, la piscine a été réhabilitée en 2017).

Le pôle 3, de psychiatrie générale et d'urgence, s'organise autour de onze structures. Il assure les situations de crise et d'urgence ainsi que les suivis au long cours. Il intervient en collaboration avec les différentes structures des pôles et avec les structures et partenaires extérieurs. Le pôle 3 regroupe :

⁴ CMP : centre médico-psychologique

⁵ HJ : hôpital de jour.

⁶ CATT : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

⁷ PASS/ESPSP : Permanence d'Accès aux Soins de Santé et Equipe de Soins aux Personnes en Situation de Précarité.

⁸ UTEPP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient en Psychiatrie.

⁹ UDVS : unité de vie sociale (appartements thérapeutiques).

- en intra hospitalier en hospitalisation à temps complet, la psychiatrie d'urgence avec trois unités fermées représentant trente-trois lits dont deux possèdent des CI :
 - le service d'accueil et d'admission des urgences SAAU : huit lits, deux CI (bâtiment construit en 2016) ;
 - l'unité de gestion de la crise UGC : dix lits (bâtiment construit en 2016) ;
 - l'unité de soins intensifs psychiatriques USIP : quinze lits, trois CI et cinq chambres sécurisées (bâtiment construit en 2004) ;
- les services médico-techniques :
 - le département de médecine polyvalente DMP qui assure les consultations de médecine générale et organise les consultations spécialisées dans ses locaux ou en extra hospitalier ;
 - la pharmacie ;
 - le département d'information médicale DIM ;
 - l'équipe d'accompagnement et de transport EAT qui assure les transports des patients aux différents rendez-vous intra et extra hospitaliers ;
 - le service d'hygiène hospitalière ;
- en extra hospitalier :
 - l'unité de soins en milieu pénitentiaire USMP de la maison d'arrêt de Pau ;
 - l'antenne de liaison psychiatrique ALP en place au centre hospitalier général de Pau ;
 - la cellule d'urgence médico-psychiatrique CUMP.

Le pôle 4, de pédopsychiatrie, est compétent sur les territoires des **secteurs de psychiatrie adulte G01 à G04** (391 178 habitants). Il regroupe :

- en intra hospitalier en hospitalisation à temps complet :
 - l'unité de soins les Capucines : huit lits (unité restructurée en 2015) ;
 - treize structures (CMPEA¹⁰, HJ, unité de périnatalité, une unité d'accueil familial spécialisé, un dispositif d'accompagnement spécialisé dans les troubles envahissants du développement) ;
- en extra hospitalier : treize structures (CMPEA, HJ, un centre de soins postcure avec vingt lits, une maison des adolescents).

2.3.2 La politique intra et extra hospitalière

En 2017, la file active est suivie à 82 % exclusivement en ambulatoire.

Les projets d'établissement successifs ont donné la priorité à la prise en charge des patients le plus en amont possible, en particulier dans le rôle des CMP, à la prise en charge des « inadéquats » par des structures médico-sociales – point à développer apparaissant dans le CPOM¹¹ –, à une prise en compte rapide des patients en crise, qu'ils proviennent des services des urgences des centres hospitaliers généraux (en particulier de celui de Pau) ou qu'ils soient dirigés

¹⁰ CMPEA : centre médico-psychologique pour enfants et adolescents.

¹¹ CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

par les services extra hospitaliers. Le CH des Pyrénées permet de répondre au besoin de parcours des patients, même si les contrôleurs ont pu relever quelques exceptions.

Cela se traduit par la répartition des 857 soignants (IDE¹² et AS) du CH : 500 travaillent en intra hospitalier (58 %) et 357 en extra hospitalier (42 %). Cela se traduit également par un nombre de lits d'hospitalisation à temps complet non occupés de l'ordre d'une trentaine.

La poursuite du « virage ambulatoire », qui devrait conduire à supprimer une trentaine de lits dans les prochaines années, demandée par l'ARS Nouvelle Aquitaine apparaît possible sans provoquer de rupture de continuité dans la prise en charge des patients.

2.3.3 Le budget

Le budget du CH des Pyrénées demeure à l'équilibre en dépit du débasage effectué depuis 2014. Entre 2014 et 2016, la dotation annuelle de financements (DAF) a baissé d'1 M€ sur les 51 M€. En 2016, la DAF a retrouvé le niveau de 2012. Pour l'année 2017 et les neuf premiers mois de 2018, la DAF est restée provisoirement stable. Pour l'année 2018, lors de la visite des contrôleurs, le débasage n'était pas encore déterminé par l'ARS de Nouvelle Aquitaine et devait être connu et applicable pour les trois derniers mois de l'année. Dans son courrier en date du 31 août 2018, la directrice de la délégation départementale des Pyrénées-Atlantiques de l'ARS Nouvelle-Aquitaine précise « l'ARS ne procédera à aucun débasage en 2018 mais uniquement, pour les établissements identifiés comme sous-dotés, à des modulations positives de la DAF ».

Les recettes ont légèrement progressé depuis 2013, passant d'un peu plus de 71 M€ à un peu plus de 72 M€ en 2016. 2016 a été la première année de certification des comptes par un cabinet de commissaire aux comptes.

Le budget demeure équilibré. La gestion a permis de conduire des travaux importants en intra hospitalier comme cela apparaît *supra* dans le § 2.3.1, sans compter ceux opérés dans les structures extra hospitalières qui ne sont pas listées dans le présent document.

L'intégration du CH au GHT a conduit à modifier les modalités des délégations de signature et les montants par délégation. Le nouveau système est moins souple que le précédent, notamment pour les commandes de fournitures ; cela peut ralentir la mise en place d'activités thérapeutiques.

2.4 LES RESSOURCES HUMAINES SOUFFRENT D'UN DEFICIT DE MEDECINS PSYCHIATRES ET BENEFICIENT DE L'ENGAGEMENT DU PERSONNEL NON MEDICAL.

L'effectif global du CH des Pyrénées diminue légèrement depuis 2015. Il est passé de 1080,31 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) à 1074,46 en 2017.

2.4.1 Le personnel médical

En mars 2018, le déficit en ETP de médecins psychiatres pour les quatre pôles (praticien hospitalier (PH), PH attaché, PH contractuel, PH généraliste avec DIU¹³, assistant, interne, faisant fonction d'interne) était de 6,6 ETP – soit 10 % – pour un effectif budgété de 66,33 ETP et 75 praticiens.

¹² IDE : infirmier diplômé d'Etat ; AS : aide-soignant

¹³ DIU : diplôme interuniversitaire

Le pôle 1, le pôle dit « rural », est le plus touché par ce déficit qui concerne le quart de son potentiel (4,2 sur un total de 17,7 ETP), les 15 médecins présents assurant 13,5 ETP. Le pôle 2, l'agglomération de Pau, souffre d'un déficit de 1,4 ETP – 13 % – pour un effectif prévu de 11,3 ETP. Le pôle 3, la psychiatrie d'urgence, souffre d'un déficit d'un ETP – 5 % – pour un effectif prévu de 22 ETP. Le pôle 4, la psychiatrie infantile-juvénile ne souffrant pas de déficit.

Le CH s'emploie à une politique de recrutement dynamique vers les jeunes médecins en formation et se tournent également vers l'Espagne.

Le principe retenu dans les pôles est le partage du temps des médecins psychiatres entre l'intra et l'extra hospitalier. L'examen du tableau de présence des médecins psychiatres dans les unités pour la semaine du lundi 12 au vendredi 16 mars fait apparaître que sur les dix demi-journées :

- au pôle 1, dans deux unités d'hospitalisation à temps complet sur les six, le passage d'un médecin psychiatre était programmé respectivement deux et quatre demi-journées (UMS et les Saules), dans les autres la présence était supérieure ou égale à la moitié du temps ;
- au pôle 2, dans quatre unités d'hospitalisation à temps complet sur les six, le passage d'un médecin psychiatre était programmé respectivement deux, deux, quatre et quatre demi-journées (ESA1, USR, les Jonquilles et les Amandiers), dans les deux autres la présence était supérieure à la moitié du temps ;
- au pôle 3, dans les trois unités d'hospitalisation à temps complet, le passage d'un médecin psychiatre était programmé toutes les demi-journées ;
- au pôle 4, dans l'unité d'hospitalisation à temps complet, le passage d'un médecin psychiatre était supérieur à la moitié du temps.

Dans certaines unités, les contrôleurs ont constaté que les heures d'arrivée de médecins en matinée pouvaient être tardives.

Recommandation

A la lumière du sondage effectué pendant la visite, le taux de présence des médecins dans plusieurs unités d'hospitalisation à temps complet peut être amélioré, le déficit dans le recrutement et la répartition du travail entre l'intra et l'extra hospitalier n'étant pas de nature à expliquer toutes les insuffisances observées.

Dans son courrier en date du 6 septembre 2018, le directeur du CH des Pyrénées précise « Je vous fais part de mon étonnement quant à la formulation de la recommandation n° 1 qui n'a, à aucun moment été évoquée lors de la restitution des contrôleurs que ce soit en réunion restreinte ou en réunion plénière. La progression de la file active de l'établissement et la DMS traduisent le dynamisme de l'établissement et démontrent l'implication et l'investissement de la communauté médicale dans la prise en charge au quotidien des patients en hospitalisation et au plus près de leurs lieux de vie. Entre 2009 et 2017, la file active globale de l'établissement a progressé de 15 %, en grande majorité sur l'ambulatoire (avec une augmentation de 3,6 % entre 2016 et 2017). En 2017, 97 % de la file active a eu un suivi ambulatoire dont 82 % exclusivement en ambulatoire et seule 14 % de la file active a été hospitalisée en hospitalisation complète (17 % en 2009). Enfin, il est fait référence dans votre recommandation à un sondage, or on ne retrouve aucune indication sur sa nature et sa méthodologie ; aussi nous souhaiterions avoir des précisions à ce propos ».

Commentaires du CGLPL : il est exact que ce sujet n'a pas fait l'objet d'une communication lors des réunions restreinte et plénière de restitution. En effet, comme cela a été dit au cours de ces

réunions, le travail d'analyse et de synthèse des contrôleurs se poursuit après leur départ de l'établissement et des éléments nouveaux pouvaient apparaître dans le rapport. La méthode de sondage a été la suivante : pendant la période de la visite les contrôleurs ont constaté que les heures d'arrivée de médecins en matinée pouvaient être tardives dans certaines unités, comme cela est écrit ci-dessus ; ces informations ont été mises en commun entre contrôleurs après leur départ du CH.

2.4.2 Le personnel non médical

a) Le rythme de travail

Deux unités du pôle 2, le SAAU et l'UGC les IDE ont conservé le cycle matin (6h30-14h), après-midi (13h30-21h), nuit (20h45-6h45), avec participation de tous les soignants à l'équipe de nuit. L'effectif des équipes du SAAU est de trois IDE, avec le matin et l'après-midi un agent des services hospitaliers (ASH). L'effectif des équipes de l'UGC est de deux IDE ; les équipes du matin et de l'après-midi sont renforcés par un ASH et deux IDE, chargés en particulier de l'animation des activités thérapeutiques ou la conduite à ces activités.

Dans les autres unités, le personnel soignant – infirmier diplômé d'Etat, aide-soignant – et les agents des services hospitaliers (ASH) ou agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) font le plus souvent un service de 12 heures. L'équipe de jour comporte un soignant « J1 », IDE, qui assure le service de 7h à 19h, un soignant « J2 », IDE, AS ou aide médico-psychologique (AMP), de 7h15 à 19h15 ou de 7h30 à 19h30 et un soignant « J3 », IDE, de 8h à 20h ou de 8h30 à 20h30. Les ASH suivent en général le rythme en 12 heures.

L'équipe de nuit est également en rythme de 12 heures ; elle assure le service de 19h15 à 7h15. Le personnel non médical participe au service de jour et à celui de nuit. Les transmissions du matin sont assurées avec « J1 » et celles du soir avec le « J3 ».

Dans la plupart des unités, l'équipe de jour est renforcée par un ou deux IDE de 9h à 17h, dit « de journée » dont la mission principale est d'organiser les activités thérapeutiques et les sorties.

Le service en 12 heures induit de consacrer plusieurs moments dans la journée aux transmissions : l'équipe de nuit vers le « J1 », le « J1 » vers les autres soignants de l'équipe de jour, le cadre de santé et l'IDE de journée (dont les horaires de présence sont similaires), vers le ou les médecins dont les heures de passage sont en général décalées, puis en fin de journée vers l'équipe de nuit.

Si le personnel non médical apparaît satisfait de ce rythme qui permet globalement de bénéficier de quatre jours libres par semaine, certains – notamment les plus âgés et ceux qui assurent un travail physique – le trouvent facteur de pénibilité.

b) Le nombre et les qualités du personnel par unité d'hospitalisation à temps complet

Pour les unités visitées, l'effectif de soignants de jour – IDE et AS – par unité oscille de trois (pôle 1 : Erables, Saules, Marronniers, UMS ; pôle 2 : Chênes, Pins ; Pôle 3 : SAAU, UGC ; pôle 4 : Capucines) à quatre (Pôle 1 : ESA 2 ; pôle 2 : ESA 1, Amandiers, Jonquille, USR ; pôle 3 : USIP) avec l'exception de l'unité Montbrétias/Oliviers dont l'effectif est de huit pour des raisons bien compréhensibles (elle est le résultat de la fusion de deux unités de quinze lits de gérontologie ; la fusion ayant consisté à faire communiquer les deux parties d'un même ensemble immobilier). Certaines unités bénéficient de la présence **d'un IDE de journée** du lundi au vendredi (pôle 1 :

Erables en théorie, Marronniers, ESA 2 ; pôle 2 : Amandiers, Chênes, Pins, ESA 1) ou de **deux** (pôle 1 : Erables, UMS ; pôle 2 : Jonquilles, USR ; pôle 3 : UGC, USIP) ; d'autres unités bénéficient d'un ergothérapeute (pôle 1 : 1 ETP aux Montbrétias/Oliviers) ou d'une aide médico-psychologique (AMP) (pôle 1 : Saules).

L'effectif ainsi décrit est celui de fonctionnement. Il est identique à l'effectif de grève.

En cas d'absence d'un soignant dans une hospitalisation à temps complet, le principe est d'abord de rechercher une personne dans une autre unité du même pôle, le nombre de personnes affectées à un pôle étant de 10 % supérieur au besoin. A défaut, les autres pôles sont sollicités. A défaut il est fait appel à des contrats à durée déterminée. Ce mode de gestion est appelé « management solidaire ». Le taux d'absentéisme des IDE et AS est inférieur à 8 %.

Les équipes sont majoritairement composées d'IDE. Deux unités, le SAAU et l'UGC, le personnel soignant ne compte que des IDE. Dans une seule unité, les Montbrétias/Oliviers, le nombre d'AS est supérieur à celui des IDE, en raison de sa spécificité, les deux tiers des patients étant en situation de dépendance, dans trois unités l'USR, les Amandiers et les Jonquilles, le nombre d'IDE et d'AS est similaire.

Les soignants sont tenus à la mobilité. Les soignants restés huit ans dans la même fonction sont automatiquement mis à la disposition de la direction des soins qui décide de leur affectation sans concertation. Selon les informations recueillies, cette situation ne se présente qu'exceptionnellement car les soignants recherchent une mobilité interne au plus tard dans leur septième année dans la même fonction.

Les unités les moins demandées par les soignants sont les Amandiers puis les Montbrétias/les Oliviers.

Bonne pratique

La part de personnel soignant consacrée à l'encadrement des activités thérapeutiques démontre que ces activités font partie du soin.

2.4.3 La formation

Les soignants nouveaux arrivants suivent un stage qui les fait circuler d'unité en unité avant de prendre leur fonction dans leur unité d'affectation. Ils assurent leur service en étant en double pendant un certain temps qui n'est pas défini et ils ne sont pas tutorés.

Ils suivent obligatoirement une formation de gestion à la violence qui est indifféremment la formation Omega ou une autre visant les mêmes finalités. Les recyclages ultérieurs ne sont pas systématiquement proposés.

Les soignants qui ont déjà de l'expérience du CH font quelques services en double, dont une nuit, avant d'être autonomes.

Les plans de formation 2017 et 2018 font apparaître que les soignants suivent notamment des formations sur les activités thérapeutiques, sur les droits des patients centrés sur la charte du patient hospitalisés et sur leur responsabilité juridique, mais que les formations sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement, bien qu'évoqués dans le projet de soins, ne sont pas mentionnées.

Recommandation

La formation du personnel médical et non médical doit comporter un volet sur le droit des patients en soins sans consentement.

2.4.4 La supervision

a) La supervision des équipes

La supervision des équipes de soignants est organisée dans la plupart des unités. Il est fait appel à un intervenant extérieur. Les cadres de santé et les médecins ne sont pas conviés aux réunions. Cette supervision est organisée à un rythme variable, entre une fois toutes les deux semaines à une fois par mois. Sont conviés les soignants en service dans l'unité, sous réserve qu'ils ne soient pas absorbés par une tâche prioritaire. Ainsi, chaque soignant bénéficie de l'ordre d'une séance par an.

b) La supervision individuelle

Une supervision individuelle est assurée par un intervenant extérieur, financée par la compagnie d'assurance du CH, la SOFCA, dès lors qu'une déclaration d'accident du travail est déposée. Cet intervenant prend contact avec la personne concernée pour lui proposer un soutien psychologique.

Bonne pratique

Un soutien psychologique, dès la déclaration d'un accident du travail, est mis en place systématiquement par la société d'assurance du centre hospitalier.

2.5 LA SECURITE EST UNE PREOCCUPATION MAJEURE

L'établissement est très marqué par les événements dramatiques de 2004. « *Il y a avant, et il y a après* », de tels propos ont été tenus plusieurs fois par des cadres ou des soignants.

L'établissement était un lieu de promenade avant 2004 ; il est aujourd'hui totalement clos et sous surveillance permanente. L'ingénieur qualité est depuis 2004 le référent sûreté.

La sécurité, préoccupation permanente, est au cœur tant des processus d'admission à l'hôpital que de la gestion du quotidien.

2.5.1 La surveillance générale

Ce service se trouve à l'entrée du SAAU. ; Il est composé d'une équipe de six cadres de santé et fonctionne 24 heures sur 24, par roulement de 12 heures, chaque cadre assurant à tour de rôle le service de jour et de nuit.

Sa mission est de garantir et de sécuriser les procédures d'admission, de veiller au respect du formalisme pour l'accueil des patients admis en soins sans consentement. La surveillance générale vérifie la constitution du dossier du patient, son identité, la présence des certificats médicaux nécessaires. Elle prépare la décision d'admission qu'elle transmet au directeur de l'établissement par l'intermédiaire du bureau de la loi. La surveillance générale gère l'affectation des nouveaux patients en fonction des lits disponibles dans les unités, et notamment au SAAU. La nuit, elle exerce une fonction de management pour pourvoir au remplacement du personnel absent ou en sortie avec des patients.

Elle assure les relations avec les équipes d'intervention (cf. *infra* § 2.5.3), l'équipe sécurité, avec les services de lutte contre l'incendie.

Elle contrôle également l'équipe de sécurité composée de vigiles (cf. *infra* § 2.5.2) et sollicite parfois son intervention.

Elle se voit remettre de toutes les unités les objets dangereux trouvés sur les patients, ainsi que les produits stupéfiants découverts dans le centre hospitalier, lesquels sont entreposés dans des emballages anonymes, placés dans un coffre et remis aux services de police pour destruction.

Elle organise le transport et l'hospitalisation des personnes détenues venant de la maison d'arrêt. La surveillance générale a ainsi un rôle central dans l'organisation de la sécurité.

2.5.2 L'équipe de sécurité des vigiles

Une équipe de vigiles dépendant d'une société privée assure la surveillance du site et le contrôle des entrées et des sorties de l'hôpital. Elle est composée de quinze vigiles, travaillant par équipe de trois : deux rondiers et un statique à l'entrée.

Les rondes peuvent être aléatoires sous réserve que cinq d'entre elles, de nuit, sont imposées avec des passages obligatoires.

Les deux rondiers peuvent être appelés par la surveillance générale pour se rendre dans une unité dans laquelle une protection de travailleur isolé (PTI) a été actionnée. Les vigiles ne pénètrent dans l'unité qu'à la demande des soignants ; leur mission est de protéger les soignants, ils n'interviennent pas sur les patients.

Ils sont appelés à accompagner les soignants conduisant un patient détenu à l'audience du JLD.

A l'entrée de l'hôpital, le ou les vigiles ne procèdent pas à des contrôles systématiques ; les patients autorisés à sortir pendant la journée dans le parc leur sont parfois signalés – c'est le cas pour les patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) pour certaines unités – de sorte qu'ils peuvent veiller à ce qu'ils ne quittent pas l'établissement.

Les vigiles ont une obligation de confidentialité sur tout ce dont ils sont témoins.

2.5.3 Les équipes d'intervention

Il existe une **équipe d'intervention de jour**, composée de quatre infirmiers diplômés d'Etat (IDE) exclusivement masculins. Les IDE hommes de toutes les unités à l'exception des infirmiers de journée sont à tour de rôle membres de l'équipe d'intervention, soit environ tous les deux ou trois jours. Ces infirmiers travaillent dans leur unité, mais peuvent à tout moment être appelés par la surveillance générale, pour une alerte PTI, pour aller chercher un patient détenu ou un patient fugueur à son domicile, ou pour la réintégration d'un patient. L'unité dans laquelle se trouve l'infirmier de l'équipe d'intervention se retrouve alors en sous-effectif pour des temps pouvant être longs.

Il existe une **équipe d'intervention de nuit**, composée de six soignants, susceptibles d'intervenir entre 21h et 6h30. Leur mission est de se rendre dans les unités où une alarme d'intervention a été déclenchée et également d'aller chercher des patients fugueurs ou devant être réintégrés.

2.5.4 Les conventions portant sur la sécurité du site

a) Le protocole relatif à la prise en charge et à la gestion du séjour d'un patient hospitalisé en SDRE D 398 du code de procédure pénale

Un protocole interne relatif à la prise en charge et à la gestion du séjour d'un patient détenu hospitalisé sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) conformément aux termes de l'article D 398 de code de procédure pénale, communément appelé « patient hospitalisé en SDRE D 398 » a été établi (cf. *infra* § 8.1).

b) La convention de partenariat santé-sécurité-justice du 20 mars 2018

La convention de partenariat santé-sécurité-justice est d'inspiration sécuritaire. Elle fait suite à la précédente convention du 30 mars 2012. A cette convention sont jointes huit fiches dont la fiche 5 sur l'intervention des forces de l'ordre ; la fiche 6 sur les patients SDRE D398 (cf. *infra* § 8.1) ; la fiche 7 sur la saisie de produits stupéfiants.

- i) La fiche 5 sur les interventions des forces de l'ordre : à la demande du CHP, en cas de danger grave et imminent le dispositif RAMSES doit être déclenché entraînant une prise en compte immédiate par les forces de police.

Cette fiche aborde la question des demandes de renseignements des forces de l'ordre. Il y est précisé que les demandes administratives, c'est-à-dire qui ne visent pas des informations médicales, doivent être satisfaites, telles qu'identité, résidence, personne à prévenir, registre des entrées et des sorties, inventaire des biens du malade.

Lors de la réunion de coordination annuelle hôpital-police-justice, du 16 mars 2017, à la question de la légalité et de la réponse à apporter aux sollicitations de la gendarmerie pour avoir des informations sur un malade ou pour être prévenu de la sortie d'un patient de son unité, il a été répondu par le parquet que les informations devaient être fournies.

Un contrôleur a pu voir écrit en gros caractères sur un tableau de l'une des unités fermées : « prévenir la gendarmerie de l'arrivée de monsieur X ». Outre la stigmatisation par l'affichage visible de tout un chacun, se pose la question de la nature des informations devant être fournies aux autorités judiciaires et policières en dehors de toutes réquisitions écrites de l'autorité compétente.

Recommandation :

Aucun renseignement ne peut être fourni à une autorité judiciaire ou policière en dehors de réquisitions de l'autorité compétente.

- ii) La fiche 7 sur la saisie de produits stupéfiants

Le projet présenté aux contrôleurs devant être signé le 20 mars 2018, reconduisant la précédente convention de 2012, a été amendé par le retrait de l'incitation faite aux soignants de procéder fréquemment à des analyses de sang ou d'urine aux fins de recherche de consommation de produits stupéfiants (cf. *infra* § 3.3.3).

Les médecins à l'occasion de la réunion de coordination annuelle hôpital-police-justice du 16 mars 2017 se sont interrogés sur les interventions de la brigade cynophile à la demande du CH dans les unités fermées et dans les chambres. S'est posée la question de l'assimilation de la chambre d'un patient au domicile ; le parquet a considéré qu'il serait opportun qu'il soit avisé

afin notamment de donner l'autorisation pour rentrer dans les chambres, car il pourrait être reproché des violations de domicile.

2.5.5 Les chiffres clés de la sécurité 2017

Il a été déclaré à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) 209 incidents. Seuls les événements de niveau 3 et 4 selon le classement de l'ONVS sont déclarés, soit 87 de niveau 3 (violences volontaires, menaces avec arme, dégradation de matériel de valeur, incendie, vol etc.), 7 de niveau 4 (violences avec arme, autres faits qualifiés de crime).

Les forces de l'ordre sont entrées vingt-sept fois sur le site, onze signalements ont été faits au procureur de la République, trois interventions de la brigade cynophile, cinquante-quatre sorties sans autorisations, le dispositif RAMSES a été déclenché une fois.

190 interventions sur PTI sont comptabilisées.

3. LES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 30 % DES PATIENTS SONT HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT APRES UNE ADMISSION DECIDEE LE PLUS SOUVENT EN URGENCE

3.1.1 L'activité des unités d'hospitalisation à temps complet

La proportion de patients en soins sans consentement (SSC) se situe, en moyenne, à moins d'un tiers de l'ensemble des hospitalisations (31,8 % en 2016 et 31,4 % en 2017).

a) Les patients en soins sans consentement au moment du contrôle

Au moment du contrôle, le 5 mars 2018, 64 % des patients hospitalisés à temps complet (190 sur 295) étaient en soins libres. 36 % des patients (105 sur 295) étaient en soins sans consentement, 27 % (79) se trouvaient en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) et 9 % 26 en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Leur répartition par unité était la suivante :

	Patients	SDDE	SDRE		Patients	SDDE	SDRE
Les Erables	20	6	0	Les Pins	22	6	2
Les Marronniers	22	4	3	Les Chênes	23	2	4
Les Saules	21	3	0	USR	22	8	0
Les Montbrétias/les Oliviers	28	1	0	Les Jonquilles	19	1	4
UMS	12	2	0	Les Amandier	14	2	0
ESA 2	21	18	3	ESA 1	19	15	4
SAAU	7	1	0	Bernadotte	14	1	2
USIP	13	9	4				
UGC	10	0	0	Les Capucines	8	0	0
Nombre total de patients hospitalisés : 295 – de SDDE : 79 – de SDRE : 26							

Les dates d'entrée en SDRE s'échelonnent entre novembre 2013, pour l'hospitalisation la plus ancienne, et février 2018, pour la plus récente. Concernant les SDDE, l'admission la plus ancienne date d'avril 2016.

b) Les taux d'occupation des unités en 2016 et 2017

Le nombre de journées d'hospitalisation à temps complet a été de 97 511 journées en 2016 et de 96 239 journées en 2017 (diminution de 1,3 %). Le nombre de séjours d'hospitalisation à temps complet est passé de 2 925 en 2016 à 3 065 en 2017 (augmentation de 4,5 %).

La file active pour l'hospitalisation à temps complet était de 1 973 patients en 2016 et de 2 043 patients en 2017 (augmentation de 3,5 %).

La durée moyenne de séjour a été de 33,3 jours en 2016 et de 31,4 jours en 2017 (diminution de 5,8 %). La durée moyenne d'hospitalisation est passée de 49,4 jours en 2016 à 47,1 jours en 2017 (diminution de 4,8 %).

Les taux d'occupation des lits d'hospitalisation par unité en 2016 et en 2017 sont les suivants :

Chiffres communiqués par le CH	2016	2017		2016	2017
Les Erables	88 %	83 %	Les Pins	85 %	90 %
Les Marronniers	88 %	86 %	Les Chênes	79 %	85 %
Les Saules	77 %	78 %	USR	73 %	75 %
Les Montbrétias/les Oliviers	95 %	94 %	Les Jonquilles	81 %	72 %
UMS	81 %	68 %	Les Amandier	89 %	76 %
ESA 2	85 %	90 %	ESA 1	88 %	89 %
SAAU	52 %	54 %	Les Capucines	68 %	75 %
USIP	75 %	81 %	UGC	81 %	82 %

3.1.2 L'activité par statut d'hospitalisation

a) Les soins sur décision du directeur de l'établissement

Le tableau suivant retrace, pour les années 2016 et 2017, les nombres hospitalisations de patients en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SPDDE ou SDDE), soit :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers - urgence (SPDTU) ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers - péril imminent (SPDT-PI).

Chiffres communiqués par le CH	Nombre de patients		Nombre de journées		Nombre de séjours		Durée moyenne de séjour	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
SPDT	140	143	7 790	6 866	180	175	43,3	39,2
SPDTU	352	361	20 569	22 693	444	491	46,3	46,2
SPDT-PI	76	74	3 085	3 727	88	86	35,1	43,3
Totaux SDDE	552	563	31 444	33 286	712	752	44,3	44,3

La proportion d'admissions en SPDTU et SPDT-PI parmi les SDDE est élevée. Alors que la procédure de SPDT donne la garantie d'un double avis médical pour imposer à une personne des soins sans consentement sur décision du directeur, on note, pour l'année 2016, que 75 % des personnes admises (*idem* en 2017) l'ont été sur le fondement d'un seul certificat médical.

La proportion des patients admis en SPDTU est tout aussi importante (63 % des SDDE en 2016, *idem* en 2017) alors qu'elle est pourtant prévue pour des cas exceptionnels.

Recommandation

La forte proportion des admissions en procédure d'urgence doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte, ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

b) Les soins sur décision du représentant de l'Etat

Le tableau suivant retrace, pour les années 2016 et 2017, l'activité des unités d'admission des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) :

Chiffres communiqués par le CH	Nombre de patients		Nombre de journées		Nombre de séjours		Durée moyenne de séjour	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
<i>Décision du maire</i>	42	40	4 015	2 559	57	47	70,4	54,4
<i>Personnes détenues</i>	19	25	426	781	20	30	21,3	26,0
<i>Décision judiciaire</i>	5	6	1 016	1 163	7	6	145,1	193,8
<i>Décision du préfet</i>	13	14	1 250	1 084	18	19	69,4	57,1
<i>Totaux SDRE</i>	76	79	6 707	5 587	100	96	67,1	58,2

Recommandation

La durée moyenne de séjour des patients détenus (21 jours en 2016 et 26 jours en 2017) demeurant très inférieure à celle des autres catégories de personnes en soins sans consentement doit conduire le centre hospitalier à s'interroger sur leur mode de prise en charge (cf. infra §§ 7.3 et 8.1).

3.2 L'INFORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS, FORMELLEMENT SATISFAISANTE, EST LARGEMENT IGNOREE DES SOIGNANTS

Les modalités d'admission sont organisées de telle façon que le patient n'ait pas à se présenter au « bureau de la loi ».

La procédure de soins sans consentement est initiée, soit depuis le service des urgences du CH de Pau, soit depuis le SAAU du CH des Pyrénées, les patients se présentant à parts égales dans l'une ou l'autre de ces structures.

Il est à préciser que le service des urgences du CH de Pau bénéficie d'une « antenne psychiatrique » composée d'une équipe de deux infirmiers détachés du CH des Pyrénées pour prendre en charge les patients en voie d'admission en soins psychiatriques sans consentement ;

l'infirmier pratique alors un entretien de recueil d'informations et, après que le médecin urgentiste a effectué l'examen somatique et rédigé le certificat médical d'admission, organise le transfert en ambulance vers le CH des Pyrénées.

Les personnes dont l'hospitalisation est consécutive à un arrêté du maire ou du préfet transitent rarement par le service des urgences du CH de Pau, sauf si leur état clinique nécessite un examen somatique, mais sont cherchées sur les lieux de la constatation de leur état psychique pathologique, explicité dans un certificat médical, par deux ou trois infirmiers de service au CH des Pyrénées pour être conduites au SAAU.

Ce service dispose de chambres individuelles. C'est un « sas » où le patient arrivant séjourne pour une durée variant de 12 à 48 heures, aux fins d'évaluation de son état avant transfert dans l'unité adéquate.

Selon les renseignements recueillis, à ce stade de la procédure, les patients sont certes avisés oralement par le médecin rédacteur du certificat d'admission de la mise en œuvre des dispositions concernant les soins sans consentement, mais ils ne sont nullement informés de leurs droits.

Les notifications ne s'effectueront qu'après leur installation dans leur unité d'affectation soit le plus souvent après un délai minimum de 48 heures.

Le bureau de la loi, destinataire des certificats médicaux obligatoires pour procéder à l'hospitalisation sans consentement, constitue le dossier administratif du patient, procède aux vérifications de la régularité des documents d'admission avant de les éditer pour envoi aux fins de notification dans l'unité du malade.

Les contrôleurs ont constaté l'organisation rigoureuse du bureau de la loi dont les agents (2,5 ETP), qui connaissent les exigences de la loi, sont particulièrement attentifs à la régularité des certificats médicaux et des décisions d'admission. Ils sont en revanche totalement ignorants de la façon dont s'effectuent les notifications.

Des informations unanimement recueillies par les contrôleurs, il ressort que c'est principalement l'infirmière de service, plus rarement le cadre de santé et exceptionnellement le médecin, qui procède à la notification de la décision d'admission et à la lecture (ou à la remise) de la note synthétisant les dispositions de l'article 3211-3 du code de la santé publique déclinant les droits inhérents à toute personne hospitalisée sans son consentement. Il est très vite apparu que le souci principal est plus d'obtenir la preuve de la notification, pour la retourner dans les meilleurs délais au bureau de la loi, que de donner au patient des explications orales à visée pédagogique tant sur le sens de l'hospitalisation que sur les droits dont la personne peut demander la mise en œuvre.

S'il a été constaté le souci de bienveillance du personnel, les échanges avec les soignants ont démontré leur manque de formation juridique quant aux exigences et à l'esprit de la loi de 2011 sur les soins sans consentement. Il en résulte logiquement des pratiques, certes respectueuses du formalisme légal, mais faisant montre de peu de conviction pour expliquer au patient l'utilité des voies de recours et l'intérêt des droits qui lui sont reconnus.

Par ailleurs, la copie des documents qui devrait être remise ne l'est que très exceptionnellement et uniquement quand le patient le demande.

Recommandation

Les modalités de notification et l'information sur les droits nécessitent un changement des pratiques afin d'être assurées avec conviction et pédagogie. La copie des documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise tout au long de l'hospitalisation.

3.3 LE LIVRET D'ACCUEIL ET LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DES UNITES SONT PAUVRES EN INFORMATIONS SUR LES DROITS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, LE REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER EST PERIME

3.3.1 Le livret d'accueil.

Le livret d'accueil est clair, permet d'identifier rapidement les questions essentielles liées au séjour de tout patient. Il comporte diverses fiches :

- « votre admission », comportant notamment de brèves explications sur les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement ;
- « votre séjour » précisant les conditions de vie dans les unités : chambres, linge, laverie, visites, autorisations de sortie, argent et objets précieux, courrier, téléphone, télévision, cultes, existence d'un règlement intérieur ;
- « vos droits-vos obligations » : les droits fondamentaux, le libre choix du praticien, la discrétion sur le séjour, la personne de confiance, le droit de vote, le droit d'accès aux informations personnelles, la protection des mineurs et majeurs sous tutelle, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), la commission des usagers (CDU), la gestion des plaintes ;
- « démarche qualité-gestion des risques » ;
- « votre sortie » avec notamment la liste « des associations pour vous aider ».

Se trouvent également dans le livret, le questionnaire de satisfaction, la charte de bientraitance, la charte de l'utilisateur en santé mentale, un document sur l'hygiène des mains, un autre sur la qualité et la sécurité des soins.

Sont joints à ce livret, des dépliants sur le traitement de la douleur, la personne de confiance, l'identification du patient, la maison des usagers et l'espace socioculturel, une enveloppe prête à l'emploi à destination du directeur de l'hôpital.

Enfin, au verso de ce livret d'accueil, la charte de la personne hospitalisée.

Si ce livret est clair, lisible, bien présenté, il y manque cependant des informations essentielles quant aux droits des patients en soins sans consentement :

- l'institution du juge des libertés et de la détention (JLD) apparaît sur quelques lignes dans la fiche admission, sans pour autant que cette procédure obligatoire et protectrice des droits des patients ne soit détaillée ; l'assistance de l'avocat apparaît comme facultative alors qu'elle est obligatoire ;
- le droit pour un patient de saisir le JLD, le préfet, le procureur de la République, le CGLPL, la CDSP n'est pas mentionné. Les adresses et numéros de téléphones de ces autorités ne sont pas précisés ; ils doivent l'être. Un patient doit disposer de ces informations, il ne doit pas avoir à les demander, il ne doit pas craindre d'être « repéré ou catalogué » en les demandant ; le patient a le droit à la confidentialité sur l'identité des autorités qu'il entend saisir.

Le livret d'accueil est largement distribué : il est remis lors de l'admission à l'hôpital. Bien plus il est également remis lors de l'arrivée d'un patient dans une unité. De sorte qu'un patient en soins

sans consentement peut se voir remettre un livret à son accueil au SAAU, puis à l'USIP, puis à l'ESA1 ou ESA2, puis dans l'unité ouverte vers laquelle il sera dirigé.

Le livret d'accueil se trouve également dans toutes les unités sous la forme d'un classeur plastifié *Tarifol*[®] fixé au mur à l'entrée des unités. Le service qualité a organisé cet affichage institutionnel. Cependant ce classeur plastifié n'a pas été vu dans plusieurs unités pour y avoir été arraché par des patients ou retiré à l'occasion de travaux. Il convient de s'assurer de sa mise en place.

Bonne pratique

Le livret d'accueil est consultable à partir d'un classeur plastifié Tarifol[®] fixé au mur dans toutes les unités.

Recommandation

Le livret d'accueil doit comporter une fiche sur les droits spécifiques aux soins sans consentement, notamment la mention des adresses des autorités auxquelles peuvent être adressées des recours, sur le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) et rappeler qu'à l'audience du JLD, l'assistance par un avocat est obligatoire.

3.3.2 Les règles de fonctionnement des unités

Les unités sont dotées de règles de fonctionnement.

Ils sont très semblables d'une unité à l'autre et ont le mérite d'une certaine uniformisation.

On note quelques différences entre les règles de fonctionnement des unités fermées et des unités ouvertes.

La rubrique « *entretien des chambres et du linge* » est incomplète : elle ne tient pas compte des patients interdits de sortie dans les unités fermées et de l'aide des familles.

Ces règles de fonctionnement sont affichées dans les unités, dans les espaces communs. Elles sont affichées dans les chambres des unités ouvertes.

Aucune référence n'est faite à la convention de partenariat santé-sécurité-justice, ou à certaines de ses préconisations qui sont évoquées ci-après.

3.3.3 La convention de partenariat santé-sécurité-justice.

La *convention de partenariat santé-sécurité-justice* a été signée en 2012 et doit être renouvelée le 20 mars 2018, dans les jours suivant le contrôle. Elle a pour objet d'améliorer la sécurité sur le site du CH et la coopération entre le CH, la police et la gendarmerie. Plusieurs annexes sont jointes à cette convention sous forme de fiches, et notamment une fiche numéro 7 intitulée *saisie de produits stupéfiants (cf. supra 2.5.4.b)*.

Celle-ci donne pour consigne au personnel de santé d'exercer une vigilance accrue lors des retours des patients et des visites, par la mise en œuvre notamment de prises de sang ou d'exams urinaires.

La convention prévoit que ces modalités doivent figurer dans les « règlements intérieurs d'unités » c'est-à-dire les règles de fonctionnement des unités (cf. *supra* § 3.3.2).

Certains psychiatres et cadres de santé interrogés ont confirmé que la recherche de consommation de produits stupéfiants pouvait être parfois quasi systématique par la pratique d'examens urinaires.

Cette pratique à visée thérapeutique pour les médecins peut paraître inquisitoriale et intrusive à l'égard des patients, d'autant qu'elle est encouragée dans la convention par les services de police. Elle est de nature à entraîner des sanctions pour les patients contrôlés comme positifs, ou refusant l'analyse ; des permissions de sortie peuvent être supprimées, ou des visites interdites.

Les signataires de la convention, du fait de cette incitation aux contrôles ont prévu une information préalable des patients sur cette pratique dans les règles de fonctionnement de l'unité, or aucune d'elles n'en fait mention.

Devant les questions posées par les contrôleurs, la direction de l'hôpital a décidé de modifier cette fiche et de ne plus prévoir cette incitation aux contrôles urinaires aux fins de recherche de consommation de stupéfiants.

Il n'en reste pas moins que la pratique de tels contrôles semble encrée dans les habitudes de certaines unités. Il est donc nécessaire que les patients en soient préalablement informés par les règles de fonctionnement au moment de leur admission et que le droit de s'y opposer leur soit régulièrement rappelé.

Recommandation

Les règles de fonctionnement des unités doivent informer les patients qu'ils peuvent être l'objet d'examens urinaires aux fins de recherche de consommation de produits stupéfiants mais qu'ils peuvent s'y opposer

3.3.4 Le règlement intérieur

Il existe un règlement intérieur du centre hospitalier. Il-ci date de 2001 ; il fait référence aux hospitalisations d'office (HO) ; il n'a pas été mis à jour de la nouvelle législation et la réglementation sur les soins sans consentement.

Ce règlement intérieur doit être rapidement actualisé.

Recommandation

Le règlement intérieur doit être actualisé.

3.4 LES PATIENTS SONT INFORMES DE LEUR DROIT DE DEPOSER DES PLAINTES ; CELLES-CI SONT RARES

3.4.1 L'information de patients

La fiche « *vos droits-vos obligations* » du livret d'accueil traite notamment de la question des relations avec les usagers et de la gestion des plaintes et réclamations.

Les dispositions du code de la santé publique sont reproduites et la procédure de la gestion des plaintes y est détaillée : plainte orale ou écrite au directeur, rôle du médiateur, saisine de la commission des relations avec les usagers, réponse apportée à l'auteur de la plainte.

Selon les cadres de santé les plaintes sont peu fréquentes.

La direction des usagers et de la qualité a communiqué l'analyse des plaintes de 2016 et de 2017. En 2016 68 plaintes et réclamations ont été enregistrées et 103 en 2017, soit une augmentation de 66 %.

39 % proviennent du pôle 1 ; 38 % du pôle 2 et 19 % du pôle 3 (dans lequel le temps de séjour est plus court) ; 57 % de ces plaintes sont déposées par les patients et 35 % par les familles.

Ces plaintes portent sur la prise en charge du patient (30 %), la prise en charge du patient soulevée par la famille (11 %), la levée de l'hospitalisation (9 %) et la demande de changement de psychiatre (7%).

3.4.2 L'analyse de la satisfaction des patients au travers du questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction est dans le livret d'accueil. Les cadres de santé ont fait savoir qu'ils demandaient aux patients de le remplir au départ de l'unité.

L'analyse des 900 questionnaires de satisfaction remplis par les patients des pôles 1, 2 et 3 durant l'année 2017 est la suivante :

- 93 % de satisfaction sur l'impression générale de l'établissement ;
- 89 % de satisfaction sur la disponibilité du médecin ;
- 91 % de satisfaction quant au respect de l'intimité ;
- 91 % de satisfaction sur la qualité ses soins ;
- 75 % de satisfaction sur les explications sur les traitements ;
- 88 % de satisfaction sur l'information sur l'hospitalisation et les droits ;
- 85 % sur le confort des chambres.

Sur ces 900 questionnaires, 313 l'ont été par des patients des trois unités fermées ESA1 (170 réponses), ESA2 (113 réponses) et USIP (30 réponses) :

- l'impression sur l'établissement est bonne ou très bonne pour 85,9 % des réponses ;
- l'information sur l'hospitalisation et les droits est bonne ou très bonne pour 80,5 % ;
- les explications sur les traitements ont été données souvent ou toujours, sans que le patient ait été obligé de le demander pour 69 % des réponses ;
- la disponibilité du médecin est bonne ou très bonne pour 86,3 % des réponses ;
- le respect de l'intimité est bon ou très bon pour 83,4 %.

On note un indice de satisfaction élevé, avec cependant un différentiel d'environ huit points entre les réponses de la population générale des pôle 1, 2, et 3, d'avec les réponses des seuls patients hospitalisés dans les unités fermées.

Enfin, l'indice de satisfaction élevé sur l'information sur l'hospitalisation et les droits contredit l'analyse faite par les contrôleurs sur le déficit d'information des patients sur leurs droits.

3.5 LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS SONT TRES PEU PRESENTS, MEME SI LA COMMISSION DES USAGERS (CDU) SEMBLE REMPLIR SES MISSIONS

3.5.1 La maison des familles et des usagers

Le livret d'accueil fournit des informations sur la maison des usagers et des familles au travers de la fiche : « *vos droits- vos obligations* ». Sa localisation sur le site du CH, les jours de permanence, ses missions y sont détaillées.

Un dépliant informatif sur cette maison est joint au livret d'accueil, avec en outre quelques informations sur l'espace socioculturel.

Ce lieu d'accueil a été visité par les contrôleurs à l'occasion d'un entretien avec la représentante de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

Les locaux sont vastes, refaits à neuf, comprenant quatre bureaux, une cuisine et un espace enfants, mais ces locaux sont inoccupés, les usagers et les familles n'y venant jamais. Un psychologue à mi-temps y assurait une permanence ; le poste est vacant depuis dix-huit mois.

Pour tenter de toucher les usagers et les familles, des permanences ont été organisées à l'espace socioculturel, avec cependant aussi peu de succès. Les permanences du matin ont été basculées sur l'après-midi, sans plus de réussite. Un accueil pour les familles a été mis en place le deuxième mardi matin de chaque mois : quelques patients viennent parfois, mais pas les familles.

C'est la bénévole de l'UNAFAM qui tente d'animer ce lieu, mais en vain.

Les usagers sont présents à la commission des usagers (CDU) par leurs représentants, l'UNAFAM, l'association « entre nous plein Pau » et au conseil de surveillance par deux représentants appartenant à l'UNAFAM et à Alcool Assistance.

Dans les unités la maison des usagers est un lieu qui ne peut pas être connu en dehors de l'information institutionnelle, les associations d'usagers ne s'y déplaçant pas.

3.5.2 La commission des usagers (CDU)

La CDU est présentée dans le livret d'accueil à travers la fiche : « *vos droits- vos obligations* ».

La CDU s'est réunie trois fois en 2016 et quatre fois en 2017.

Le bilan de son activité pour 2017 n'était pas fait au jour du contrôle.

Pour l'année 2016, elle a eu à traiter 68 réclamations, 105 demandes de dossier médical, 818 questionnaires de satisfaction.

Lors de ses réunions elle a eu à débattre notamment du programme d'amélioration des conditions de vie et d'hébergement de certaines unités, et a participé à l'élaboration du projet d'établissement 2017-2021.

Recommandation

Les associations représentant les usagers et les familles doivent se faire connaître directement des patients.

3.6 LES PATIENTS AUPRES DESQUELS L'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE A ETE DELIVREE N'EN COMPRENENT PAS TOUJOURS L'INTERET ; L'ACCORD DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST TRES RAREMENT RECHERCHE

L'information est faite ; elle n'est que rarement comprise.

3.6.1 L'information institutionnelle

Le livret d'accueil livre une information incomplète sur la personne de confiance.

La fiche « *vos droits – vos obligations* » évoque la personne de confiance, son rôle, et renvoie à un formulaire se trouvant dans le livret.

En réalité on ne trouve pas dans le livret d'accueil de formulaire à renseigner ; on y trouve en revanche un dépliant comportant des informations plus complètes sur la personne de confiance, sur la procédure de désignation (renvoi à un formulaire), sur sa mission.

Aucune précision n'est donnée sur la nécessité pour la personne de confiance désignée d'accepter expressément la responsabilité qui lui est donnée par le patient.

Il est précisé que le formulaire de désignation doit être inséré dans le dossier médical.

3.6.2 Dans les unités d'hospitalisation

Les soignants dans les unités lors de l'admission tentent d'expliquer ce qu'est la personne de confiance.

La notion semble bien comprise chez les soignants. Elle l'est peu chez les patients ; la confusion est faite avec la famille ou encore la personne à prévenir.

Dans les unités c'est de l'ordre de la moitié des patients qui aurait désigné une personne de confiance. Dans l'une, les personnes de confiance ont été contactées, et auraient accepté expressément leur mission. Dans la plupart, la personne de confiance n'a pas été contactée.

Recommandation

Le formulaire de désignation de la personne de confiance annoncé dans le livret d'accueil doit y être inséré ; la notice explicative doit être complétée sur la nécessité de l'acceptation par la personne de confiance. Une pédagogie sur la personne de confiance doit être mise en œuvre auprès des soignants.

3.7 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE PAR LA DIRECTION DES USAGERS ET DE LA QUALITE

Le livret d'accueil en parle, le formalisme pour un vote par procuration y étant rappelé.

La direction des usagers et de la qualité avant les élections présidentielles et législatives de 2017 a rédigé une circulaire adressée à tous les cadres de santé et tous les soignants sur la procédure de vote par procuration, comportant les items suivants :

- qui peut voter ;
- le vote par procuration : c'est quoi ?

- pour qui ?
- comment établir une procuration ? Procédure à suivre pour le patient ; pour l'unité ;
- documents à fournir ; quand ? où ? la permanence assurée par les officiers de police judiciaire à la maison des usagers.

Une plaquette d'information à destination des patients a été diffusée dans les unités. Une simulation de vote a été organisée à l'espace socioculturel.

Le jour du vote, des permissions de sortie ont été accordées, y compris pour des patients en unité fermée, ceux-ci étant accompagnés en règle générale par des membres de leur famille.

Une telle circulaire est utile pour chaque scrutin.

3.8 L'ACCES AU CULTE, A L'EXCEPTION DU CULTE CATHOLIQUE, EST RESTREINT FAUTE DE DIFFUSION DE L'INFORMATION AUX PATIENTS ET DU RECUEIL DE LEUR DEMANDE

3.8.1 Sur le site du centre hospitalier

La possibilité de pratiquer le culte de son choix, apparaît dans le livret d'accueil.

Les patients sont invités à faire leur demande auprès des soignants « *pour recevoir la visite du ministre du culte de votre choix* ».

La nécessité de passer par un soignant pourrait être un obstacle pour certains.

Le livret d'accueil détaille l'organisation du culte catholique : un aumônier affecté à l'établissement « *qui peut être rencontré en prévenant l'équipe soignante* », la messe du dimanche dans la chapelle de l'hôpital à 10h, un office religieux du lundi au vendredi à 17h, une permanence d'accueil à l'aumônerie le mardi et le jeudi de 14h à 16h.

On n'y trouve aucune précision sur l'exercice des autres cultes.

L'aumônerie catholique est signalée ; elle est vaste. Les aumôniers catholiques ont été rencontrés par un contrôleur.

Les aumôniers sont en réalité trois : deux femmes chacune à mi-temps, « aumônières », rémunérées par l'administration hospitalière, ainsi qu'un prêtre assurant l'office du dimanche et certains offices en semaine.

Les relations avec l'administration sont excellentes.

La chapelle est ouverte une grande partie de la journée. Elle est accessible aux personnes de l'extérieur souhaitant y venir pour l'office du dimanche.

Les « aumônières » tentent de se faire connaître par affichage dans les unités, mais regrettent que cet affichage ne soit pas toujours respecté.

3.8.2 Dans les unités

L'accès aux unités est facile, s'agissant des unités ouvertes. Les « aumônières » s'y rendent régulièrement, ce qu'un contrôleur a pu constater.

Les choses sont plus difficiles dans les unités fermées : les « aumônières » s'y rendaient systématiquement une fois par semaine ; cette possibilité a été supprimée, de sorte que les rencontres avec les patients n'y sont en fait possibles que sur leurs demandes, ce qui n'arriverait jamais.

Aucune information par affichage dans les unités n'existe sur la possibilité de pratiquer un culte. Il y en a dans quelques unités sur la pratique du culte catholique mais aucune sur les autres cultes.

Les aumôniers des autres cultes ne sont pas toujours connus des cadres de santé qui s'adressent alors à la surveillance générale pour obtenir leurs coordonnées ; ce qui n'arriverait qu'exceptionnellement. Des soignants ont essayé de rechercher la liste des représentants des cultes sur l'Intranet sans succès.

Recommandation

Dans chaque unité, la liberté et la possibilité de pratiquer le culte de son choix doivent être affichées, de même que la liste des aumôniers des différents cultes, ainsi que l'organisation du culte catholique sur le site du centre hospitalier.

3.9 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT REPERES ; LA PRESENCE DES MANDATAIRES EST INEGALE

Le livret d'accueil livre une information rapide sur le service social dans les unités, ainsi que sur le service des majeurs protégés.

3.9.1 Dans les unités

Dans chaque unité sont affectées une ou des assistantes sociales pour 0,5 ETP. Outre la fonction classique de toute assistante sociale concernant tous les patients tels que le repérage des droits sociaux (sécurité sociale, CMU, revenu de solidarité active [RSA], allocation adulte handicapé [AAH]) ou encore la protection du droit au logement, elles interviennent dans le repérage des patients nécessitant une mesure de protection juridique et dans la saisine du juge des tutelles.

L'entretien des assistantes sociales avec les patients, à l'occasion de leur admission n'est pas systématique.

Le repérage des patients pour lesquels une mesure de protection devient nécessaire se fait en règle générale lors des réunions des équipes soignantes ou sur intervention du psychiatre.

L'assistante sociale adresse alors un dossier de saisine au juge des tutelles.

Il faut environ quatre à cinq mois pour obtenir une décision du juge des tutelles ; il en faut huit si le patient est en désaccord avec la mesure envisagée, de sorte qu'il est rare que l'assistante sociale à l'origine de la procédure d'ouverture de tutelle suive le patient une fois la décision prise, le temps d'hospitalisation étant en règle générale très largement inférieur.

En cas d'extrême urgence, un signalement est fait au procureur de la République.

Pour ceux des patients déjà placé sous un régime de protection lors de leur admission, les relations avec les tuteurs-curateurs sont variables : certains sont facilement joignables, notamment lorsqu'il s'agit d'obtenir de l'argent pour leur protégé pour le tabac, d'autres n'apparaissent qu'après avoir été harcelés par l'équipe soignante.

La plupart des tuteurs se déplacent pour assister à une réunion de synthèse concernant leur protégé.

3.9.2 Le service du mandataire judiciaire à la protection des majeurs du centre hospitalier

Ce service est composé du mandataire judiciaire, assisté de trois collaboratrices dont l'une est plus spécialement chargée des questions comptables.

Ce service gère environ quatre-vingt-dix dossiers de tutelles ou curatelles pour des patients en lien de soins avec l'hôpital, que ces patients soient suivis en intra hospitalier ou bien en extra, tel qu'hospitalisation de jour, soins ambulatoires ou suivis en CMP.

Dès que le lien avec l'hôpital cesse, le juge des tutelles est saisi pour la nomination d'un autre mandataire.

Ce service n'intervient jamais pour la préparation des dossiers de saisine du juge des tutelles aux fins d'ouverture d'une mesure de protection. Il n'intervient que postérieurement à sa désignation.

Sur les quatre-vingt-dix mesures dont est chargée la mandataire de l'hôpital, seules cinq à dix concernent des patients en soins sans consentement.

La mandataire rencontre ses patients protégés dans leurs unités ; elle assiste aux réunions de synthèses les concernant. Elle n'assiste pas aux audiences du JLD ; elle reçoit les décisions.

Les autres mandataires intervenant sur l'hôpital sont essentiellement deux associations, l'ASFA (Action sociale, familiale, accompagnement) et l'association départementale de tutelle des majeurs protégés (ADTMP) ; quelques mandataires privés sont depuis peu désignés par le juge des tutelles.

3.10 BIEN QUE PARFAITEMENT ORGANISE, LE FORMALISME SUR LA DISCRETION DE LA PRESENCE EST PEU CONNU ET DONC MIS EN ŒUVRE DE FAÇON INEGALE

Au titre de « *vos droits et vos obligations* », le livret d'accueil pose le principe de la discrétion et de l'impossibilité de donner par téléphone des indications sur la présence des malades dans l'établissement, sauf accord du patient.

Les règles de fonctionnement de chacune des unités, semblables entre elles sur cette question, prévoient pour les patients la possibilité de demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence.

La règle n'est donc pas claire puisque d'une part c'est la règle de la discrétion qui est posée sauf indication contraire alors que d'autre part la discrétion n'est assurée qu'à la condition de la demander, la publicité ou l'absence de confidentialité semblant être la règle.

La mise en œuvre de la confidentialité est peu connue et variable selon les unités :

- soit les soignants ignorent ce droit qui ne donne lieu à aucun commentaire auprès des patients ;
- soit les soignants le connaissent mais les patients l'ignorent ;
- soit ce droit n'étant pas dans la *check-list* d'accueil aucune proposition n'est faite au patient ;
- soit des patients demandent à exercer ce droit sans que cela leur ait été notifié ;
- soit la *check-list* de l'entretien d'accueil prévoit l'exercice de ce droit, le patient est interrogé. S'il souhaite l'exercer, son dossier Cariatides est renseigné sur ce point.

Le fait est que très peu de patients ont pris position sur l'exercice de ce droit ; très peu l'ont exercé.

De l'entretien d'un contrôleur avec la personne du standard, il résulte que :

- celle-ci pour chaque appel nominatif pour un patient, fait patienter, sans aucune précision ;
- elle consulte la partie accueil du dossier Cariatides patient ;

- si celui-ci a fait le choix de la discrétion, un indicateur en rouge apparaît, l'appelant est alors éconduit sans aucune information ;
- à défaut, l'appel est passé à l'unité, qui transmettra ensuite au patient.

Ces informations ont été fournies par la standardiste remplaçante en contrat à durée déterminée pour un mois. Le formalisme a donc été parfaitement intégré par celle-ci.

Recommandation

Le formalisme à suivre pour permettre aux patients d'exercer leur droit à la confidentialité doit être unifié ; les entretiens d'accueil doivent le prévoir systématiquement.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LE CONTROLE INSTITUTIONNEL SUBSEQUENT

4.1 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION (JLD) EXERCE SA FONCTION DE CONTROLE EN CONCERTATION AVEC TOUS LES INTERVENANTS HOSPITALIERS

Conformément aux dispositions de l'article L 3211-12-2 du code de la santé publique l'audience se tient dans les locaux du CH où une salle a été spécialement aménagée au rez-de-chaussée du bâtiment administratif. Les patients y sont reçus dans des conditions matérielles satisfaisantes même si les entretiens avec les avocats se déroulent dans le couloir, en face de la salle, dans des conditions de confidentialité qui sont loin d'être excellentes. Pour les préserver un minimum, il est diffusé un fond de musique classique par des enceintes murales dans ce couloir et pendant le temps de l'audience.

Sous la présidence du JLD assisté de son greffier, les audiences sont bihebdomadaires (lundi et jeudi).

Dans son courrier en date du 6 septembre 2018, le directeur du CH des Pyrénées précise « *Les entretiens des patients avec les avocats se déroulent dans un bureau dédié, le "bureau des avocats" situé à proximité de la salle d'audience. Les moyens pour assurer la confidentialité des échanges sont donc bien mis à disposition des avocats par l'établissement* ».

Commentaire du CGLPL : « *les contrôleurs confirment ce qu'écrit le directeur. Ils ont constaté l'existence de la salle qui n'est pas systématiquement utilisée par les avocats* ».

4.1.1 Les modalités d'organisation

Les échanges entre le bureau de la loi et le greffe judiciaire, qui entretiennent d'excellentes relations professionnelles, se font sous forme dématérialisée ou par utilisation d'un fax.

La requête est transmise au greffe selon les exigences de la loi, au plus tard huit jours après la décision d'admission et au moins quinze jours avant l'expiration du délai de six mois pour les contrôles ultérieurs.

A cette saisine sont joints les certificats médicaux de 24 h, de 72 h, les médecins ayant été sensibilisés à l'importance de la description précise des troubles mentaux justifiant la nécessité de l'hospitalisation complète et sur l'incapacité du patient à consentir à se soigner.

Contrairement aux prescriptions du paragraphe II de l'article 3211-12-1, qui ne souffrent d'aucune possibilité d'interprétation, dans la plupart des cas il n'est pas rédigé d'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement expliquant la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Il a été indiqué aux contrôleurs que cette pratique, non conforme aux exigences légales, avait été instaurée, d'un commun accord formalisé par un courriel entre le président du TGI et le chef d'établissement, avec pour seule exigence une motivation très « soignée » du certificat médical de 72 h qui est considéré comme valant avis motivé.

Les contrôleurs n'ont pu que s'interroger sur le fait qu'une telle irrégularité n'ait pas conduit les avocats à soulever l'irrégularité de la procédure. Selon les renseignements recueillis, ce point de droit sera mis à l'ordre du jour d'une prochaine réunion des JLD du ressort de la cour d'appel de Pau, programmée au mois d'avril et animée par le premier président.

En toute hypothèse, les contrôleurs ne peuvent que constater que l'absence d'avis motivé porte atteinte aux droits fondamentaux du patient en ce qu'il ne permet pas une connaissance

suffisamment actualisée de l'état du patient pour permettre au juge de statuer, en toute connaissance, sur la nécessité de maintenir l'hospitalisation.

Recommandation

La saisine du JLD doit impérativement comporter l'avis motivé d'un psychiatre qui ne saurait se confondre avec le certificat médical de 72 h. L'établissement doit prendre les dispositions nécessaires pour que les médecins soient en capacité de rédiger un tel avis.

Les coordonnées du tiers autant que l'existence d'une mesure de protection juridique sont toujours mentionnées, permettant ainsi au greffe de les aviser de la date d'audience. Dès réception de la requête, le bâtonnier est avisé pour désigner un avocat.

Le patient se voit notifier sa convocation par un soignant de son unité et signe un accusé de réception que l'on retrouve joint au dossier.

Dans l'hypothèse, rare, où il refuse de comparaître, il le mentionne sur un formulaire qui précise que sa représentation à l'audience sera obligatoirement assurée par un avocat bénéficiant de l'aide juridictionnelle.

A l'instar des conditions de notification des décisions d'admission et des droits, il a été difficile aux contrôleurs de vérifier les explications données aux patients pour leur permettre de comprendre le sens de l'audience.

Quant à la possibilité de consulter le dossier judiciaire, elle est apparue ignorée des soignants et, en tous cas, jamais exercée par les patients.

Recommandation

Les modalités de remise de convocation à l'audience du JLD doivent être protocolisées pour garantir au patient une exacte compréhension des enjeux judiciaires et lui assurer un accès complet aux droits découlant de l'audience.

4.1.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté le jeudi 8 mars à l'audience à laquelle étaient convoqués six patients, tous présents, ce qui a confirmé les dires selon lesquels ils sont désireux de comparaître. La salle est signalée.

Les patients sont venus de leur unité, accompagnés d'un ou deux soignants selon leur état et ont attendu dans le couloir ou dans la cour devant le bâtiment, l'horaire n'étant pas individualisé.

Certains soignants ont assisté à l'audience dont la publicité restreinte n'avait pas été prononcée, tandis que d'autres sont restés à l'extérieur, le magistrat leur ayant laissé le choix et ayant sollicité l'accord du requérant pour leur présence.

Bien que convoqués aucun tuteur n'était présent et il a été précisé qu'il en était toujours ainsi.

Soucieux du respect du contradictoire, le juge qui n'avait pas revêtu sa robe, s'est montré pédagogique. Expliquant son rôle, il a résumé les éléments du dossier (dont il avait une connaissance exhaustive) et a mené un entretien pour recueillir les informations indispensables à l'élaboration du processus décisionnel.

L'écoute du juge était réelle. Tous les patients ont été en capacité de s'exprimer et deux d'entre eux ont manifesté leur opposition au maintien de l'hospitalisation complète sans consentement.

L'avocat de permanence n'a soulevé aucun moyen de défense procédurale alors pourtant que l'une des patientes a longuement expliqué que son état s'était amélioré et ne correspondait plus aux indications mentionnées dans le « *certificat de 72 h valant avis motivé* ».

A l'issue des débats, la juge a demandé aux personnes présentes de sortir en expliquant la nécessité pour elle de prendre un temps de réflexion.

Le temps consacré à chaque affaire a varié entre 25 et 45 minutes dans des conditions de confort respectant la dignité et favorisant la sérénité.

4.1.3 Les décisions rendues

Le patient, son avocat et les soignants ont été appelés pour que le juge ayant rédigé électroniquement la décision, la notifie, et ce, en des termes clairs, simples avec informations sur les modalités des voies de recours.

Le greffier, après avoir fait signer l'attestation de remise de décision, en a donné une copie au patient.

A l'issue de cette audience, cinq décisions de maintien ont été prononcées, la sixième étant conditionnée au résultat de l'expertise médicale ordonnée au bénéfice de la patiente qui considérait son état stabilisé. Pendant le temps de la mission, il a été porté à la connaissance des contrôleurs que cette mesure avait été levée.

En 2017, le JLD a rendu 686 décisions dont quatorze l'ont été suite à une saisine directe du patient.

Outre une mesure d'expertise, deux mainlevées ont été ordonnées, l'une exécutoire immédiatement pour un délai non conforme entre le certificat d'admission et la décision du directeur de l'établissement, l'autre exécutoire sous 24 h, pour défaut d'éléments dans le certificat médical permettant de caractériser les troubles mentaux.

Huit patients ont interjeté appel, la cour ayant rendu huit arrêts confirmatifs.

Le faible nombre de mainlevées prononcées par le JLD, en constante diminution, s'explique par le travail de réflexion demandé aux médecins sur la pertinence du contenu des certificats médicaux et sur la vigilance du bureau de la loi quant au respect des exigences légales sur les dates d'émission des certificats médicaux.

Reste le questionnement de l'absence d'avis motivé sans conséquence sur la décision juridictionnelle.

4.2 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EST DEFAILLANT DEPUIS PEU

Dans le courant de l'année 2017, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a procédé à une réorganisation complète de la gestion des soins sans consentement pour la regrouper dans une structure unique, à savoir la délégation départementale de la Gironde.

Ainsi, à compter du mois d'octobre 2017, alors que les dossiers administratifs des patients suivis en soins sans consentement au CH des Pyrénées ont été transférés de la délégation départementale de Pau (Pyrénées-Atlantiques) à celle de Bordeaux (Gironde), la logistique de la CDSP des Pyrénées-Atlantiques n'a plus été assurée.

Au moment du contrôle, le rapport d'activité de 2017 n'était pas rédigé et l'arrêté de nomination des membres de la commission encore en cours de renouvellement.

Les contrôleurs n'ont eu à disposition que le rapport d'activité de 2016 qui, conformément à l'obligation résultant de l'article R 3223-1 du code de la santé publique (CSP), avait été transmis par la délégation départementale de Pau au CGLPL.

La lecture de ce document fait apparaître un fonctionnement conforme aux prescriptions réglementaires des articles R 3223-1 et suivants du CSP, cette commission ayant procédé à deux visites dans les établissements de son ressort et s'étant réunie pour examiner 178 dossiers dont 100 décrivant la situation des personnes en soins psychiatriques depuis plus d'une année. Elle n'a pas prononcé de mesures de mainlevée.

La dernière visite organisée au CH des Pyrénées date du 6 juin 2017.

La commission s'est fait alors présenter les registres de la loi et a reçu, à sa demande, cinq patients dont elle n'a pas modifié le statut juridique.

Il a été dit aux contrôleurs, qui ne sont pas parvenus à joindre la cellule de soins sans consentement à la délégation départementale de Bordeaux, qu'aucune visite n'était programmée dans un avenir proche ; par ailleurs, toujours selon les renseignements recueillis au CH des Pyrénées, l'ARS envisagerait de confier la charge du secrétariat de cette commission à l'établissement hospitalier et ce contrairement aux dispositions de l'article R 3223-7 du CSP mentionnant que le secrétariat de la commission est assuré par l'ARS.

Recommandation

Il est urgent que les conditions de fonctionnement de la CDSP soient réactivées par la délégation départementale de Bordeaux (Gironde) de l'ARS, pour lui permettre d'assurer l'ensemble de sa mission telle que prévue par la loi.

Dans son courrier en date du 31 août 2018, la directrice de la délégation départementale des Pyrénées-Atlantiques de l'ARS Nouvelle-Aquitaine précise « l'arrêté de composition de cette commission arrivant à échéance fin janvier 2018, des démarches ont été engagées pour organiser son renouvellement. Notamment, les membres désignés par le précédent arrêté ont été interrogés sur leur souhait de poursuivre ou non leur mandat au sein de cette commission. Néanmoins, à ce jour, peu de réponses ont été reçues par la DD33. En outre, et contrairement à ce qui est indiqué au rapport, l'ARS n'envisage pas de confier l'intégralité de la charge de secrétariat de cette commission à 'établissement de santé. Néanmoins, une réflexion est en cours par la DD33 concernant la réalisation de certaines tâches ».

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI, TENUS AVEC UN PROFESSIONNALISME CONSCIENCIEUX, NE SOUFFRENT D'AUCUN RETARD

Conservés au bureau de la loi pendant deux ans avant d'être versés aux archives du CH, ces registres, d'un modèle standard comportant 100 folios, sont remplis par ordre chronologique sans distinction du statut juridique de l'hospitalisation sans consentement.

Il est ouvert au minimum cinq registres par an.

Les contrôleurs ont examiné, par sondages une douzaine d'entre eux et ont plus particulièrement examiné les quatre derniers registres, à savoir :

- le registre numéro 580 ouvert le 1^{er} août 2017, fermé le 11 octobre 2017 ;
- le registre numéro 581 ouvert le 12 octobre 2017, fermé le 22 décembre 2017 ;

- le registre numéro 582 ouvert le 23 décembre 2017, fermé le 6 mars 2018 ;
- le registre numéro 583 ouvert le 11 mars 2018, en activité jusqu'au feuillet numéro 12.

Ils ont constaté que la tenue en était rigoureuse, les mentions visées à l'article L 3212-1 du CSP étant retranscrites à l'exception des deux suivantes :

- absence des accusés de réception de notification des droits énoncés à l'article 3211-3 du CSP ;
- absence de l'inscription des notifications des décisions de mise sous protection juridique.

L'indication des audiences du JLD n'est pas toujours lisible, l'emplacement réservé à cet effet sur le premier folio n'étant pas rempli et seul le dispositif de la décision étant collé sur les folios selon un ordre chronologique qui se confond avec celui de la reproduction des divers certificats médicaux obligatoires.

La motivation de ceux-ci est généralement suffisamment explicite quant à la nécessité des soins sans consentement.

Il peut être signalé que les arrêtés préfectoraux mentionnent certes les voies de recours mais n'indiquent pas les coordonnées du CGLPL.

Enfin et malgré les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation des registres de la loi, aucun projet n'est mis en œuvre pour y parvenir alors que de l'avis unanime la tenue de ces livres est chronophage et fastidieuse.

Les agents du bureau de la loi, sensibles aux observations des contrôleurs, ont immédiatement décidé de faire figurer sur le registre la notification des droits et de transcrire manuellement les décisions du JLD à l'endroit adéquat.

Il devient superfétatoire de faire une recommandation pour rappeler l'obligation de transcrire sur le registre de la loi toutes les mentions déclinées à l'article L 3212-11 du CSP.

4.4 LE FONCTIONNEMENT DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST VARIABLE SUIVANT LES UNITES

Ce collège a l'obligation de se réunir pour se prononcer, notamment, sur le maintien d'une mesure de soins sans consentement prise sur décision du directeur de l'établissement, que l'hospitalisation soit complète ou sous forme de programme de soins, lorsque sa durée excède un an.

Le bureau de la loi veille à organiser scrupuleusement la réunion en sollicitant chaque fois que de besoin une convocation de ses membres par le directeur ; composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient en soins sans consentement, d'un autre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation, ce collège est appelé à se réunir, beaucoup plus pour les patients en programme de soins, que pour ceux, peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an. Ainsi, au mois de mars 2018, sur dix-huit prévisions de réunions, seules six concernaient des hospitalisations complètes.

Il est apparu très vite aux contrôleurs, lors de leur visite dans les unités, que les modalités de fonctionnement de ce collège n'étaient, pour certaines, pas conformes aux prescriptions de la loi. En effet, selon le troisième alinéa de l'article L 3212-7 du CSP, le collège, qui doit se prononcer sur le maintien de la mesure de contrainte a l'obligation de recueillir l'avis du patient. Or, dans certaines unités – au moins cinq – ce collège ne se réunit pas et l'avis est rédigé par un médecin qui, bien que son nom figure sur la convocation, n'a pas vu le patient.

Une telle pratique, qui n'a pas été contestée, n'est évidemment pas conforme aux droits fondamentaux du patient qui se voit ainsi privé, alors que la durée de son hospitalisation sans consentement est longue, d'une évaluation approfondie de son état mental.

Sans insister sur l'irrégularité juridique de tels avis, il apparaît nécessaire de rappeler que les exigences de la loi, protectrice des droits des patients ne souffrent aucune exception.

Recommandation

Le collège des professionnels de santé doit respecter les exigences de l'article L 3217-7 du code de la santé publique et ainsi se réunir collégalement et entendre le patient pour recueillir son avis avant de motiver sa décision.

4.5 LES SORTIES DE COURTE DUREE ET LES LEVEES D'HOSPITALISATION COMPLETE SONT FACILEMENT ACCORDEES

Selon les informations recueillies, vérifiées par les éléments statistiques remis aux contrôleurs, il ressort que la prise en charge des patients en soins sans consentement est, dès le début de l'hospitalisation, orientée, autant que faire se peut, dans l'optique d'une réinsertion sociale.

Ainsi, les sorties de courte durée sont accordées pour maintenir des liens familiaux ou pour faire des démarches à caractère médico-social.

Le directeur de l'établissement y fait droit tandis que le préfet, après qu'il a été saisi de la demande 48 h avant la date de sortie envisagée, ne s'y oppose que dans de très exceptionnelles situations.

A titre d'exemple et tous statuts confondus, dans le courant du mois de février 2018, quatre-vingt-huit personnes ont bénéficié de sorties dont une dizaine pour une durée inférieure à 24 h. Le tiers, informé par téléphone, ne s'oppose jamais à une telle demande.

Quant à la levée des mesures prises sur décision du directeur, elle s'opère dès que le psychiatre de l'unité d'affectation a certifié que les conditions ayant motivé une hospitalisation complète sans consentement ne sont plus réunies. Elle se heurte parfois à la difficulté de trouver des structures adaptées quand le retour en famille n'est pas possible.

Concernant les personnes admises en SPDRE il a été dit que les préfets successifs exigeaient des motivations circonstanciées dans les certificats médicaux prescrivant une levée d'hospitalisation complète mais ne demandaient que rarement l'avis d'un second psychiatre.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION DANS L'ETABLISSEMENT EST RESTREINTE

5.1.1 L'organisation architecturale et le parc de l'établissement

L'établissement est situé dans un grand parc bien entretenu, ce qui incite les patients qui en ont l'autorisation à s'y promener. L'immensité du site, les pelouses et les arbres rendent le cadre très agréable. Le site a été sécurisé de manière à ce que membres du personnel, patients et visiteurs ne puissent sortir que par une seule issue. Une barrière surveillée en permanence par des vigiles (cf. *supra* s § 2.5.2) en contrôle l'accès. L'enceinte est pourvue de murs, de haies et de grillages percés çà et là de portes d'accès piétons dotées d'un système électronique d'ouverture des portes par badge, propre à l'ensemble du CH. Toutefois, l'ensemble ne présente pas d'aspect carcéral. Les vigiles s'assurent à la fois de l'autorisation de sortie des patients et vérifient que les visiteurs indésirables ou interdits sur le site, notamment du fait de suspicion de trafics, n'y pénètrent pas.

5.1.2 La liberté de circulation

Les contrôleurs ont visité toutes les unités où étaient admises des personnes en soins sans consentement et ont constaté un grand nombre de disparités dans les libertés concédées aux patients. La liberté de circulation est de prime abord entravée par les règles de fonctionnement propres à chacune des unités (cf. *supra* § 3.3.2) et qui constituent essentiellement une liste d'horaires et de restrictions. Elles décrivent notamment les horaires imposés (réveil, coucher, administration des traitements, horaires de fermetures des chambres, horaires des repas), les sorties des unités, les permissions, l'accès aux activités thérapeutiques, etc.

Quatre unités visitées, dont le service des urgences (SAAU), sont des unités fermées (notamment l'USIP, unité de crise intersectorielle) dont le fonctionnement ne permet pas de bénéficier de sorties (cf. *infra* §§ 5.2 et 5.3).

Au sein des deux unités fermées (ESA1 et ESA2), sectorisées et n'accueillant que des patients en soins sans consentement, rares sont les sorties sans accompagnement. Dans le meilleur des cas, elles se réduisent à une heure le matin et une heure l'après-midi dans le parc et ne concernent que peu de patients.

Recommandation

Malgré le caractère critique des pathologies accueillies, il y a lieu d'assouplir les règles de fonctionnement limitant les sorties des personnes admises en soins sans consentement dans le parc.

Par ailleurs, ces patients n'ont pas accès de façon permanente à la cour où des horaires de sortie sont planifiés (dix fois par jour) pour leur permettre de fumer. Ces sorties sont cependant strictement limitées à la durée de la consommation d'une cigarette. Dix patients de l'une de ces unités se sont regroupés pour écrire aux contrôleurs leurs revendications en termes d'autonomie et de liberté. Il s'agissait notamment de solliciter l'ouverture permanente de la cour dans la journée, afin de bénéficier des aménagements (panier de basket-ball, baby-foot et ping-pong) que la seule durée d'une cigarette ne permet pas d'utiliser. De leur côté, les soignants ont indiqué aux contrôleurs que la surveillance de la cour nécessitait la présence de deux d'entre eux, dont

l'unité ne pouvait se priver plus longtemps que les quinze minutes prévues. Il en ressort que l'accès à l'air libre est très réduit et que ces patients errent dans les couloirs, les chambres étant fermées (cf. *infra* § 5.2.2), dans l'attente de l'heure de leur prochaine cigarette.

Recommandation

Les restrictions d'accès à l'air libre dans les cours des unités fermées en raison de l'obligation d'accompagnement systématique par deux soignants, ne reposent sur aucune motivation thérapeutique. Ces restrictions doivent cesser.

Dans les unités ouvertes, on note des écarts de pratiques relativement importants : certaines sont totalement ouvertes y compris quand y sont admis des patients en soins sans consentement, c'est notamment le cas d'une unité de réadaptation. En outre, ces patients peuvent bénéficier de sorties de courte durée, auxquelles la préfecture, dès lors que l'avis médical est favorable, ne s'oppose pas. D'autres unités ouvertes exigent que les patients soient présents, hormis durant deux créneaux d'une heure le matin et une heure l'après-midi.

Les contrôleurs ont observé que des patients en soins libres se trouvaient parmi eux. Il leur a été indiqué que ces exigences avaient pour objet de s'assurer de la présence des patients pour les examens médicaux, les entretiens et les activités organisées dans l'unité. Cependant, les contrôleurs ont constaté que ces patients, en soins libres ou en soins sans consentement, déambulaient dans l'unité ou à proximité.

Recommandation

Les restrictions d'accès au parc (une heure le matin et une heure l'après-midi) dans la plupart des unités ouvertes fondées sur la nécessité que le patient puisse éventuellement être examiné par un médecin, bénéficier d'un entretien infirmier ou participer à une activité, relèvent d'un caractère systématique visant à faciliter le travail du personnel. Ces restrictions doivent être individualisées.

5.1.3 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

Dans les unités fermées, les patients en SSC sont accompagnés pour participer aux activités thérapeutiques et sportives ; dans les unités ouvertes, ils y vont seuls. La participation fait l'objet d'une prescription médicale. En revanche, l'accès au centre socioculturel ou à la cafétéria est possible sans prescription, à l'exception des patients en unité fermée qui doivent être autorisés à sortir, soit accompagnés par le soignant dédié, soit seuls mais dans des horaires contraints.

Chaque unité bénéficie de la présence d'un ou de deux soignants spécifiquement affectés à l'organisation d'activités en interne et d'accompagnement à des sorties dans le parc ou aux activités extérieures. Ils sont également sollicités par les patients qui ne sont pas autorisés à sortir pour acheter dans les commerces de proximité les cigarettes et autres objets dont ne dispose pas la cafétéria du centre hospitalier.

A l'instar de la cafétéria, les activités thérapeutiques et culturelles ne fonctionnent pas le week-end laissant les patients désœuvrés. Les familles sont alors contraintes de partager les salons de visite quand la météo ne permet pas de rester dans le parc.

En outre, les soignants spécialisés eux-mêmes ne travaillent pas le week-end. Il a été rapporté aux contrôleurs que, dans les unités de long séjour, les soignants de service organisent activités et sorties mais qui tiennent essentiellement à leur motivation et à l'effectif disponible.

L'accès des patients à la cafétéria n'est pas possible pendant les week-ends et les jours fériés, alors que les visites sont nombreuses et les activités thérapeutiques inexistantes. La cafétéria, seul lieu convivial de rencontre pour les patients entre eux ou avec leurs proches, doit être accessible tous les jours. Une recommandation est rédigée en ce sens dans le § 5.3.4 *infra*.

5.2 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT INEGALEMENT REPARTIES

5.2.1 L'accès au tabac

L'usage du tabac est interdit dans les chambres et les parties communes intérieures ; il est autorisé dans les espaces collectifs extérieurs et dans le parc.

Le tabac est rationné dans les unités fermées ; il a été fait mention de quatre cigarettes par jour pour les patients détenus et jusqu'à dix dans les deux autres unités fermées. Ces patients ne disposent librement ni de leurs cigarettes ni des moyens de les allumer. Dans les unités ouvertes, en revanche, l'état clinique des patients guide l'octroi du paquet de cigarettes et du briquet.

Certains patients, qui parviennent à gérer leur consommation de façon autonome, peuvent conserver leurs cigarettes et parfois leur briquet. Dans le cas contraire – qu'il s'agisse de consommation compulsive ou d'une vulnérabilité qui met certains patients à la merci de pressions – les soignants procèdent à des distributions à des heures connues à l'avance et conservent les réserves de tabac des patients dans des casiers placés sous leur surveillance.

L'achat du tabac est dépendant des visites de la famille ou des moyens financiers des patients. Les « soignants-activités » accompagnent les patients autorisés au bureau de tabac où une convention avec des tuteurs permet pour certains d'obtenir les cigarettes sans détenir d'argent, ou achètent le tabac des patients qui ne peuvent se rendre dans les commerces. Des patches ou des substituts nicotiques sous forme de gommes à mâcher « *Nicorette*® » peuvent être fournis aux patients qui souhaitent arrêter de fumer ainsi qu'à ceux qui sont placés en chambre d'isolement.

5.2.2 L'accès aux chambres

L'accès aux chambres est limité au cours de la journée dans les unités fermées. Dans l'une d'elles, les chambres sont fermées la journée, hormis entre 12h30 et 14h30. Durant ce laps de temps, les patients sont censés faire la sieste avec l'interdiction de sortir de leurs chambres, ce qu'ils dénoncent évoquant un « *enfermement dans l'enfermement* ». Interdire l'accès et l'imposer de manière alternative n'est pas de nature à respecter les droits des patients et à favoriser leur autonomie.

Dans les unités ouvertes, l'accès est libre, généralement pendant ou jusqu'au passage de l'ASH qui assure le ménage.

Recommandation

Un patient doit pouvoir accéder librement à sa chambre en fonction de ses souhaits et de son état clinique. Il est essentiel d'individualiser et d'adapter les éventuelles restrictions en matière d'ouverture des chambres à chaque patient accueilli.

5.2.3 Le choix des places à table

Les repas sont pris dans les salles à manger des unités. Le repas pris en chambre n'est possible que pour des personnes à mobilité réduite ou placées en chambre d'isolement.

Les patients peuvent choisir leur place à table. Par mesure de sécurité, dans les unités fermées, les couverts sont distribués et rendus individuellement aux ASH.

L'entrée de denrées apportées par les familles, achetées à la cafétéria ou à l'extérieur de l'établissement est limitée aux produits non périssables. Ils sont stockés dans des casiers individuels et distribués peu à peu. Dans les unités où séjournent des personnes âgées, le risque de « fausse route » induit des comportements différents selon les soignants. La prise de responsabilité en octroyant des produits qui ne sont pas délivrés par la cuisine fait débat.

5.2.4 Les horaires des levers et couchers sont réglementés

L'ensemble des horaires rythmant la vie des patients sont réglementés et apparaissent comme tels dans les règles de fonctionnement de chaque unité. Toutefois, il est fait état d'une certaine souplesse pour le lever. En revanche, les horaires des repas, du goûter et du coucher sont imposés. Le coucher est fixé à 23h, heure à laquelle la télévision est éteinte.

La visite de nuit des contrôleurs a permis de constater des différences dans les unités visitées tenant, selon les soignants présents, au mode de vie antérieur des patients. Dans l'une des unités, où les patients étaient d'origine rurale, tous s'étaient couché de leur plein gré avant 22h.

5.3 LES MOYENS DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR CONNAISSENT DES RESTRICTIONS QUI NE SONT PAS TOUJOURS JUSTIFIEES

5.3.1 Le courrier

Le vagemestre relève le courrier et le remet aux cadres de santé à charge pour eux de le distribuer aux patients. Les enveloppes ne sont en principe pas ouvertes, sauf si la présence de stupéfiants est soupçonnée. Du papier à lettres et des timbres sont en vente à la cafétéria. Dans la plupart des unités les patients sans ressources suffisantes peuvent faire affranchir leur courrier par le biais de la machine à affranchir de l'établissement. Une boîte aux lettres est fixée dans le parc ce qui permet aux patients autorisés à sortir de gérer eux-mêmes l'expédition de leur courrier. Lorsque des patients veulent envoyer des lettres recommandées, ils s'adressent au vagemestre.

5.3.2 Le téléphone

La possibilité d'accès au téléphone varie selon les unités allant d'un régime très restrictif à un usage libre. Quatre exemples peuvent l'illustrer : l'interdiction totale de l'utilisation du téléphone portable, son utilisation réduite à trente minutes en fin de journée, son usage libre et l'aménagement d'une unité où chaque chambre est équipée d'un poste téléphonique fixe.

Recommandation

Le principe doit être celui de la libre utilisation du téléphone et l'interdiction l'exception pour des motifs strictement thérapeutiques.

Dans son courrier en date du 6 septembre 2018, le directeur du CH des Pyrénées précise « à l'heure actuelle les portables sont également dotés de fonctions photo/caméra/internet... Il y a

conflit potentiel entre droit individuel et protection de l'intimité et de la collectivité. Aussi la recommandation pourrait être complétée et reprise sous la forme suivante "le principe doit être celui de la libre utilisation du téléphone et l'interdiction l'exception pour des motifs strictement thérapeutiques ou de mésusage" ».

5.3.3 L'informatique et l'accès à internet

Le règlement intérieur du CH mentionne la faculté d'utiliser un ordinateur portable, néanmoins l'absence de WIFI n'est pas de nature à inciter les patients à apporter leur matériel. A l'espace socioculturel où trois ordinateurs – pour plus de 300 patients – sont connectés à Internet se tiennent des ateliers d'informatique, qui sont de fait très limités par l'impossibilité d'utiliser les ordinateurs portables des patients qui en disposent.

Recommandation

Il conviendrait d'installer le WIFI dans le CH, sous les réserves indispensables de sécurité, afin que les patients qui disposent d'un ordinateur portable puissent avoir accès à leur messagerie et bénéficier en nombre des ateliers d'informatique proposés par les animateurs de l'espace socioculturel.

5.3.4 Les visites

Les visites sont autorisées sur prescription médicale. Elles se tiennent dans les salons de visite souvent vitrés ne permettant aucune intimité. L'une des unités fermées ne dispose pas de salon ce qui impose aux proches de rencontrer les patients dans un salon de télévision – le fermant de fait aux autres patients – ou dans la cour ou le parc par beau temps ou encore à la cafétéria quand elle est ouverte (la cafétéria est fermée pendant les week-ends). Dans les unités, ce manque d'intimité et de confidentialité dans les échanges n'incite pas les familles à revenir et constitue une atteinte aux droits des patients. La présence des enfants est interdite dans les unités fermées, une plus grande souplesse est à noter dans les unités ouvertes.

Recommandation

L'organisation des visites nécessite que les conditions matérielles améliorées. L'unité qui ne dispose pas de salon de visite doit bénéficier d'une extension de ses locaux dans ce but.

La cafétéria doit être ouverte pendant les week-ends (cf. supra § 5.1.3).

5.4 LE PORT DU PYJAMA EST IMPOSE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT, A L'USIP ET AUX PATIENTS DETENUS

Le port du pyjama, imposé, n'a pas cours au centre hospitalier de Pau. Au cours de leur visite, les contrôleurs n'ont pas vu de patients en pyjama hormis dans le SAAU et pour les patients détenus à l'USIP (cf. *infra* § 8.1). Partout ailleurs, seuls les placements en chambre d'isolement s'accompagnent d'une mise en pyjama, alors justifiée par des raisons de sécurité.

Recommandation

Le port systématique du pyjama pour les patients du SAAU et pour les patients détenus hospitalisés à l'USIP, qui ne relève pas d'une décision médicale individualisée, n'est pas admissible. Une réflexion médicale doit être conduite.

5.5 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN EST LIMITE, L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST INDIQUE DANS LE LIVRET D'ACCUEIL

Les médecins psychiatres sont en nombre réduit dans certaines unités de l'établissement ce qui ne favorise pas le libre choix du médecin. Deux des unités visitées ne disposent que d'un médecin qui lui-même consulte au CMP et ne peut être présent tous les jours. Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs que, dans le cas d'une demande appuyée d'un patient, la question pouvait étudiée en réunion de synthèse.

L'accès au dossier médical se fait selon la forme légale à la demande du patient en écrivant à la direction de l'établissement. Les médecins proposent leur accompagnement pour la lecture si le patient le souhaite.

6. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

6.1 UNE RESTRUCTURATION IMMOBILIERE A AMELIORE LES LOCAUX D'HEBERGEMENT

Les chambres du CH sont grandes, claires et lumineuses à l'exception de celles des unités qui n'ont pas encore bénéficié d'une rénovation ou d'une nouvelle construction. Elles sont équipées d'un mobilier comportant lit, table de nuit, table de travail, chaise, fauteuil, liseuse, plafonnier, bouton d'appel. La majorité d'entre elles sont individuelles, mais il a été indiqué aux contrôleurs que pour certaines pathologies le partage d'une chambre pouvait s'avérer nécessaire.

Aucune des chambres visitées par les contrôleurs ne permet au patient de s'isoler en la fermant à clé, pour garantir un minimum d'intimité et pour se protéger d'éventuels comportements intrusifs d'autres patients, notamment pendant la nuit.

Aucune des chambres visitées ne permet de conserver des affaires personnelles dans un placard fermant à clé – la clé étant entre les mains du patient. Dans certaines unités, des coffres-forts à combinaison numérique sont fixés dans les placards et laissés à la disposition des patients. La règle doit être la capacité de conserver des affaires sous clé, la non-application de cette règle, l'exception individualisée et motivée.

Quelques patients ont regretté de ne pouvoir décorer leur chambre, ce qui devrait être permis à des patients au long cours. Au sein de toutes les unités, deux postes de télévision sont positionnés dans des salons où certains patients disposent librement de la télécommande tandis que d'autres doivent la demander aux soignants car « ils la perdent ou la cassent si on la laisse à disposition ». Si l'achat d'un téléviseur n'est pas possible, la possession d'un poste de radio est fonction de l'unité d'admission, essentiellement autorisée dans les unités ouvertes, par crainte du risque suicidaire par pendaison avec le cordon d'alimentation.

Dans les unités rénovées récemment, telles les Pins, les Chênes, les Marronniers, les Erables, entre le dîner et le petit déjeuner, les fenêtres des chambres des patients sont fermées à clé – les patients pouvant ouvrir ou fermer les volets – car ces fenêtres ne possèdent pas de système de blocage permettant de les laisser entrouvertes. Ainsi aucun courant d'air ni aucune ventilation n'est possible, ce qui est pénalisant notamment pendant les périodes de grande chaleur.

Recommandation

Les patients doivent avoir la possibilité de fermer la porte de leur chambre à clé sous les réserves indispensables de la sécurité incendie. Ils doivent pouvoir également disposer dans leurs chambres de placards fermant à clé. Un système de blocage des fenêtres doit être mis en place afin de permettre aux patients de générer un courant d'air.

6.2 L'HYGIENE DES PATIENTS COMME CELLE DES LOCAUX EST ASSUREE

Le linge des patients est lavé par la famille ou, pour ceux qui sont isolés et démunis de ressources suffisantes, par les ASH des unités. Ceux des patients qui disposent de revenus utilisent la laverie située dans le parc pour une somme modique. Un nécessaire d'hygiène est distribué à l'arrivée et renouvelé si nécessaire. Les rasoirs, les parfums et les ciseaux à ongles des patients leur sont remis par les soignants pour la durée de la toilette du matin. Les unités disposent d'un vestiaire pour les plus démunis ; il s'agit de vêtements apportés par les soignants eux-mêmes.

Les chambres récemment construites ainsi que celles qui ont été rénovées disposent d'une salle d'eau avec douche et WC, totalement équipée (miroir, porte-serviettes, patère, bouton d'appel,

verrou de confort). Dans les unités anciennes, seules les chambres doubles sont dotées d'une salle d'eau et de toilettes. Des douches et des toilettes collectives sont aménagées dans les services pour les patients des chambres individuelles qui n'en sont pas équipées. Ces unités sont en attente de déménagement vers de nouveaux locaux.

L'ensemble de l'établissement est très propre y compris les unités n'ayant pas encore bénéficié de rénovation.

6.3 LES SUR OCCUPATIONS SONT PEU FREQUENTES

Il n'a pas été évoqué de sur occupation dans les unités fermées. Au pire, selon les informations recueillies par les contrôleurs, la chambre relais des patients placés en chambre d'isolement pourrait être utilisée. Dans certaines des unités de suite, a été évoquée la possibilité – utilisée à de rares exceptions – de placer un lit de camp dans une chambre double.

Les transferts sont rares à l'exception des personnes accueillies provisoirement hors de leur secteur par manque de place et celles qui nécessitent d'être placées en chambre d'isolement dans les unités qui en disposent.

6.4 LES RESTRICTIONS IMPOSEES PAR LA TRESORERIE GENERALE LIMITENT L'ACCES DES PATIENTS A LEURS BIENS

Suite à des réorganisations de la Trésorerie générale, les biens des patients (carte bancaire, chéquier et numéraire) sont bloqués jusqu'à leur sortie définitive. Les retraits partiels sont exceptionnels, engendrant des difficultés majeures pour les patients.

Pour remédier à ce problème, en accord avec la direction de l'établissement – mais sans qu'aucune mention n'apparaisse dans le règlement intérieur ni dans les règlements de vie des unités – les cadres des unités conservent dans leur coffre une partie de l'argent des patients. Chaque unité a son propre fonctionnement en la matière : certaines ne conservent que 30 euros au maximum, d'autres une centaine d'euros et un cadre a indiqué aux contrôleurs qu'il gardait au coffre les cartes bancaires pour que les patients puissent retirer de l'argent au distributeur lors de sorties accompagnées. Les patients se rendent à heure fixe au bureau des cadres qui dispensent l'argent selon les décisions prises en équipe ou par le médecin. Les disparités de traitement sont telles que certains patients ne peuvent obtenir que 2 euros maximum par jour alors que d'autres – dans la limite du budget hebdomadaire fixé par le tuteur – sont autorisés à prendre ce dont ils estiment avoir besoin pour leurs achats à la cafétéria ou à l'extérieur. Dans de rares unités, ce mode de gestion est affiché.

Un cahier est tenu par les cadres sur lequel sont notées, au nom de chaque patient, les sommes de départ, les sommes rajoutées par la famille, les sommes éventuellement retirées au distributeur. Chaque remise d'argent par le cadre fait l'objet, devant le patient, d'une mise à jour du compte et d'une signature selon les unités, du seul cadre ou du cadre et du patient ; de la même manière, si au retour les patients rapportent de la monnaie, un nouveau calcul est effectué et les signatures apposées. Les cadres ont conscience de manipuler les comptes des patients en toute illégalité mais l'établissement n'a pas trouvé d'autre solution pour que l'argent ne soit pas bloqué jusqu'à leur sortie du patient. L'instauration d'une régie afin de gérer l'argent de poche des patients hospitalisés était une bonne pratique qui mérite d'être reprise. Cette méthode garantissait la gestion de l'argent des patients et maintenait la responsabilité des soignants dans leur champ de compétence.

Recommandation

L'instauration d'une régie d'avances et d'une régie de recettes afin de gérer l'argent de poche des patients hospitalisés mérite d'être reprise. Cette méthode garantissait la gestion de l'argent des patients et maintenait la responsabilité des soignants dans leur champ de compétence.

Dans son courrier en date du 6 septembre 2018, le directeur du CH des Pyrénées précise « Le CH des Pyrénées n'a jamais disposé de régie pour la gestion des valeurs et argent des patients. Cette régie était organisée et placée sous la responsabilité de la Trésorerie générale. Or l'instruction de la DGFIP du 7 février 2014 publiée au BOFIP-GCP-14-0005 du 3 mars 2014 précise "en dehors du cas visant la mesure de protection confiée au mandataire judiciaire, personne ou service préposé d'une personne morale de droit public (cas du CH des Pyrénées avec Madame X qui officie en cette qualité), aucune disposition législative ou réglementaire ne permet au comptable public d'intervenir dans la gestion des fonds de personnes protégées, même soignées ou hébergées en établissement public, lorsque la mesure de protection est confiée à un mandataire judiciaire relevant du droit privé (personnes privées ou institutionnelles). En effet, il appartient à ces dernières d'assurer intégralement la gestion des fonds des personnes dont ils assurent la protection et dans ce schéma, le comptable public n'a aucune obligation juridique d'exécuter non seulement les opérations de recettes ou dépenses des personnes protégées, mais également les opérations de distribution de sommes nécessaires aux dépenses de la vie courante, communément appelées argent de poche". La recommandation 27 ne peut pas être formulée ainsi ».

Commentaires du CGLPL : cette situation est rencontrée dans la plupart des établissements. Deux solutions sont envisageables : soit pérenniser la gestion actuelle en l'intégrant dans le règlement intérieur, soit revenir au *statu quo ante* de la publication de l'instruction de la DGFIP avec l'intervention du comptable public.

6.5 LES PATIENTS NE SE PLAIGNENT PAS DE LA QUALITE GUSTATIVE DES REPAS MAIS CERTAINS DISENT AVOIR FAIM EN SOIREE

Les repas sont confectionnés par la cuisine centrale du CH qui livre également le restaurant du personnel. Les plats sont mis en barquettes et réchauffés dans les offices des unités. Deux diététiciennes s'attachent à rencontrer les patients et à adapter les menus de chacun. Les aversions ne sont pas réellement prises en compte, selon les propos des patients. Les cuisiniers ne préparent pas de repas confessionnels.

Les soignants sont présents aux repas et déjeunent eux-mêmes sur place après les patients.

Il a été indiqué aux contrôleurs dans deux des unités que des patients avaient faim le soir, le dîner étant servi très tôt à 18h30.

Recommandation

Il devrait être envisagé d'accompagner la tisane servie le soir d'une petite collation pour les patients qui ont faim.

6.6 LES PROPOSITIONS D'ACTIVITES OCCUPATIONNELLES, THERAPEUTIQUES CULTURELLES ET SPORTIVES SONT NOMBREUSES

Les propositions d'activités qu'elles soient occupationnelles, thérapeutiques ou culturelles sont de qualité, nombreuses et variées. Elles sont facilitées par la présence d'infirmiers ou d'aides-soignants de journée, spécialisés.

Malgré leur présence, les activités à l'interne – relativement nombreuses – sont peu investies par les patients des unités fermées qui disent s'ennuyer en raison de l'impossibilité de sortir quand ils le souhaitent dans la cour et dans le parc de l'hôpital. Les accompagnements par ces soignants dans le parc se font à heures fixes, pour ceux qui y sont autorisés, laissant les autres errer dans les couloirs. Les activités thérapeutiques, sur prescription médicale, ne concernent que peu de patients de ces unités (cf. *supra* § 5.1.3). En revanche, le professeur de sport se déplace dans les unités fermées qui disposent d'une petite salle partiellement équipée. Les plannings sont affichés dans les unités ; à titre d'exemple dans l'une des unités fermées, les sorties accompagnées dans le parc, sur prescription, sont organisées par les soignants spécialisés trois fois par semaine durant une heure. En interne, un atelier de socioesthétique est proposé une semaine sur deux durant une heure et un atelier de photo-langage animé par une psychologue a lieu tous les jeudis. Au sein d'une unité de réadaptation, où les patients séjournent depuis des mois voire des années, les sports collectifs sont développés ainsi que les sorties à l'extérieur de l'établissement. Un moniteur de sport (infirmier ayant suivi une formation) accueille les patients dans une salle entièrement équipée à l'une des extrémités du site. Une piscine de faible profondeur a également été construite ; elle est surveillée par un maître-nageur professionnel.

On compte douze ateliers d'ergothérapie, répartis sur le site du centre hospitalier et encadrés par deux ergothérapeutes et des infirmiers. Ils sont accessibles aux patients par demi-journée sur prescription médicale, à l'exception de ceux du SAAU, de l'USIP, de l'UGC, de la pédopsychiatrie et de la gériatrie-psychiatrie.

Parmi eux, certains commercialisent directement leurs productions (encadrement, reliure, friperie, couture, fagotins rénovation de petits meubles) et donnent lieu à l'octroi d'un petit pécule. Les autres (peinture, poterie, vannerie mosaïque, espace libre accueil, réinsertion professionnelle) ne donnent lieu à aucune rémunération alors que les objets fabriqués sont également proposés à la vente. Les patients ne comprennent pas ce qu'ils considèrent comme une discrimination, d'autant que le montant des ventes est également versé à la trésorerie générale.

Recommandation

Les activités thérapeutiques dont le produit est commercialisé doivent permettre aux patients de bénéficier d'une contrepartie de leur travail quel que soit l'atelier auquel ils participent.

L'espace socioculturel, contigu à la cafétéria, ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h est particulièrement bien achalandé en livres, bandes dessinées et ouvrages divers. C'est un lieu où se tiennent des permanences d'associations (UNAFAM, groupe entraide mutuelle, bar associatif géré en ville par des soignants), des expositions d'œuvres des patients, un atelier informatique où ne reste qu'à déplorer le défaut de WIFI qui limite aux trois ordinateurs fixes l'accès à Internet. Outre les animations au sein de l'espace socioculturel, les animateurs organisent des spectacles et des concerts dans la salle de théâtre, la chapelle ou la salle de conférence. Durant l'été, huit

films sont programmés qui ont bénéficié, en 2017, à 153 patients. Les moments clés de l'année sont systématiquement accompagnés de manifestations : semaine du goût, mois sans tabac, lutte contre le sida, fête de la musique, etc. Des sorties sont organisées : championnat du monde de canoë-kayak, médiathèque de Pau.

6.7 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Les règles de fonctionnement des unités ou le règlement intérieur n'abordent pas la question des relations sexuelles, contrairement à ce qu'en disent certains soignants persuadés que l'interdiction y est posée. Comme dans tous les établissements psychiatriques, la sexualité est une question compliquée compte tenu de la grande vulnérabilité de certains patients. Les patients bénéficient d'un accès aux préservatifs et aux moyens contraceptifs, à la demande, en contradiction dans la quasi-totalité des unités avec l'interdiction de recevoir quiconque dans sa chambre. Pour la plupart des soignants interrogés, les relations sexuelles doivent se passer lors des permissions et non au sein de l'hôpital. En réalité, le discours des soignants varie d'une unité à l'autre : il y a généralement interdiction de se rendre dans les autres chambres ; mais possibilité, dans certaines unités, de recevoir son conjoint.

Recommandation

Le centre hospitalier doit engager une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients et renoncer à l'interdiction générale et absolue des relations sexuelles.

7. LA PRATIQUE DES SOINS ET LEUR SUIVI

7.1 LES PATIENTS SONT CORRECTEMENT PRIS EN CHARGE SUR LE PLAN SOMATIQUE

Les contrôleurs ont constaté que l'organisation mise en place permet d'assurer les soins sur place au sein du CH ou dans des locaux extérieurs *via* les services rendus par le département de médecine polyvalente (DMP) et l'équipe d'accompagnement et de transport (EAT). Les délais pour obtenir des rendez-vous sont courts et les analyses sont transmises sans délai.

7.2 LA CONTENTION EST UTILISEE DE FAÇON LIMITEE, MAIS LES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SONT PEU DEVELOPPEES

Ce chapitre traite de la « contention physique », c'est-à-dire de contenir une personne par la force physique d'autres personnes, de la « contention hors d'un espace dédié » et de la « contention dans un espace dédié », c'est-à-dire la contention mécanique hors chambre d'isolement (CI) et en CI ou dans les instants qui précèdent le placement en CI.

7.2.1 La contention « physique »

a) En psychiatrie adulte

Dans les unités d'hospitalisation, les unités fermées et les unités de soins et de réinsertion ainsi qu'au SAAU, la contention physique est mise en œuvre par les « soignants présents » à l'occasion de situations aiguës. Elle précède souvent la mise en chambre d'apaisement ou en chambre d'isolement. Elle peut consister en la « maîtrise du patient au sol ». Il peut être fait appel à des renforts soignants et aux vigiles. Les médecins (ou l'interne de garde) sont informés.

b) En psychiatrie infanto-juvénile

Dans des hôpitaux de jour pour enfants, les troubles du comportement présentés par quelques enfants conduisent à les « contenir », avec en une occasion le recours à un renfort infirmier, comme l'indique le « *tableau de bord des événements indésirables pour l'année 2017* ».

Dans un hôpital de jour pour adolescents, au moins trois patients adolescents ont été physiquement contenus (contention au sol ou « immobilisation ») et un quatrième a fait l'objet d'une « *contention dans le service* ». L'encadrement est systématiquement informé, le médecin est noté averti une fois.

c) En soins de réadaptation et de réinsertion : unité les Amandiers

Le projet de l'unité « les Amandiers » de juin 2017 indique que, dans certains cas, une contention physique est nécessaire.

7.2.2 Le cadre institutionnel

La procédure « *Mise sous contention mécanique thérapeutiques* » (PR/SOIN/025 Version 2) est mise en œuvre depuis le 11 juillet 2017.

Son domaine d'application a trait à toutes les situations de mise sous contention mécanique dans le cadre d'un isolement thérapeutique prescrit et conforme à la procédure « *Mise en chambre d'isolement* ».

Elle en rappelle les indications et l'usage exceptionnel étayé par de seuls arguments cliniques et les contre-indications notamment celles ne relevant pas de l'état clinique des patients (utilisation

à titre de punition, d'humiliation ou de domination, anxiété ou confort de l'équipe de soins, manque de personnel).

Ses précautions d'emploi sont précisées, particulièrement en présence d'une comorbidité somatique non stabilisée ou en raison de la prise récente de toxiques, de même que les risques somatiques ou psychiatriques ainsi que celui « *lié à une température ambiante de l'isolement inférieur à 19° ou supérieure à 25°C* ».

La description de la mise en œuvre de la contention distingue plusieurs phases : avant l'intervention en présence du médecin prescripteur et en dehors de sa présence avec information du patient de la nécessité de la privation de liberté, pendant l'intervention et après l'intervention, tant dans l'heure qui suit pour le personnel médical et le personnel infirmier que la surveillance infirmière définie comme horaire et le délai maximal de 24 heures avant une nouvelle décision médicale.

Un temps de reprise en équipe pluri professionnelle est prévu à l'issue de la mesure de contention.

La procédure « *Conduite à tenir dans le cadre d'une réintégration de patient vers le centre hospitalier des Pyrénées par l'Equipe d'Accompagnement et de Transport (EAT) ou l'équipe d'intervention de nuit (EIN) avec ou sans renforts soignants (PR/SOIN/017)* » permet, dans le cas d'un patient s'agitant avec violence physique lors du transport, la mise en œuvre d'une procédure d'urgence incluant contention physique et mécanique, en lien avec un médecin. Elle prévoit, si le patient est annoncé agité, violent sur le site d'intervention, de s'assurer de la présence de représentants des forces de l'ordre avant d'agir.

7.2.3 Contention hors d'un espace dédié

Une telle contention intervient pendant les transports et en géro-psycho-geriatrie.

On note la pose de contention en présence des forces de l'ordre venues sur place à l'occasion de la réintégration d'un patient sorti sans autorisation, comme l'indique le « *tableau de bord des événements indésirables pour l'année 2017* ».

La contention des patients détenus de la maison d'arrêt lors des transports fait l'objet du § 8.1.1 *infra*.

Des contentions « au fauteuil » sont mises en œuvre en géro-psycho-geriatrie dans l'unité « Les Montbrétias-Oliviers » cf. *infra* § 8.2.

7.2.4 Contention dans un espace dédié

En psychiatrie adulte, la contention mécanique est mise en œuvre après échec des « *tentatives d'apaisement* » et lorsque le patient s'avère « *impossible à maîtriser* ». Le projet de l'unité ESA2 indique ainsi que la mise en place de contention mécanique a pour indications la prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de gestion de la situation ne sont ni efficaces ni appropriés. Une mise en point concernant les pratiques de contention est en cours dans cette unité.

Sa mise en œuvre peut conduire à l'appel à des renforts soignants, dont l'équipe d'intervention de l'EIN, et aux vigiles. L'encadrement infirmier est informé. Il arrive que le médecin soit prévenu afin de prescrire la mise sous contention, comme l'indique le « *tableau de bord des événements indésirables pour l'année 2017* ».

7.2.5 La mise en place du registre de contention et d'isolement

Le registre de suivi des mises en chambre d'isolement et des contentions a été mis en place sous forme papier en mai 2016. Le suivi de la surveillance journalière est sur une seule feuille (une feuille par date avec 24 heures de surveillance disponibles).

Ce registre a évolué sous une forme numérique le 7 mars 2017. Sa mise en œuvre dans les unités fonctionnelles d'hospitalisation complète (UF HC) est l'objet d'une note de service (NSSAP2-16/05/02 version 2). Elle concerne le SAAU et les trois unités fermées ESA1 et ESA2, USIP. Le registre informatisé des mises en chambre d'isolement et des contentions a été présenté à la CDU les 3 février et juillet 2017.

Son alimentation se fait par remontée automatique des éléments saisis dans les fiches de prescription et de surveillance du dossier patient commun informatisé (DPCI) Cariatides en application des procédures « mise en chambre d'isolement » et « mise sous contention mécanique ».

Six fiches médicales de prescription sont prévues, correspondant à trois types de décision (initiale, de renouvellement et d'interruption) pour chacune des deux mesures (chambre d'isolement et contention), ainsi que deux fiches soignantes de surveillance (une feuille de surveillance infirmière pour la mise en chambre d'isolement et une pour la mise en contention).

Le DIM met chaque semaine à la disposition de l'encadrement médical et infirmier, notamment des différents pôles et unités fonctionnelles concernées, un fichier d'export par UF du registre afin de permettre le contrôle de la saisie exhaustive des éléments de surveillance dans le D.P.C.I. Cariatides. Le médecin du DIM assure un contrôle mensuel avec renvoi des anomalies pour correction aux médecins responsables des UF concernées.

Une procédure dégradée du registre des suivis des mises en chambre d'isolement ou de contention peut être utilisée en cas de dysfonctionnement du système d'information. Le registre ne recueille les informations que pour les espaces dédiés (les CI).

7.2.6 L'exploitation du registre de contention (pour les seuls espaces dédiés)

Le registre comporte soixante colonnes : « IPP cryptée », « nom », « prénom », « date de naissance », « type de décision », « prescripteur matricule », « prescripteur nom », « suivi assuré par », « date décision », « heure », « durée », « unité isolement », « surveillance nom 1 », « surveillance heure 1 », ..., « surveillance nom 24 », « surveillance heure 24 ».

L'extraction des données brutes du registre pour le mois de février 2018 contient :

- cinquante-sept colonnes, les colonnes « nom », « prénom », « date de naissance » ayant été supprimées. Des données correspondant à des mesures d'isolement sont notées dans les quarante-sept premières colonnes, de la colonne « IPP cryptée » à la colonne « surveillance heure 19 ». Les trente premières colonnes comportent des données ;
- quarante-deux lignes correspondant chacune à une modalité saisie par le personnel médical ou paramédical pour un patient. Les décisions médicales et la surveillance infirmière sont horodatées.

L'extraction du registre fait état de douze mesures de contention concernant huit personnes hospitalisées au SAAU et dans deux unités fermées. Onze mesures concernant sept patients ont été mises en œuvre courant février 2018.

Les données du DIM pour l'année 2017, recueillies sur Cariatides permettent d'établir les statistiques suivantes pour les seules unités avec des espaces dédiés :

- proportion de l'ensemble des patients hospitalisé à temps complet mis au moins une fois sous contention : 5,7 % ;
- proportion des personnes hospitalisées à un moment donné sous un mode légal différent des soins libres mis au moins une fois sous contention : 15,73 % :
 - SAAU et trois UF : 5,8 % ;
 - trois UF : 6,5 % ;
 - SAAU : 4 % ;
- 80 % des patients avec une seule mesure de contention ;
- 26,9 % des mesures de contention comprises entre 12 heures et 24 heures, 9,5 % entre 24 heures et 11 jours.

a) Les mineurs

Sept personnes âgées entre 13 ans et 17 ans et demi, soit 3,9 % des personnes mineures hospitalisées, ont fait l'objet de mesures de contention entre mai et novembre 2017, cinq au SAAU et deux à l'USIP. Elles représentent 0,4 % de la file active du centre hospitalier, 7,8 % des personnes mises sous contention dans l'ensemble du centre hospitalier, 8,5 % au SAAU des personnes mises sous contention et 11,1 % à l'USIP. Leur âge moyen et médian est de 15,5 ans. 57 % des décisions initiales ont été prises pendant la première partie de la nuit, 57 % des décisions d'interruption pendant la journée.

La durée médiane de la mesure est de 2,7 h et la durée moyenne de 3,4 h. Les durées des mesures sont inférieures à 2 h à deux reprises, comprises entre 2 et 6 h dans quatre cas et de plus de 8 h une fois.

Une personne mise sous contention n'est pas retrouvée parmi celles mises en chambre d'isolement.

b) Les personnes âgées de plus de 75 ans (voir infra § 8.2)

Six personnes âgées entre 78,9 et 87,6 ans ont fait l'objet de mesures de contention, cinq au SAAU et une dans une unité fermée (ESA2). Elles représentent 0,4 % de l'ensemble des personnes adultes hospitalisées, 1,7 % des personnes mises sous contention dans l'ensemble du centre hospitalier, 8,5 % au SAAU et 12,5 % à l'unité ESA2.

La durée médiane est de 4 h 15 min, et la durée moyenne près de 7 h. Les durées des mesures de contention sont de 15 min, de 3 h 30 min, 4 h 15 min à deux reprises, d'un peu plus de 10 h et de 19 h 30 min.

7.2.7 Commentaires sur les données brutes du registre de contention pour le mois de février 2018 (dans les espaces dédiés)

a) Les heures de prise des décisions médicales

L'heure des vingt-six décisions médicales indiquée dans l'extraction des données brutes du registre pour le mois de février 2018 est comprise dans plus de trois cas sur cinq entre 8h45 et 17h, soit :

- 38,5 % entre 8h45 et 13h ;
- 23 % entre 15h30 et 17h ;
- 38,5 % entre 18h50 et 8h20.

71,4 % des décisions médicales dans une unité fermée sont prises par les médecins de permanence sur place, 26,7 % dans l'autre et 25% au SAAU.

i) Les heures de prise de décisions initiales

Cinq décisions initiales ont été prises dans une unité fermée, deux dans l'autre et deux au SAAU. Six décisions sont prises des jeudis et vendredis pendant les heures d'ouverture ordinaires des services, cinq dans les deux unités fermées et une au SAAU. Deux le sont le dimanche dans l'après-midi et le soir dans les unités fermées et une le mercredi soir au SAAU.

Un quart des décisions initiales sont absentes.

ii) Les heures de prise de décisions de renouvellement

Sept décisions de renouvellement sont indiquées, quatre dans une unité fermée et trois dans l'autre. Cinq l'ont été entre 18h56 et 23h10, les deux autres à 9h40 et à 17h.

iii) Les heures de prise de décisions d'interruption

Trois décisions d'interruptions ont été prises dans une unité fermées, deux dans l'autre et deux au SAAU.

La moitié des dix décisions d'interruption indiquées intervient entre 9h30 et 13h, une sur six entre 15h30 et 15h50, enfin une sur six entre 18h50 et 22h30.

Quatre sur cinq sont prises pendant les heures d'ouverture ordinaires des services (deux des lundis, jeudis et vendredis, une un samedi matin), pour les trois quarts dans une unité fermée et un quart au SAAU. Les décisions prises par les médecins de permanence sur place le sont toutes dans l'autre unité fermée.

Une décision d'interruption sur six est absente.

iv) Les durées

Les durées de mise sous contention telles qu'indiquées dans l'extrait peuvent être précisées pour cinq des sept patients, soit les trois quarts des mesures et se distribuent en :

- inférieures ou égales à 2 heures : 16,7 % ;
- inférieures ou égales à 4 heures : 25 % ;
- inférieures ou égales à 6 heures : 33,3 % ;
- inférieures ou égales à 12 heures : 41,7 % ;
- inférieures ou égales à 24 heures : 75 %.

v) Commentaires sur la mise en œuvre

L'écart entre une décision initiale et la décision médicale suivante (renouvellement ou interruption) ne peut pas être précisé dans une mesure sur quatre. Un examen médical apparaît noté en une occasion avant la fin de la première heure suivant la décision de mise en œuvre de la mesure. Cet écart est inférieur à 2 heures dans 41,7 % des mesures, à 4 heures dans la moitié. On relève un écart de 6 h 40 min en une occasion.

L'écart entre deux décisions de renouvellement de même qu'entre la dernière décision de renouvellement et la décision d'interruption ne peut pas être précisé dans deux cas sur cinq. Il est inférieur à 4 heures dans un cas sur dix et compris entre 12 et 20 h dans la moitié des cas.

Sur plusieurs périodes, le registre ne rend pas compte d'une prise en charge médicale et infirmière intensive. Il ne permet qu'une analyse imparfaite des pratiques professionnelles.

Le lien entre le renouvellement à un temps rapproché de la décision initiale et la durée de la mesure mérite l'attention, ne serait-ce que parce qu'il conduit à l'absence d'évaluation médicale notée pendant une période relativement longue.

b) La surveillance infirmière

La surveillance infirmière apparaît notée effectuée à un rythme horaire dans six mesures.

Dans trois mesures, on peut relever l'absence de surveillance infirmière notée pendant des périodes de 2 h 30 min, 7 h 30 min et 10 h 30 min. Aucune surveillance infirmière n'est notée dans deux mesures (dans la suite d'une décision de renouvellement et avant une décision d'interruption isolée).

La surveillance infirmière d'une mesure initialisée le mois précédent est notée effectuée et n'est pas interrompue par une décision médicale.

Pour la moitié des mesures mises en œuvre en février 2018 et quatre des sept personnes hospitalisées, des décisions médicales et/ou des éléments traçant la surveillance infirmière s'avèrent absents.

Bonne pratique

L'exploitation des informations enregistrées sur Cariatides par le DIM permet la tenue d'un registre de contention unité par unité.

Recommandation

Les unités doivent renseigner de façon complète les dossiers patients communs informatisés (DPCI) Cariatides, et par voie de conséquence le registre de contention tant du point de vue des décisions médicales que de la surveillance infirmière afin d'évaluer les pratiques professionnelles.

Le registre de contention alimenté par Cariatides doit comporter les mises sous contention dans les espaces non dédiés y compris les transports.

7.3 L'ISOLEMENT N'EST PAS UTILISE DE FAÇON EXCESSIVE POUR LA MAJORITE DES PATIENTS, MAIS LES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SONT PEU DEVELOPPEES

Ce chapitre traite de l'isolement en chambre d'isolement (CI).

L'isolement septique est assuré selon les modalités suivantes.

- Un petit nombre de patients au SAAU et dans les unités d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte et de psychiatrie infanto-juvénile ont été « géographiquement » isolés pendant parfois plusieurs jours pour des raisons infectieuses ou parasitaires (gale, poux). Des protocoles et des mesures *ad hoc* sont mises en œuvre. Le service d'hygiène est informé et la situation tracée dans le DPCI.
- Les quatre unités les Pins, les Chênes, les Marronniers et les Erables comporte chacune une chambre avec un sas dédié à l'isolement septique (communément appelée « chambre BMR »)

par référence aux patients porteurs de bactérie multi-résistantes ou BMR), où sont mutés en tant que de besoin les patients des autres unités du centre hospitalier.

7.3.1 Le cadre réglementaire de la mise en chambre d'isolement

Une procédure « *Mise en chambre d'isolement* » (PR/SOIN/007 Version 4, sous-titrée « *La mise en chambre d'isolement est un acte thérapeutique* », est mise en œuvre depuis le 11 juillet 2017. Médecins, cadres de santé, personnel infirmier, aides-soignants et agents des services hospitaliers en sont destinataires.

Son domaine d'application couvre toutes les mesures d'isolement en CI, qui ne peuvent être pratiquées que dans les chambres référencées par l'établissement destinée à cette utilisation exclusive :

- dans les unités de soins dotées de chambres destinées à l'utilisation exclusive de l'isolement thérapeutique (ESA1, ESA2 et USIP) – les patients conservant leurs chambres ;
- dans l'unité de soins dotée de chambres destinées à l'utilisation de l'isolement thérapeutique (SAAU), ces chambres font partie des « lits installés ».

Elle en précise :

- les indications « *Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de gestion de la situation ne sont ni efficaces ni appropriés* » en y intégrant la « *prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins (risque de fugue)* », « *l'isolement intégré dans un programme thérapeutique (contenant)* » et « *l'isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues (contacts sociaux persécuteurs, afflux excessif de sensations...)* » ;
- l'usage exceptionnel étayé par des arguments cliniques ;
- les contre-indications notamment celles ne relevant pas de l'état clinique des patients (utilisation à titre de punition, d'humiliation ou de domination, anxiété ou confort de l'équipe de soins, manque de personnel).

Ces précautions d'emploi sont précisées, particulièrement en présence d'une comorbidité somatique non stabilisée ou en raison de la prise récente de toxiques, de même que les risques somatiques ou psychiatriques ainsi que celui « *lié à une température ambiante de l'isolement inférieur à 19° ou supérieure à 25°* ».

En présence d'un médecin dans l'UF, la prescription médicale est nécessaire et obligatoire dans tous les cas. La durée de validité de la décision initiale de mise en chambre d'isolement ne saurait être supérieure à 12 h.

En l'absence d'un médecin dans l'UF, dans l'urgence et exceptionnellement, des mesures conservatoires d'isolement peuvent être prises par le personnel infirmier de l'unité. Elles doivent être validées dans l'heure qui suit par le médecin du service ou le médecin de garde.

Le mode d'hospitalisation doit être vérifié. Pour les personnes en soins libres, la mesure ne peut excéder 12h avant d'être régularisée sur le statut de « *soins sous contrainte* ».

Concernant les mineurs, le recours à la mesure d'isolement doit avoir été autorisé par le responsable légal (autorisation parentale).

La sécurité de la mesure doit être vérifiée afin de prévenir les risques liés à la présence de médicaments ou d'autres produits ou objets potentiellement dangereux.

Le patient en isolement est vu au moins deux fois par 24 h par un médecin afin d'évaluer son état clinique et la nécessité de maintien de la mesure, et de réévaluer le rythme et la nature des surveillances à effectuer. En cas de prolongation de la mesure, « *la décision et la prescription doivent être renouvelées toutes les 24 h* ».

Le patient reçoit les « *explications nécessaires, claires, précises et loyales sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement et les critères permettant sa levée* ».

La mesure d'isolement doit respecter les droits des patients à la dignité et au respect de leur intégrité corporelle.

La surveillance infirmière comprend le suivi du patient en isolement, en conformité avec les prescriptions médicales et la surveillance programmée au moins toutes les heures. Elle doit être renseignée dans le dossier patient commun informatisé (DPCI) par le personnel infirmier.

Si l'état de santé du patient le permet, le séjour du patient en CI est rythmé par des sorties de courte durée dans l'unité afin de limiter les effets psychologiques et somatiques négatifs de l'isolement. Ces sorties doivent être tracées dans le DPCI.

Lors de la levée de la mesure d'isolement, la décision médicale d'interruption doit être renseignée. Après la sortie d'isolement, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Un temps de reprise en équipe pluri professionnelle est prévu à l'issue de la mesure d'isolement.

7.3.2 L'isolement hors d'un espace dédié (hors d'une CI)

a) USIP

Les trois chambres sécurisées de l'USIP comptent au titre des lits installés de l'unité. Leurs modalités opérationnelles ordinaires s'apparentent à celles des CI, notamment en termes de restriction des libertés d'aller et venir.

Les indications de séjour dans ces chambres peuvent ne pas renvoyer à des éléments du registre psychopathologique mais à des préoccupations d'ordre sécuritaire.

Les patients détenus y sont de règle affectés en raison de leur statut dès leur sortie de CI. Une de ces chambres était occupée au jour de la visite par un patient depuis son retour d'unité pour malades difficiles (UMD) il y a plusieurs années.

b) Unités fermées (ESA1 et ESA2)

Suite à une altercation entre deux patients, comme l'indique le « *tableau de bord des événements indésirables pour l'année 2017* », une personne hospitalisée a été « *isolée en chambre pour se détendre* » avant son transfert dans une autre unité, les deux chambres d'isolement étant occupées, l'autre a été « *maintenue en chambre normale* », une « *isolée dans sa chambre* ».

a) Unités de soins de réadaptation et de réinsertion : les Amandiers, l'USR et les Jonquilles II, équipés de salons d'apaisement

Ces unités ne disposent que de salons d'apaisement appelés communément « *chambres d'apaisement* ».

Le projet de l'unité les Amandiers de juin 2017 indique que l'utilisation de la « *chambre* » d'apaisement est parfois nécessaire pour répondre à un passage à l'acte ou une menace de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif lorsque les solutions de sécurisation habituelles n'ont

pas fonctionné. Cette utilisation, faite en concertation avec l'équipe présente et le médecin, est limitée dans le temps et une surveillance régulière de l'état du patient est réalisée.

La mise en « chambre » d'apaisement peut ouvrir sur une mise en CI.

Les conduites à tenir pour la gestion d'une situation de tension et prise en charge soignante ont été réactualisées en septembre 2014. Face des situations d'angoisse, d'anxiété, de souffrance psychique ou des interactions sociales perturbées de même que face de hauts risques tels un passage à l'acte suicidaire ou des violences envers soi ou contre autrui, des actions d'apaisement sont mises en œuvre pouvant inclure la mise en « chambre » d'apaisement. Les effets personnels potentiellement dangereux sont retirés et la porte est fermée « *mais pas à clef* » pour différencier l'apaisement de l'isolement. Le patient sort du salon dès qu'il est apaisé. Si au bout de 15 min il ne l'est pas, une nouvelle période de 15 min est mise en œuvre avec appel du médecin pour avoir la conduite à tenir. L'évaluation médicale peut conclure à une continuité de la prise en charge dans l'unité ou son orientation vers une unité fermée. Ces situations de tension sont tracées dans le DPCI et font l'objet de débriefings.

On peut relever que dans les unités de soins de réadaptation et réinsertion, à au moins à neuf reprises en 2017, comme cela apparaît dans le « *tableau de bord des événements indésirables pour l'année 2017* », des patients sont notés isolés en chambre ou « chambre » d'apaisement dans les suites d'un passage à l'acte hétéro-agressif sur d'autres patients ou le personnel soignant, avec, le cas échéant, administration du *traitement si besoin*. Il est à l'occasion fait appel aux renforts et aux vigiles pour ce faire. La porte de la chambre d'apaisement est exceptionnellement fermée à clef.

Le médecin est appelé parfois après la mise en « chambre » d'apaisement.

Recommandation

Tout séjour dans une chambre d'hospitalisation fermée à clé, chambre ou salon d'apaisement doit être mentionné dans le registre d'isolement. Le placement des patients détenus à leur arrivée dans une CI puis dans une « chambre sécurisée » – qui est de fait une CI – ne doivent pas revêtir de caractère systématique.

7.3.3 Isolement dans un espace dédié (chambre d'isolement)

a) Locaux

Les dix CI aux normes ANAES 2004 sont toutes situées dans les unités fermées, comme cela est mentionné *supra* dans le § 2.3.1.

Les chambres d'isolement sont équipées du minimum nécessaire. Cinq ne disposent pas de sonnette d'appel fixée de façon permanente. Tous les patients isolés ne peuvent pas appeler dignement un soignant.

Recommandation

Il est indispensable que toutes les chambres d'isolement soient équipées d'un bouton d'appel afin de permettre aux patients d'appeler les soignants de manière digne.

b) Mise en œuvre

Un « *isolement strict* » peut être décidé après évaluation clinique, par exemple pour des patients en phase dépressive, des patients présentant un syndrome maniaque, des troubles schizophréniques ou des troubles de la personnalité en phase de décompensation ainsi que des patients « *confrontés à l'addiction associée à des troubles de la personnalité* ».

L'impossibilité d'utiliser une table de lit adaptable en chambre d'isolement conduit à des conditions de séjour considérées pour certains patients comme dégradantes notamment lors de la prise des repas, comme l'indique le « *tableau de bord des événements indésirables pour l'année 2017* ».

L'isolement au long cours est observé comme cela apparaît lors de l'examen du registre d'isolement (cf. *infra*).

7.3.4 La mise en place du registre d'isolement

Se reporter au § 7.2.5 *supra*.

7.3.5 L'exploitation du registre d'isolement

Les données du DIM pour l'année 2017, recueillies sur Cariatides permettent d'établir les statistiques suivantes pour les seules unités avec des espaces dédiés :

- proportion de l'ensemble des patients hospitalisé à temps complet mis au moins une fois en isolement dans un espace dédié : 17,4 % ;
- proportion des personnes hospitalisées à un moment donné sous un mode légal différent des soins libres mis au moins une fois en isolement dans un espace dédié : 55,6 % ;
- proportion des patients mis en chambre d'isolement par rapport à la file active globale :
 - SAAU et trois UF (ESA1, ESA2, USIP) : 22,9 % ;
 - trois UF (ESA1, ESA2, USIP) : 60,9 % ;
 - SAAU : 14 % ;
- proportion des personnes hospitalisées à un moment donné sous un mode légal différent des soins libres mis en chambre d'isolement :
 - SAAU¹⁴ : 47,9 % ;
 - ESA1¹⁵ : 43,4 % ;
 - ESA2¹⁶ : 38 % ;

¹⁴ **SAAU** : File active(FA) globale : 1 475 ; FA patients hospitalisés sans leur consentement : 432 ; FA patients mis à l'isolement : 207 ; % par rapport à la file active globale : 14 % ; % rapport à la file active des patients hospitalisés sans leur consentement : 47,9 %.

¹⁵ **ESA1** : File active globale : 196 ; FA patients hospitalisés sans leur consentement : 195 ; FA patients mis à l'isolement : 85 ; % par rapport à la file active globale : 43,4 % ; % rapport à la file active des patients hospitalisés sans leur consentement : 43,4 %.

¹⁶ **ESA2** : File active globale : 221 ; FA patients hospitalisés sans leur consentement : 221 ; FA patients mis à l'isolement : 84 ; % par rapport à la file active globale : 38 % ; % rapport à la file active des patients hospitalisés sans leur consentement : 38 %.

- USIP¹⁷ : 94,9 % ;
- 64 % des patients avec une seule mesure d'isolement ;
- durée moyenne de séjour : 3,2 jours ;
- 7,3 % des patients durée de séjour égale ou supérieure à 8 jours, 15,4 % entre 4 et 7 jours.

Recommandation

Le placement en CI des patients hospitalisés à un moment donné sous un mode légal différent des soins libres est fréquent et revêt un caractère extrêmement fréquent dans une unité d'hospitalisation, l'USIP ; il doit toujours être individualisé, justifié médicalement et mis en œuvre en dernier recours.

Recommandation

Une analyse des séjours de longue durée en chambre d'isolement soit être réalisée (plus de 3,2 jours pour 22,7 % des patients et 8 jours ou plus pour 7,3 % des patients).

a) Les mineurs

Vingt et une personnes âgées entre 12 ans 3 mois et 17 ans 11 mois, soit 11,6 % de l'ensemble des personnes mineures hospitalisées, ont fait l'objet de mesures d'isolement entre mars et décembre 2017 : quatorze mineurs à leur arrivée au SAAU (quinze mesures d'isolement) et sept mineurs à l'USIP (huit mesures d'isolement) pendant leur séjour en pédopsychiatrie. Elles représentent 1,3 % de la file active du centre hospitalier, 5,9 % des personnes mises en isolement dans l'ensemble du CH, 7,2 % des personnes mises en isolement au SAAU et 4,8 % à l'USIP.

Il est à noter que l'USIP accueille les patients mineurs de la pédopsychiatrie (cf. *infra* § 8.3) en CI et ceux en OPP (ordonnance de placement provisoire de 1945) ou en SDRE peuvent être accueillis à l'USIP.

Leur âge moyen est de 15 ans 8 mois et médian de 16 ans 1 mois.

61 % des décisions initiales et 13 % des décisions d'interruption sont prises la nuit et les week-ends au décours des permanences sur place des médecins.

La durée moyenne de séjour en CI est de 1 jour 14 h 30 min et la médiane de 13 h 30 min. 22 % mesures sont inférieures à 6 h, 13 % comprises entre 6 et 12 h, 30 % entre 12 et 24 h, 13 % entre 1 et 2 jours, 5 % entre 2 et 4 jours, 13 % entre 4 et 8 jours et 5 % de près de 9 jours.

*b) Les personnes âgées de plus de 75 ans (voir *infra* § 8.2)*

Huit personnes âgées entre 79 et 98,5 ans ont fait l'objet de mesures d'isolement, l'une d'elles à deux reprises. Cinq de ces mesures ont été mises en œuvre au SAAU, quatre dans une unité fermée (ESA2). Elles représentent 0,6 % de l'ensemble des personnes adultes hospitalisées, 2,2 %

¹⁷ **USIP** : File active globale : 183 ; FA patients hospitalisés sans leur consentement : 176 (+ 6 mineurs) ; FA patients mis à l'isolement : 167 ; % par rapport à la file active globale : 91.2 % ; % rapport à la file active des patients hospitalisés sans leur consentement : 94,9 % ; NB : En 2017, l'USIP a accueilli des patients mineurs avec le consentement de l'autorité parentale.

des personnes mises en isolement dans l'ensemble du centre hospitalier, 2,4 % au SAAU et 4,8 % à l'unité ESA2.

La durée médiane de séjour en chambre d'isolement est de 19 h et la durée moyenne de plus de 1,5 jour. On constate deux mesures inférieures à 6 h, trois comprises entre 17 et 19 h, une de plus de 1 jour, une de près de 2 jours, une de près de 3 et une près de 5 jours.

c) Les réflexions du CH sur l'exploitation du registre

Le CH des Pyrénées a pour projet pour la période 2017-2021 de :

- formaliser des protocoles pour les situations identifiées qui nécessitent une restriction des libertés (mise en CI, contention, autres restrictions), de sensibiliser les professionnels au respect des libertés individuelles et de garantir la traçabilité des mesures de restriction des libertés individuelles ;
- définir la politique de l'établissement en matière de préservation des libertés individuelles et les conditions de non-respect de celles-ci intégrant les enjeux de contention, de lieux d'isolement et d'apaisement ;
- poursuivre la mise en œuvre informatisée des obligations relatives à la mise en isolement et contention.

Le plan de formation 2018, présenté au comité technique c'établissement (CTE) le 14 décembre 2017 propose, au titre des actions institutionnelles, des « Ateliers bonnes pratiques de soins infirmiers liées à la spécificité d'exercice en psychiatrie (contention, entretien IDE...) » et des formations sur la « Bientraitance », la « Gestion des comportements agressifs et violents » et le « Diagnostic précoce des personnes à risque suicidaire élevé et prise en charge de la crise suicidaire en unité de soins » ainsi qu'une journée de sensibilisation pluri professionnelle sur la « Bientraitance en psychiatrie ».

7.3.6 Commentaires sur les données brutes du registre d'isolement pour le mois de février 2018 (dans les espaces dédiés)

Le registre comporte 107 colonnes : « IPP cryptée », « nom », « prénom », « date de naissance », « type de décision », « prescripteur matricule », « prescripteur nom », « suivi assuré par », « date décision », « heure », « durée », « unité isolement », « surveillance nom 1 », « surveillance heure 1 », ..., « surveillance nom 24 », « surveillance heure 24 », « séquence heure début 1 », « séquence heure fin 1 », ..., « séquence heure début 24 », « séquence heure fin 24 ».

L'extraction des données brutes du registre pour le mois de février 2018 contient :

104 colonnes, les colonnes « nom », « prénom », « date de naissance » ayant été supprimées. Des données correspondant à des mesures d'isolement sont notées dans les 27 premières colonnes, de la colonne « IPP cryptée » à la colonne « surveillance heure 9 ».

652 lignes correspondant chacune à une modalité saisie par le personnel médical ou paramédical pour un patient. Les décisions médicales et la surveillance infirmière sont horodatées.

Ces données correspondent à :

- des mesures de mise en CI au SAAU et dans les trois unités fermées, initialisées avant le 1^{er} février et des mesures se poursuivant au-delà du 28 février ;
- quarante-six mesures d'isolement initialisées puis interrompues au cours de ce mois concernant trente-cinq personnes hospitalisées.

a) Les heures de prise des décisions médicales :

Près des deux tiers des 349 décisions médicales indiquées dans l'extraction des données brutes du registre pour le mois de février 2018 sont prises dans la première partie de la journée, soit :

- 63,6 % entre 8h30 et 12h30 ;
- 18,9 % entre 13h20 et 18h29 ;
- 17,5 % entre 18h30 et 8h04.

i) Les heures de prise des décisions initiales

Les trois quarts des 56 décisions initiales sont prises l'après-midi et durant le service de nuit, soit :

- 25 % entre 8h30 et 11h46, à 73,3 % dans les unités fermées ;
- 39,3 % entre 13h20 et 18h, à 77,3 % dans les unités fermées ;
- 35,7 % entre 18h30 et 8h04, à 55 % au SAAU (19,6 % de l'ensemble des décisions initiales). Une décision sur sept (16,1 % de l'ensemble des décisions initiales) est prise dans les unités fermées entre 19h20 et 21h ;
- 37,5 % des décisions initiales sont prises en dehors des heures d'ouverture ordinaires des services ;
- 23,5 % des décisions initiales sont prises les mardis, 21,60 % les lundis, 17,60 % les vendredis, 13,70 % les jeudis, 11,80 % les mercredis, 9,80 % les samedis et 2% les dimanches.

ii) Les heures de prise des décisions de renouvellement

Plus de sept sur dix des 242 décisions de renouvellement sont prises dans la première partie de la journée, soit :

- 71,5 % entre 8h30 et 12h30, 94,2 % dans les unités fermées ;
- 13,2 % entre 14h20 et 18h29, à 96,9 % dans les unités fermées ;
- 15,3 % entre 18h30 et 8h, à 91,7% dans les unités fermées.

Une décision de renouvellement est indiquée pour un même patient à la même date et à la même heure que la décision initiale.

iii) Les heures de prise des décisions d'interruption

Près du tiers des 51 décisions d'interruption sont prises dans la première partie de la journée, soit :

- 63,6 % entre 8h30 et 13h, dont 78,9 % dans les unités fermées ;
- 23,5 % entre 14h45 et 17h30, toutes dans les unités fermées ;
- 7,8 % entre 19h et 20h40, les trois quarts dans les unités fermées.

Près d'une décision d'interruption sur dix (9,8 %) est prise en dehors des heures d'ouverture ordinaires des services. Aucune n'est prise avant 8h30 et après 20h40.

23,9 % des décisions d'interruption sont prises les lundis et les mardis, 17,4 % les vendredis, 13 % les mercredis et les jeudis et 8,7 % les samedis. Aucune n'est prise entre le samedi 17h et le dimanche 20h40.

b) Les durées

L'examen des données brutes du registre limité à quarante-deux mesures concernant trente-trois patients indique que les durées de séjour en chambre d'isolement se distribuent en :

- inférieures ou égales à 6 heures : 0 % ;
- inférieures ou égales à 12 heures : 4,8 % ;
- inférieures ou égales à 24 heures : 33,3 % ;
- inférieures à 2,02 jours : 50 % ;
- inférieures à 4 jours : 71,4 % ;
- inférieures à 8 jours : 92,9 % ;
- de 8 à 15 jours : 4,8 % ;
- de 16 à 28 jours : 2,3 %.

c) Commentaires sur ces relevés

i) La mise en œuvre des décisions initiales

On note parmi les quarante-six mesures d'isolement initialisées puis interrompues au cours du mois février 2018 :

- deux décisions initiales absentes, soit 4,3% de l'ensemble ;
- deux décisions de renouvellement précédant pour la même mesure la décision initiale en date du même jour.

ii) La mise en œuvre des décisions de renouvellement

On note dans l'extraction des données brutes du registre que :

- la première décision médicale suivant la décision initiale (interruption et surtout renouvellement) intervient dans un délai :
 - inférieur ou égal à trois heures dans 35,2 % des mesures ;
 - supérieur à trois heures et inférieur ou égal à six heures-dans 27,8 % ;
 - supérieur à six heures et inférieur ou égal à douze heures dans 22,2 %.

Dans 14,8% des cas, cette décision intervient au-delà de 12 heures, hors des délais impartis.

- une décision de renouvellement sur cinq n'est pas renouvelée dans le délai de 24 heures imparti, soit :
 - 17,3 % entre 24 et 30 heures ;
 - 3 % entre 31 et 48 heures.

iii) La mise en œuvre des décisions d'interruption

On note parmi les quarante-six mesures d'isolement initialisées puis interrompues au cours du mois février 2018 :

- deux décisions d'interruption absentes, soit 4,3 % de l'ensemble ;
- une décision d'interruption qui constitue le seul et unique élément indiqué pour une mesure.

Dans plus de quatre mesures sur cinq, des décisions médicales et d'interruption sont absentes, des décisions de renouvellement ne sont pas indiquées prises dans les limites des temps impartis et/ou la surveillance infirmière apparaît incomplète.

Les décisions de renouvellement à un temps rapproché des décisions initiales, la fréquence des décisions de renouvellement, généralement pour 24 heures, et des décisions d'interruption dans

la première partie de la journée impartis interrogent l'utilisation de la chambre d'isolement comme seulement un ultime recours.

d) La surveillance infirmière

Les colonnes comprises entre « surveillance nom 10 » et « séquence heure fin 19 » ne sont pas complètement vides. On peut aussi y trouver des éléments épars, tels ceux notés dans les colonnes « surveillance nom » ou « surveillance heure », sans lien apparent direct avec la mise en œuvre d'une mesure d'isolement. En de multiples occasions, notamment après la fin du service de nuit, l'identification de personnel infirmier continue à apparaître sans horaire de réalisation correspondant. A une occasion, des horaires de surveillance sont indiqués sans aucune identification du personnel infirmier correspondant. Une surveillance infirmière continue à être notée le lendemain de la décision médicale d'interruption.

L'examen des données brutes du registre est limité à quarante-deux mesures concernant trente-trois patients. Quatre mesures (8,7 %) ont été écartées en raison de l'absence d'indication de décisions initiales pour deux d'entre elles et de décisions d'interruption pour deux autres.

Près du quart des surveillances infirmières précèdent les décisions médicales initiales, parfois de quelques minutes, assez souvent d'une demi-heure et à l'occasion de deux heures.

La surveillance infirmière apparaît planifiée toutes les heures, plus rarement toutes les deux heures.

La surveillance infirmière indiquée n'appelle pas de commentaires particuliers dans une mesure sur six. Elle apparaît partielle et discontinue dans cinq sur six.

Le cumul des périodes sans indication de surveillance infirmière s'élève :

- jusqu'à un quart de la durée totale du séjour en chambre d'isolement dans 9,5 % des mesures ;
- entre un quart et un tiers dans 14,3 % ;
- entre un tiers et la moitié dans 21,4 % ;
- entre la moitié et un peu plus des deux tiers dans 38 %.

Des périodes libres de toute indication de surveillance infirmière atteignent à l'extrême 28 et 39 heures d'affilée.

Les premières heures suivant la décision initiale de mise en CI ainsi que les tranches horaires comprises entre minuit et le début de matinée s'avèrent les plus exhaustives, à l'inverse de celles du début de matinée à minuit de même que de celles précédant les décisions d'interruption de la mesure.

Le registre ne note pas et d'évaluation médicale et de surveillance infirmière pour de périodes pouvant être longues. La part des décisions de renouvellement hors des délais et des périodes où la surveillance infirmière est absente, notamment durant les horaires de journée, ne permet pas à partir du registre de rendre compte pour certaines mesures appliquées à des personnes hospitalisées de la nécessité d'une prise en charge intensive en chambre d'isolement.

Recommandation

Les unités doivent renseigner de façon complète les DPCI Cariatides, et par voie de conséquence le registre d'isolement tant du point de vue des décisions médicales que de la surveillance infirmière.

Les données du registre d'isolement doivent être exploitées par les unités et par le CH pour évaluer les pratiques professionnelles, notamment pour savoir si la répartition inhomogène des décisions au fil des journées et au long de la semaine présente un lien entre la présentation clinique et la décision médicale prise.

Ces recommandations méritent d'être intégrées dans le plan de formation du personnel du centre hospitalier.

7.4 LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SONT SUIVIS PAR LE PHARMACIEN

Le pharmacien du CH suit les prescriptions médicamenteuses en incluant celles « *si besoin* ». Selon les informations recueillies, il ne s'est pas trouvé dans la situation de demander une décharge de responsabilité à l'un des médecins.

7.5 LES MODALITES DE DELIVRANCE DES TRAITEMENTS RESPECTENT LE SECRET MEDICAL

La délivrance des traitements est réalisée par les soignants dans la salle de soins où les patients pénètrent tour à tour. Une file d'attente se forme dans le couloir engendrant parfois des altercations entre patients, ce qui explique, selon les propos rapportés, que la porte reste le plus souvent ouverte. Le chariot sur lequel sont disposés les traitements et l'ordinateur répertoriant les prescriptions est positionné de manière à n'être vu que du soignant qui gère la dispensation.

7.6 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT SUIVIS DANS DES CONDITIONS QUI PERMETTENT A CHAQUE UNITE D'AMELIORER SES PRATIQUES

7.6.1 Le circuit des événements indésirables

Le service qualité a établi une fiche type de déclaration d'événements indésirables (FDEI), que tout déclarant d'un tel événement doit renseigner.

Sept catégories d'événements y sont répertoriées : soins et prise en charge ; risque infectieux ; médicament ; sécurité biens et personnes ; risques professionnels ; logistiques et maintenance ; système d'information.

Chacune de ces catégories comprend elle-même de nombreuses sous-catégories, le tout correspondant à plus de cinquante événements indésirables types.

Une fois renseignée la fiche est visée par le cadre de santé, puis transmise au directeur du CH. Le service qualité adressera au déclarant un accusé de réception et procédera à une première analyse de l'événement. Tous les jeudis se tient une réunion de cellule d'analyse des événements indésirables (CAEI), à laquelle les cadres de santé peuvent participer ou bien être expressément conviés. Seuls les événements indésirables classés graves font l'objet d'un retour d'expérience vers les soignants qui les ont signalés.

Chaque trimestre le traitement des événements indésirables donne lieu à un retour aux cadres de santé des pôles, qui à leur tour en informe leur personnel soignant.

Un tableau *Excel* des événements indésirables du trimestre et de leur traitement est établi puis adressé aux pôles. Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) y a accès. Le tableau et bilan du trimestre est présenté à la commission des usagers.

Des contrôleurs ont été confrontés à des soignants mécontents de l'absence de retour d'expérience à la suite d'un même événement indésirable déclaré trois fois pendant une période courte (il s'agissait d'un patient qui fumait à l'intérieur des locaux, la nuit). Cet événement n'avait pas été classé comme grave. L'état trimestriel faisant mention de cet événement venant d'être diffusé n'avait pas encore été porté à la connaissance des soignants. Il semble cependant que l'existence de cet état soit méconnue chez des soignants, certains s'interrogeant sur la nécessité de poursuivre la rédaction de FDEI.

Recommandation

Les soignants doivent être informés chaque trimestre, par la communication du « reporting » établi par le service qualité, du traitement des événements indésirables.

7.6.2 Analyse des événements indésirables déclarés en 2017

Cette analyse a été faite pour l'ensemble de l'établissement ainsi que pour chacun des pôles. 842 événements indésirables ont été déclarés en 2017, dont pour les unités d'hospitalisations :

- pôle 1 : 29 l'ESA2 ; 14 les Saules ; 13 les Erables ; 11 les Marronniers ; 8 l'UMS ;
- pôle 2 : 40 l'ESA1 ; 40 les Chênes ; 36 les Jonquilles ; 35 l'USR ; 21 les Pins ;
- pôle 3 : 48 l'USIP ; 30 le SAAU.

Les 842 événements indésirables de l'année se répartissent de la façon suivante :

- 34 % : soins et prise en charge ;
- 34 % : sécurité biens et personnes ;
- 14 % : risques infectieux ;
- 9 % : logistique et maintenance ;
- 4 % : risques professionnels ;
- 2 % : médicaments ;
- 2 % : système d'information.

Les six événements les plus récurrents qui représentent 52 % des événements sont :

- chutes patients : 21 % ;
- agressions physiques : 9 % ;
- agressions verbales : 5 % ;
- dégradations du matériel ou des locaux : 5 % ;
- altération état cutané : 5 % ;
- problème d'effectif, de planning : 4 %.

Des indices de criticité ont été établis par la Haute autorité de santé (HAS) et permettent le classement suivant de la criticité : risques inacceptables : 0 % ; risques peu acceptables : 51 % ; risques mineurs : 49 %.

Cinq événements indésirables graves ont été déclarés à l'ARS, deux suspicions d'agression sexuelle, une série d'incendies volontaires, une infestation de blattes, une overdose par méthadone.

Chaque pôle a droit à une analyse identique des événements indésirables le concernant, les résultats pouvant être très différents d'un pôle à l'autre, par exemple :

- 47 % de chutes pour le pôle 1 ; 6 % pour le pôle 2 ;
- 4 % d'agressions verbales pour le pôle 1 ; 12 % pour le pôle 2 ; 13 % pour le pôle 3 ;
- pôle 1, pas d'agressions physiques ; 8 % au pôle 2 ; 13 % au pôle 3.

La majorité des événements indésirables aux pôles 2 et 3 concerne la sécurité des biens et des personnes (56 % et 47 %) alors que cette catégorie ne concerne que 13 % des événements du pôle 1.

Ces analyses permettent à chacun des pôles et chacune des unités d'orienter leur action sur la qualité, un médecin et un cadre référents qualité étant désignés dans chacun des pôles.

7.7 LE « COMITE D'ETHIQUE » EST INACTIF

En 2014, l'établissement a tenté de favoriser la réflexion éthique par la mise en œuvre d'un forum qui, sous forme électronique, avait pour objectif d'être un espace de discussion et d'échanges entre professionnels de l'établissement et des personnalités extérieures individuellement autorisées (professeurs d'université, magistrats). Les échanges devaient porter sur des sujets préalablement validés et mis au débat pendant une durée déterminée. Or, cette forme de participation n'a pas recueilli le succès espéré et a été abandonnée. Depuis lors, des initiatives individuelles ont donné lieu à des séminaires organisés par le personnel du service des urgences (SAAU) sur des points d'éthique clairement identifiés.

Une réflexion éthique devrait se développer désormais au niveau du territoire du GHT dans le cadre d'un comité d'éthique territorial. Selon les informations recueillies auprès des soignants, le CH des Pyrénées va se trouver en minorité au sein de ce groupement, essentiellement constitué d'hôpitaux généraux et il est à craindre que soient essentiellement réfléchies les problématiques de MCO¹⁸, comme cela aurait été le cas lors de la première réunion.

Recommandation

L'appartenance à un groupement hospitalier de territoire ne doit pas restreindre la réflexion éthique du centre hospitalier spécialisé qui doit se doter d'un espace éthique spécifique.

¹⁸ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

8.1 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION DES PATIENTS DETENUS SONT DISCRIMINANTES PAR RAPPORT AUX AUTRES PATIENTS ET PARFOIS PLUS DIFFICILES QU'À LA MAISON D'ARRÊT

Les patients détenus sont normalement hospitalisés à l'USIP, sous réserve qu'il y ait de la place lors de leur admission, ce qui n'a pas été le cas le 8 mars 2018, une personne détenue arrivée en fin de journée ayant dû être hospitalisée au SAAU. Dans cette hypothèse, le patient détenu séjourne en chambre d'isolement jusqu'à son transfert à l'USIP.

Les deux psychiatres de l'USIP sont également les deux psychiatres de l'unité médicale en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt, ce qui présente l'avantage d'avoir les mêmes médecins qui suivent les personnes détenues en prison et au centre hospitalier des Pyrénées.

8.1.1 Le transport des patients détenus de la maison d'arrêt vers le CH

La fiche n° 6 de la *convention de partenariat Santé-Sécurité-Justice* prévoit que le transport du patient détenu de la prison vers l'hôpital relève de l'établissement de santé, « avec renfort possible des Forces Sécurité Intérieure (FSI) ». Le *protocole relatif à la prise en charge et à la gestion d'un patient hospitalisé en SDRE D 398* définit le transfert du patient de la maison d'arrêt vers l'USIP de la façon suivante : il est organisé par la surveillance générale une fois l'arrêté préfectoral d'hospitalisation en SDRE D398 reçu ; « une équipe de soignants du CHP est alors dépêchée sur place avec un véhicule de l'hôpital ; cette équipe sera escortée par du personnel de la maison d'arrêt le temps du transfert de la maison d'arrêt au sas d'entrée de l'unité. »

Le patient est donc placé sous la responsabilité du CH qui va le chercher en véhicule sanitaire avec la possibilité d'un renfort policier ou bien escorté par du personnel de la maison d'arrêt.

Préalablement, la surveillance générale est informée dans la journée par le psychiatre de la maison d'arrêt de la nécessité de l'hospitalisation. Elle en informe la direction du CH et s'assure d'une place disponible à l'USIP ou à défaut au SAAU. Elle organise le transport et attend de recevoir l'arrêté préfectoral pour l'ordonner. Sauf urgence, ce transport se fait en fin de journée.

La surveillance générale reçoit la fiche pénale du patient détenu, émise par la maison d'arrêt, et en transmet une copie au directeur du CH.

Un contrôleur a pu assister à l'arrivée d'un patient détenu. Le CH a été informé le matin à 9h30. Ce patient détenu n'a été hospitalisé qu'à 18h30. Celui-ci est arrivé dans un véhicule du CH accompagné de quatre soignants. Il avait été menotté à l'intérieur de la prison – il a pu être constaté que les menottes étaient très serrées (marques sur les poignets). Pendant le transport, les clés de ces menottes ont été en permanence en possession des policiers de la brigade anticriminalité (BAC) restés dans leur véhicule chargé de sécuriser ce transport.

Ces modalités de transport ne respectent pas la dignité du patient ni sa sécurité. **Placé sous la responsabilité du CH, le patient ne peut être soumis qu'à des contentions médicales** ; il ne peut plus être considéré comme un détenu éventuellement soumis au port de menottes ou d'entraves, équipements dont le maniement échappe au personnel soignant et qui peuvent porter atteinte à l'intégrité du patient ou des soignants, ces derniers étant dans l'incapacité de les ôter en cas de besoin. Ces modalités ne respectent pas la *convention Santé-sécurité-Justice* dont l'annexe 6 prévoit la possibilité d'un renfort possible **mais non que les forces de sécurité intérieures se substituent au personnel du CH.**

Il faut enfin rappeler qu'il y a dans le véhicule sanitaire un matériel sanitaire de contention non susceptible de blesser le patient que maîtrisent parfaitement les soignants.

Ce patient détenu a été rencontré le lendemain matin de son arrivée par les contrôleurs au SAAU et non à l'USIP faute de places. Il était encore sous l'émotion de la brutalité des conditions de ce transport. Il avait été informé dans la matinée de son hospitalisation, mais transporté sans aucune de ces affaires personnelles à l'exception des vêtements qu'il portait sur lui.

8.1.2 Les conditions d'hospitalisation à l'USIP

Les détenus hospitalisés sont normalement hospitalisés à l'USIP. Ils ont été vingt-cinq en 2017, dix-neuf en 2016, vingt et un en 2015, vingt en 2014. Leur nombre est à peu près constant d'une année sur l'autre.

Ils sont dans un premier temps placés systématiquement en CI, jusqu'à ce qu'ils soient examinés par un psychiatre. Cette systématisation surprend dans la mesure où le patient a été hospitalisé sur demande du psychiatre de la maison d'arrêt qui est également celui de l'USIP, et dans la mesure où le patient aura souvent attendu toute la journée à la maison d'arrêt avant d'être hospitalisé.

Un protocole interne relatif à la prise en charge et à la gestion du séjour d'un patient hospitalisé en SDRE D 398 a été établi. Les contrôleurs s'interrogent sur les motifs autres que ceux liés à la sécurité, instituant un règlement de vie des détenus au sein de l'USIP systématiquement discriminatoire par rapport aux autres patients.

a) Les chambres sécurisées

Ce temps en CI peut ne pas être long. Le patient est ensuite placé en « chambre sécurisée » ; c'est en réalité une chambre dont la salle d'eau et le mobilier sont identiques aux autres chambres à la différence que le lit est fixé au sol. Le patient détenu y est enfermé, obligé d'être en pyjama, avec des sorties limitées. L'organisation du séjour du patient détenu dans l'unité s'apparente aux conditions d'un patient en CI. Elle est définie par le *protocole relatif à la prise en charge et à la gestion du séjour d'un patient hospitalisé en SDRE D 398*.

b) La vie quotidienne

Un patient détenu a été rencontré à l'USIP : celui-ci, présent depuis quatre jours, a pu venir avec quelques affaires. Il serait resté en CI 24 heures avant d'être placé en chambre sécurisée dont il pouvait sortir dans l'unité et être avec les autres patients deux heures le matin de 9h30 à 11h30 et deux heures l'après-midi de 16h30 à 18h30. Il ne pouvait fumer que quatre cigarettes par jour. Il pouvait participer à des activités sur prescriptions médicales, ce qui a été son cas puisque la psychologue a attendu la fin de l'entretien avec les contrôleurs pour débiter l'activité du groupe de parole.

Un patient détenu, ne peut pas prendre ses repas avec les autres patients. Il les prend dans sa chambre, alors que le protocole prévoit qu'il doit être pris dans un espace aménagé. Il n'a pas accès à la télévision le soir. Il peut cependant avoir de la lecture. De même il peut avoir des visites dans les limites fixées par la maison d'arrêt. Il peut téléphoner dans les conditions de la prison. Tous les courriers doivent être visés par la maison d'arrêt. Il peut cantiner à l'exception des denrées alimentaires, auprès de la maison d'arrêt, les objets achetés étant retirés par le cadre de santé, lequel est également le cadre de santé à l'USMP dans lequel il se rend une fois par semaine. Ce système de cantine, peut être défavorable à la personne détenue hospitalisée ; par

exemple, elle ne peut acheter un poste de radio (à piles et sans fil) que par la cantine de la maison d'arrêt, poste qu'il paiera deux ou trois fois plus cher que le même poste acheté par l'unité d'hospitalisation.

8.1.3 Les droits spécifiques aux patients hospitalisés en soins sans consentement

Le patient détenu rencontré n'avait aucun souvenir d'une éventuelle notification de ses droits, alors que son esprit lors de l'entretien était parfaitement éveillé. Il semblait totalement ignorer l'existence du JLD.

8.1.4 La gestion des incidents

L'annexe 6 de la *convention de partenariat santé-sécurité-justice*, pose le principe que « *tout incident relatif à un détenu doit être déclaré à la maison d'arrêt* », au chargé des liaisons maison d'arrêt-justice-hôpitaux, au directeur de la maison d'arrêt, à son secrétariat, au surveillant chef. Il est également prévu que certains incidents au regard de leur nature et de leur proximité doivent être signalés au parquet et à l'ARS : les violences et outrages sur personnel, les tentatives d'évasion, les évasions (prévenir également directeur départemental de la sécurité publique et Gendarmerie).

Cette systématisation est de nature à stigmatiser un patient détenu et à le différencier des autres patients.

Bonne pratique

Les deux psychiatres de l'USIP sont également les deux psychiatres de la maison d'arrêt, ce qui contribue à assurer la continuité des soins.

Recommandation

Le patient détenu doit être traité comme les autres patients de l'unité.

Lors de son transport il ne doit être contentonné que sur prescription médicale et seulement en raison de son état clinique. Il ne doit pas être systématiquement placé en chambre d'isolement, ni en chambre sécurisée.

La personne détenue hospitalisée doit pouvoir être transportée vers l'hôpital avec des affaires personnelles.

Seuls les incidents qui ne sont pas liés à la pathologie du patient détenu peuvent être signalés aux autorités judiciaires et pénitentiaires.

8.2 L'UNITE DE GERONTO-PSYCHIATRIE « LES MONTBRETIAS - LES OLIVIERS » EST SOUS-DIMENSIONNEE POUR LES ACTIVITES DES PATIENTS ET POUR LES VISITES DES FAMILLES

L'unité « les Montbrétias – les Oliviers » est l'unité d'hospitalisation complète de géronto-psychiatrie du pôle 1. Elle est située sur le site du CH des Pyrénées. Elle résulte de la fusion des deux unités de géronto-psychiatrie « les Montbrétias » et « les Oliviers » qui occupaient chacune la moitié du même bâtiment. C'est une unité de court séjour avec quelques patients dont l'orientation vers une structure d'accueil adapté est difficile. Elle travaille avec l'unique CMP de géronto-psychiatrie des quatre secteurs de compétence du CH des Pyrénées.

Les relations avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les maisons d'accueil spécialisées sont nombreuses mais n'ont pas encore atteint la maturité souhaitée pour que les séjours séquentiels et les séjours de rupture deviennent la norme avec l'ensemble des correspondants de l'unité.

Cette unité compte trente chambres individuelles dont six partagent trois salles de bains. L'immobilier et le mobilier sont maintenus en parfait état. Les chambres sont équipés de « lits Alzheimer », d'un bureau, d'une chaise, d'une table de nuit, d'une armoire fermant à clé – dont la clé est conservée par les soignants –, la porte de la chambre ne peut pas être fermée de l'intérieur, les fenêtres sont équipées d'un système de blocage qui interdit une ouverture de plus de 10 cm, les volets roulants sont manœuvrables par les patients, les sanitaires sont correctement équipés ; une sonnette d'appel est accessible dans la chambre et dans les sanitaires.

Lors du contrôle, elle accueillait vingt-sept patients, le plus jeune ayant 60 ans et le plus âgé, 92 ans. Un seul patient était en soins sans consentement (SDTU), la moyenne étant en général de deux à trois. Le taux d'occupation en 2017 était de 96 %.

La durée moyenne de séjour est de 57 jours.

Pour le personnel médical, l'unité compte 1,5 ETP de psychiatre répartis sur trois personnes, 1 ETP de médecin généraliste, 1 interne en médecine générale. Pour le personnel non médical, l'unité compte 16 ETP d'IDE, 19 ETP d'AS, 5 ETP d'ASH (pour 6 prévus), 0,8 ETP de psychomotricienne en deux personnes et 0,4 ETP d'assistance sociale.

L'équipe de jour est composée de 4 IDE, de 4 AS et de 2 ASH qui se partagent entre les deux parties de l'unité. Le temps consacré à la toilette des patients est dominant par rapport à celui des soins psychiatriques.

Le personnel non médical assure son service selon les mêmes règles qu'à l'époque où l'unité était scindée en deux ; les patients peuvent circuler librement entre les deux parties du bâtiment et utilisent le même patio intérieur et la même cour arborée, close par un grillage.

L'unité est fermée, car la plupart des patients sont dans l'incapacité de se repérer ou sont à mobilité réduite. De ce fait, rares sont les patients qui peuvent se rendre dans les ateliers ou à l'espace socioculturel du CH.

Le volume de temps consacré aux activités thérapeutiques est faible faute d'équipement, de temps disponible des soignants et de personnel spécialisé. Il n'existe qu'une seule salle d'activité pour l'unité. Le projet d'unité de septembre 2017 devrait être complété pour prendre en compte ce besoin, selon les informations recueillies. Un atelier de massage a été mis en place et des soignants formés, mais le matériel manque.

Une réflexion était en cours pour modifier le patio afin que les patients puissent faire du jardinage. Un chariot Snoezelen devait être acquis, à défaut de salle réservée pour ce mode d'activité, mais aucun plan de formation n'était encore associé à cela – seule la psychomotricienne était formée à son emploi.

Il n'existe aucun salon pour accueillir des visiteurs. Les patients reçoivent dans leurs chambres, ce qui limite le nombre de visiteurs et la durée des visites. La cafétéria est éloignée pour la plupart des patients, à mobilité réduite, et ne peut donc pas être citée comme substitut à de tels salons.

Recommandation

Le développement des activités dans l'unité de géronto-psychiatrie Les Montbrétias-Les Oliviers doit être poursuivi par la mise en place d'équipements et le soutien de personnel formé.

L'aménagement de salons pour recevoir des visiteurs doit être envisagé.

L'accès aux téléphones portables est limité à une heure le matin et une heure l'après-midi, mais rares sont les patients qui en détiennent – ils étaient au nombre de deux lors de la visite des contrôleurs. Les communications sont passées sur le poste infirmier à compter de 10h.

En matière de soins sans consentement, les patients proviennent du SAAU où ils restent moins de 24 h. Les décisions sont communiquées par les IDE qui n'ont pas reçu de formation spécifique.

Les contentions

Dans l'annexe 2 du projet de l'unité pour la période 2017-2022 en date du 11 septembre 2017, se trouve une procédure interne à l'unité de mise sous contention mécanique thérapeutique chez la personne âgée (*à partir de 60 ans*) ou atteinte de démence sans limite d'âge (version 2, 21 avril 2017) dont la date de diffusion n'était pas définie.

Trois types de contention sont prévus :

- contention ventrale au lit, en chambre seule avec barrières et protège-barrières et fermeture de porte du fait de la vulnérabilité dans le but de sécuriser le patient et/ou les autres patients ;
- contention ventrale au fauteuil, en salle commune sous la surveillance des soignants ou en chambre avec fermeture de porte du fait de la vulnérabilité dans le but de sécuriser le patient et/ou les autres patients, et aussi de l'apaiser au moment des repas ;
- attaches de poignet et de cheville utilisés dans les cas d'agitation extrême au lit du patient avec barrières et protège-barrières et fermeture de porte.

Les modalités de mise en œuvre et les indications sont :

- mise en place d'une contention ventrale pour l'endormissement (sieste ou nuit). La mise en place nécessite une prescription médicale à réévaluer toutes les 48 heures avec possibilité de l'interrompre en fonction de l'évaluation et de la surveillance infirmière ou dès que le patient est endormi. Elle peut être indiquée face à une situation d'agitation psychomotrice ou de l'instabilité, une inversion du rythme nyctéméral, une auto-agressivité, un risque de chute, une mise en danger dans la chambre, des difficultés pour l'endormissement. Elle est mise en œuvre sur un lit médicalisé ou sur un lit médicalisé « Alzheimer », un matelas normal ou sur un matelas anti escarres à air. La chambre est fermée à clefs (la personne étant vulnérable et ne pouvant se défendre) ;
- mise en place d'une contention ventrale sur un temps d'apaisement. La mise en place nécessite une prescription médicale, portée dans le DPCI, pour une durée de 15 à 20 minutes « jusqu'à trois fois » à réévaluer toutes les 48 heures avec possibilité pour le personnel soignant, après évaluation du comportement, de retirer les contentions dès que le patient est apaisé. Elle est mise en œuvre en dernier recours après échec d'actions en vue d'apaisement. Elle peut être indiquée face à une situation d'agitation psychomotrice, à un patient sthénique, à une auto-agressivité (exemple : lors d'un repas), à un risque de chute, à une mise en danger face à l'environnement. Dans le cas d'une contention au lit, la chambre est fermée à clef (la personne étant vulnérable et ne pouvant se défendre). Dans le cas d'une

contention au fauteuil dans la salle à manger, le patient est installé à la vue des soignants en raison de sa vulnérabilité et pour sa sécurité.

L'annexe 2 indique que pour un patient dément, la pose de contention ne requiert pas la nécessité de soins sans consentement. L'orientation d'un patient dans une unité fermée n'est pas écartée.

Lors de la visite des contrôleurs, cinq patients faisaient l'objet de prescriptions de contention renouvelées tous les sept jours (contentions ventrales pour le jour ou la nuit, au lit ou en fauteuil) en contradiction avec les termes de la procédure. Aucune de ces prescriptions n'apparaît dans un registre.

Comme cela apparaît dans le *tableau de bord de suivi des événements indésirables pour l'année 2017*, à la suite de son agression, une personne hospitalisée a été « isolée pour sa sécurité » et vue par l'interne de garde pour conduite à tenir. Le 10 novembre 2017, un patient de l'unité sur six était sous contention ventrale.

Recommandation

Les prescriptions de contention en gériatrie-psychiatrie doivent être renouvelées à un rythme conforme à la procédure et non pas de façon hebdomadaire. Elles doivent apparaître dans le registre de contention de l'unité ou du CH des Pyrénées.

8.3 L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE « LES CAPUCINES » OFFRE DES LOCAUX BIEN AMENAGES ET UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE MEME SI LE PLACEMENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT DANS UNE DES UNITES D'ADULTES QUESTIONNE

« Les Capucines » est l'une des deux unités d'hospitalisation complète du pôle de pédopsychiatrie. Elle est située au sein du site du CH des Pyrénées alors que la seconde unité, le Mont Vert, est localisée à Jurançon.

Accueillant des mineurs de 13 à 18 ans, cette unité de huit lits peut accepter des enfants de moins de 13 ans quand leur pathologie l'impose.

Elle reçoit donc des adolescents ou des pré-adolescents souffrant de troubles graves du comportement dès lors qu'ils traduisent une souffrance psychologique importante (tentative de suicide, scarification, déscolarisation, addiction, anorexie). L'entrée dans la psychose, pour autant qu'elle puisse être diagnostiquée, apparaît rarissime.

Au jour du contrôle, cinq filles et trois garçons y étaient hébergés.

Aucun mineur n'y a été admis sur décision du représentant de l'Etat, à l'exception en 2015 d'un jeune garçon détenu.

Depuis les deux dernières années, cinq mineurs ont été confiés à l'établissement psychiatrique par ordonnance du juge des enfants, trois en 2016 et deux en 2017.

A compter du 1^{er} janvier 2018 et jusqu'au jour de la visite des contrôleurs, cinquante-huit patients ont séjourné aux Capucines, la durée moyenne du séjour étant de quinze jours.

Sous l'autorité du médecin psychiatre responsable du pôle de pédopsychiatrie et du cadre supérieur de santé, l'équipe était composée, au jour du contrôle, d'un praticien hospitalier pédopsychiatre chef de service, d'un pédopsychiatre à mi-temps (ces médecins étant régulièrement assistés d'un interne), de seize soignants (treize IDE et trois AS), d'une assistante sociale et d'une psychologue, ces deux derniers à 0,5 ETP.

Les douze chambres individuelles, de 12 m² environ, sont claires et meublées agréablement, outre du lit et de sa table de chevet, d'un bureau avec étagère, d'un placard-penderie et d'une chaise. Toutes bénéficient de sanitaires individuels avec douche à l'italienne.

L'unité est fermée par protection pour les jeunes et non par choix thérapeutique.

Le hall d'entrée, vaste et lumineux est meublé de deux canapés et d'une table basse permettant ainsi une attente conviviale et sereine pour les visiteurs (familles, éducateurs).

La « salle de vie » est un lieu de rassemblement où les jeunes regardent la télévision, font des jeux de société, des parties de baby-foot et prennent leurs repas toujours en présence des soignants.

L'unité dispose d'une cour, accessible sous surveillance.

Deux autres salles, dont une dédiée aux exercices de psychomotricité, offrent un espace suffisant pour organiser des activités occupationnelles ou thérapeutiques allant de la relaxation à l'expression corporelle, les arts plastiques, la cuisine, la musicothérapie.

Des sorties sont régulièrement organisées notamment pour aller à la piscine ; un éducateur sportif accompagne alors le groupe.

La cadre de santé, qui s'est montrée très disponible pour expliquer le fonctionnement de l'unité aux contrôleurs, qualifie son équipe, dont l'effectif minimum est de trois soignants en journée et deux la nuit, de « *volontaire, investie et professionnelle* ».

Les jeunes patients rencontrés ont fait état de bonnes relations avec « *presque tous les soignants* ».

Un temps de transmissions est institutionnalisé chaque matin en présence des médecins tandis qu'une réunion hebdomadaire est consacrée à la synthèse de l'évolution de chacune des hospitalisations.

L'équipe soignante, qui ne bénéficie pas de supervision, n'a pas fait état de demande en ce sens.

Les admissions se font prioritairement en urgence, seules 10 % d'entre elles sont programmées.

Le jeune patient est dans la plupart des cas amené par ses parents ou ses éducateurs au SAAU. Après une première évaluation il est conduit aux Capucines et reçu par le médecin et/ou le soignant.

Des explications lui sont données sur les modalités de prise en charge et la vie de l'unité.

Le livret d'accueil, pédagogique et complet, lui est remis. Un exemplaire peut être donné aux représentants légaux. On y trouve principalement des explications sur les modalités d'admission, l'organisation du séjour avec des extraits du règlement intérieur, les droits et obligations réciproques, la charte de bientraitance.

La prise en charge est fondée sur un emploi du temps rythmé, des temps collectifs obligatoires (fermeture des chambres matin et après-midi) des entretiens médicaux, une présence soignante permanente et des activités thérapeutiques.

Il est prévu une rupture de contact avec l'extérieur de 48h, ce choix étant justifié par la nécessité pour le jeune d'être extrait de son milieu habituel en vue d'investir le lieu de soins autant que pour faciliter l'observation des soignants, hors de toute influence.

Les visites sont ensuite possibles, sauf rarissime prescription médicale contraire.

Au moment du contrôle, tous les patients bénéficiaient de visites familiales.

La place des parents est affirmée dans un souci d'alliance thérapeutique ; ceux-ci sont informés très régulièrement de l'évolution de la prise en charge. Toutefois, dans l'hypothèse où le mineur demande à ce que certaines informations soient gardées secrètes, il y est fait droit sauf si une telle demande n'est pas conforme à son intérêt.

Les liens avec l'extérieur sont également préservés par la possibilité, passé le délai de 48 h, de recevoir et d'émettre des appels téléphoniques depuis un poste fixe entre 17h et 20h30 en semaine ; le week-end et les jours fériés cette possibilité est ouverte durant toute la journée (entre 10h30 et 20h30).

L'interdiction de fumer est absolue, mais il est proposé aux « patients fumeurs » un réel soutien par l'accès aux différentes formes d'aide au sevrage tabagique. L'équipe soignante a précisé être très attentive aux difficultés rencontrées et rechercher avec le médecin les mesures les plus opportunes.

L'isolement

L'établissement ne dispose pas de chambres d'isolement, par choix thérapeutique et parce que l'unité de pédopsychiatrie n'est pas considérée comme fermée.

Toutefois, le comportement agité avec auto ou hétéro-agressivité, voire violence et crises clastiques de quelques-uns a conduit les psychiatres du pôle à accepter qu'une décision d'isolement, voire de contention, soit exécutée, en concertation avec le médecin de service, à l'USIP, unité pour adultes jouxtant le pavillon des Capucines. Le jeune est alors conduit par deux soignants des Capucines et, à la suite d'une consultation avec le médecin psychiatre de l'USIP, placé en chambre d'isolement. Le suivi et la levée de la mesure sont assurés par l'équipe de l'USIP, étant précisé que le jeune patient est visité régulièrement par les soignants et/ou le pédopsychiatre des Capucines.

En 2017 et jusqu'au jour du contrôle, une dizaine de patients des Capucines ont ainsi été isolés à l'USIP pour une durée allant de 2 à 240 heures. Toutes les mesures ont été tracées dans le registre.

La **contention** est exceptionnelle (deux fois en 2017 pour une durée inférieure à trois heures) et répond à une situation de crise aiguë.

La possibilité d'utiliser la chambre d'isolement de l'USIP est jugée préférable à « l'installation » d'une telle pièce dans une unité de pédopsychiatrie accueillant parfois des enfants de 11 ou 12 ans. Cette orientation a été adoptée après discussion entre les médecins du pôle. Les soignants rencontrés à l'USIP ne sont pas unanimes pour partager ce choix, certains expliquant que l'USIP n'est pas adaptée pour recevoir des mineurs qui pourraient croiser des patients détenus. Le principe même du placement de mineurs en chambre d'isolement semble cependant devoir être réexaminé.

Recommandation

Le placement des mineurs en chambre d'isolement, plus encore dans une unité d'adultes, doit faire l'objet d'une réflexion critique à la lumière du rapport du CGLPL relatif à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale.

8.4 L'UNITE « LES AMANDIERS », RESERVEE AUX PATIENTS POLY DEFICIENTS, SOUFFRE DE L'ABSENCE D'UN MEDECIN PSYCHIATRE

Cette unité, rattachée au pôle 2, reçoit des personnes gravement déficitaires qui présentent des troubles moteurs associés à ceux du développement mental et de la personnalité, tel l'autisme.

Ce pavillon a bénéficié d'une rénovation complète de ses locaux après que les membres de la haute autorité de santé (HAS) ont émis, au mois de décembre 2015, des réserves à la certification de l'établissement et ce, notamment au vu des conditions indignes d'hébergement.

L'ensemble de cette unité a donc été restructuré permettant ainsi l'obtention de la certification V2014 en date du 20 juillet 2017.

Au jour de la visite quatorze patients y résidaient, chacun disposant d'une chambre individuelle d'environ 13 m² avec douche et sanitaires adaptés.

Quatre autres chambres individuelles étaient inoccupées. Le mobilier des chambres entièrement neuf (lit, table de chevet, armoire) est, si nécessaire, spécifique à la pathologie du patient. Ainsi et à titre d'exemple, pour éviter des blessures à une personne qui se levait la nuit et se glissait sous son lit, a été installé un épais matelas en mousse avec une housse en plastique, posé à même le sol.

Les locaux communs sont vastes, clairs et se répartissent principalement entre une salle à manger et une très grande pièce commune dans laquelle se promènent les patients entourés des soignants.

Un espace est réservé aux visites des familles.

Une **chambre d'apaisement** comportant un canapé est utilisée à la demande du patient qui ressent le besoin de s'isoler et, plus rarement, à l'initiative des soignants qui prennent la décision de mettre à l'écart, pendant un temps qui ne dépasse pas trente minutes, la personne dont le comportement n'est plus compatible avec la vie commune.

L'équipe soignante, composée de dix IDE et de neuf AS, travaille en cycle de douze heures, à raison d'une équipe de quatre personnes en journée et de deux la nuit.

Un cadre de santé expérimenté, un médecin généraliste à mi-temps, une psychomotricienne et un psychologue, chacun à temps partiel, complètent l'équipe.

Les contrôleurs ont pu constater l'investissement des soignants qui, pour beaucoup, sont en poste dans ce pavillon depuis plusieurs années.

Si la présence du médecin généraliste est appréciée, les soignants sont unanimes pour dire combien l'absence d'un médecin psychiatre responsable de l'unité est ressentie comme problématique. Outre que l'équipe ne se sent pas épaulée pour conduire une réflexion sur un projet psychiatrique, elle est parfois en difficulté quant aux solutions et aux soins à apporter face au comportement auto ou hétéro-agressif de certains patients en crise d'agitation voire de décompensation.

Il a été expliqué aux contrôleurs que le transfert dans une unité fermée était utilisé quand le placement en chambre d'isolement devenait le seul choix thérapeutique pour protéger la personne agitée. Il est à préciser qu'un tel transfert entraîne, *de facto*, le changement de statut du patient pour lequel est alors ouverte une procédure de soins sans consentement, rarement levée au retour dans l'unité. Tel était le cas de deux résidents pendant le temps du contrôle, alors que les douze autres, étaient en soins libres.

Tous les patients de cette unité bénéficient d'une mesure de protection juridique sous la forme d'une tutelle aux biens et à la personne.

L'équipe soignante fonctionne en parfaite collaboration avec celle de l'hôpital de jour (joutant l'unité), lieu où se passent la plupart des activités. Les contrôleurs, qui ont assisté à des jeux d'assemblage de cubes et de reconnaissance de couleurs et de formes, ont été témoins de la disponibilité et de l'attitude bienveillante, voire affectueuse du personnel à l'égard de chacun, tout en étant attentif à gérer les manifestations d'angoisse ou d'excitation comme celles provoquées par la venue de personnes étrangères au service.

Malgré la lourdeur des handicaps, l'équipe est soucieuse d'organiser des activités extérieures tels des repas au restaurant, des pique-niques, des sorties « nature », étant précisé que l'accompagnement est assuré par un soignant par participant et que le coût est financé par le prélèvement sur les allocations adulte handicapé (AAH) après accord du tuteur.

Le maintien des liens familiaux est souhaité et tous les résidents sont autorisés à recevoir des visites.

La durée du séjour peut être de plusieurs années pour les patients chroniques, dont l'un réside aux Amandiers depuis 1994.

Les projets de sortie, difficiles à construire, se heurtent au déficit de structures médico-sociales en capacité d'accueillir ces personnes cumulant les handicaps physiques et psychiques.

La prise en charge des patients exige vigilance et dévouement des soignants qui sont soutenus par leur cadre de santé.

La cohésion, la compétence et la sérénité de l'équipe est indispensable au maintien d'un fonctionnement harmonieux du service. Dans une hypothèse contraire, et en l'absence de contrôles institutionnel et juridictionnel, le risque de dérive ne serait pas à exclure.

Recommandation

L'affectation d'un médecin psychiatre aux Amandiers est nécessaire pour garantir une prise en charge adéquate à la pathologie des patients autant que pour assurer l'animation d'un projet de vie d'unité tout en aidant les soignants à maintenir la qualité de leur travail.

Dans son courrier en date du 6 septembre 2018, le directeur du CH des Pyrénées précise « je sollicite la révision du constat sur l'absence de médecin psychiatre apparaissant dans la recommandation. En effet, un psychiatre d'astreinte peut être interpellé en permanence par l'équipe soignante. Par ailleurs une psychologue intervient à hauteur d'un mi-temps. La couverture psychiatrique et psychologique est ainsi assurée ».

Commentaires du CGLPL : Le CGLPL maintient la recommandation. En effet, l'équipe en place a besoin d'un médecin psychiatre.

9. CONCLUSION GENERALE

Les restrictions aux libertés individuelles constatées lors de la visite et faisant l'objet de recommandations dans ce présent rapport sont, fort heureusement remises en cause dans le projet de prise en charge (PEC) du CH des Pyrénées pour les années 2017-2021. Des changements de pratiques y sont préconisés pour améliorer la vie quotidienne des patients. En revanche le PEC ne s'est pas approprié le concept selon lequel le « *droit contribue aux soins* ». Il est indispensable de former le personnel médical et soignant afin qu'i puisse apporter, avec conviction et pédagogie, toutes informations aux patients en soins sans consentement, sur leurs droits spécifiques.

L'implication de beaucoup de soignants dans l'offre et l'encadrement des nombreuses activités thérapeutiques permet une prise en charge variée dans la vie quotidienne. Toutefois, le temps de présence insuffisant de médecins dans plusieurs unités questionne. Il ne s'explique ni par l'effectif, certes contraint, ni par une répartition inadéquate entre l'intra et l'extra hospitalier. Cet état de fait est évidemment préjudiciable au suivi des patients.

Concernant l'isolement et la contention, les contrôleurs ont fait le constat que le placement en chambre d'isolement n'était pas toujours utilisé comme dernier recours mais à des fins sécuritaires, voire disciplinaires, notamment pour les patients détenus. Les contrôleurs ont de plus conduit une analyse approfondie en s'appuyant sur le travail du DIM qui leur a permis de découvrir des anomalies dans la temporalité et la durée des décisions médicales et dans la surveillance infirmière. Un tel travail devrait être régulièrement mené au sein de l'établissement afin d'améliorer les pratiques professionnelles.