



Rapport de visite :

3 au 13 septembre 2018 – 1^{ère} visite

Services de psychiatrie

Hôpitaux de Lannemezan

(Hautes-Pyrénées)

SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie des hôpitaux de Lannemezan du 3 au 13 septembre 2018. La visite a été annoncée à la direction la semaine précédente. Le rapport provisoire établi à l'issue de cette visite a été communiqué à la directrice de l'établissement, au préfet des Hautes Pyrénées, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Tarbes ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé-délégation départementale des Hautes-Pyrénées. Par courrier du 21 mars 2019, la directrice des hôpitaux de Lannemezan a fait connaître les observations de l'établissement, lesquelles ont été reprises dans le présent rapport de constat définitif ; les autres destinataires n'ont pas donné suite à cet envoi.

L'hôpital psychiatrique de Lannemezan a été construit en 1938 sur un vaste site, distant de 2,5 km du centre-ville, où a pu se développer son architecture pavillonnaire. En 1975, un établissement privé, la Clinique locale du Plateau, a été intégré à l'hôpital psychiatrique. Les services de médecine, chirurgie et urgences ont été installés sur le site hospitalier de Lannemezan dans des locaux très modernes, le « Centre Médico-Chirurgical », construits en 1991. L'extension de l'activité a été traduite dans la nouvelle dénomination de l'établissement : « Hôpitaux de Lannemezan ».

Pour autant, l'activité psychiatrique reste prépondérante puisqu'elle représente 238 des 522 lits que compte le centre hospitalier de Lannemezan (CHL), le pôle médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en comptant 54 et les autres lits étant répartis dans diverses structures notamment celles du pôle de gériatrie. Le CHL constitue l'offre principale de soins psychiatrique du département qui compte quatorze psychiatres libéraux et deux cliniques prenant en charge des patients souffrant de troubles mentaux.

S'agissant de la psychiatrie adulte, le CHL est organisé en trois pôles ; chacun a en charge l'un des trois secteurs de psychiatrie du département des Hautes-Pyrénées et celui du Sud de la Haute-Garonne voisine ainsi qu'un ou plusieurs services transversaux, l'ensemble couvrant une population d'environ 310 000 habitants sur un territoire fortement rural et montagnard au sud. Chaque pôle dispose en propre de deux unités d'admission, l'une ouverte et l'autre fermée, en hospitalisation à temps plein. En outre, sur ce site sont implantées deux unités de réhabilitation intersectorielles, une unité de gérontopsychiatrie qui accueille des patients de deux des pôles, une unité de pédopsychiatrie qui prend en charge mineurs du département des Hautes-Pyrénées et une « unité sécurisée » où sont hospitalisées les personnes détenues à la maison centrale de Lannemezan ou à la maison d'arrêt de Tarbes. Enfin, une unité de « postcure » installée en ville à Tarbes accueille les patients de deux des pôles. La visite a porté sur l'ensemble de ces douze unités.

L'établissement a engagé depuis plusieurs années un virage ambulatoire qui porte ses fruits et permet de limiter le recours à l'hospitalisation

Les pôles psychiatriques des hôpitaux de Lannemezan bénéficient de nombreux atouts : une intégration forte au sein du contexte régional, la proximité de services somatiques réactifs, un effectif de soignants correct et des moyens matériels d'accueil et logistiques partiellement rénovés. L'établissement y a adjoint, par une politique conduite depuis plusieurs années et au prix de fermetures de lits, des structures extrahospitalières nombreuses et adaptées à la situation à la fois géographique et démographique de son ressort : outre des centres médico-psychologique (CMP), hôpitaux de jour (HDJ) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel

(CATTP) répartis sur l'ensemble de son territoire, il assure des services d'hospitalisation à domicile et organise des antennes de consultations médicales et infirmières dans les villes dépourvues de ces structures. L'unité de post-cure, judicieusement placée en ville, remplit son objectif de réadaptation.

La résidence d'une équipe de l'hôpital de Lannemezan au service des urgences de l'hôpital général de Tarbes permet d'éviter des hospitalisations ou d'organiser celles-ci dans une meilleure concertation avec les patients et leurs proches. Enfin, une liaison psychiatrique avec les hôpitaux de Lourdes et Saint-Gaudens participe également de la limitation des hospitalisations. **Traduisant l'effectivité du virage ambulatoire et l'efficacité de ce dispositif, l'activité d'hospitalisation complète adulte a baissé de 16,9 % entre 2013 et 2017.**

L'établissement connaît, comme la plupart des établissements spécialisés, des difficultés de recrutement de psychiatres. Lors de la visite, le taux de vacances global des postes était de 10 % ; il pesait principalement sur la pédopsychiatrie dont trois postes étaient vacants soit plus de la moitié des 5,6 ETP affectés.

L'établissement a recours à des médecins généralistes dont il soutient la formation vers la spécialisation en psychiatrie mais déplore qu'une fois la spécialité acquise, ils quittent l'établissement pour des postes plus avantageux financièrement ou géographiquement.

L'organisation des services intra hospitaliers et les conditions de fonctionnement des unités, imprégnées de préoccupations de sécurité, n'érigent pas le respect des droits fondamentaux des patients en critère essentiel de la qualité de la prise en charge.

Les conditions de vie permettent à une partie des patients de bénéficier, hors les locaux des unités, d'un cadre agréable, dans un large parc de verdure et à proximité de la ville qu'ils peuvent rejoindre aisément par une navette régulière, financée et organisée par le centre hospitalier.

Néanmoins, la qualité des bâtiments d'hébergement est très inégale, il reste des chambres à deux lits, certaines sont sans douche, ainsi que des unités sans espace extérieur. Les locaux de l'unité de gérontopsychiatrie sont dégradés et inadaptés à leurs patients.

Le maintien d'une logique stricte de sectorisation dans l'organisation de l'hospitalisation pèse indirectement sur les libertés des patients et leur prise en charge : chaque secteur disposant de deux unités de vingt lits, l'une ouverte et l'autre fermée, induit que soixante lits sont en unités fermées sans que la pertinence de ce nombre soit analysée et validée. Or, les restrictions sont plus intenses dans les unités fermées : retrait du téléphone personnel, impossibilité de se rendre librement dans les patios intérieurs de ces pavillons sauf en présence d'un soignant en raison, alléguée, de risque de fugue. **Des patients en soins libres sont admis dans ces unités fermées.**

Une faiblesse de la réflexion institutionnelle se ressent sur plusieurs points : la fermeture des unités et la limitation des déplacements des patients à l'intérieur imposée par une précédente direction n'a jamais été remise en cause. La préoccupation de sécurité est constante pour toutes les catégories de personnel. Elle s'exprime d'abord très clairement et expressément par la peur de chacun qu'on lui fasse porter la responsabilité d'un incident, par exemple une fugue et ses conséquences ; la question de la sûreté des patients eux-mêmes n'apparaît qu'en second lieu : trafics et rackets ont lieu sur le site sans que la question ne soit réellement travaillée.

Il faut souligner qu'un important travail a été conduit en groupes pour l'amélioration des procédures d'isolement, la formation aux techniques de désescalade et le renseignement du

registre. Cependant, l'établissement n'a pas encore d'outil sûr d'observation des pratiques : nombre, et durée ne sont pas évalués, le registre 2017 n'est pas fiable et est difficilement utilisable. Une réflexion collective pour changer de conception, reste à conduire, notamment pour les enfants ou les sujets âgés, l'isolement demeurant en effet perçu par les équipes rencontrées comme une continuité du soin et non comme un dernier recours pour gérer une situation de crise.

Certains des locaux d'isolement sont indignes, singulièrement ceux de l'unité de gérontopsychiatrie dont la réfection devait commencer quelques semaines après la visite.

La prise en charge somatique est très bien assurée avec des temps de généraliste suffisants, des postes pourvus, une permanence de généraliste 24h/24 et le plateau technique du MCO sur le site. Mais la délivrance des traitements est opérée en totale méconnaissance du secret médical qui doit s'y attacher : la distribution est faite à table avec éventuellement des précisions orales audibles par tous sur les spécificités du patient.

La préoccupation sécuritaire culmine dans la prise en charge des patients détenus. Comme dans la plupart des hôpitaux, le statut de détenu prévaut sur sa situation de patient et son état clinique. Un bâtiment leur est réservé, comportant quatre chambres d'isolement matériellement gérées de façon pénitentiaire : grilles, poste de surveillance tenu par un soignant lorsqu'un détenu est présent, surveillance par caméra qui visualise les toilettes au mépris de l'intimité du patient. En pratique, la rigueur du séjour est supérieure à celle des prisons même centrales. Le patient-détenu ne jouit pas des mêmes droits qu'en prison (visites, téléphone, promenades). Un seul lit administratif est habilité par l'ARS, les quatre chambres ne sont donc jamais occupées ensemble mais lorsqu'un détenu est admis, deux soignants sont présents en permanence et six lors des ouvertures des portes. Comme ces soignants sont pris sur les équipes des unités, toute présence d'un détenu déstabilise plusieurs unités.

Une réflexion institutionnelle étendue à l'ensemble des professionnels de santé sur la prise en charge des patients au sens large, fait défaut et la vision strictement médicale prime sur tous les autres aspects.

La nouvelle directrice, qui a pris son poste 1^{er} janvier 2018 dans un hôpital dépourvu d'un véritable projet a dû, dès son arrivée, prendre en charge ou finaliser des dossiers périphériques, notamment la constitution du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette dernière procédure a été compliquée ; ainsi s'expliquerait l'absence de disponibilité pour l'élaboration d'un projet d'établissement. Elle explique peut-être aussi la distance entre la réalité du fonctionnement et la perception qu'en ont certains responsables de l'établissement, distance mesurable dans la teneur des observations apportées par le centre hospitalier au rapport provisoire qui lui a été soumis.

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés souligne que l'autorité médicale ne souffre pas de critique ou débat dans cet établissement, contexte peu favorable à une réflexion collective interprofessionnelle.

Faute de référence commune, chaque pôle et chaque médecin intervient sur son territoire avec ses méthodes propres et une faible ou inexistante préoccupation de travail d'équipe pluridisciplinaire au sein de l'unité.

Les unités de réhabilitation en sont une illustration extrême : la gestion des moyens, en principe intersectoriels, y est quasi cadastrale, jusqu'à l'affectation physique des patients dans les

chambres et lits en fonction de leur secteur de domicile. Faute d'un médecin référent pour l'ensemble de la réhabilitation, un projet de service est inconcevable. Ainsi, trois réunions de synthèses sont organisées par mois (une par pôle) avec chacun des trois médecins référents des patients de son pôle, conduisant à des pratiques différentes pour des patients présentant les mêmes troubles, différences imposées tout autant aux soignants qui doivent néanmoins les gérer.

Dans les unités, la présence médicale des psychiatres est floue, incertaine dans la durée et les horaires. Il en résulte un faible niveau d'échange entre les différentes catégories de personnels de santé et une insuffisante ou inexistante culture de travail d'équipe pluridisciplinaire faute d'implication médicale dans son animation et son étayage. Ce déficit, traduit au premier chef par la quasi-absence de réunions de synthèse dans la plupart des unités, est unanimement déploré par les équipes. L'absence d'activités au sein des unités, en est également une conséquence. Les infirmiers se sentent limités à leur rôle prescrit au détriment de leur rôle propre. **Il a été largement témoigné aux contrôleurs que cette situation conduit à une perte de sens de leur action pour les soignants et de sens de leur hospitalisation pour les patients.**

Des réflexions sont pourtant en cours, notamment sur la prise en charge en réhabilitation ou sur le recours à l'isolement.

Ce travail collectif doit s'étendre et s'inscrire dans une démarche institutionnelle impliquant toutes les catégories de personnel, portant une réflexion globale sur la qualité de la prise en charge – dont le respect des droits des patients est un élément primordial. **Il doit aboutir à projet d'établissement qui, faisant référence pour l'ensemble de la communauté, pourra se décliner dans les projets des pôles et des unités.**

Il devra s'étendre, en concertation avec l'administration pénitentiaire, aux conditions de d'hospitalisation des patients détenus dont la rigueur systématique porte atteinte non seulement aux droits du patient mais autant à ceux de la personne détenue.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- | | |
|--|-----------|
| 1. BONNE PRATIQUE | 26 |
| <p>Le conseil départemental d'accès au droit se déplace une fois par mois dans l'établissement en cas de demande d'information.</p> | |
| 2. BONNE PRATIQUE | 38 |
| <p>La mise à disposition, dans certaines unités, de placards comportant eux-mêmes deux coffres, l'un à la disposition des patients, l'autre utilisable seulement par les soignants permet aux patients à la fois un accès facile à leurs effets et la préservation des objets qu'ils considèrent comme précieux.</p> | |
| 3. BONNE PRATIQUE | 42 |
| <p>L'organisation par l'établissement d'une navette gratuite permet aux patients de se rendre en ville trois fois par semaine.</p> | |
| 4. BONNE PRATIQUE | 48 |
| <p>La présence d'un médecin généraliste dans chaque unité permet une prise en charge somatique individuelle adaptée y compris en chambre d'isolement.</p> | |
| 5. BONNE PRATIQUE | 49 |
| <p>La résidence d'une équipe de l'hôpital de Lannemezan au service des urgences de l'hôpital général de Tarbes permet d'éviter des hospitalisations ou d'organiser celles-ci dans une meilleure concertation avec les patients et leurs proches.</p> | |

RECOMMANDATIONS

- | | |
|---|-----------|
| 1. RECOMMANDATION | 17 |
| <p>L'établissement devrait analyser l'impact de l'absence de projet médical attractif sur ses difficultés de recrutement.</p> | |
| 2. RECOMMANDATION | 18 |
| <p>Une formation obligatoire aux techniques d'apaisement doit être organisée afin de limiter l'usage des chambres d'isolement et le recours à la contention.</p> | |
| 3. RECOMMANDATION | 20 |
| <p>L'établissement doit engager dans les meilleurs délais un travail institutionnel d'élaboration d'un projet d'établissement qui, faisant référence pour l'ensemble de la communauté, pourra se décliner dans les projets des pôles et des unités.</p> | |
| 4. RECOMMANDATION | 23 |
| <p>Tous les cadres de santé chargés de notifier les décisions et droits y afférents doivent recevoir une formation sur la procédure de soins sans consentement.</p> | |

5. RECOMMANDATION	24
Les documents destinés à informer le patient sur les voies de recours doivent indiquer de façon complète les coordonnées des services à contacter.	
6. RECOMMANDATION	24
Le recueil des observations du patient et la recherche de son consentement doivent faire l'objet d'une procédure formalisée et tracée.	
7. RECOMMANDATION	25
Chaque unité d'hospitalisation doit tenir à la disposition des patients un exemplaire du règlement intérieur de l'établissement.	
8. RECOMMANDATION	25
Le règlement intérieur d'unité doit être rédigé sur un format standard et remis à chaque patient.	
9. RECOMMANDATION	27
Les représentants de usagers et des familles doivent être davantage associés à la vie de l'établissement ; l'organisation d'une permanence associative doit être encouragée et soutenue par la direction et par la communauté médicale.	
10. RECOMMANDATION	27
Les élections doivent donner lieu à une information organisée au niveau de l'établissement.	
11. RECOMMANDATION	28
Les services de culte proposés aux patients doivent leur être signalés de façon complète et efficiente. Les aumôniers doivent pouvoir être contactés directement par les patients et non via le personnel soignant.	
12. RECOMMANDATION	29
Une procédure doit être mise en place et connue du standard afin que la confidentialité sur la présence d'un patient soit assurée.	
13. RECOMMANDATION	30
Les cadres des unités doivent transmettre et notifier aux patients leur convocation devant le juge des libertés dès qu'ils la reçoivent eux-mêmes afin que ceux-ci disposent d'un délai suffisant pour choisir un avocat, avertir le tuteur éventuel ou pour prendre contact, s'ils le souhaitent, avec un proche susceptible de les assister.	
14. RECOMMANDATION	34
Les patients admis en soins libres doivent avoir librement accès à l'extérieur à tout moment de la journée. L'accès des patients hospitalisés en unité fermée à des espaces extérieurs dédiés doit être permis à tout moment de la journée, hormis au moment des soins, des repas ou des activités thérapeutiques.	
15. RECOMMANDATION :	35

L'accès au téléphone doit être, par principe, libre. Il ne peut être restreint que de manière individualisée, en fonction de l'état clinique du patient. La diversité des pratiques entre des unités dont les patients ne présentent pourtant pas de différence de pathologies doit faire l'objet d'une réflexion et d'un travail d'harmonisation.

16. RECOMMANDATION 35

L'internet doit être mis à disposition des patients dans les unités, sauf restriction particulière justifiée par leur état clinique.

17. RECOMMANDATION 36

Toutes les unités doivent comporter un lieu accueillant adapté aux rencontres des patients avec leurs proches.

18. RECOMMANDATION 38

L'établissement doit se donner comme objectif rapide de doter chaque chambre d'une salle d'eau avec douche.

19. RECOMMANDATION 40

Les plages d'ouverture de la régie, service du Trésor public sur site, doivent être étendues pour répondre aux réels besoins des patients

20. RECOMMANDATION 42

Les moyens doivent être dégagés pour dynamiser l'activité de la cafétéria.

21. RECOMMANDATION 43

La question de la liberté sexuelle des patients doit être abordée dans le cadre d'une réflexion institutionnelle et dépasser la seule réponse à d'éventuels incidents.

22. RECOMMANDATION 45

Les unités doivent effectuer un travail collectif d'élaboration d'un projet thérapeutique qui constitue une référence partagée pour les prises en charge et redonne du sens à leur mission pour les soignants et à leur séjour pour les patients.

23. RECOMMANDATION 46

L'organisation d'activités thérapeutiques ne doit pas être liée aux modalités d'hospitalisation, et ce au détriment des patients hospitalisés sous contrainte, mais être fonction des indications cliniques.

24. RECOMMANDATION 50

La traçabilité des mesures d'isolement et de contention prises au niveau du service des urgences de Lannemezan doit être assurée dans le dossier patient informatisé du logiciel.

25. RECOMMANDATION 51

L'orientation des patients admis en soins sans consentement vers les unités ne doit pas se faire en fonction de leur statut d'admission mais en fonction de leur état clinique.

26. RECOMMANDATION 52

La chambre d'isolement de l'unité de géronto-psychiatrie doit être fermée sans délai.

Les chambres d'isolement doivent être réhabilitées.

27. RECOMMANDATION 53

Les restrictions lors de la mise à l'isolement du patient doivent être individualisées et pouvoir être revues et aménagées selon l'état du patient.

28. RECOMMANDATION 54

L'isolement ou la contention du patient, constituant une privation de liberté supplémentaire, doivent être des décisions prises et revues par un médecin psychiatre. Le placement en isolement comme mesure conservatoire et l'isolement à la demande du patient doivent être proscrits. Les motifs doivent être clairement tracés et les méthodes d'apaisement mises en œuvre pour l'éviter développées et consignées dans le registre, comme l'exige la loi.

29. RECOMMANDATION 54

La mise en chambre d'isolement de patients admis en soins libres doit conduire à modifier leur statut d'admission lorsque l'isolement dépasse 12 heures. Le logiciel doit permettre de tracer ce changement.

30. RECOMMANDATION 55

L'isolement des mineurs doit faire l'objet d'une réflexion à part entière et être encadré par un protocole spécifique. L'utilisation de chambre d'isolement pour adultes n'est pas appropriée aux mineurs qui doivent être apaisés dans leur unité.

31. RECOMMANDATION 56

L'isolement des personnes âgées doit faire l'objet d'une réflexion à part entière et doit conduire le personnel à éviter au maximum leur enfermement, même sur un temps court.

32. RECOMMANDATION 57

L'utilisation récente d'un registre permettant d'extraire des données fiables sur les pratiques de l'établissement en matière d'isolement et de contention doit servir d'outil supplémentaire à la réflexion. Le personnel médical doit être formé à l'utilisation du logiciel afin de le renseigner correctement et systématiquement.

33. RECOMMANDATION 58

La pratique de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle incluant l'ensemble du personnel soignant et médical.

Conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, l'établissement doit définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques et évaluer sa mise en œuvre.

34. RECOMMANDATION 59

La dispensation des traitements doit être réalisée individuellement dans un lieu fermé permettant le respect de la confidentialité et du secret médical ainsi que le partage avec le professionnel administrant le traitement.

35. RECOMMANDATION 59

L'information du patient sur son traitement et ses effets secondaires doit être promue afin de rendre le patient acteur de sa prise en charge.

36. RECOMMANDATION 60

Le parc reste un lieu d'insécurité pour les patients. L'établissement doit mettre en œuvre tous les moyens pour y remédier.

37. RECOMMANDATION 62

Les patients-détenus ne doivent pas être systématiquement contentionnés lors des transports. L'utilisation des sangles de contention ne peut être admise qu'en dernier recours et justifiée par l'état clinique du patient.

38. RECOMMANDATION 64

Les conditions de vie des personnes détenues hospitalisées sont dégradantes, attentatoires à leurs droits et ne sauraient perdurer en l'état.

39. RECOMMANDATION : 64

L'hospitalisation d'un patient, fût-il détenu, doit viser l'évaluation de son état clinique et n'a pas pour objet l'évaluation de sa dangerosité judiciaire.

40. RECOMMANDATION 65

Le dispositif de vidéosurveillance des chambres de l'unité sécurisée doit être retiré.

41. RECOMMANDATION 65

Il est urgent qu'une réflexion s'instaure afin que le soin ait la primauté sur l'aspect sécuritaire, actuellement fondateur de la prise en charge et des règles de vie dans l'unité sécurisée où sont hébergés les patients détenus.

42. RECOMMANDATION 68

Les difficultés de fonctionnement des unités de réhabilitation appellent la désignation d'une responsabilité médicale unique permettant l'élaboration d'un projet adapté faisant référence pour la prise en charge.

43. RECOMMANDATION 68

Les abords de l'unité de gérontopsychiatrie doivent être réaménagés en prenant en compte les handicaps et troubles liés au vieillissement : signalétique adaptée, abords sécurisés.

44. RECOMMANDATION 69

Les moyens matériels correspondant aux objectifs d'apaisement optimal des situations de crise aiguë des patients âgés doivent être donnés à l'unité de psychogériatrie.

45. RECOMMANDATION 72

On ne peut considérer que l'hospitalisation en psychiatrie d'un mineur constitue un acte usuel. Toute entorse aux dispositions légales concernant l'exercice de l'autorité parentale même si les parents ne sont pas dans la région et même si le mineur est placé dans un établissement éducatif (ASE ou autre) est à proscrire.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	6
RAPPORT	13
1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN	14
1.1 L'organisation de l'établissement	14
1.2 L'activité intra hospitalière adulte traduit le virement ambulatoire engagé	16
1.3 La situation financière fragilisée par un déficit persistant.....	16
1.4 Satisfaisant pour les médecins généralistes, le recrutement des psychiatres est insuffisant.....	17
1.5 Un contexte dans lequel les objectifs de l'établissement demeurent flous	19
2. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT .	21
2.1 Un grand nombre de patients en soins sans consentement sont hospitalisés pour péril imminent, sans désignation d'un tiers.....	21
2.2 L'information donnée sur leur statut et leurs droits aux patients hospitalisés sans leur consentement est parfois incomplète.....	23
2.3 Les pièces écrites médicales et juridiques, incomplètes, ne sont pas transmises systématiquement aux patients	23
2.4 Le livret d'accueil et les règles de vie ne sont pas remis aux patients	24
2.5 Les patients peuvent déposer une requête, une plainte, qui sont traités selon une procédure rigoureuse	25
2.1 Les représentants des usagers et de leurs familles ne sont pas associés à la vie de l'établissement.....	26
2.2 La plupart des patients désignent une personne de confiance mais celle-ci n'en est pas informée	27
2.3 L'établissement n'organise pas l'accès au vote	27
2.4 Les informations relatives à l'exercice d'un culte sont minimales	27
2.5 Les assistantes sociales sont en mesure de faire assurer correctement la protection juridique	28
2.6 La confidentialité sur la présence n'est pas effective.....	28
3. LE CONTROLE DU RESPECT DES DROITS LIES AUX MESURES DE SOINS SOUS CONTRAINTE	30
3.1 L'audience devant le juge des libertés est notifiée tardivement aux patients.....	30
3.2 La mission de la commission départementale des soins psychiatriques	32
3.3 Les registres de la loi permettent le suivi formel des procédures.....	32
3.4 L'aménagement et la levée de la mesure	32
4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	33
4.1 La liberté d'aller et venir n'est pas toujours fonction de l'état clinique des patients	33

4.2	Le pyjama n'est pas utilisé comme modalité de gestion de la vie quotidienne	34
4.3	L'accès au tabac n'est restreint qu'à la demande des patients ou en fonction de leurs ressources	34
4.4	Les moyens de communication sont accessibles hormis le téléphone qui est systématiquement restreint pour les patients en soins sans consentement.....	35
4.5	Le comité d'éthique	36
5.	LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS	37
5.1	Selon les unités, le confort des chambres est différent et la qualité de leur entretien inégale	37
5.2	La question de la sur occupation ne se pose pratiquement pas	38
5.3	La conservation des biens des patients est assurée de diverses manières.....	38
5.4	La restauration donne satisfaction aux patients mais les soignants paraissent peu associés à la prise des repas.....	40
5.5	Les activités sont insuffisantes et manifestement les patients s'ennuient	41
5.6	La question de la sexualité est abordée en privilégiant le traitement des incidents	42
6.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	44
6.1	La prise en charge psychiatrique se caractérise par l'absence de projet d'équipe	44
6.2	Une prise en charge somatique systématique et répondant aux besoins	47
7.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	49
7.1	Les conditions de prise en charge des urgences sont disparates	49
7.2	Une affectation dans les unités basée sur le statut d'admission du patient.....	50
7.3	La pratique de l'isolement et de la contention est fréquente et se déroule dans des chambres d'isolement dont l'aménagement est parfois insuffisant voire indigne	51
7.4	Les modalités d'administration des médicaments ne respectent pas le secret médical et ne favorisent pas l'échange soignant-soigné.....	58
7.5	Une information insuffisante du patient sur son traitement	59
7.6	Les patients vivent dans un climat paisible.....	59
7.7	Les événements indésirables sont suivis selon une procédure rigoureuse	60
8.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	62
8.1	Le statut pénal prime sur la clinique pour la prise en charge des personnes détenues.....	62
8.2	Les unités de réhabilitation.....	66
8.3	L'unité d'admission en gérontopsychiatrie ne dispose pas des conditions matérielles que nécessite sa spécificité.....	68
8.4	La pédopsychiatrie limite ses admissions aux seuls mineurs des Hautes-Pyrénées	70
9.	CONCLUSION.....	74

Rapport

Contrôleurs : Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
Anne-Sophie Bonnet ; contrôleure,
Edith Chazelle ; contrôleure,
Gérard Kauffmann ; contrôleur,
Agnès Lafay ; contrôleure,
Dominique Lodwick ; contrôleure,
Cédric de Torcy ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie des hôpitaux de Lannemezan du 3 au 13 septembre 2018. La visite a été annoncée à la direction la semaine précédente.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 3 septembre 2018 à 12h. Ils l'ont quitté le jeudi 13 septembre 2018 à 15 heures.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice du centre hospitalier. Il a été ensuite procédé à une présentation de la mission devant l'équipe de direction, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le président du conseil de surveillance, les chefs de pôle, les cadres supérieurs de santé, le président de la commission départementale des soins psychiatriques, des représentants des usagers et des représentants du personnel.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet des Hautes-Pyrénées, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Tarbes. Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de fin de visite a eu lieu jeudi 13 septembre 2018 avec la directrice de l'établissement et la présidente de la CME.

A la suite de cette visite, un rapport provisoire a été rédigé et transmis pour observations le 4 février 2019 à la directrice des hôpitaux de Lannemezan, aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Tarbes, à la direction territoriale des Hautes-Pyrénées de l'agence régionale de santé et, le 6 février 2019, au préfet des Hautes Pyrénées.

Par courrier du 21 mars 2019, la directrice des hôpitaux de Lannemezan a fait connaître les observations de l'établissement, lesquelles ont été reprises dans le présent rapport de constat définitif.

1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN

1.1 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

L'hôpital psychiatrique de Lannemezan a été construit en 1938 sur un vaste site, distant de 2,5 km du centre-ville, où a pu se développer son architecture pavillonnaire. Ce même site de La Demi-Lune, accueille également un golf de 18 trous et un parc de loisirs, qui tous deux jouxtent les espaces verts de l'hôpital.

En 1975, un établissement privé, la Clinique locale du Plateau, a été intégré à l'hôpital psychiatrique. Les services de médecine, chirurgie et urgences ont été installés sur le site hospitalier de Lannemezan dans des locaux très modernes, le « Centre Médico-Chirurgical », construits en 1991. L'extension de l'activité a été traduite dans la nouvelle dénomination de l'établissement : « Hôpitaux de Lannemezan ».

Pour autant, l'activité psychiatrique reste prépondérante puisqu'elle représente 238 des 522 lits que compte le centre hospitalier de Lannemezan (CHL), le pôle médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en comptant 54, les autres lits étant répartis dans le pôle gériatrie qui comprend notamment un service de soins de suite et de réadaptation gériatriques, une unité de médecine à orientation gériatrique, une unité de soins longue durée et un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes à orientation psychiatrique.

Le CHL constitue l'offre principale de soins psychiatrique du département qui compte quatorze psychiatres libéraux et deux cliniques prenant en charge des patients souffrant de troubles mentaux.

S'agissant de la psychiatrie adulte, le CHL est organisé en trois pôles ; chacun a en charge l'un des trois secteurs de psychiatrie du département des Hautes-Pyrénées et celui du Sud de la Haute-Garonne voisine ainsi qu'un ou plusieurs services transversaux l'ensemble couvrant une population d'environ 310 000 habitants sur un territoire fortement rural et montagneux au Sud. Chaque pôle dispose en propre de deux unités d'admission, l'une ouverte et l'autre fermée, en hospitalisation temps plein.

Le schéma d'organisation des responsabilités est le suivant :

- le secteur Tarbes Nord-Bagnères de Bigorre pour le pôle A1 ainsi que
 - deux unités d'admissions d'un total de quarante-neuf lits ;
 - l'unité d'accueil médico-psychologique (UAMP) située au service des urgences du centre hospitalier de Bigorre (CHB), hôpital général de Tarbes et l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt de Tarbes ;
- le secteur Lourdes-Tarbes Sud pour le pôle A2 ainsi que :
 - deux unités d'admission d'un total de cinquante lits ;
 - l'équipe mobile précarité ;
 - le service de médecine polyvalente en psychiatrie-spécialités médicales (SMPP) ;
 - la fédération intersectorielle de sociothérapie ;
 - la pharmacie ;
- le secteur de psychiatrie adulte Lannemezan-Saint-Gaudens (Haute-Garonne) pour le pôle A3 et :
 - deux unités d'admissions d'un total de cinquante-six lits ;

- l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de la maison centrale de Lannemezan ;
- l'unité d'admission de gérontopsychiatrie ;
- l'inter secteur d'alcoologie et d'addictologie (vingt lits).

Une unité de « postcure » (située dans la ville de Tarbes (cf. § 6.1.4) accueille les patients des pôles A1 et A2.

En outre, sur ce site, deux unités de réhabilitation intersectorielles accueillent des patients de chacun des trois pôles.

Chaque pôle de psychiatrie adulte comporte également des structures de soins extra hospitalières.

- pôle A1 : un centre médico-psychologique (CMP) ; un hôpital de jour (HJ) et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) situés à Tarbes ; un CMP à Bagnères de Bigorre et un service d'hospitalisation à domicile. Le pôle assure également des consultations infirmières à Vic-en-Bigorre ;
- Pôle A2 : dans chacune des villes de Tarbes et Lourdes, un CMP, un CATTP et un HJ ; ce pôle aussi un service d'hospitalisation à domicile pour les patients des pôles A1 et A2 ; il organise des antennes de consultation à Luz-Saint-Sauveur et à Argelès-Gazost ainsi qu'une psychiatrie d'urgence et de liaison à Lourdes ;
- Pôle A3 : dans chacune des villes de Lannemezan et Saint-Gaudens, un HJ, un CMP et un CATTP ; ce pôle organise également des consultations dans des locaux mis à disposition à Luchon et Bagnères-de-Luchon et assure une psychiatrie d'urgence et de liaison à l'hôpital de Saint-Gaudens.

Le pôle de pédopsychiatrie couvre l'ensemble du département des Hautes-Pyrénées et le Sud de la Haute-Garonne ; il offre une unité d'hospitalisation temps plein de sept lits sur le site de Lannemezan et une autre d'autant de lits à la ferme d'Escala ; des HJ, des CMP et des CATTP sont implantés à Tarbes, Lourdes, Vic-en-Bigorre, Lannemezan et Bagnères-de-Bigorre ; une maison des adolescents à Tarbes dispose d'une antenne à Lourdes.

Cette organisation est le fruit d'une restructuration qui a vu la fermeture, en octobre 2012, d'une unité d'hospitalisation de treize lits, le regroupement de quatre pôles en trois. La moitié des moyens dégagés par cette fermeture a été redéployée sur les structures extra hospitalières. D'autre part, afin de réaliser des économies, l'établissement a fermé en 2017 une unité de vingt lits.

Les HL gèrent également un pôle médico-social avec une maison d'accueil spécialisée offrant soixante lits et un foyer d'accueil médicalisé de quarante et un lits, tous deux situés sur le site principal.

Une importante activité de gériatrie est développée avec un hôpital de jour, une unité de médecine à orientation gériatrique interpole (UMOG) de sept lits, un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSR) d'une capacité de vingt lits, un accueil de jour de douze places, une unité de soins longue durée de quarante-deux résidents et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de soixante-dix lits. Une équipe mobile de gériatrie, des consultations mémoires, un service de soins infirmier à domicile et une équipe spécialisée Alzheimer complètent le dispositif et permettent d'adapter la prise en charge à la pathologie et aux conditions de vie des personnes âgées. L'établissement dispose également d'une antenne d'HAD pour les soins somatiques.

L'offre de soins et de prise en charge psychiatrique des HL s'est diversifiée pour tenir compte des spécificités géographiques et socio-démographique de son implantation – ruralité et étendue du territoire – ainsi que des spécificités d'une population très vieillissante et isolée.

1.2 L'ACTIVITE INTRA HOSPITALIERE ADULTE TRADUIT LE VIREMENT AMBULATOIRE ENGAGE

L'activité intra hospitalière représente le tiers de l'activité psychiatrique.

Traduisant l'effectivité du virage ambulatoire, l'activité d'hospitalisation complète adulte est en baisse constante depuis 2013, où l'on a compté 86 282 journées d'hospitalisation, en 2017 avec 71 700 journées, soit une baisse de 16,9 %.

Le taux d'occupation en hospitalisation complète a évolué de 84 % en 2015 à 86,2 % en 2016 pour diminuer à 85,2 % en 2017. On constate que la fermeture du pavillon de vingt lits n'a pas eu d'impact significatif sur le taux d'occupation des lits.

A l'inverse l'activité ambulatoire s'est renforcée passant durant la même période de 101 002 actes (dont 9 247 CATTP) à 121 900 (dont 17 977 CATTP) soit une augmentation de 20,7 % (dont 94 % pour les CATTP).

L'évolution de l'activité infanto-juvénile est inversée. L'hospitalisation complète est passée de 3 481 journées en 2013 à 3 970 journées en 2017 (+ 14 %) avec une augmentation de +7,7 % de la file active des patients hospitalisés. L'activité ambulatoire a augmenté de 23 585 actes en 2013 (dont 7 227 CATTP) à 28 973 actes (dont 10 443 en CATTP) en 2017 (+ 22,8 % et + 44,5 % en CATTP). La file active globale est passée de 1 908 à 2 015 enfants (+ 5,6 %) et la file active ambulatoire de 1 889 à 1 996 enfants (+5,7 %).

Le tableau des entrées en psychiatrie fourni pour l'année 2018 montre qu'au 31 juillet, sur les 1 225 patients hospitalisés depuis le début de l'année, 74,20 % (909) ont été admis en soins libres, 24,24 % (297) en soins contraints sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) et 1,55 % (19) en soins contraints sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Cette proportion ne varie pas significativement avec ce qui a été constaté les années précédentes : 76,7 % de soins libres, 20,8 % de SDDE et 2,5 % de SDRE en 2016 et respectivement 76,4 %, 20 % et 2,6 % pour 2017.

1.3 LA SITUATION FINANCIERE FRAGILISEE PAR UN DEFICIT PERSISTANT

Le budget total de l'établissement est d'un montant un peu inférieur à 80 millions d'euros. Les produits ont atteint 78 051 528 euros en 2017, en légère augmentation par rapport à l'année précédente. La dotation annuelle de fonctionnement qui représente la principale ressource de la partie psychiatrique de l'hôpital a été d'un montant de 43 303 097 euros (55 % des ressources totales de l'hôpital).

Le résultat consolidé de l'hôpital montre un déficit de 1. 464.581 euros. Ce déficit est en croissance depuis plusieurs années ; il représentait près de 600 000 euros en 2014.

Cette situation s'explique par plusieurs facteurs dont l'accroissement du coût du personnel (avec en 2017 la réduction du nombre des emplois aidés) et les conséquences de la paupérisation de la population accueillie avec, en conséquence, la baisse de la « facturabilité » des hospitalisations complètes en psychiatrie. Selon l'hôpital une sous-dotation d'origine évaluée à 1,6 million d'euros explique aussi ce déficit récurrent et maintenant croissant. Celui-ci n'empêche pas actuellement l'établissement de poursuivre ses investissements.

Pour autant, à terme, une situation financière structurellement déficitaire pourrait entraver la politique de maintenance ou de rénovation des locaux comme les projets d'embauche nécessaire de médecins psychiatres, si les économies envisagées ne pouvaient être réalisées.

1.4 SATISFAISANT POUR LES MEDECINS GENERALISTES, LE RECRUTEMENT DES PSYCHIATRES EST INSUFFISANT

1.4.1 Le personnel médical

L'effectif médical est de 62,30 équivalents temps plein (ETP) occupés par des praticiens dont l'âge moyen était en 2016 de 52 ans pour les femmes (qui représentent 43 % de l'effectif) et près de 54 ans pour les hommes.

L'établissement connaît, comme la plupart des établissements spécialisés, des difficultés de recrutement de psychiatres. Lors de la visite, les vacances étaient de : 0,5 ETP au pôle A1, 2 ETP en A2 – mais l'un devrait être prochainement pourvu –, 1 ETP en A3 et 3 ETP en pédopsychiatrie ce qui fait ressortir un taux de vacances global de 10 % mais qui pèse principalement sur la pédopsychiatrie dont ainsi plus de la moitié des 5,6 ETP sont vacants.

L'établissement a recours à des médecins généralistes dont il soutient la formation vers la spécialisation en psychiatrie mais déplore qu'une fois la spécialité acquise, ils quittent l'établissement pour des postes plus avantageux financièrement ou géographiquement.

En outre, l'établissement se voit attribuer très peu d'internes : un aux urgences et un en pédopsychiatrie, parfois un en géro-psycho-geriatrie ou en addictologie. A chaque cycle, l'établissement ne connaît pas d'avance le nombre d'internes affectés ce qui rend impossible de construire un projet pédagogique. Les efforts engagés pour rendre l'établissement attractifs (logement, automobile) n'ont pas été couronnés de succès.

En revanche, le recrutement de généralistes ne présente pas de difficulté. Ils assurent le bon fonctionnement du service de médecine polyvalente en psychiatrie (cf. § 6.2.1).

La continuité des soins repose sur des gardes sur place assurées 24h/24 par un médecin généraliste et une astreinte de psychiatre ; tous les psychiatres participent aux astreintes. Le week-end, le psychiatre de garde assure toutes les admissions et les consultations en urgences du site ainsi que les urgences de Lannemezan et de Saint-Gaudens.

Dans chaque pôle, un psychiatre est présent de 8h30 à 18h30 ; il régule les entrées et assure les consultations en urgence. Cependant, il a été rapporté que la présence des médecins dans chaque unité selon le planning prévu n'est jamais sûre et demeure incontrôlable ; les soignants des unités d'hospitalisations déplorent unanimement le défaut d'étayage médical, l'absence d'animation d'équipe qui pèse tant sur la formation des plus jeunes que sur la qualité de prise en charge des patients faute de réunions d'équipes et que n'explique pas seulement le déficit de praticiens.

Recommandation

L'établissement devrait analyser l'impact de l'absence de projet médical attractif sur ses difficultés de recrutement.

1.4.2 Le personnel non médical

Dans les unités, les effectifs théoriques des équipes du matin et de l'après-midi sont de trois infirmiers auxquels s'ajoute un infirmier de jour dont le service couvre les deux plages. En pratique, l'infirmier de jour effectue fréquemment le remplacement d'absents.

Les équipes ont la particularité de ne pas compter d'aides-soignants hormis celles de la maison d'accueil spécialisée et des unités de réhabilitation. Il est envisagé d'inclure des aides-soignants dans toutes les équipes, projet qui n'a la faveur ni des chefs de pôle ni des organisations syndicales qui font valoir que les équipes mixtes offrent moins de souplesse pour les remplacements et les redéploiements.

Le recrutement est local, voire familial et les responsables se réjouissent d'une forte implication des soignants et d'un faible absentéisme. Le taux est de 6,44 % en 2017 – tout personnel confondu – alors que la moyenne nationale était de 8,2 %. Le taux du seul personnel de catégorie C est plus important à 8,48 %, ce qui a conduit à la mise en place d'une politique de prévention du handicap (congé de longue maladie) et de retour ou maintien à l'emploi avec l'emploi d'un médecin du travail (0,5 ETP) et d'un psychologue à mi-temps pour intervenir auprès des agents concernés.

L'établissement commence à connaître des difficultés de recrutement de personnel infirmier : ainsi, en psychiatrie intra hospitalières, sur 180 postes 20 vont être vacants dans l'année à venir et 8 le sont déjà. La situation est aggravée par les départs à la retraite, il est envisagé de faire face par le recrutement d'aides-soignants intégrés dans les équipes des unités, solution d'autant plus adaptée qu'il existe un institut de formation d'aides-soignants sur le site.

Chaque nouvel infirmier arrivant bénéficie d'une formation de cinq jours. Quatre formations sont obligatoires pour le personnel soignant entrant dans l'établissement :

- une formation de 5 jours à la connaissance des pathologies psychiatriques ;
- une formation de 3 jours sur la conduite d'entretien ;
- une formation sur l'outil informatique ;
- une formation totale de 5 jours sur la prévention de la violence dont une partie sur isolement et contention.

A la prise de fonction, un accompagnement par un ancien est assuré mais aucune période de « doublage » n'est prévue. Pour compléter cette offre, des formations facultatives sont proposées : formation à la contention, à la gestion de la violence (cf. § 1.4.3). Il est regrettable qu'aucune formation aux techniques d'apaisement ne soit proposée de manière obligatoire mais seulement facultative, les infirmiers reconnaissant la faire « par l'expérience ». Formés « sur le tas » par du personnel ancien ne questionnant plus leurs méthodes de travail, les nouveaux infirmiers s'adaptent aux pratiques de l'établissement.

Recommandation

Une formation obligatoire aux techniques d'apaisement doit être organisée afin de limiter l'usage des chambres d'isolement et le recours à la contention.

Une mobilité interne systématique est imposée à tous les soignants, hormis ceux proches de la retraite, après 8 années passées sur un même poste. Elle est comprise par le personnel soignant

qui convient qu'il est salubre de diversifier les expériences sous peine de sclérose mais regrette néanmoins la perte du savoir-faire construit sur une spécialité.

Le « parcours professionnel, carrière et rémunération » est en place depuis 2016 avec un coût annuel de 800 000 euros difficile à tenir compte tenu de la baisse du budget. Pour cette raison la direction souhaite mettre en fonction des aides-soignants.

L'établissement rencontre également des difficultés pour recruter des ergothérapeutes et des orthophonistes. En pédopsychiatrie, il est donc recouru à des orthophonistes libéraux.

1.4.3 La formation professionnelle

En 2017, le budget alloué à la formation professionnelle s'est élevé à 2,1 % de la masse salariale. Il a été dépensé en 4 788 journées de formation qui ont concerné 1 551 agents. 57,8 % du montant de l'enveloppe a été consacré à des actions d'adaptation à l'emploi, de développement des connaissances et de la compétence dont plus de la moitié à des axes institutionnels (accompagnement de projet social, projet d'établissement ; formation en lien avec le plan de psychiatrie et santé mentale ; acquisition et maîtrise de l'outil informatique ; sécurité, vigilance et gestion des risques ; actions et techniques de management ; accompagner les axes d'amélioration de la qualité en milieu sanitaire et médico-social). Le tiers du budget a été alloué aux études promotionnelles (formation des cadres, spécialisation d'infirmier, d'aides-soignants). Plus de 40 % des demandes de formation étaient relatives au développement de compétences professionnelles (502) et près de la moitié (551) correspondaient à des axes institutionnels. La typologie de ces demandes montre l'implication du personnel auquel les actions de formation ont répondu dans la même proportion.

1.5 UN CONTEXTE DANS LEQUEL LES OBJECTIFS DE L'ETABLISSEMENT DEMEURENT FLOUS

Le dernier projet médical d'établissement élaboré par les hôpitaux de Lannemezan porte sur la période 2009-2013. Des « axes stratégiques/ idées forces générales » pour la période 2015-2019 ont été déclinés dans ce qui est resté un document de travail.

La nouvelle directrice, sans aucune expérience antérieure en psychiatrie, qui a pris son poste 1^{er} janvier 2018 dans un hôpital dépourvu d'un véritable projet a dû, dès son arrivée, prendre en charge ou finaliser des dossiers périphériques, notamment la constitution du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette dernière procédure a été compliquée, les interlocuteurs ont témoigné de la difficulté de coordonner son élaboration avec les négociations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et le plan psychiatrie et santé mentale régional. Elle a abouti à une solution imposée par l'agence régionale de santé. Les responsables ont déploré également le caractère chronophage de ces négociations qui les ont occupés durant les deux années précédant la visite.

Ainsi s'expliquerait l'absence d'élaboration d'un projet d'établissement.

Y participe également une implication contrastée du corps médical. L'établissement connaît un fort renouvellement des médecins et des difficultés de recrutement de psychiatres (cf. § 1.4.1). L'ensemble des interlocuteurs rencontrés souligne que l'autorité médicale ne souffre pas de critique ou débat dans cet établissement où certains praticiens, parmi les plus anciens ont pris, dans ces conditions, une place prépondérante, éclipsant les moins impliqués. Il s'ensuit une soumission des uns ou une prise de distance d'autres peu favorables à une réflexion collective interprofessionnelle.

L'établissement dispose pourtant d'atouts solides : un personnel soignant impliqué, stable et compétent. L'équipe de direction, également solide, s'efforce d'exercer pleinement ses compétences mais témoigne souffrir d'absence de projet partagé : selon l'un des interlocuteurs « *on ne sait pas où on va, on fait de l'administratif* ».

Les évolutions des dernières années – développement des services extra hospitaliers et prise en charge au plus près du lieu de vie du patient – se sont réalisées sans déboucher sur une réflexion plus globale.

Le personnel soignant rapporte un malaise du même ordre qui nourrit un sentiment de dégradation de la qualité de leur action : faute de référence commune, chaque pôle et chaque médecin intervient sur son territoire avec ses méthodes propres, avec une faible ou inexistante préoccupation de travail d'équipe pluridisciplinaire. Le défaut d'étayage médical est partout souligné, traduit au premier chef par la quasi-absence de réunions de synthèse dans la plupart des unités. Les infirmiers se sentent limités à leur rôle prescrit au détriment de leur rôle propre.

Des réflexions sont pourtant en cours, notamment sur la prise en charge en réhabilitation ou sur le recours à l'isolement, et des projets avancés comme la reconstruction de la ferme thérapeutique pour adolescents de l'Escala. Mais ils ne s'inscrivent pas dans une démarche institutionnelle relayant une réflexion globale sur la qualité de la prise en charge et inscrite dans un document qui ferait référence pour l'ensemble de la communauté.

Recommandation

L'établissement doit engager dans les meilleurs délais un travail institutionnel d'élaboration d'un projet d'établissement qui, faisant référence pour l'ensemble de la communauté, pourra se décliner dans les projets des pôles et des unités.

2. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

2.1 UN GRAND NOMBRE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT HOSPITALISÉS POUR PERIL IMMINENT, SANS DESIGNATION D'UN TIERS

Les statistiques suivantes pour les années 2016 et 2017 ont été remises aux contrôleurs :

Type d'hospitalisation	Nb de patients		DMS (en jours)	
	2016	2017	2016	2017
SDDE¹	469	468	21,9	21,2
<i>SDT</i>	153	127	11,9	15,2
<i>Urgence</i>	78	97	12,0	9,3
<i>Péril imminent</i>	238	244	31,6	29,1
SDRE²	52	54	43,2	64
<i>Demande du maire</i>	27	35	0	0
<i>Détenus</i>	4	9	4,8	5,8
<i>Décision judiciaire</i>	0	1	0	31
<i>Transformations SDDE->SDRE</i>	6	3	0	0
Total SSC³	521	522	24	25,6

A la lecture de ce tableau, il apparaît que **près de la moitié des patients en soins contraints sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) le sont selon la procédure du péril imminent, c'est-à-dire sans la demande d'un tiers**. Cette proportion paraît excessive ; on peut s'interroger sur la réalité de la recherche d'un tiers qui n'est attestée qu'en cochant une case sur le document, sans autre explicitation des diligences opérées ou des refus. Pour améliorer la qualité des certificats médicaux d'admission dont la motivation a été sanctionnée à plusieurs reprises par le juge des libertés et de la détention (cf. § 3.1.3), un document « *certificat médical d'admission en*

¹ SDDE : soins sur décision du directeur de l'établissement prévus aux articles L.3212-1 et suivants du code de la santé publique :

- « SDT » : sur demande d'un tiers et sur le fondement de deux certificats médicaux dont le premier est établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil ;
- « péril imminent » : lorsqu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, qu'il est impossible d'obtenir une demande de tiers, décision sur le fondement d'un seul certificat médical dont l'auteur n'appartient pas à l'établissement ;
- « urgence » : En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, à titre exceptionnel, sur demande d'un tiers et sur le fondement d'un seul certificat médical qui peut être établi par un médecin du l'établissement d'accueil.

² Soins sur décision du représentant de l'Etat.

³ SSC : soins sans consentement.

soins psychiatrique en cas de péril imminent » a été mis au point. Il offre deux lignes pour décrire les troubles de la personne et mentionne ensuite « *il en résulte que ses troubles rendent impossible son consentement. Il existe un péril imminent pour sa santé ...* ». Un tel document, identique pour tous les patients, ne répond pas à l'exigence de justifier en quoi les troubles décrits constituent un péril et son imminence, conditions qui doivent pourtant être remplies pour une admission sans demande de tiers et sur le fondement d'un seul certificat médical, c'est-à-dire dans des conditions exorbitantes du droit commun et de plus faibles garanties pour la personne admise sans son consentement.

La très faible durée moyenne de séjour (DMS) des patients détenus par rapport à celle de l'ensemble des patients en SDRE correspond au statut transitoire de leur passage, en attente d'un transfert à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse (Haute-Garonne). Toutefois, un quart des patients sont retournés dans leur établissement d'origine en 2017, sans que l'on puisse en connaître la raison. En 2018, c'est la moitié des patients qui sont repartis en établissement, dans quelques cas avant d'être retransférés vers l'UHSA. Ces allers-retours, pour des patients en état de crise, laissent perplexes sur les conditions de leur prise en charge psychiatrique.

Dans sa réponse, la directrice affirme : « *La fin de l'hospitalisation fait l'objet d'un certificat médical ainsi que les modalités de suivi. La crise n'est pas toujours sous tendue par une problématique psychiatrique* ».

Au moment de la visite du CGLPL, l'occupation des unités de soins psychiatriques était la suivante :

		SL	SDDE	SDRE	Mineur
Pôle A1	Unités d'admission ouvertes	14	3	0	0
Pôle A2		14	4	0	0
Pôle A3		14	2	2	1
Pôle A1	Unités d'admission fermées	1	10	2	0
Pôle A2		4	12	3	0
Pôle A3		2	11	7	0
Unité de réhabilitation 13		20	1	2	0
Unité de réhabilitation 14		17	5	2	0

A la lecture de ce tableau, il apparaît que :

- sept patients en soins libres étaient hébergés dans des unités d'admission fermées alors que sept places étaient disponibles dans les unités d'accueil ouvertes ;

Dans sa réponse, la directrice précise : « *Avec l'accord du patient, c'est l'état clinique qui prévaut* »

- 80 % des patients en unités de réhabilitation – unités fermées – étaient en soins libres.

2.2 L'INFORMATION DONNÉE SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS AUX PATIENTS HOSPITALISÉS SANS LEUR CONSENTEMENT EST PARFOIS INCOMPLETE

Au moment de l'admission, le patient ou, si son état le nécessite, un de ses accompagnateurs – proche ou ambulancier –, se rend au bureau des entrées pour accomplir les formalités administratives avant d'être conduit dans son unité d'hospitalisation. Aussitôt, le bureau des entrées prépare la décision d'admission en soins sans consentement et la fait signer par la directrice de l'hôpital ou le directeur de garde qui a délégation de signature. La décision est ensuite adressée à l'unité d'hospitalisation pour notification au patient.

Dès l'admission – ou plus tard si l'état du patient le justifie –, le cadre de santé de l'unité ou, en son absence, le cadre supérieur du pôle, procède à la notification de la décision d'admission et celle des droits afférents à l'admission en soins sans consentement ; le week-end, c'est le cadre d'astreinte qui s'en charge.

Parfois, deux soignants signent un document indiquant que l'état de santé du patient est incompatible avec la notification de la décision. Un cadre a précisé qu'il ne lisait pas les droits « *on ne peut pas le faire à chaque fois !* » ; il n'a pas été très clair sur l'explicitation des droits mais a affirmé qu'il lui arrivait d'aider des patients à rédiger des demandes de mainlevée ; il a déclaré que cette notification de droits était toxique pour certains patients : « *ils sont affolés et il faut faire un travail de réassurance* ».

D'après les déclarations faites aux contrôleurs, le nom du tiers, lorsqu'il y en a un, n'est jamais indiqué au patient.

De même, les décisions de maintien des soins sans consentement après 24 heures, 72 heures et les convocations du JLD sont notifiées par un cadre de santé.

Certains cadres de santé ne sont pas à même de répondre aux questions du patient ; ils n'ont pas reçu de formation spécifique mais sont invités à consulter le site intranet de l'établissement qui comporte une base documentaire contenant tous les textes réglementaires sur les soins sans consentement.

Recommandation

Tous les cadres de santé chargés de notifier les décisions et droits y afférents doivent recevoir une formation sur la procédure de soins sans consentement.

Les unités de réhabilitation ne recevant que des patients provenant d'autres unités de l'établissement, aucune notification ni explication n'est non plus donnée à ceux-ci sur leurs droits lors de leur transfert dans cette unité alors que ceux-ci devraient leur être de nouveau notifiés avec chaque décision de maintien.

Dans sa réponse, la directrice déclare : « *Ils sont informés du changement d'unité mais ils ne changent pas de statut* ».

2.3 LES PIÈCES ÉCRITES MÉDICALES ET JURIDIQUES, INCOMPLÈTES, NE SONT PAS TRANSMISES SYSTÉMATIQUEMENT AUX PATIENTS

Le patient est invité à signer la notification d'admission mais ne conserve pas toujours une copie de la décision : certains patients préfèrent la confier au cadre, qui la classe dans leur dossier administratif ; certains cadres ont déclaré aux contrôleurs qu'ils ne la proposaient pas aux patients.

Il est également remis au patient un document précisant notamment les droits suivants : « Communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L3222-4 (Préfet, président du tribunal de grande instance, procureur de la République, maire) ; saisir la commission prévue à l'article L3222-5 (Commission départementale des soins psychiatriques) et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L1112-3 (la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) ; porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté les faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; émettre ou recevoir des courriers ; consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent ; exercer son droit de vote ; se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ».

Les informations sur les délais de recours et les coordonnées des instances compétentes sont incomplètes : « En référence à l'article L3211-12, le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Tarbes peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du livre II de la troisième partie du code de santé publique ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme. L'ordonnance du juge des libertés et de la détention mise en application des articles L3211-12 ou L3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué (article L3211-12-4) ».

Recommandation

Les documents destinés à informer le patient sur les voies de recours doivent indiquer de façon complète les coordonnées des services à contacter.

Des copies des certificats médicaux ne sont jamais remises au patient. Il lui est expliqué que, s'il le souhaite, il peut, à tout moment, consulter son dossier administratif au bureau des entrées du pôle et en demander des copies.

Le recueil des observations du patient n'étant pas formalisé, ces observations ne sont pas systématiquement demandées au patient. Il en est de même de la recherche du consentement.

Recommandation

Le recueil des observations du patient et la recherche de son consentement doivent faire l'objet d'une procédure formalisée et tracée.

Les patients sont invités à remplir le questionnaire de satisfaction à leur sortie, aucune feuille leur expliquant comment le remplir ou sa finalité n'est cependant affichée. Il peut être anonyme et les résultats sont analysés par le service qualité. Au regard des déclarations faites aux contrôleurs, l'exploitation de ce questionnaire ne semble pas revenir aux unités.

Dans sa réponse, la directrice déclare : « Allégation fausse, le retour des questionnaires revient systématiquement aux services ».

2.4 LE LIVRET D'ACCUEIL ET LES REGLES DE VIE NE SONT PAS REMIS AUX PATIENTS

Le CH dispose d'un règlement intérieur dont les dernières modifications datent d'août 2016. Certaines informations ne sont pas à jour ; notamment, il est fait mention de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), organisme qui n'existe

plus depuis la loi de modernisation du système de santé⁴ et a été remplacé par la commission des usagers (CDU). Certaines unités d'hospitalisation n'en disposent pas de version papier.

Recommandation

Chaque unité d'hospitalisation doit tenir à la disposition des patients un exemplaire du règlement intérieur de l'établissement.

Dans sa réponse, la directrice précise : « *Le règlement intérieur est en format dématérialisé sur le site internet de l'hôpital* ».

Le livret d'accueil développe de façon très complète l'ensemble des informations utiles aux patients admis dans les services de psychiatrie adulte.

A l'exception de l'unité de réhabilitation 13, toutes les unités disposent d'un « Règlement intérieur », parfois dénommé « Règles de vie ». Il s'agit d'un document propre à chaque unité, dont les détails varient d'une unité à l'autre. Les deux à quatre pages qui le composent sont affichées dans l'unité mais, contrairement aux directives du règlement intérieur de l'établissement, il n'est jamais remis aux patients.

Recommandation

Le règlement intérieur d'unité doit être rédigé sur un format standard et remis à chaque patient.

2.5 LES PATIENTS PEUVENT DEPOSER UNE REQUETE, UNE PLAINTE, QUI SONT TRAITES SELON UNE PROCEDURE RIGOREUSE

Le livret d'accueil donne des informations complètes sur l'existence, le rôle, la composition et le moyen de contacter la CDU. Une réclamation orale ou écrite est transmise au bureau des entrées, qui retourne un accusé de réception et envoie la réclamation – ou un compte-rendu s'il s'agit d'une réclamation orale – au cadre supérieur du pôle concerné et au médecin référent du patient. Ce dernier reçoit le patient puis envoie un compte-rendu de l'entretien à la CDU, qui adresse une réponse au plaignant.

Entre le 1^{er} janvier et le 6 septembre 2018, sur vingt réclamations formulées pour l'ensemble de l'établissement, neuf émanaient d'unités de psychiatrie, parmi lesquelles cinq provenaient de patients et quatre d'un proche :

- l'accusé de réception de la réclamation a été adressé au plaignant dans les 24 heures dans six cas et entre quatre et huit jours dans les trois autres cas ;
- la réalisation du dossier a été finalisée dans les dix jours dans cinq cas et entre trois et sept semaines dans les autres cas ;
- la réponse définitive a été adressée au plaignant en moins de quatre semaines dans cinq cas et entre cinq et sept semaines dans les autres cas.

Au moment de la visite du CGLPL, une médiation était en cours concernant une réclamation formulée depuis quelques jours. Après avoir rencontré deux médiateurs non médicaux, le patient

⁴ Loi N° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé

a présenté une demande de mainlevée qui devait être examinée en audience du JLD la semaine suivant la visite du CGLPL.

Le conseil départemental d'accès au droit (CDAD) assure une permanence un vendredi après-midi par mois sous réserve d'avoir reçu au moins trois demandes de rendez-vous. A défaut, les patients sont invités à se rendre à la permanence assurée à la mairie de Lannemezan ; ils doivent adresser leur demande de rendez-vous au cadre de santé qui la transmet au bureau des entrées : le dossier reste confidentiel, il n'est pas transmis à l'hôpital.

Bonne pratique

Le conseil départemental d'accès au droit se déplace une fois par mois dans l'établissement en cas de demande d'information.

2.1 LES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DE LEURS FAMILLES NE SONT PAS ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

La CDU se réunit tous les trimestres. Quinze jours avant la tenue d'une réunion, un tableau récapitulatif des réclamations est remis aux représentants des usagers, membres de la CDU. Les comptes-rendus de la CDU ne sont pas affichés dans les unités. La CDU n'a pas élaboré un « projet des usagers », tel qu'évoqué dans le code de la santé publique⁵.

L'union départementale des associations familiales (UDAF) et l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) sont représentées au sein de la CDU ; une des deux titulaires est vice-présidente de la CDU. Les deux suppléants sont membres, l'un de l'union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI)⁶ et l'autre de l'UNAFAM.

Outre la CDU, les représentants des usagers et des familles ne participent qu'au conseil de surveillance ; ils ne sont pas associés à la rédaction du questionnaire d'évaluation à la sortie, du livret d'accueil ou des fiches d'informations remises aux patients. Il n'a pas été désigné de « *personne chargée des relations avec les usagers* » (PCRU).

Les soignants ont une connaissance vague sur les associations des usagers et des familles, dont l'existence est signalée par une affiche apposée dans chaque unité. Ces associations se rendent très rarement dans les unités. En octobre 2017, l'UNAFAM a assuré une permanence

⁵ Article L.1112-80 du CSP modifié par le décret 2016-726 du 1er juin 2016 :

I.-Le II de l'article R. 1112-80 du code de la santé publique est ainsi modifié : [...]

2° Le II est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

4° La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet s'appuie sur les rapports d'activité établis en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1112-3. Il exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au représentant légal de l'établissement.

Le projet des usagers est proposé par la commission des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement des établissements publics de santé, de la politique médicale des établissements de santé privés ou du projet institutionnel des établissements de santé privés d'intérêt collectif. [...] »

⁶ Anciennement union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés

hebdomadaire au centre hospitalier, annoncée par affiches diffusées dans les unités ; à la suite de l'absence totale de visiteurs, l'expérience a cessé en mai 2018.

Recommandation

Les représentants de usagers et des familles doivent être davantage associés à la vie de l'établissement ; l'organisation d'une permanence associative doit être encouragée et soutenue par la direction et par la communauté médicale.

Dans sa réponse, la directrice précise : « C'est à la demande de l'UNAFAM que la permanence s'est arrêtée et non à la demande de l'hôpital ».

2.2 LA PLUPART DES PATIENTS DESIGNENT UNE PERSONNE DE CONFIANCE MAIS CELLE-CI N'EN EST PAS INFORMEE

Conformément à la procédure d'admission, le soignant qui reçoit le patient lui demande s'il souhaite désigner une personne de confiance et lui remet un « *formulaire de désignation* » comportant des explications sur le rôle de la personne de confiance et les modalités de désignation.

Le formulaire précise « *il appartient au patient d'informer la personne de confiance qu'il a choisie* » ; il doit être signé par le patient et par la personne de confiance si celle-ci est présente au moment de la désignation. Cette procédure paraît mal appropriée à une hospitalisation psychiatrique : le patient peut être dans un état ne lui permettant pas de procéder à l'information de la personne désignée et il semblerait préférable, comme les contrôleurs ont d'ailleurs constaté que cela se pratiquait dans certains hôpitaux visités, que ce soit l'administration de l'établissement qui se charge d'adresser la demande à la personne de confiance désignée.

Dans les faits, la personne de confiance n'est informée de sa désignation que si elle est présente au moment de l'admission ou si elle rend visite au patient, c'est-à-dire très rarement.

Au moment de la visite du CGLPL, quelque huit patients sur dix avaient désigné une personne de confiance mais les contrôleurs n'ont pas vu un seul formulaire de désignation comportant la signature de la personne désignée. Il a été signalé aux contrôleurs quelques rares personnes de confiance qui rendaient visite au patient et entretenaient des contacts avec l'équipe médicale.

2.3 L'ETABLISSEMENT N'ORGANISE PAS L'ACCES AU VOTE

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, les élections ne donnent pas lieu à une information organisée au niveau de l'établissement. Des patients peuvent bénéficier de sorties accompagnées pour aller voter.

Recommandation

Les élections doivent donner lieu à une information organisée au niveau de l'établissement.

2.4 LES INFORMATIONS RELATIVES A L'EXERCICE D'UN CULTE SONT MINIMALES

Les informations contenues dans le livret d'accueil sont plus que succinctes sur le sujet : « *Vous pouvez demander à recevoir la visite de l'aumônier catholique ou d'un autre ministre d'un culte en sollicitant l'équipe soignante* ».

L'aumônerie catholique assure une permanence toute la journée les mardi et jeudi et le vendredi après-midi. Ces jours-là, à partir de 16h, une aumônière rend visite aux patients qui le demandent.

La chapelle est ouverte tous les jours de permanence. Un temps de prière y est organisé le mardi à partir de 15h et une messe est célébrée tous les jeudis à 15h.

En principe, ces informations sont affichées dans toutes les unités. Chaque année, l'aumônerie remet de nouvelles affiches aux pôles pour distribution dans les unités ; les contrôleurs ont constaté l'absence d'affiche dans la plupart des unités. Une certaine prudence est invoquée sur ce sujet en raison de patients en « *voyage pathologiques* », dont certains vers Lourdes.

Recommandation

Les services de culte proposés aux patients doivent leur être signalés de façon complète et efficiente. Les aumôniers doivent pouvoir être contactés directement par les patients et non via le personnel soignant.

Dans sa réponse, la directrice indique : « *C'est en fonction de leur état clinique et non systématique. Les aumôniers ne veulent pas être appelés directement par les patients* ».

2.5 LES ASSISTANTES SOCIALES SONT EN MESURE DE FAIRE ASSURER CORRECTEMENT LA PROTECTION JURIDIQUE

Dans chaque pôle, les assistantes sociales entretiennent des contacts avec les tuteurs et curateurs. Elles reçoivent tous les patients admis pour une première hospitalisation ainsi que ceux qui le demandent ou qui leur sont signalés par le personnel. Les assistantes sociales participent aux réunions d'équipe, dans les unités où elles sont organisées ; elles peuvent ainsi repérer les patients qui auraient besoin d'une protection juridique.

Les tuteurs assistent aux audiences du JLD ; dans certaines unités, ils sont invités à participer aux réunions de synthèse.

L'hôpital a mis en place un mécanisme d'aide aux patients sous protection juridique : le bureau des entrées sollicite des tuteurs la mise en place de crédits individuels que les patients peuvent venir retirer avec ou sans l'aide des soignants.

2.6 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST PAS EFFECTIVE

Le livret d'accueil précise : « *Vous avez la possibilité de demander la non divulgation de votre présence, parlez-en au personnel soignant* ». Les soignants se montrent très attentifs à la confidentialité des situations individuelles mais l'existence de procédures particulières ne semble pas connue ; aucune information sur ce droit n'est affichée.

D'après les déclarations faites aux contrôleurs, de telles demandes sont rares.

Une « *Procédure devant une demande d'anonymat d'un patient* » a été établie en avril 2010, prévoyant notamment qu'en cas de demande d'information émanant de l'extérieur du CH, « *Le standard, le BE⁷ ou l'unité précise qu'il n'y a pas de personne hospitalisée sous ce nom* ». En réalité, les contrôleurs ont constaté que le standard n'était pas toujours prévenu et il leur a été

7 BE : bureau des entrées (ndlr)

expliqué que, lorsqu'une personne appelait le standard pour se renseigner sur l'éventuelle présence d'un patient, l'appel était transmis vers l'unité où le patient était hospitalisé.

Recommandation

Une procédure doit être mise en place et connue du standard afin que la confidentialité sur la présence d'un patient soit assurée.

3. LE CONTROLE DU RESPECT DES DROITS LIES AUX MESURES DE SOINS SOUS CONTRAINTE

3.1 L'AUDIENCE DEVANT LE JUGE DES LIBERTES EST NOTIFIEE TARDIVEMENT AUX PATIENTS

3.1.1 La préparation de l'audience

Les saisines du greffe du juge des libertés et de la détention (JLD) sont préparées par le bureau des entrées. Deux audiences ont lieu par semaine, les lundi et jeudi matin ce qui permet de convoquer les patients à la date la plus proche du délai de 12 jours dans lequel ils doivent être présentés.

Les convocations des patients sont adressées par le greffe du juge au bureau des entrées qui les transmet aux unités ; les cadres de santé les notifient aux patients juste la veille de l'audience « pour leur éviter de provoquer un surcroît d'anxiété ». Ils les leur font signer et compléter sur la demande d'un avocat nommé et les coordonnées, le cas échéant, d'un tuteur, leur en laissent une copie et transmettent directement les récépissés au greffe, un double étant adressé au bureau des entrées.

Le juge convoque le tuteur et le tiers.

Les dossiers sont transmis par le greffe à l'avocat de permanence ou à l'avocat choisi la veille de l'audience.

Les mandataires désignés en qualité de tuteur ou de curateur ne viennent que rarement mais certains transmettent un rapport.

Les membres de la famille assistent occasionnellement à l'audience, notamment en cas d'hospitalisation sous contrainte à leur demande.

Recommandation

Les cadres des unités doivent transmettre et notifier aux patients leur convocation devant le juge des libertés dès qu'ils la reçoivent eux-mêmes afin que ceux-ci disposent d'un délai suffisant pour choisir un avocat, avertir le tuteur éventuel ou pour prendre contact, s'ils le souhaitent, avec un proche susceptible de les assister.

3.1.2 La tenue de l'audience

Une salle d'audience est installée dans l'enceinte de l'établissement dans le bureau des entrées.

Les locaux sont signalés par une affiche placée à l'extérieur.

Il est nécessaire de franchir une porte, un couloir et un bureau pour parvenir jusqu'à la salle d'audience, précédée d'une salle d'attente, qui est très exigüe.

Le magistrat se tient derrière un bureau avec son greffier et la personne convoquée est assise en face, derrière une table, son avocat à ses côtés.

Trois chaises sont destinées à l'accueil du public.

Les soignants accompagnent les patients, le transport ayant lieu soit en voiture soit à pied selon la distance à parcourir depuis l'unité de soins qui les héberge ; ils n'assistent pas à l'audience, le juge ne le souhaitant pas sauf cas particulier (patient fragilisé ou apparaissant agité).

L'avocat commis d'office arrive avant l'heure prévue pour l'audience et peut s'entretenir avec le patient dans le bureau d'une secrétaire laissé à sa disposition, la confidentialité des échanges est ainsi respectée.



Salle d'audience



Bureau d'entretien

Les avocats désignés d'office n'ont pas reçu de formation particulière au contentieux des soins sans consentement mais sont volontaires pour assurer les permanences

La juge ne revêt pas sa robe, les avocats portent la leur. Les patients sont toujours habillés en vêtements de ville.

Le magistrat prend le temps d'entendre la personne convoquée. Il ne rend pas sa décision sur le siège pour des raisons matérielles mais explique au patient quelle en sera la teneur et précise que la décision sera transmise au centre hospitalier à 17h et lui sera notifiée par le personnel soignant dans son unité.

Le JLD mentionne les possibilités et les conditions de l'appel et rappelle au patient qu'il peut à tout moment demander la mainlevée de la mesure dont il fait l'objet ou solliciter l'organisation d'une mesure d'expertise.

3.1.3 Les décisions rendues

En 2017, 505 patients ont été convoqués dont 23 à la suite d'une demande de mainlevée, 440 étaient effectivement présents à l'audience.

440 jugements de maintien de la mesure, 2 mainlevées immédiates (absence de troubles psychiatriques actuels, absence de troubles psychiatriques caractérisés), 2 mainlevées avec délai de 24 heures (état de santé stabilisé et adhésion aux soins, absence de troubles de nature psychiatrique), 1 mainlevée avec délai de 48 h (pas de troubles mentaux avérés) et 19 décisions de non-lieu à statuer (mesures levées avant l'audience) ont été prononcées.

La cour d'appel de Pau (Pyrénées-Atlantiques) a été saisie de quinze décisions par les patients et a prononcé douze rejets de la demande et trois non-lieux à statuer.

Durant les six premiers mois de 2018, 233 personnes ont été convoquées dont 5 à la suite d'une demande de mainlevée, 195 étaient présentes à l'audience.

213 jugements maintenant la mesure, 4 prononçant la levée immédiate (2 pour irrégularité de la procédure, 2 pour absence de troubles imposant des soins en milieu hospitalier), un la levée avec délai de 24 heures (irrégularité de la procédure mais délai pour préparer un programme de soins) et 15 de non-lieu à statuer ont été prononcés.

Constatant le nombre important de mainlevées fondées sur la motivation incorrecte des certificats médicaux, le JLD a tenu une réunion pour préciser les conditions de régularité des motivations.

3.2 LA MISSION DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Le livret d'accueil mentionne (p.16) l'existence de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et ses missions sans préciser qu'elle peut être saisie par les patients ni, donc, indiquer ses coordonnées.

La dernière visite de CDSP s'est déroulée le 28 mars 2018 et a reçu, à cette occasion, deux patients qui avaient souhaité être entendus.

Elle a examiné les dossiers de vingt-quatre patients admis en SPI, six patients en SDRE et onze patients en SDDE.

Elle a examiné les conditions d'isolement dans l'unité d'admission du pôle A3.

Elle n'a fait aucune remarque sur les conditions d'isolement mais a relevé le retard d'élaboration du registre d'isolement et l'impossibilité, dans le logiciel prévu, de faire apparaître le nom des soignants qui surveillent le patient.

3.3 LES REGISTRES DE LA LOI PERMETTENT LE SUIVI FORMEL DES PROCEDURES

Les registres tenus au bureau des entrées sont du modèle administratif normalisé. Pour chaque entrée, la page d'informations individuelle est renseignée, une copie au format A5 des certificats ayant fondé l'admission est collée sur les pages prévues. Aucune copie des autres documents du suivi de la procédure de soins sans consentement n'est apposée dans le registre. Pour chacun de ceux-ci (certificats de 24 h et 72 h, arrêtés de maintien, avis médicaux, procédure devant le juge des libertés et de la détention, certificats mensuels, etc.) une mention manuscrite est portée sur le registre précisant la date, la nature du document, le signataire et le numéro qui le référence dans le dossier patient qui est tenu au bureau des entrées. Une couleur d'encre différente est utilisée selon les types de documents ce qui permet de les repérer rapidement et facilite le suivi d'une procédure. Toutefois, le contrôle de la régularité de celles-ci, notamment la motivation des certificats et avis nécessite de consulter le dossier administratif de la personne et même son dossier médical pour les documents établissant l'effectivité de la recherche de tiers. Des registres « suite » sont utilisés pour les pièces et mentions des personnes hospitalisées depuis longtemps.

Au cours de la visite des contrôleurs, le registre n'était pas à jour, un retard d'enregistrement des mesures et documents s'était constitué pendant la période de congés estivaux l'équipe des agents du bureau des entrées n'étant pas complétée pendant les absences. Au 5 septembre, la dernière mesure enregistrée datait du 31 août.

3.4 L'AMENAGEMENT ET LA LEVEE DE LA MESURE

Les interlocuteurs rencontrés associent sortie de l'hôpital et levée de la mesure de soins sans consentement. Il n'est pas envisagé dans leur discours un passage du statut de soins sans consentement à soins libres, changement qui permettrait pourtant d'évaluer la réalité de l'adhésion aux soins de patients restant hospitalisés sous ce statut.

Dans sa réponse, la directrice affirme « *allégation fausse* » sans autre précision.

A l'inverse, la sortie peut se faire en programme de soins ou après un séjour à l'unité de postcure de Tarbes (cf. § 6.1.4), pour les patients des pôles A1 et A2.

4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

4.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS TOUJOURS FONCTION DE L'ETAT CLINIQUE DES PATIENTS

Dans chacun des pôles 1, 2 et 3, une unité est dite « ouverte » et une unité est fermée. Les deux unités du pôle de réhabilitation sont fermées, ainsi que l'unité de pédopsychiatrie.

Dans sa réponse, la directrice précise « *La pédopsychiatrie est un service ouvert qui peut-être fermé en cas de fugue.* »

La question de la fermeture des unités a été évoquée en commission médicale d'établissement : la gestion des entrées ne doit pas conduire à la fermeture d'une unité pour accueillir un patient du pôle dont il est estimé qu'il doit être hébergé en unité fermée mais plutôt solliciter un autre pôle disposant de places. Cependant, ces dispositions sont prises « *pour s'adapter aux exigences réglementaires* » et ne sont pas le fruit d'une réflexion collective. **Au demeurant, les contrôleurs ont constaté que rares sont les interlocuteurs qui se sont montrés préoccupés de l'hébergement de patients en soins libres dans des unités fermées, en méconnaissance de la liberté d'aller et venir de ces derniers.**

Les unités ouvertes le sont de 9h à 21h pour le pôle 3, de 8h30 à 18h pour le pôle 1, et de 9h à 18h30 pour le pôle 2. Il est demandé aux patients de revenir pour l'heure du déjeuner.

Toutefois, la situation de l'unité « ouverte » du pôle 2 est singulière : malgré son appellation et le fait qu'elle accueille principalement des patients en soins libres, sa porte est régulièrement fermée dans plusieurs situations : lorsque la chambre d'isolement est ouverte au moment de prodiguer des soins, lors des réunions, lors de l'admission d'un nouveau patient quel que soit son statut et jusqu'à ce qu'il voit un psychiatre, ou lorsqu'un patient de l'unité fermée « monte » dans l'unité ouverte en raison d'une situation de sur occupation . Au cours de la visite, chaque fois qu'un contrôleur s'est rendu dans cette unité aux heures d'ouverture, la porte était fermée. De plus, située à l'étage, l'unité ne comporte pas d'espace extérieur. Un ascenseur a été mis en place pour les personnes à mobilité réduite mais il nécessite la présence d'un soignant pour le faire fonctionner, ce qui complique les allées et venues de ces personnes.

S'agissant des unités fermées, on en sort que si on en a l'autorisation, seul ou accompagné, généralement pour durées n'excédant pas deux heures le matin et deux heures l'après-midi. D'après les informations recueillies pendant la visite, plus de la moitié des patients pouvaient sortir seuls de ces unités pour se rendre dans le parc, à la cafétéria, ou en activité. Dans l'unité fermée du pôle 1, chaque patient hospitalisé sous contrainte était invité à signer un « *contrat de libre circulation dans le parc* » précisant les limites de l'autorisation, dont une copie lui est remise.

Dans ces unités, l'accès aux jardins ou aux patios est permis dans une amplitude horaire qui varie quelque peu, au mieux entre 8h et 23h. Toutefois, l'accès des jardins contigus au parc – et qui en sont séparés par un grillage de hauteur supérieure à 2 m, ne se fait qu'en présence de personnel soignant (pôle 2 et pôle 3), c'est-à-dire plus rarement. Les patios, plus sécurisés, sont quant à eux librement accessibles. Les patients de l'unité A2 fermée, laquelle dispose d'un jardin attenant au parc mais pas d'un patio, ont de fait un accès à l'air libre lié au bon vouloir et à la disponibilité des soignants.

Recommandation

Les patients admis en soins libres doivent avoir librement accès à l'extérieur à tout moment de la journée.

L'accès des patients hospitalisés en unité fermée à des espaces extérieurs dédiés doit être permis à tout moment de la journée, hormis au moment des soins, des repas ou des activités thérapeutiques.

Les jardins ou patios des unités ouvertes sont librement accessibles, dans la limite des horaires d'ouverture.

Dans tous les pôles, les personnes peuvent circuler librement depuis leur chambre jusqu'aux espaces communs. Les chambres des deux unités du pôle A2 ne sont pas accessibles de 10h à 13h, pour cause de ménage. Une telle restriction ne se retrouve pas dans les autres pôles.

Le risque de fugue ou qu'un patient sorte d'une unité et commette un acte répréhensible a été évoqué par de nombreux soignants et médecins, dont le discours est empreint de considérations sécuritaires.

4.2 LE PYJAMA N'EST PAS UTILISE COMME MODALITE DE GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

Une unité fermée impose le pyjama à l'arrivée avant le premier entretien médical.

De manière générale, il peut être fourni dans l'attente de vêtements dans les premiers jours.

Lors des placements en isolement Le port du pyjama correspond à une « *prescription médicale* » utilisée systématiquement (cf. § 7.3.6).

4.3 L'ACCES AU TABAC N'EST RESTREINT QU'A LA DEMANDE DES PATIENTS OU EN FONCTION DE LEURS RESSOURCES

Les cigarettes, les briquets et les allumettes sont de manière générale conservés par les patients. Certains patients préfèrent confier leurs cigarettes aux soignants afin d'éviter les rackets (cf. § 7.6).

Dans certains cas, les médecins choisissent de limiter la consommation de patients, quand leurs ressources ne permettent pas de suivre leur consommation ou pour ceux qui sont incapables de la gérer.

La directrice de l'établissement précise dans sa réponse : « *il est proposé systématiquement aux patients une aide au sevrage* ».

On fume dans les jardins ou patios dans la limite des heures d'ouverture. Toutefois, les règles de vie de l'unité fermée du pôle A2 n'autorisent l'accès au jardin, contigu au parc, qu'en présence de soignants. Il semble toutefois que lorsqu'un soignant occupe le poste de soins dont la fenêtre donne sur cette cour, les patients soient également autorisés à s'y rendre. Alternativement, les patients utilisent le fumoir, une pièce équipée de quelques chaises, et qui, malgré une puissante VMC, sent le tabac. Dans l'unité ouverte du pôle A2, où il n'y a ni jardin ni patio, on fume également dans une pièce fermée, à l'aération défailante. Cette pièce exiguë et sale empeste le tabac.

L'unité ouverte du pôle A1 comporte également un fumoir essentiellement utilisé l'hiver.

Ce sont les soignants qui achètent le tabac en ville une fois par semaine. L'association du personnel de l'établissement peut également faire une avance aux patients pour leur permettre d'acheter du tabac.

Pour les personnes placées en chambre d'isolement, voir le § 7.3.6.

4.4 LES MOYENS DE COMMUNICATION SONT ACCESSIBLES HORMIS LE TELEPHONE QUI EST SYSTEMATIQUEMENT RESTREINT POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.4.1 La circulation du courrier

Ce sont les soignants qui jouent le rôle d'intermédiaire entre les patients et le vaguemestre. Le courrier n'est pas contrôlé, sauf s'il est soupçonné qu'il contient un produit stupéfiant. Des timbres sont en vente à la cafétéria.

4.4.2 L'accès au téléphone

Toutes les unités disposent d'une cabine téléphonique. Dans l'unité ouverte du pôle 2, elle est située dans le salon d'accueil des familles où la confidentialité des conversations n'est pas assurée.

Les patients des unités ouverte, sauf exception, ont accès à leur téléphone portable sans restriction.

Quand un patient est admis dans une unité fermée, son téléphone lui est retiré au moment de l'inventaire. Ensuite, le téléphone est autorisé ponctuellement, selon des règles qui diffèrent quelque peu d'une unité à l'autre : les patients peuvent consulter leurs messages et en envoyer entre 18h et 19h dans le pôle 1, à certaines heures dans le pôle 2 et les patients autorisés à sortir de l'unité peuvent récupérer leur téléphone lorsqu'ils se rendent dans le parc. Les cordons des chargeurs ne sont pas laissés aux patients et sont conservés dans les bureaux infirmiers.

Recommandation :

L'accès au téléphone doit être, par principe, libre. Il ne peut être restreint que de manière individualisée, en fonction de l'état clinique du patient. La diversité des pratiques entre des unités dont les patients ne présentent pourtant pas de différence de pathologies doit faire l'objet d'une réflexion et d'un travail d'harmonisation.

4.4.3 L'accès à l'internet

L'accès à l'internet est autorisé aux personnes qui ont un smartphone et peuvent le conserver. Pour les autres, la seule possibilité d'accès est l'activité informatique, qui a lieu deux demi-journées par semaine, et pour dix patients seulement.

Recommandation

L'internet doit être mis à disposition des patients dans les unités, sauf restriction particulière justifiée par leur état clinique.

Dans sa réponse, la directrice fait valoir : « L'établissement n'a pas à prendre à sa charge l'abonnement à Internet, chaque patient s'équipe à ses frais ».

4.4.4 Les visites des familles

Toutes les unités sont pourvues d'un espace destiné à recevoir les familles, à l'exception de l'unité 14 du pôle réhabilitation. Au besoin, un bureau y est mis à disposition.

Les espaces conçus à cet effet dans les autres unités sont souvent peu accueillants et en réalité peu utilisés : généralement, les familles sont reçues dans les chambres des patients, hormis les enfants qui eux ne sont pas admis dans les unités. Autrement, les patients voient leurs proches dans le parc ou à la cafétéria quand cela est autorisé.

Recommandation

Toutes les unités doivent comporter un lieu accueillant adapté aux rencontres des patients avec leurs proches.

Les visites sont autorisées l'après-midi dans une plage horaire variable entre 13h30 et 18h30, mais la pratique est souvent plus libérale. Ainsi, dans l'unité ouverte du pôle 1, une patiente a indiqué que les soignants étaient tolérants, ses parents ont pu lui apporter des vêtements en début de matinée puis rester avec elle, et ses amis ont été autorisés à lui rendre visite un dimanche à 11h.

4.5 LE COMITE D'ETHIQUE

Un comité d'éthique présidé par un médecin de l'établissement se réunit, en principe, trois fois l'an. Un membre de la CDU en fait partie.

N'importe quelle personne intéressée par le fonctionnement de l'établissement peut le saisir en vue d'obtenir un avis. Les comptes-rendus de ses réunions peuvent servir de référence pour la rédaction de protocoles. Ils ne sont pas envoyés à l'agence régionale de santé mais lui sont communiqués lors de ses visites.

Les thèmes sont proposés à la suite à de sollicitations d'équipes sur des situations de terrain : fin de vie, sédation (en lien avec le CLUD, situation d'une patiente à la prise en charge particulièrement difficile). La réunion de fin septembre 2018 portera sur la place des aidants.

Des thèmes plus généraux peuvent être abordés : Une réunion a porté sur l'isolement des mineurs, la question des agressions sexuelles entre patients.

Le comité d'éthique a également rendu un avis sur la question de l'atteinte à la dignité que pouvait constituer le dispositif de vidéosurveillance des patients détenus à tout moment (toilette, intimité) et a conclu sans analyser au fond la question : « *le comité d'éthique dans le cadre de la surveillance des détenus à la chambre sécurisée préconise que soit inscrit dans le règlement de fonctionnement que l'intimité du détenu est garantie et que le dispositif garantit la sécurité* ».

5. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

5.1 SELON LES UNITES, LE CONFORT DES CHAMBRES EST DIFFERENT ET LA QUALITE DE LEUR ENTRETIEN INEGALE

Dans les huit services d'hospitalisations pour adultes visités par les contrôleurs, les chambres sont propres mais d'un confort variable et d'une qualité d'entretien assez inégale. Les bureaux des soignants sont le plus souvent situés au cœur du bâtiment et ont une bonne visibilité sur le reste du service. Les locaux collectifs sont plutôt tristes mais les salles à manger et lieux d'activités bénéficient de larges ouvertures sur le parc et les jardins privatifs des unités.

Dans l'unité ouverte du pôle A1, l'architecture est plutôt agréable et fonctionnelle. Les locaux de vie et de soins sont regroupés. Les dix-huit chambres dont deux doubles sont propres et en bon état. Elles comportent un coin toilette douche et WC. Aucune décoration n'est autorisée.

Dans ce même pôle, l'unité fermée comporte douze chambres à un lit et quatre chambres doubles. Si toutes les chambres ont un coin toilette et lavabo, souvent assez spacieux, seules trois chambres sont dotées d'une douche.

L'unité 13 (unité de réhabilitation) comporte neuf chambres doubles et cinq chambres individuelles. Elles ont toutes une douche et sont propres et en bon état.

En revanche, l'unité 14, également affectée aux patients en réhabilitation, c'est-à-dire en fait séjournant de longs mois voire années, est en mauvais état avec des parties communes – douches, couloirs – souvent dégradées. Les chambres sont fréquemment décorées par les patients. Mais l'état des placards qui ne peuvent plus être fermés, le petit nombre de douches (trois pour vingt-quatre lits) et l'aménagement général assez triste, malgré une salle de repas ouverte sur le jardin, donnent une impression plutôt sinistre. Les bureaux du personnel soignant et ceux destinés aux entretiens sont exigus et peu fonctionnels.

Les deux unités d'admission du pôle A2 comportent également vingt lits répartis entre cinq chambres doubles et dix chambres individuelles pour l'unité ouverte, et seize chambres individuelles et deux doubles pour l'unité fermée. Dans toutes les chambres, les fenêtres ne s'ouvrent que sur 10 cm et aucune décoration n'est autorisée. Dans l'unité ouverte, les chambres ne sont pas équipées de douche, l'équipement collectif n'offre qu'une douche pour cinq patients. Pour l'unité fermée, chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec douche. L'état général est satisfaisant. L'entretien très correct.

Enfin, les deux services d'hospitalisation du pôle A3 (Van Gogh et la Clinique du lac) ont été construits récemment (2012). Les chambres sont toutes individuelles avec une salle d'eau convenablement équipée (douches, lavabo, miroirs, porte-serviettes et tabouret).

Ces chambres s'ouvrent par de larges fenêtres (2m sur 1,5 environ) constituées de trois éléments un central et deux latéraux dont un peut être ouvert sur 10 cm environ. La propreté est parfaite, quelques lits sont médicalisés ; une table de nuit, une table de travail et une chaise complètent le mobilier. Un placard spacieux toujours ouvert contient lui-même deux « coffres » dont l'ouverture est pour l'un d'entre eux réservé aux soignants l'autre, fermé par un cadenas, offre aux patients la possibilité de conserver des biens qu'ils considèrent comme plus précieux.

Ouvertes sur le parc, avec quelque fois la vue sur le lac, ces chambres sont d'un aspect très agréable. Mais aucune décoration personnelle n'est autorisée.

Au total, l'aménagement et l'état des locaux de vie des patients sont très inégaux. Dans certains services la majorité des chambres ont deux lits sans que soient prévues des isolations

individuelles. Dans plusieurs d'entre eux, il n'existe que des douches collectives, jusqu'à une seule douche pour cinq patients.

Recommandation

L'établissement doit se donner comme objectif rapide de doter chaque chambre d'une salle d'eau avec douche.

La décoration est très pauvre dans la plupart des locaux communs. Les chambres sont correctement équipées, avec souvent un éclairage adapté (des liseuses notamment) et selon les unités un appel malade, un mobilier limité mais en bon état.

Dans l'ensemble des chambres, les fenêtres sont larges et permettent de profiter de la situation des bâtiments au cœur d'un grand parc, mais les possibilités d'ouverture sont très limitées. Les chambres ne peuvent être fermées de l'intérieur par les patients. Sauf dans les unités plus neuves du pôle A3, les placards sont le plus souvent impossibles à fermer à clef.

Dans certaines unités, les chambres sont fermées toute la matinée, ce qui contraint les patients à rester dans les lieux de vie collectifs.

Les salles de bains sont bien équipées ; elles ont souvent un sol antidérapant bien adapté à la situation des patients. Les grands miroirs sont fréquents dans ces salles de bains. On en trouve aussi dans les chambres.

La propreté des chambres comme des parties communes est très correcte.

Bonne pratique

La mise à disposition, dans certaines unités, de placards comportant eux-mêmes deux coffres, l'un à la disposition des patients, l'autre utilisable seulement par les soignants permet aux patients à la fois un accès facile à leurs effets et la préservation des objets qu'ils considèrent comme précieux.

5.2 LA QUESTION DE LA SUR OCCUPATION NE SE POSE PRATIQUEMENT PAS

Les unités dites de réhabilitation reçoivent des patients souvent « au long cours » mais n'acceptent les patients que lorsque des places sont disponibles.

Les unités d'admission semblent en mesure d'accueillir les personnes qui leur sont adressés par les urgences ou qui se présentent spontanément. Lorsque qu'il est estimé qu'un patient doit être hébergé dans une unité fermée et qu'aucune place n'est disponible dans l'unité du pôle dont il relève, il est pris en charge dans l'unité adaptée d'un autre pôle qui dispose de place mais il reste sous la responsabilité du médecin dont il devait relever.

Une bonne coopération entre les unités et l'accueil régulier de patients hors secteur ainsi que l'existence de chambres doubles permettent de maintenir un taux d'occupation général proche de 90 % sans que les conditions de vie des patients ne soient sensiblement affectées.

5.3 LA CONSERVATION DES BIENS DES PATIENTS EST ASSURÉE DE DIVERSES MANIÈRES

Lorsque les patients sont admis au centre hospitalier dans les unités psychiatriques, un double inventaire de leurs biens est effectué de façon contradictoire. Un premier inventaire concerne leurs effets, il permet de vérifier que leurs besoins de vêtements sont satisfaits. Le cas échéant,

quelques vêtements dont les services ont un stock très restreint peuvent leur être donnés. Cet inventaire les accompagne tout au long de leur séjour.

Un second inventaire, contresigné par le patient s'il est en état de le faire, est établi. Il porte sur les valeurs, les bijoux, les documents d'identité ainsi que ce qui est considéré comme précieux par le cadre ou l'équipe en charge de l'accueil.

Ce second inventaire est normalement conservé dans le dossier administratif tenu dans le service. La consultation de plusieurs dossiers dans quelques unités a pu montrer que cet inventaire est quelque fois absent, parfois non signé et parfois mal renseigné. On peut comprendre que dans les circonstances éventuellement difficiles d'un accueil en urgence, ce type de document soit peu lisible ou peu explicite. Lorsque le patient reste une longue période dans l'unité (plus de 15 jours par exemple) une vérification de l'existence ou de la correcte rédaction de cet inventaire pourrait être conduite, sans attendre le départ. Il semble cependant que peu de litiges naissent sur ce sujet.

Les biens qui sont retirés aux patients ont trois destinations possibles.

Quelques biens (petites sommes d'argent – maximum 100 €, téléphone portable, clés, lunettes de soleil, etc.) sont conservés dans l'unité dans des placards à casiers aménagés dans les bureaux des soignants. Ces biens peuvent être facilement remis aux patients pour les besoins de la vie courante. Correctement classés et placés dans des enveloppes qui sont renseignées à chaque mouvement, ces objets sont finalement bien accessibles. Cette procédure améliore la vie des patients.

Les documents administratifs, en particulier les documents d'identité, carte de sécurité sociale ou de mutuelle, etc. sont conservés au bureau des entrées dans de grandes enveloppes placées dans un coffre. L'accès facile à ces documents par les services administratifs est indispensable pour le bon suivi des procédures. Ces documents sont bien classés. Certaines enveloppes concernent cependant des patients ayant quitté l'hôpital. Un inventaire de mise à jour est fait régulièrement (tous les deux mois). Cette bonne pratique ne doit pas être abandonnée.

Enfin, les sommes importantes détenues par les patients (ou les bijoux) sont remis au service du Trésor public sur site, conformément à la réglementation. Toutefois la question de la récupération de ces biens est rendue complexe du fait de l'ouverture peu fréquente de ce service (le mardi et le jeudi de 8h30 à 12h et de 13h à 15h30 ; le vendredi de 8h30 à 12h30). Il est donc difficile pour les patients de récupérer des objets de valeur et les sommes parfois importantes avec lesquelles ils sont entrés à l'hôpital. Cette situation qui peut obliger les unités à détenir « provisoirement » des sommes importantes pour faciliter les départs programmés et qui contraint les patients à revenir reprendre leurs biens après la sortie n'est pas acceptable. Au minimum, le service du Trésor public devrait être ouvert chaque jour et obligatoirement le vendredi après-midi période fréquente de sortie pour les patients.

Pour pallier ces difficultés, l'hôpital a mis en place deux procédures originales.

Concernant les patients sous protection juridique, des accords ont été passés avec des tuteurs et notamment des associations de tutelle pour obtenir (assez) facilement des sommes d'argent que les patients, souvent accompagnés de soignants, peuvent venir prendre à un « guichet » ouvert au bureau des entrées. Cette possibilité mise en place en 2014 impose une procédure assez lourde. Elle est largement utilisée : plus de 2 600 demandes de patients ont été enregistrées en 2017, près de 210 conventions ont été signées par l'hôpital avec des mandataires judiciaires à la

protection des majeurs, les deux-tiers d'entre elles concernent les pôles de psychiatrie. L'initiative répond bien aux besoins des patients.

Par ailleurs, dans le cadre de la cafétéria, un service de prêt de très faible montant (moins de 50 €) a été mis en place sous l'égide d'une association (Association Vie Sociale Entraide) pour répondre aux besoins immédiats de patients démunis, venant juste d'arriver ou durablement privés de moyens ou d'aide de leurs proches. Si nécessaire, dans un petit nombre de cas, ces prêts se transforment en dons.

On ne peut que se féliciter des efforts mis en place par l'hôpital pour répondre aux besoins financiers des patients et pallier le non-respect par le Trésor d'une obligation de continuité pourtant essentielle à la notion de service public.

Recommandation

Les plages d'ouverture de la régie, service du Trésor public sur site, doivent être étendues pour répondre aux réels besoins des patients

5.4 LA RESTAURATION DONNE SATISFACTION AUX PATIENTS MAIS LES SOIGNANTS PARAISSENT PEU ASSOCIES A LA PRISE DES REPAS

La restauration des patients est assurée par une cuisine centrale qui dépend du centre hospitalier ; elle a fait l'objet d'une régulière mise à niveau depuis plusieurs années et des projets d'amélioration sont encore en phase de décision. Cette cuisine produit plus de 566 000 repas par an, dont 180 000 au profit des unités d'hospitalisation psychiatrique. Un effectif de 44,5 ETP fait fonctionner ce centre de production au profit de l'ensemble de l'hôpital mais également au bénéfice de près d'une trentaine de points de distribution avec 13 000 repas livrés à domicile et 47 000 repas à des écoles de la région.

Pour les malades en soins psychiatriques, les plats sont livrés en barquettes de quatre rations correspondant pour l'essentiel au mode de distribution par table de quatre. Les repas sont toujours pris dans les unités dans des salles à manger collectives par table de quatre (sauf cas particulier des patients en chambre d'isolement).

La liberté est donnée à chaque patient pour choisir sa place et dans beaucoup d'unités (dont en réhabilitation) les patients sont invités à participer à la mise en place des tables puis à leur débarrassage en fin de repas. La grande majorité des salles de restauration sont propres, agréables et largement ouvertes sur le parc. Les repas de midi et du soir sont vivants, parfois très animés.

Les patients ont chaque jour un petit déjeuner (parfois jugé par eux insuffisamment copieux), un déjeuner, (12h), un goûter (15h45), un dîner (19h) et dans la plupart des unités une tisane est proposée le soir. Les patients sont autorisés à conserver quelques « friandises » dans leur chambre.

De façon assez unanime, la restauration est considérée comme de bonne qualité, les réclamations sont exceptionnelles. La demande de repas spéciaux pour des raisons religieuses est très rare.

Le déroulement des repas donne cependant l'impression que les soignants sont peu présents une fois la nourriture délivrée. Le nombre de repas thérapeutiques n'a pu être donné.

Dans sa réponse, la directrice apporte les données suivantes :

« Repas thérapeutiques en 2018 : 15 517

FAM : 3 630 ;

Gériatrie : 246

Lannemezan : 242

Lourdes : 786

MAS : 504

Pédo : 8 812

Tarbes : 1 104

Chambre sécurisée : 193 ».

L'évaluation de la restauration bien qu'affichée dans le service ne semble pas connue des responsables qui n'ont pas été en mesure de l'évoquer et d'en donner le sens. Elle est largement satisfaisante (avis favorables pour plus de 85/90 % selon les items). Les rares doléances sont exprimées mais non « tracées ». La commission de restauration, qui ne s'est pas réunie depuis deux ans, a été relancé depuis septembre 2018. Un effort doit donc être fait pour une meilleure prise en compte de l'avis des patients même si les critiques sont rares et les appréciations très positives.

5.5 LES ACTIVITES SONT INSUFFISANTES ET MANIFESTEMENT LES PATIENTS S'ENNUIENT

Quelles que soient les unités, le niveau des activités paraît particulièrement faible.

Lorsque l'on interroge les patients ou que l'on consulte les dossiers individuels et les tableaux collectifs, on peut évaluer que chaque patient bénéficie en moyenne de deux activités organisées par semaine. La visite des locaux collectifs montre également l'indigence des moyens mis à disposition des patients : ping-pong ou baby-foot lorsque le matériel existe et, lorsqu'il est installé dans la cour, à condition que celle-ci soit ouverte, jeux de cartes incomplets, bibliothèque sans livres (ou avec majoritairement des livres en anglais), parc pauvrement équipé, sans parasol et avec des sièges peu confortables mais avec des tables de pique-nique.

Dans la plupart des unités, on peut voir un grand nombre de patients assis, passifs devant la télévision ou simplement alignés dans un couloir dans l'attente d'on ne sait quoi.

Cet ennui, largement exprimé aux contrôleurs, est particulièrement sensible pour des patients qui reçoivent peu de visites.

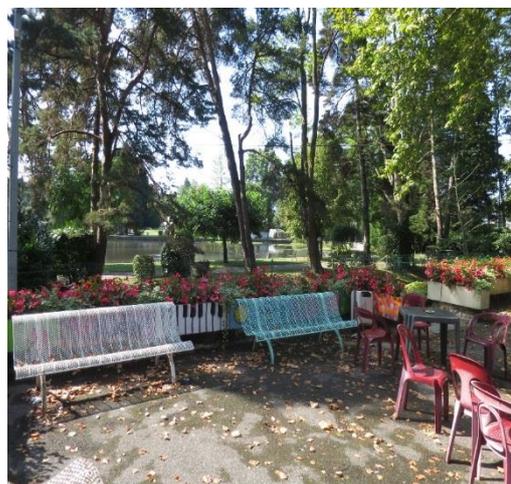
Quelques activités collectives sont proposées dans les unités de réhabilitation : réunions de discussion avant ou après le goûter, réunion soignants-soignés le dimanche après-midi mais elles ne sont pas toujours affichées et sont mal connues des patients. Dans les unités d'admission, les soignants organisent parfois des activités de pâtisserie mais manifestement s'en sont lassés. L'excuse de la possibilité de sortir dans le parc pour les patients est souvent avancée pour expliquer cette absence de propositions.

Les patients ayant l'autorisation de quitter l'établissement peuvent utiliser la « navette » qui rejoint Lannemezan pour se rendre au marché local qui connaît une certaine célébrité. Les navettes sont gratuites ; elles fonctionnent le lundi, mercredi et vendredi l'après-midi (départ 14h/ retour 16h30) et le mercredi matin (départ 8h30, retour 11h30). Cette possibilité est appréciée et bien utilisée.

Bonne pratique

L'organisation par l'établissement d'une navette gratuite permet aux patients de se rendre en ville trois fois par semaine.

Les patients qui peuvent circuler librement dans le parc accèdent à la cafétéria installée dans un bâtiment moderne et particulièrement bien située près du lac.



Cafétéria : accueil du public et terrasse sur le lac

La cafétéria est régie par un règlement intérieur de 2016 qui fixe ses heures d'ouverture (10h45 –17h avec une pose méridienne de 30 minutes). Elle est accessible tous les jours pour les patients, les visiteurs et le personnel. Des boissons chaudes et froides, des croissants et diverses confiseries sont disponibles pour des prix très bas (le grand chocolat chaud est vendu 0,80 €). Quelques plats éventuellement à réchauffer sont en vente, mais la demande est faible sur ce type de produits.

La cafétéria assure un service de prêt d'argent (maximum 50 €) et anime quelques activités occasionnelles (une par trimestre) : cinéma, fête de la musique, etc., ainsi qu'une activité permanente : la création d'objets d'art. La fréquentation de la cafétéria est bonne, le chiffre de soixante visites par jour a été évoqué.

Les projets actuels de développement des activités au sein de la cafétéria, excellent outil d'occupation et d'accompagnement des patients dont on voit qu'il a été insuffisamment exploité, est à encourager vivement.

Recommandation

Les moyens doivent être dégagés pour dynamiser l'activité de la cafétéria.

5.6 LA QUESTION DE LA SEXUALITE EST ABORDEE EN PRIVILEGIANT LE TRAITEMENT DES INCIDENTS

Le discours général clair au sein de l'établissement prend en compte le principe de la liberté de la sexualité. Les cadres reconnaissent que l'approche a évolué en dix ans. Ce qui était interdit devient accepté mais dans les limites de trois exigences : le consentement, ce qui conduit à réagir rapidement en cas de suspicion de rapports imposés, la protection, notamment à l'égard des

personnes vulnérables et l'intimité, les personnes concernées doivent garder une discrétion sur leurs relations. Des préservatifs peuvent être distribués, sur demande.

Sur ce socle de principes, les unités adoptent des discours qui varient selon les cadres : il n'existe pas, en effet, de réflexion collective. La réaction est donc élaborée cas par cas, elle se veut adaptée aux personnes concernées. On peut donc entendre des discours très restrictifs « *l'hôpital n'est pas un lieu de vie mais un lieu de soins* », des discours distanciés « *si je ne sais pas, je ne cherche ni à savoir ni à intervenir* », jusqu'à des attitudes de bienveillance, dans les cas où la relation est connue et s'intègre dans un processus d'équilibre individuel. Il n'existe donc pas de réflexion institutionnelle organisée au sein de l'hôpital mais un consensus plutôt libéral et bienveillant.

Le règlement intérieur ne dit rien sur le sujet.

Pour autant, l'établissement est de fait confronté à la difficulté puisque en 2017 trois agressions sexuelles violentes ont été relevées. Dans chacun des cas, le fait a été signalé, a fait l'objet d'une évaluation en service et d'un partage des expériences. Des orientations ont été données dans le cadre restreint où l'incident est intervenu. Les victimes supposées ont été invitées – et aidées – à porter plainte.

Pour tenir compte de ces incidents, une réflexion a été conduite sur l'attitude à avoir après une agression sexuelle. Cette réflexion a abouti à un protocole (6 août 2018) très détaillé avec des mesures destinées à protéger et prendre en charge la victime mais aussi des dispositions pour faciliter le déroulement de l'enquête. Ce protocole a été établi en coopération avec la gendarmerie.

Au total, la question est bien perçue comme faisant débat mais le sujet est laissé à l'appréciation personnelle des cadres de santé. Une réflexion institutionnelle collective serait donc bienvenue.

Recommandation

La question de la liberté sexuelle des patients doit être abordée dans le cadre d'une réflexion institutionnelle et dépasser la seule réponse à d'éventuels incidents.

6. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

6.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE SE CARACTERISE PAR L'ABSENCE DE PROJET D'EQUIPE

6.1.1 Les projets d'unité

A l'exception remarquable de l'unité de post-cure ou moins précisément, l'unité de gérontopsychiatrie et celle de pédopsychiatrie qui sont décrites plus bas (cf. § 8.3 et § 8.4), aucune des unités n'a de projet formalisé, du moins, aucun n'a pu être communiqué aux contrôleurs. Parfois, il a été indiqué qu'il était « *en cours de réflexion* ». Dans certaines unités, les interlocuteurs ne semblaient d'ailleurs pas savoir ce que pouvait être un projet de service.

Dans l'une des unités, il a été affirmé que le projet de pôle était en cours d'élaboration et qu'il y avait un projet d'unité. Personne n'y a pourtant fait référence et il n'a pas été remis aux contrôleurs.

Un certain flou règne sur les fréquences, les contenus et les participants aux réunions d'équipe. Il a pu être évoqué que les transmissions, longues et toujours en présence du cadre en tiennent lieu.

Dans toutes les unités, il a été fait état d'une réunion hebdomadaire avec au moins le médecin, le cadre, des soignants où sont évoquées les situations de chaque patient. Il a été très difficile de faire préciser la durée, les participants et le contenu de ces réunions. Elles sont manifestement variables selon les unités et les médecins : ainsi à l'unité fermée A3, une réunion hebdomadaire a lieu tous les lundis et réunit tout le personnel (soignants, cadre, médecin, psychologue, généraliste, assistante sociale), la situation de tous les patients est alors évoquée. A l'unité A2 fermée l'existence de réunions d'équipe a été évoquée avec un certain flou le chef de pôle affirme qu'il y en a chaque semaine, les soignants sont moins sûrs. Ailleurs, la réunion de transmission entre les équipes du matin et de l'après-midi autour d'un café a été qualifiée de « *synthèse* » en précisant que le médecin et, éventuellement, l'assistante sociale étaient présent et que les situations des patients étaient évoquées.

Au pôle A1, tous les matins, une réunion dite « *staff* » se tient au bureau médico-social du pôle avec le médecin chef du pôle, la cadre supérieure de santé, les cadres des deux unités sectorisées, une assistante sociale et un médecin généraliste. Il s'agit d'une réunion administrative où un point est fait sur l'état d'occupation des lits – y compris les seize lits des deux unités intersectorielles de réhabilitation qui sont affectés au pôle – et les mouvements à prévoir

Aucune réunion de synthèse programmée n'est organisée.

Ailleurs, un cadre précise que les synthèses sont « *informelles, aucun médecin n'en a la possibilité* » « *le personnel quémande des synthèses, mais n'y vient pas quand il y en a ...* ». Un matin, tous les patients d'un médecin ont été évoqués en une demi-heure. Chacun reconnaît que cela manque à l'équipe. Néanmoins, les décisions sont concertées en équipe.

A l'unité A3 fermée, des réunions de synthèse sont organisées lorsque les soignants le jugent nécessaire.

Les unités de réhabilitations sont plus précises : chaque mois, trois réunions de « *synthèse* » sont organisées au moment de la passation de consigne entre les équipes soignantes du matin et celles du soir, soit une par pôle. Chacune de ces réunions se tient en présence d'un médecin psychiatre, d'une assistante sociale et d'un psychologue, tous trois du pôle concerné. C'est

l'occasion de faire le point sur l'état de santé des patients du pôle et de travailler les projets individuels de soins en évoquant notamment les possibilités de sortie.

Les unités de réhabilitation sont également les seules à organiser des réunions soignants-soignés. Un groupe de parole est organisé chaque semaine dans chacune des deux unités. Cette réunion soignants-soignés est l'occasion d'aborder tous les sujets sur l'organisation de la semaine et de répondre à toutes les questions que peuvent poser les patients.

6.1.2 Le projet de soins individuel

L'existence d'un projet de soins individuel formalisé pour chaque patient et qui ferait référence pour ce dernier est loin d'être généralisée.

A l'unité fermée A1, il a été confirmé qu'il n'est pas établi de projet de soins formel ; le dossier informatisé du patient comporte un onglet « *Staff pluridisciplinaire* » où sont inscrits les éléments de soins le concernant et qui est remis à jour après chaque réunion de synthèse.

Partout, chaque patient a un médecin référent, qui change s'il passe de l'unité fermée à l'unité ouverte ou inversement. Les patients peuvent voir leur médecin référent lors de ses passages qui peuvent aller, selon les unités, de trois fois par semaine à une fois par quinzaine en réhabilitation. Mais dans certaines unités, les horaires de passage des médecins ne sont pas connus des patients ni des soignants ce qui crée de la confusion et de la frustration de toutes parts.

Aucun infirmier référent n'est désigné pour chaque patient. Les entretiens infirmiers ont lieu au moins à la demande des patients et selon la disponibilité des infirmiers. A l'unité A2 l'objectif est posé que chaque patient ait au moins un entretien infirmier par semaine, se déroulant dans un lieu dédié.

Nombre de patients se sont plaints de l'indisponibilité des soignants « *ils sont toujours dans leur bulle au poste de soins ou sur leur téléphone portable* ».

Une « thérapie cognitivo-comportementale » (TCC) est mise en œuvre à l'unité de réhabilitation 14 avec élaboration d'un projet de soins basé notamment sur des tests d'autonomie.

Recommandation

Les unités doivent effectuer un travail collectif d'élaboration d'un projet thérapeutique qui constitue une référence partagée pour les prises en charge et redonne du sens à leur mission pour les soignants et à leur séjour pour les patients.

6.1.3 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont animées par la fédération de sociothérapie et réinsertion, décrite comme un « service de soins intersectoriel » rattaché au pôle A2. Il s'agit d'un « service de soins intersectoriel » rattaché au pôle A2, les patients participent à ses activités sur prescription. Ce service comprend la cafétéria ainsi qu'une unité nommée « l'Etrier », qui propose les activités à proprement parler.

Ces dernières sont théoriquement animées par six infirmiers, sous la responsabilité d'une cadre pour 30 % de son temps. Cependant, l'un d'entre eux est en mi-temps thérapeutique, tandis qu'un autre travaille désormais à la cafétéria. Le recrutement d'un soignant pour le remplacer était en cours au moment de la visite. En raison du déficit de personnel, au lieu de trois activités proposées par demi-journée, seules deux voire une seule étaient conduites.

Outre cet effectif insuffisant, l'équipe de soignants a travaillé de manière très autonome jusque récemment, et animait les activités sans rendre compte d'observations s'agissant du comportement et de l'évolution des patients. Depuis quelques mois, il lui est imposé d'effectuer une transmission par semaine et par patient.

Les activités, qui sont prescrites médicalement, sont variées : piscine, cinéma (une salle est située dans l'enceinte de l'hôpital), activités manuelles (peinture, pyrogravure, céramique, plâtre, confection de bijoux, etc.), espaces verts, esthétique, percussions, chant, sport, gym douce, atelier bois, pétanque, etc. Chaque activité réunit une dizaine de patients. L'activité « espaces verts » consiste à faire entretenir une partie du parc par quatre à cinq patients. L'un d'entre eux a indiqué aux contrôleurs avoir le sentiment de travailler gratuitement pour l'hôpital. Par ailleurs, chaque demi-journée, deux patients s'activent à la cafétéria, mis ainsi dans une situation de travail.

L'Etrier comporte une bibliothèque qui est ouverte deux demi-journées par semaine. Des postes informatiques y sont installés, permettant d'animer un atelier pendant les heures d'ouverture de la bibliothèque. Un accès à l'Internet est possible, sous la surveillance des soignants.

Enfin, des sorties ponctuelles sont organisées tous les mois : pêche, randonnée, kayak, journée sportive, etc.

Afin de permettre à davantage de patients de bénéficier des activités, ces dernières sont limitées à deux par semaine pour les patients des unités de réhabilitation. Pourtant, les contrôleurs ont pu constater le déséquilibre dans l'accès aux activités selon la modalité d'hospitalisation des patients. Dans les unités de réhabilitation, qui sont également des lieux de vie, elles étaient plus répandues, avec dix-sept patients de l'unité 13 inscrits, et vingt de l'unité 14. Parmi eux, trois patients étaient en soins sans consentement.

Très peu de patients des autres unités bénéficiaient de ces activités : six pour le pôle A1, dix pour le pôle A2, et neuf pour le pôle A3. Parmi ces patients, ceux qui étaient hospitalisés sans leur consentement faisaient figure d'exception : un patient par pôle, soit trois patients au total.

Dans sa réponse, la directrice fait valoir d'une part : « *la durée moyenne de séjour étant de deux à trois semaines, cela n'était pas inscrit dans leur projet* », et précise ensuite « *faux, c'est l'état clinique qui prévaut et non le statut du patient* ».

Recommandation

L'organisation d'activités thérapeutiques ne doit pas être liée aux modalités d'hospitalisation, et ce au détriment des patients hospitalisés sous contrainte, mais être fonction des indications cliniques.

Enfin, faute de moyens financiers, les séjours thérapeutiques ont vu leur durée raccourcie.

6.1.4 La préparation à la sortie

Dans ces conditions de fonctionnement, la préparation à la sortie est également assez informelle. Les liens avec les structures extra hospitalières, nombreuses et diverses sont établis pour les patients sortants ; éventuellement, un passage par l'unité de post-cure pour ceux des pôles A1 et A2.

Cette unité intersectorielle ouverte, qui dispose de seize lits en hospitalisation complète et quatre lits d'hospitalisation de nuit, est située en ville à Tarbes. Elle accueille des patients en

cours de stabilisation qui nécessitent encore des soins et une aide à la réadaptation ; le séjour permet de faciliter le retour du patient dans son milieu social ou dans un cadre adapté après évaluation de son autonomie et de sa responsabilisation par rapport au traitement prescrit. Une poursuite des soins est éventuellement assurée dans la structure de sortie, ambulatoire ou hospitalière.

Les trois pôles disposent également de places dans une maison disposant d' « appartements associatifs », sorte de colocation, dans une résidence d'accueil gérée par l'UDAF. Les occupants y bénéficient d'un suivi par le personnel infirmier dans la journée mais pas d'un étayage 24 h/24.

6.2 UNE PRISE EN CHARGE SOMATIQUE SYSTEMATIQUE ET REpondant AUX BESOINS

6.2.1 L'accès aux soins somatiques est assuré par un plateau technique suffisamment pourvu

Le service de médecine polyvalente en psychiatrie (SMPP) est constitué de cinq médecins hospitaliers (4,06 ETP), dont trois spécialisés en gériatrie, présents tous les jours de 9h à 18h30 dans les unités et un médecin de garde les soirs et week-ends. La présence continue d'un nombre suffisant de médecins permet de répondre aux besoins de chaque patient. Chaque jour, les soignants établissent une liste des patients devant consulter en priorité, le patient peut également se rendre de lui-même dans le bureau du généraliste.

Les consultations spécialisées sont elles aussi assurées de manière à répondre le plus rapidement possible aux besoins du patient. Tous les mercredis matin sont organisées des consultations en tabacologie et en apnée du sommeil. Le cardiologue assure une présence le vendredi matin et les sages-femmes par le biais de consultations deux à trois fois par mois. La proximité immédiate du centre médico-chirurgical de l'hôpital facilite l'accès des patients aux consultations neurologue, ORL, ophtalmologues et aux services de radiologie et de scanner. Les IRM sont réalisées à l'extérieur tout comme la prise en charge par le service de cancérologie et de stomatologie. Les délais de prise en charge sont similaires à ceux que connaissent la population générale, à savoir de 15 jours à un mois.

6.2.2 Une consultation systématique du patient à l'arrivée et lors de la mise en isolement

Lors d'une arrivée par les urgences, le médecin urgentiste prévient un médecin psychiatre ainsi qu'un médecin somaticien pour venir évaluer l'état du patient et la nécessité de son éventuelle hospitalisation. Le médecin généraliste est alerté par les soignants de l'arrivée d'un nouveau patient dans leur unité *via* un bip. La première consultation se fait dans l'heure suivant l'admission. Dans le cas où l'entretien d'admission est considéré comme insuffisant ou non conclusif par le médecin, au vu de l'état du patient, ses observations sont notées dans le dossier patient SMPP, ce qui, selon les interlocuteurs rencontrés, créerait des difficultés dans le suivi.

Dans sa réponse, la directrice mentionne au contraire « *Crossway, dossier de soins informatisé sur l'ensemble des activités hospitalières* ».

Le protocole de gestion médico-administrative des admissions psychiatriques a été mis à jour en décembre 2017 et formalise la procédure d'admission dans chaque unité ainsi que le rôle de chaque service.

Lors d'une décision de mise en isolement, le médecin somaticien est immédiatement prévenu et effectue une visite en chambre une à deux fois par jour.

Ce suivi et cette prise en charge dès l'arrivée du patient sont salués tant par les soignants que par les patients.

Bonne pratique

La présence d'un médecin généraliste dans chaque unité permet une prise en charge somatique individuelle adaptée y compris en chambre d'isolement.

7. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

7.1 LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES SONT DISPARATES

Les patients admis au CHL peuvent venir d'un des services d'urgence des hôpitaux généraux des secteurs, ou de l'HAD, d'un EHPAD ou être adressés par leur médecin traitant.

7.1.1 L'unité d'accueil médico psychologique

Une unité d'accueil médico psychologique (UAMP) relevant du CHL est basée dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de l'hôpital général de Tarbes, le centre hospitalier de Bigorre (CHB). L'équipe est formée de deux psychiatres (2 ETP), un cadre de santé (1 ETP), cinq infirmiers (4,8 ETP) et un secrétaire administratif. Un psychiatre est présent en journée en semaine, le psychiatre de garde sur place à Lannemezan le relaie la nuit, ainsi que deux infirmiers de 8h30 à 20h30 en semaine. En outre, un psychiatre assure une permanence sur place le samedi de 12h30 à 18h et le dimanche de 8h30 à 18h30 ; un infirmier est présent de 8h30 à 18h30 le samedi e. Cette prise en charge des urgences permet de limiter les hospitalisations « indues » sollicitées par les urgentistes ; elle aménage, en effet, une période d'évaluation sur place qui peut s'étendre sur plus de 24 h en UHCD si des problèmes somatiques sont associés. Elle permet une gestion de la crise à l'issue de laquelle l'hospitalisation peut être écartée avec une orientation vers le CMP ou consentie donnant alors le choix entre une admission au CHL ou en clinique ; dans ce dernier cas, les conditions financières sont expliquées au patient.

Le passage par l'UAMP laisse aussi le temps de rechercher les tiers et de les faire venir sur place pour s'entretenir avec eux sur les choix de prise en charge ultérieure, ou, le cas échéant, le tuteur. Le bénéfice de cette intervention précoce se traduit dans la proportion des admissions en soins libres (69,4 % en 2017) qui en résultent.

Bonne pratique

La résidence d'une équipe de l'hôpital de Lannemezan au service des urgences de l'hôpital général de Tarbes permet d'éviter des hospitalisations ou d'organiser celles-ci dans une meilleure concertation avec les patients et leurs proches.

En 2017, 2 485 consultations ont été effectuées à l'UAMP, pour une file active de 1 465 personnes, un quart d'entre elles a conduit à l'hospitalisation du patient.

Enfin, il a été précisé que le SAMU du CHB pouvait se déplacer au domicile d'un patient, en coordination avec un infirmier du CMP en journée et en semaine, ce qui permet de se rapprocher des patients en situation de difficulté avant qu'ils aillent plus mal et qu'une admission en SPDRE soit déclenchée.

7.1.2 Les services d'urgence des hôpitaux généraux des secteurs

Les hôpitaux des secteurs du CHL, notamment les services des urgences des hôpitaux de Lourdes et de Saint-Gaudens, sont également susceptibles de décider d'hospitalisations au CHL. La liaison psychiatrique avec le CH de Saint-Gaudens n'est assurée que par des infirmiers des CMP qui peuvent éventuellement s'y déplacer, à Lourdes où une présence médicale est assurée les mardi et vendredi. Les décisions d'hospitalisations sont prises par les urgentistes plus dans le souci de libérer leur service d'un patient en crise que d'apprécier les conséquences, pour ce dernier de la solution adoptée. Il est clair que la recherche du consentement du patient à son admission en

soins psychiatriques, de choix d'orientation ou la recherche de tiers n'est pas la priorité des urgentistes ce dont témoignent les modalités d'admission : en 2017, depuis Lourdes cinq patients ont été admis en soins libres, trente-trois en SPI et douze en SDTU ; à Saint-Gaudens, ces chiffres sont respectivement de deux, vingt-cinq et six et pour les autres hôpitaux quatre, quatre et quatre.

La question des conditions de transport des patients depuis les différents hôpitaux est soulevée par les interlocuteurs et un groupe de travail doit s'emparer de la question : il est constaté que la moitié des personnes, toujours sédentaires, sont attachées pendant le transport, effectué par un ambulancier privé, sans que la nécessité en soit toujours établie.

7.1.3 Un accueil bienveillant aux urgences de Lannemezan

Tout patient qui ne serait pas passé par le service d'urgence de son secteur d'origine est reçu aux urgences de Lannemezan avant une hospitalisation. Le service reçoit 13 000 entrées par an, le logiciel ne permet pas de connaître le pourcentage d'admissions orientées vers une hospitalisation en psychiatrie. L'équipe s'estime adaptée aux besoins avec un médecin et un médecin SMUR, trois infirmières dont une affectée à l'accueil, et une quatrième en poste de 10h à 22h et une aide-soignante. Sa composition est identique la nuit et le week-end. Le service des urgences est pourvu de quatre salles d'examen dont deux unités d'hospitalisation de courte durée, l'une est équipée d'une lumière LED à intensité réglable apaisante pour le patient.

A son admission, le patient est examiné par un médecin urgentiste et subit un examen médical et biologique complet. Si le médecin urgentiste émet un doute sur l'état psychiatrique du patient, un psychiatre se déplace aux urgences pour évaluer celui-ci. L'accueil aux urgences des patients présentant des troubles psychiatriques est le même que pour la population générale. Le registre isolement et contention mis en place dans CrossWay ne permet pas d'identifier les décisions prises au niveau des urgences qui sont consignées dans un registre papier séparé. Si une hospitalisation est décidée, le service des transports de l'hôpital psychiatrique se charge de conduire le patient vers son unité. Cinq véhicules sont à disposition : deux ambulances, deux véhicules sanitaires légers et un véhicule sécurisé (avec un grillage séparant le passager du conducteur). Le type de véhicule à utiliser ainsi que les modalités de transports : nombre de soignants, contention sont établis sur prescription médicale.

Recommandation

La traçabilité des mesures d'isolement et de contention prises au niveau du service des urgences de Lannemezan doit être assurée dans le dossier patient informatisé du logiciel.

7.2 UNE AFFECTATION DANS LES UNITES BASEE SUR LE STATUT D'ADMISSION DU PATIENT

7.2.1 Une orientation systématique des patients en soins sans consentement vers des unités fermées

Le protocole relatif à la gestion médico-administrative des admissions psychiatriques mis à jour en juillet 2017 détaille de façon précise l'orientation des patients vers les unités.

Sauf prescription spécifique, signifiant souvent que le patient est connu du personnel, le patient admis en soins sans consentement sera orienté vers l'unité fermée de son secteur psychiatrique. L'admission en soins libres peut, quant à elle, être assortie de restrictions (visite, téléphone et

vêtements) pendant 24 heures, le temps de l'observation, qui peut s'opérer soit dans l'unité ouverte soit dans l'unité fermée. Les patients admis en soins libres ont vocation à être hébergés le plus rapidement possible dans l'unité ouverte de leur secteur. Il a été indiqué qu'aucune contrainte résultant de la sur occupation des unités ouvertes ou fermées ne conduit à des affectations contraires à ces dispositions.

Les patients hors secteur sont orientés vers un des trois pôles en fonction d'un tour de rôle d'accueil géré par le bureau des entrées.

Recommandation

L'orientation des patients admis en soins sans consentement vers les unités ne doit pas se faire en fonction de leur statut d'admission mais en fonction de leur état clinique.

7.2.2 Un service logistique interne adapté aux besoins

Un service logistique constitué de six personnes est chargé des patients faisant l'objet d'une mesure d'hospitalisation. Le service n'effectue aucune entrée mais est en charge de transporter les patients de leur domicile vers leur unités lorsqu'une permission de sortie leur est accordée activité qui peut être importante, notamment le lundi après les permissions du week-end. La nuit, les week-ends et les jours fériés un ambulancier est de garde. La réintégration après fugue n'est pas systématiquement faite par le service logistique mais peut être effectuée par des familles, les pompiers ou encore la police. Le personnel est en nombre suffisant et, mis à part, quelques lundis matin, bien doté autant en équipement qu'en personnel.

7.3 LA PRATIQUE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST FREQUENTE ET SE DEROULE DANS DES CHAMBRES D'ISOLEMENT DONT L'AMENAGEMENT EST PARFOIS INSUFFISANT VOIRE INDIGNE

7.3.1 Les chambres d'isolement

L'hôpital dispose de quatorze chambres d'isolement réparties entre toutes les unités qu'elles soient ouvertes ou fermées (une en géronto-psychiatrie, cinq dans le pôle A1, trois dans les pôles A2 et A3 et cinq en réhabilitation). L'unité de pédopsychiatrie ne dispose d'aucune chambre d'isolement, les mineurs sont isolés dans les chambres des unités pour adultes. Appelées « chambre de sérénité » dans la majorité des unités, ces chambres sont aménagées inégalement mais sont toutes propres et situées à proximité du bureau des soignants.

Les trois chambres d'isolement des unités A3 ainsi que celles situées dans l'unité de réhabilitation 13 se rapprochent le plus des préconisations de la HAS : elles sont pourvues d'un double accès à la chambre, d'un sas d'entrée permettant au patient d'être à l'abri des regards lorsque sa chambre est ouverte, d'un lit scellé au sol et constitué d'un bloc de mousse dense recouvert de plastique bleu épais pouvant supporter des contentions, de couvertures indéchirables. Aucun oreiller n'est proposé mais une couverture pliée en quatre et mise sous les draps, si le patient le demande. Un bouton d'appel est installé mais ne se trouve pas à proximité immédiate du lit ce qui oblige le patient à crier lorsqu'il est contentonné « *même si cela est rare* » comme le rappellent les soignants. Un bouton dans l'unité A3 fermée est particulièrement difficile à actionner pour une personne fragile. La porte est percée d'un fenestron qui donne vue sur la chambre et partiellement sur les toilettes. L'activation de la lumière, du store électrique ou encore du chauffage ou de la climatisation se fait depuis le sas, la fenêtre de la chambre peut s'ouvrir sur moins de 10 cm et sur demande du patient. Une horloge analogique est installée dans

le sas et visible depuis le lit en position allongée mais elle n'indique pas les jours. Une dalle WC est installée à proximité quasi immédiate du lit, la chasse d'eau s'actionne de l'extérieur sur demande du patient. Enfin, les vêtements de l'occupant sont entreposés au sol, faute de placard dans le sas.

La salle d'eau, située dans le sas et non accessible depuis la chambre, dispose d'une douche à l'italienne avec flexible, d'un lavabo avec miroir mais est dépourvue de porte-serviette. Elle peut se fermer à clé.

Dans l'unité 13 – Réhabilitation-, les salles d'eau ne comportent pas de miroir et une chambre est aménagée pour une patiente qui l'occupe de façon quasi permanente.

Les chambres des autres unités sont plus petites et plus anciennes :

Dans le pôle A2, la pièce, étroite, est considérée par les soignants comme pouvant être dangereuse lorsqu'ils sont trop nombreux à l'intérieur. Dans l'unité fermée, la CI porte sur sa porte la mention « chambre de sérénité ». Elle a une unique entrée mais la porte de la chambre proprement dite est précédée d'un sas qui dessert également la salle d'eau attenante (sans accès par la chambre). La porte de la chambre est percée d'un fenestron, les toilettes (une dalle WC) sont distinctement visibles à travers celui-ci, ne laissant ainsi aucune intimité à l'utilisateur. La chasse d'eau est actionnée depuis le sas, donc par les soignants. La salle d'eau comporte une douche à l'italienne avec flexible, un lavabo surmonté d'un vrai miroir. Le lit est placé au milieu de la pièce et scellé au sol. Un matelas est posé dessus. La chambre est climatisée. La commande de l'éclairage se trouve directement dans le couloir, les autres patients y ayant accès.

Les chambre de l'unité A1 sont organisées sur le même modèle que celles de l'unité A2.

La chambre d'isolement de l'unité de réhabilitation 14, organisée comme les autres, ne dispose pas de bouton d'appel.

La chambre d'isolement de la géro-psycho-geriatrie est indigne. L'intérieur est visible depuis le couloir comme depuis l'extérieur. Elle est dépourvue de salle d'eau attenante, un seau fait office de WC. Les interrupteurs pour l'éclairage comme le chauffage se trouvent dans le couloir. La rénovation de cette chambre aurait été votée et les travaux devraient commencer prochainement.

Dans sa réponse, la directrice précise que les travaux de réfection de cette chambre commenceront début avril 2019.

Chaque unité dispose de matériel de contention à proximité de la chambre.

Recommandation

La chambre d'isolement de l'unité de géro-psycho-geriatrie doit être fermée sans délai.

Les chambres d'isolement doivent être réhabilitées.

7.3.2 Les restrictions

Aucune chambre ne comporte de table ou de chaise, les patients prennent leur repas sur leurs genoux ou sur des adaptables si l'unité en dispose, avec une simple cuillère en plastique malgré la présence, pendant les repas, de plusieurs soignants.

La mise en pyjama est systématique pour le patient en isolement sauf dans l'unité de réhabilitation 14. Si un risque suicidaire est diagnostiqué le patient peut être déshabillé entièrement.

Le patient sous contention est détaché lors des repas si cela est prescrit, sinon les soignants le nourrissent. Des couches ou des bassins sont prévus pour les personnes contentionnées.

Les restrictions sont nombreuses et systématiques : les journaux ou revues sont interdits, les visites aussi sauf prescription exceptionnelle, les lunettes sont retirées et les cigarettes autorisées uniquement en présence des soignants, lors de la prise des repas en général. Seule une chambre en unité de réhabilitation est équipée d'un téléviseur en raison de son occupation quasi continue d'une patiente. Selon le personnel médical : « *l'isolement est un lieu où il doit y avoir le moins de stimulation possible* ».

La chambre du patient est conservée pendant toute la durée de sa mise à l'isolement. Aucune chambre ordinaire n'est fermée sauf dans l'Unité 14 - Réhabilitation où un patient potomane bénéficie d'une chambre aménagée sans accès à l'eau.

Recommandation

Les restrictions lors de la mise à l'isolement du patient doivent être individualisées et pouvoir être revues et aménagées selon l'état du patient.

7.3.3 La mise en œuvre de la pratique d'isolement et de contention

a) La prise de décision

De janvier à septembre 2018, 976 décisions de mise à l'isolement ont été prises concernant 145 patients. La contention, bien que moins pratiquée, demeure appliquée. En 2017, trente-neuf mesures de contentions ont été décidées et dix-huit de janvier à septembre 2018 pour onze patients. Les durées ne dépassent généralement pas une journée, mais ne se limitent pas à la nuit. La durée maximale est de deux jours consécutifs, subi par trois patients en 2018.

Il est arrivé à quatre-vingt-douze reprises en 2018 qu'une mesure de mise en isolement soit décidée par un médecin somaticien, et non un psychiatre. Cette pratique est utilisée par les cinq somaticiens travaillant dans le secteur psychiatrie de l'hôpital. Le registre d'isolement ne permet pas de savoir comment le psychiatre a été informé de la mesure et dans quel délai. De même, il a été rapporté par plusieurs soignants et cadres qu'il n'était pas rare que les soignants appliquent la mise en isolement en tant que mesure conservatoire, « *en attendant de prévenir le psychiatre* », qui selon les témoignages recueillis arrive généralement immédiatement et confirme la décision prise par les soignants.

b) Les motifs

La prise de décision peut être basée sur divers motifs, principalement liés à la connaissance du patient. Le protocole de mise à l'isolement, mis à jour en août 2016, précise que c'est une solution de dernier recours et qu'elle s'inscrit dans « *le projet de soins personnalisé du patient tracé dans le dossier patient informatisé* ». Le registre ne mentionnant pas les motifs, il est impossible d'avoir une vision claire des raisons d'une mise en isolement et sous contention d'un patient ainsi que des méthodes d'apaisement utilisées en amont. Bien qu'attachés à la notion de dernier recours, les soignants n'ont pas toujours été capable d'expliquer clairement les méthodes utilisées pour éviter l'isolement.

La notion de danger et le risque de comportements auto ou hétéro-agressif, l'agressivité effective, la protection d'un patient envers les autres, une intoxication aiguë à l'arrivée du patient

ou encore une admission en SDRE difficile sont autant de motifs qui ont été énoncés par le personnel lors de la visite de contrôle.

S'opposant à ces propos recueillis auprès des soignants, dans sa réponse la directrice précise : « *Allégation fausse, il s'agit d'une contre-indication le patient reste aux urgences* ».

Le patient peut également demander lui-même à être mis en isolement, les soignants rencontrés ont confirmé faire droit à cette sollicitation, signe selon eux que l'isolement est bien perçu. Cette pratique est révélatrice d'un manque de solutions alternatives répondant aux besoins des patients.

Les motifs de sortie d'isolement ne sont pas non plus clairement établis, tout comme l'ouverture progressive de la chambre pour des sorties séquentielles généralement lors des repas, à l'initiative des soignants. Lors de ces sorties, les patients restent pour la plupart en pyjama au milieu des autres patients. La réévaluation de la décision de retour à l'isolement à la suite d'une sortie séquentielle n'est pas prise par un médecin après examen du patient. Enfin, la fin de la mesure ne s'accompagne pas toujours d'un debriefing du patient et des soignants.

A ces informations recueillies auprès des soignants et non contredites par l'examen du registre, la directrice, dans sa réponse, apporte la précision suivante : « *les observations médicales sont inscrites sur crossway dans le dossier patient informatisé* ». Elle affirme que les sorties séquentielles sont effectuées à l'initiative des médecins.

Recommandation

L'isolement ou la contention du patient, constituant une privation de liberté supplémentaire, doivent être des décisions prises et revues par un médecin psychiatre. Le placement en isolement comme mesure conservatoire et l'isolement à la demande du patient doivent être proscrits. Les motifs doivent être clairement tracés et les méthodes d'apaisement mises en œuvre pour l'éviter développées et consignées dans le registre, comme l'exige la loi.

7.3.4 Le changement de statut d'admission

Du 1^{er} janvier au 10 septembre 2018, 4,8 % des mesures d'isolement concernaient des personnes hospitalisées en soins libres. Une recherche minutieuse et fastidieuse dans le logiciel, a permis de constater l'absence de changement du mode d'admission en soins sans consentement. La difficulté de trouver cette information ainsi que le manque de fiabilité de la réponse démontre que cette question n'est pas au cœur de la préoccupation du personnel. Il n'existe sur ce point ni instruction ni réflexion. Certaines unités affirment opérer systématiquement un changement de statut, changement qu'il n'est pas possible de mesurer faute de traçage sûr.

Recommandation

La mise en chambre d'isolement de patients admis en soins libres doit conduire à modifier leur statut d'admission lorsque l'isolement dépasse 12 heures. Le logiciel doit permettre de tracer ce changement.

7.3.5 L'isolement des mineurs et des personnes âgées

a) Les mineurs

L'unité de pédopsychiatrie (cf. § 8.4) dispose d'une chambre d'apaisement mais pas de chambre d'isolement. **Les mineurs isolés le sont donc dans les CI des unités pour adultes du pôle dont ils relèvent.**

En 2017, dix-neuf décisions d'isolement concernant onze patients âgés de 15 à 17 ans ont été prises. En 2018, quatorze décisions d'isolement concernant huit patients âgés de 14 à 17 ans ont été prises. La plupart ont été des isolements de nuit, pour cause de risques suicidaires ; un patient a été isolé 13 jours au cours de l'année dont une fois pendant 8 jours sans renouvellement quotidien de la décision et sans sortie pendant 6 jours.

L'éloignement géographique des chambres où il est enfermé par rapport au secteur de la pédopsychiatrie isole le jeune de ses repères. Si le suivi continue d'être effectué par son médecin habituel, ce sont les soignants de l'unité d'accueil qui le surveillent régulièrement. L'unité d'accueil applique « ses » règles à l'isolement ; ainsi, même si le pédopsychiatre autorise les journaux et revues, l'unité d'accueil ne les autorisera pas toujours ; il en va de même pour les visites. Le port du pyjama est également imposé. La surveillance n'est pas plus fréquente que pour les adultes et reste prescrite par le médecin.

Les sorties séquentielles peuvent se faire dans l'unité de pédopsychiatrie ou dans l'unité adulte, des jeunes sont d'ailleurs fiers d'avoir été mêlés aux adultes un certain temps.

A l'unité de pédopsychiatrie, qui dispose d'une chambre d'apaisement, l'isolement est considéré comme le dernier recours, notamment pour les patients agressifs ou devant être protégés des altercations avec les autres patients. Ainsi, dans ce dernier cas, l'isolement d'un patient devient une modalité de sa protection vis-à-vis d'autrui.

En pédopsychiatrie, comme dans les unités pour adultes, l'isolement n'est pas un sujet de réflexion « *c'est un soin thérapeutique* ».

Recommandation

L'isolement des mineurs doit faire l'objet d'une réflexion à part entière et être encadré par un protocole spécifique. L'utilisation de chambre d'isolement pour adultes n'est pas appropriée aux mineurs qui doivent être apaisés dans leur unité.

b) Les personnes âgées

En 2017, trente-huit patients de plus de 65 ans ont fait l'objet de quatre-vingt-dix-huit mesures d'isolement dont une patiente de 92 ans.

Le registre ne permet pas de savoir quels patients hospitalisés en géro-psycho-geriatrie ont fait l'objet d'une décision d'isolement.

En 2018, dix-huit patients de plus de 65 ans ont fait l'objet de quarante-six mesures d'isolement dont neuf dans la chambre d'isolement du secteur de géro-psycho-geriatrie. Le patient isolé le plus âgé en 2018 a 89 ans. Le registre fait également mention d'un patient de 68 ans placé pendant 12 jours dans cette chambre inhumaine, indigne et dégradante. Les motifs d'isolement ne sont dans cette unité pas plus lisibles qu'ailleurs : refus de prise de traitement, comportement auto ou hétéro-agressif, prévention de la violence.

Le recours important à l'isolement pour des personnes parfois très âgées n'amène pas le personnel à se questionner de manière collective sur cette pratique. L'utilisation pendant des années d'une chambre d'isolement particulièrement indigne illustre le fait que l'isolement est considéré comme bénéfique thérapeutiquement sans que les conditions d'accueil soient remises en cause. Lorsque la chambre est occupée, les patients sont mis en isolement dans l'unité adulte de leur secteur de résidence. Si ces chambres sont plus convenables, elles ne sont pas pour autant adaptées à des personnes âgées.

Recommandation

L'isolement des personnes âgées doit faire l'objet d'une réflexion à part entière et doit conduire le personnel à éviter au maximum leur enfermement, même sur un temps court.

7.3.6 La politique institutionnelle sur l'isolement

a) Le registre

Le registre d'isolement dont la tenue est prévue par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique⁸ consiste en une extraction des données enregistrées dans le logiciel Crossway, lors d'une mise en chambre d'isolement ou un placement sous contention. Cependant, le logiciel n'étant pas conçu pour produire le registre prévu par la loi, la version utilisée jusqu'alors ne permet pas d'extraire des données fiables. Le registre de 2017 n'a pas pu être utilisé, sauf pour les populations spécifiques, lors du contrôle car jugé inexploitable. Les mises à jour ont été longues et ne permettent une extraction fiable que depuis quelques semaines au jour de la visite. Le registre offre désormais un grand nombre d'informations et est conforme aux recommandations de la HAS. Le nom du prescripteur est lisible ainsi que le nom des soignants ayant participé aux visites du patient dans la chambre d'isolement.

Des incohérences et des lacunes persistent néanmoins. Le personnel, insuffisamment formé, ne renseigne pas toujours correctement le registre. Ainsi, des décisions de mise en isolement de plusieurs jours sont entrées dans le logiciel alors que ces durées ont, dans les faits, été revues quotidiennement soit par le même, soit par un autre psychiatre. Sur ces bases, il est difficile d'établir une moyenne du nombre de jours d'isolement dans l'établissement. De même, si le soignant ne valide pas informatiquement son passage dans la chambre, celui-ci n'apparaît pas dans le registre. Il est donc impossible de savoir si le soignant a oublié de renseigner le registre alors même qu'il est allé voir le patient ou s'il ne s'est pas déplacé. Les sorties séquentielles n'apparaissent pas directement dans le registre mais sont notées dans le dossier patient. Ce défaut d'enregistrement des pratiques ne favorise pas une analyse globale des méthodes.

La mise en place d'un protocole, avant la fin de l'année est une avancée saluée par les contrôleurs. Le logiciel à présent fonctionnel et fiable va également être utilisé pour avertir

⁸ Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « (...) Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. (...) L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre (...) »

individuellement le praticien lorsqu'une décision erronée est prise (durée trop longue par exemple). L'objectif affiché est bien celui d'analyser les pratiques de mise en isolement et permettre une réflexion basée sur des données fiables. Une formation est prévue par le département de l'information médicale (DIM) afin d'accompagner le personnel. Au 1^{er} janvier 2019 est prévue la mise en place d'un système de requêtes permettant de recueillir des informations agrégées notamment sur les motifs de mise en isolement et sous contention qui aujourd'hui ne sont disponibles que dans le dossier patient. Ces améliorations sont vues positivement, il demeure regrettable que l'établissement attende de se doter d'un outil informatique pour initier une réflexion sur l'isolement et la contention.

Recommandation

L'utilisation récente d'un registre permettant d'extraire des données fiables sur les pratiques de l'établissement en matière d'isolement et de contention doit servir d'outil supplémentaire à la réflexion. Le personnel médical doit être formé à l'utilisation du logiciel afin de le renseigner correctement et systématiquement.

b) La réflexion institutionnelle

La décision de mise en isolement ou sous contention est considérée par l'ensemble du personnel rencontré comme une continuité des soins thérapeutiques faisant partie du panel de mesures à disposition, « *cela fait partie d'une stratégie thérapeutique et relationnelle* » pour l'un des chefs de pôle. Pour les soignants, même si l'acte n'est agréable à pratiquer, c'est « *un mal nécessaire* » quasiment systématiquement accompagné d'une sédation « *pour l'aider à supporter la mesure* ». L'ancienneté des soignants ne favorise pas la remise en question des équipes sur des pratiques progressivement admises comme « *inévitables* » voire « *normales* ». A l'occasion, des réflexions sont engagées au sein des unités : la mise à jour du protocole en 2016 a fait l'objet de réunions entre médecin ; la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie (FERREPSY) a conduit une étude sur les pratiques d'isolement et de contention dans la région ayant entraîné plusieurs réunions et colloques sur le sujet ainsi que la mise en place du registre. Dans le cadre de cette étude a eu lieu en avril 2018, une conférence sur l'isolement et la contention, le directeur des soins, la présidente de la CME et le responsable du DIM s'y sont rendus.

En juin 2018, le comité d'éthique a conduit une réunion sur le rapport « *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* » du CGLPL et en novembre était prévue une réunion sur le thème de la violence des mineurs.

L'intervention de la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale d'Occitanie (FERREPSY) va permettre de questionner la mesure mais la réflexion sur la mesure *per se* n'est pas encore amorcée par l'ensemble du personnel. L'absence de données fiables sur le sujet ne pouvant servir de support à une réflexion collective (cf. § a) Le registre) c'est en groupe restreint, entre médecins et cadres ou bien entre soignants que la discussion s'opère. Des soignants de l'unité de géro-psi ont fait part aux contrôleurs de leur malaise face à une chambre d'isolement inhumaine sans en informer leur supérieur.

Ce cloisonnement entre les professions, couplé à une absence de données objectives, empêche la réflexion collective pour initier un changement de conception de la pratique, notamment pour les enfants ou les personnes âgées.

Recommandation

La pratique de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle incluant l'ensemble du personnel soignant et médical.

Conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, l'établissement doit définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques et évaluer sa mise en œuvre.

7.4 LES MODALITES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS NE RESPECTENT PAS LE SECRET MEDICAL ET NE FAVORISENT PAS L'ECHANGE SOIGNANT-SOIGNE

7.4.1 Une pharmacie soucieuse d'apporter les médicaments les mieux adaptés aux patients

Située dans un bâtiment central à proximité de l'entrée de l'établissement, la pharmacie est bien pourvue autant en personnel qu'en matériel. 2,2 ETP sont présents de façon permanente la semaine. Pour le week-end, les préparations sont faites et distribuées en amont au personnel soignant qui dispose, en plus, d'une dotation d'urgence dans chaque unité. Les relations régulières du personnel médical avec la pharmacie favorisent un dialogue entre les différents professionnels. Les liens avec les pharmacies d'officine permettent au patient de pouvoir trouver facilement son médicament après sa sortie et d'éviter une rupture de traitement.

Le logiciel utilisé par la pharmacie permet d'identifier les possibles incompatibilités pharmaceutiques selon leur degré et en croisant toutes les catégories de médicaments. Si une incompatibilité est relevée, une alerte est mentionnée dans le dossier patient et le médecin devra justifier du bénéfice-risque s'il maintient la prescription.

Au jour de la visite, le service de pharmacie saluait l'initiative prise par le service de pédopsychiatrie consistant à se tourner vers une médecine à base de plantes ainsi que celle du service de gérontologie qui essayait de diminuer les doses de manière progressive pour ses patients. Dans les autres unités, les prescriptions de médicaments en goutte ou orodispersibles sont favorisés par les médecins, permettant aux soignants de s'assurer que les patients prennent effectivement leur traitement. Cependant, la confiance modérée dans la prise effective du traitement par les patients est révélatrice du manque d'attention portée par les soignants au patient lors de la délivrance du traitement et du manque d'informations dont ces derniers disposent sur leur traitement.

7.4.2 Une méthode de dispensation des médicaments à modifier

Dans toutes les unités, à l'exception de celle de pédopsychiatrie, les soignants distribuent les médicaments aux patients lors des repas et la plupart du temps alors que tous les patients sont attablés. Le soignant fait circuler le chariot de médicaments entre les tables ou se tient dans un coin de la salle à manger ; les patients viennent prendre leur traitement avant de s'installer.

Ainsi, les médicaments sont pris par les patients à la vue et au su de tous. Les patients les moins attentifs ont le droit à un rappel de leur traitement sans précaution. Les contrôleurs ont pu entendre : « *Madame, c'est votre trithérapie* ». Cette pratique, outre qu'elle ne respecte ni la confidentialité ni le secret de la prescription, ne permet pas d'échanges entre patients et

infirmiers alors que la délivrance de traitement doit rester un moment privilégié de la relation soignant-soigné.

Le soir, les modalités de délivrance des traitements sont variables selon les unités : les traitements peuvent être portés dans la chambre du patient ou lui être donnés dans le bureau des soignants. Cette méthode est à généraliser lors de toutes les distributions et dans toutes les unités.

Seuls les préservatifs peuvent être distribués au patient directement au comptoir de la pharmacie.

Recommandation

La dispensation des traitements doit être réalisée individuellement dans un lieu fermé permettant le respect de la confidentialité et du secret médical ainsi que le partage avec le professionnel administrant le traitement.

Les erreurs dans l'administration de traitement ne sont pas considérées comme des fautes professionnelles mais comme des événements indésirables qui sont ensuite remontés au service qualité. L'absence de sanction a encouragé les soignants à déclarer leur erreur sans crainte et à prendre en charge du mieux possible le patient par la suite. L'erreur est mentionnée dans le dossier du patient et le médecin référent est alerté.

7.5 UNE INFORMATION INSUFFISANTE DU PATIENT SUR SON TRAITEMENT

Lors des différents passages des contrôleurs dans les unités, beaucoup de patients rencontrés n'ont pas su mentionner le traitement qu'ils prenaient et ont déploré le manque de présence médicale pouvant le leur expliquer. A la distribution souvent hâtive des médicaments s'ajoute le fait qu'aucun livret thérapeutique n'est délivré au patient concernant son traitement lors de son séjour. Des livrets de suivi sont donnés au patient avant sa sortie pour qu'il puisse identifier la survenance d'effets secondaires (bon fonctionnement du foie par exemple) il ne bénéficiera pas d'une présence médicale journalière.

Aucun atelier concernant une maladie en particulier ou un traitement n'est organisé au sein des unités, que ce soit par les équipes médicales, soignantes, la psychothérapie ou la pharmacologie. Il a été expliqué que cette absence d'information sur les effets secondaires possibles résulte de la volonté de certains médecins de prévenir des effets secondaires placebo.

Recommandation

L'information du patient sur son traitement et ses effets secondaires doit être promue afin de rendre le patient acteur de sa prise en charge.

7.6 LES PATIENTS VIVENT DANS UN CLIMAT PAISIBLE

Les documents consultés ne font pas apparaître des faits laissant penser que les patients subissent des mauvais traitements. Les réclamations sont peu nombreuses. Trente-six plaintes ont été reçues en 2017 pour seulement vingt dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie, cinq concernant la demande de changement de médecin. Ce chiffre est stable sur plusieurs années. Dans l'ensemble de l'établissement hospitalier, les agressions physiques ou verbales ont été réduites de près de 50 % entre 2016 et 2017 (de quarante-sept à vingt-cinq).

Les délais de traitement de ces plaintes – pour l'ensemble de l'hôpital – varient entre 2 et 23 jours. En 2017, l'établissement n'a fait l'objet que d'un recours juridictionnel, il ne concernait pas la psychiatrie. Trente-six médiations ont été proposées mais aucune suite n'a été donnée par les patients ou les familles à ces propositions.

Les visites dans les unités comme les entretiens avec les patients n'ont pas montré un climat particulier de violence, plutôt un état de docilité accepté. Chaque année, trois ou quatre événements violents significatifs sont mentionnés. Pour y faire face, les soignants utilisent des postes d'appel individuels qui alertent les autres infirmiers présents. La réaction est jugée rapide et efficace. Il n'est pas fait appel à des renforts extérieurs aux services de soins. Les équipes soignantes n'ont pas donné l'impression de craindre les patients.

Les risques sécuritaires proviennent plutôt de l'extérieur. Malgré l'édification d'une clôture tout autour de l'établissement et la fermeture de deux entrées sur trois la nuit, ainsi que l'existence de trois caméras aux points sensibles (entrées), des trafics de produits illicites et d'alcool sont repérés dans le parc. L'accès aux urgences peut se faire par l'entrée du centre psychiatrique et il serait nécessaire d'isoler et de séparer ces deux ensembles. Des tentatives de pénétration dans la pharmacie et dans les locaux techniques ont été relevées. Des consignes de renforcement de fermeture de ces services ont été données. La gendarmerie effectue en principe deux rondes par semaine.

Par ailleurs, le parc est également un lieu d'agressions entre patients. Il a été expliqué ainsi que les plus faibles sont rackettés par les plus forts lorsqu'ils partent à la cafétéria pour acheter une friandise. Le trafic de tabac y est lucratif puisque les cigarettes sont revendues au prix de 2 euros l'une.

Recommandation

Le parc reste un lieu d'insécurité pour les patients. L'établissement doit mettre en œuvre tous les moyens pour y remédier.

7.7 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT SUIVIS SELON UNE PROCEDURE RIGOUREUSE

Une procédure claire est mise en place pour suivre les événements indésirables. Chaque soignant peut et doit enregistrer dans l'application *ad hoc* ce qu'il considère comme un événement indésirable. Cette inscription est validée par l'autorité hiérarchique directe puis traitée par la direction de la qualité qui organise chaque semaine, le jeudi, une réunion d'analyse à laquelle participe la présidente de la CME et le directeur des soins. Cette réunion, à laquelle un contrôleur a pu assister, est l'occasion de classer les événements et d'en suivre le traitement. Dans le délai d'une semaine le « déclarant » est informé de la prise en compte de sa déclaration. Chaque lundi au comité directeur, l'ensemble de événements indésirables sont présentés et suivis.

Durant l'année 2017, sur 534 événements indésirables qui ont été signalés, seuls 17 ont été considérées comme « graves », 411 n'ont pas donné lieu à des décisions ou des actions complémentaires. Moins d'une dizaine d'évènements ont nécessité la tenue d'une commission de retour d'expérience (CREX).

Par ailleurs, vingt-six événements ont été transmis à la direction des ressources humaines pour enregistrement par le comité d'hygiène et de sécurité.

Les unités d'hospitalisation en psychiatrie ne sont concernées que par un gros tiers de ces événements graves (37 %) et par la moitié des agressions physiques ou verbales (54 %). Les chiffres sont relativement stables.

Un protocole précis de signalement des « *sorties sans autorisation* » a été établi. Il comporte outre l'information immédiate de la direction, la saisine de la gendarmerie et, selon le cas, celle des autorités administratives ou judiciaires.

Au cours de l'année 2017, l'hôpital a connu trente-sept fugues concernant vingt-neuf personnes. La fréquence de ces fugues est assez irrégulière, la grande majorité d'entre elles interviennent entre mars et septembre. Sans être un phénomène quantitativement significatif, le risque de fugue est pris très au sérieux par l'ensemble des équipes.

8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

8.1 LE STATUT PENAL PRIME SUR LA CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES

8.1.1 L'admission des patients détenus

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse est en principe compétente pour admettre les patients détenus de la maison d'arrêt de Tarbes, et ceux de la maison centrale pénitentiaire de Lannemezan. Toutefois, il arrive que l'UHSA ne donne pas suite à ces demandes d'admission, notamment en raison de manque de place disponible, les personnes sont admises au CH de Lannemezan à titre transitoire en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) au titre de l'art. L3214-3 du code de la santé publique (CSP) et dans les conditions prévues par l'art. D398 du code de procédure pénale (CPP).

À la suite de la fugue d'une personne détenue depuis la chambre d'isolement d'un pavillon d'hospitalisation, le personnel soignant a refusé de recevoir des personnes détenues dans les unités. Une « unité sécurisée » a été ouverte en 2004, destinée pour l'instant à la prise en charge exclusive des personnes détenues. A l'avenir, le bâtiment devrait également recevoir des patients nécessitant des « soins intensifs ». Un protocole de « *prise en charge psychiatrique (médicale et infirmière) des patients détenus en SDRE dans la chambre de l'unité sécurisée* » a été signé en 2016, lors de l'ouverture de l'UHSA.

L'unité sécurisée n'est pas rattachée à un pôle identifié : si la personne détenue relève d'un secteur de l'établissement, les médecins du secteur le suivront ; pour les autres, la chefferie sera « tournante » à chaque nouvelle admission. Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients-détenus étaient hospitalisés dans les situations suivantes : tentatives de suicide, troubles du comportement, exacerbation d'une pathologie latente, agression de surveillant, agression de codétenu. Ceux deux dernières indications laissent perplexes sur la nécessité clinique de l'hospitalisation.

Dans sa réponse, la directrice précise : « *il s'agit de pathologies psychiatriques sur prescription médicale* ».

Lors de son transport, le patient détenu est systématiquement sanglé sur un brancard dans l'ambulance.

Recommandation

Les patients-détenus ne doivent pas être systématiquement contentonnés lors des transports. L'utilisation des sangles de contention ne peut être admise qu'en dernier recours et justifiée par l'état clinique du patient.

8.1.2 Les locaux

D'aspect carcéral, le bâtiment est entouré d'une palissade. On y entre par un sas au bout duquel se situe une porte barreaudée, comme en prison. Les soignants gèrent les entrées et les sorties à la manière des surveillants pénitentiaires, à l'aide d'un écran de vidéosurveillance et de commandes d'ouverture de portes à distance.



L'unité sécurisée et son sas

Quatre chambres sont alignées dans le couloir, toutes identiques. Dans chacune d'entre elles, une première pièce baptisée « salon », est équipée d'une table et deux tabourets, ainsi qu'un banc, le tout scellé au sol. Elle comporte également une salle d'eau.

Le salon est séparé par une porte de la chambre, conçue comme une chambre d'isolement, équipée d'un lit scellé au sol, d'un WC en inox, et d'un lavabo en inox surmonté d'un miroir. Une fenêtre apporte de la lumière naturelle.

Les patients qui y sont hospitalisés n'ont aucun accès à un espace extérieur.



Le « salon » et la chambre d'isolement

8.1.3 La prise en charge des patients détenus

Selon le protocole, « *l'admission se fait en situation d'isolement systématique et une observation de 72 heures est posée par le praticien en charge du patient* ». **La mesure d'isolement est donc prise quel que soit l'état clinique du patient.**

Au moment de l'inventaire, tous leurs effets personnels sont retirés aux patients détenus lesquels sont mis systématiquement en pyjama. En cas de risque suicidaire important, le patient peut être laissé, selon les dires des soignants, « *nu sous une couverture* ».

Les règles organisant sa vie quotidienne sont essentiellement à visée sécuritaire et beaucoup moins respectueuses d'un certain nombre de droits fondamentaux admis dans les établissements pénitentiaires.

Le patient détenu est privé de téléphone. Les visites ne lui sont pas autorisées et son courrier transite par l'établissement d'origine. La seule occupation possible est la télévision. Il ne lui est proposé ni livre ni magazine.

Dans sa réponse, la directrice indique que des magazines peuvent être proposés.

Recommandation

Les conditions de vie des personnes détenues hospitalisées sont dégradantes, attentatoires à leurs droits et ne sauraient perdurer en l'état.

Les personnes détenues sont uniquement vues au moment des repas et des soins (9h, 12h, 16h, 19h), pour lesquels l'ouverture de porte est nécessaire. Les deux soignants (dont au moins un homme et un infirmier) présents dans l'unité sont alors renforcés de quatre autres soignants, renfort sans lequel l'ouverture de porte n'est pas autorisée. Ces renforts sont pris dans les équipes des unités ordinaires qui se trouvent dépourvues d'autant.

Ce moment d'ouverture est utilisé pour effectuer les entretiens médicaux, ainsi que les soins. Quelques cigarettes peuvent être fumées à la fenêtre lors de ces moments d'ouverture.

Outre la prise en charge psychiatrique, d'après le protocole de prise en charge des patients détenus, la période d'hospitalisation doit également servir à évaluer la dangerosité liée à la pathologie, ou à la situation judiciaire, ou à un éventuel environnement.

Recommandation :

L'hospitalisation d'un patient, fût-il détenu, doit viser l'évaluation de son état clinique et n'a pas pour objet l'évaluation de sa dangerosité judiciaire.

Dans sa réponse, la directrice de l'établissement fait valoir : « *Non il s'agit de s'assurer que le patient suive son traitement* » en précisant : « *nous ne savons pas le pourquoi de leur détention* ».

Le reste du temps, une surveillance est réalisée depuis le bureau infirmier à partir des écrans de vidéosurveillance. Les caméras situées dans la chambre d'isolement et dans le salon, permettent d'avoir un visuel sur les deux pièces, à l'exception de la douche. **Dans la chambre d'isolement, la caméra est située au-dessus du WC, offrant un visuel sur ce dernier.** Ce dispositif a été dénoncé par certains soignants, comme portant atteinte à l'intimité. Interrogés, d'autres ont

répondu dans un premier temps : « on en a vu d'autres », puis : « c'est pratique, cela permet de vérifier qu'ils vont à la selle et qu'ils ne font pas d'occlusion intestinale ».



Chambre de l'unité sécurisée vue depuis le bureau infirmier

Recommandation

Le dispositif de vidéosurveillance des chambres de l'unité sécurisée doit être retiré.

Lors de la visite du CGLPL, bien que le bâtiment ne soit habilité à ne recevoir qu'un patient à la fois, deux personnes ont été hospitalisées le même jour, l'une en provenance de la maison d'arrêt de Tarbes pour un syndrome dépressif majeur, la seconde de la maison centrale de Lannemezan en raison d'un état d'agitation dû à un trouble psychotique.

Ce dernier était connu des soignants du CH de Lannemezan, identifié comme ne présentant aucun caractère de dangerosité. Il a été indiqué qu'il faisait des allers et retours entre le quartier d'isolement et le quartier disciplinaire de la maison centrale, ses troubles du comportement étant très mal supportés par le reste de la population pénale. Sa situation correspondait à une indication urgente d'hospitalisation à l'UHSA.

Quant au patient hospitalisé pour syndrome dépressif majeur, il n'était pas connu du personnel médical. Rapidement, son absence de dangerosité a été constatée par chacun.

En application du protocole, ces deux personnes ont pourtant fait l'objet d'une présomption de dangerosité. Bien que ne présentant aucun danger, six soignants ont été mobilisés pour leur servir les repas, et ils n'ont été vus que lors de ces temps d'ouverture de porte.

Dans sa réponse, la directrice indique « Pour permettre d'assurer les soins de qualité il faut que les conditions de sécurité soient apportées ».

Recommandation

Il est urgent qu'une réflexion s'instaure afin que le soin ait la primauté sur l'aspect sécuritaire, actuellement fondateur de la prise en charge et des règles de vie dans l'unité sécurisée où sont hébergés les patients détenus.

8.1.4 La durée d'hospitalisation et la suite donnée à la mesure

A l'issue des 72 heures d'isolement prévus par le protocole, plusieurs suites peuvent être données à cette mesure : le retour en détention, le retour en détention précédant une hospitalisation à l'UHSA, le transfert vers l'UHSA, le maintien, dans des cas exceptionnels, d'une hospitalisation dans l'attente d'une place à l'UHSA.

En 2017, seize personnes détenues ont été hospitalisées dans l'unité sécurisée. La durée moyenne de séjour était de cinq jours. Deux personnes ont été transférées immédiatement vers l'UHSA, une personne est restée une journée en transition entre une unité pour malades difficiles (UMD) et son établissement pénitentiaire. La plus longue hospitalisation a duré 13 jours.

Sur ces seize patients, quatre sont retournés dans leur établissement pénitentiaire d'origine à l'issue de leur séjour en isolement, une personne a été transférée à l'UMD d'Albi (Tarn) et les autres ont été transférées à l'UHSA.

En 2018, jusqu'au jour de la visite, huit personnes y ont été hospitalisées, pour une durée moyenne de 3,75 jours. La durée d'hospitalisation la plus courte était de trois jours, la plus longue de huit jours.

A l'issue de l'hospitalisation, quatre sont retournées en établissement, deux y sont retournées dans l'attente d'une place à l'UHSA, et deux ont été transférées vers l'UHSA, dont une immédiatement.

8.2 LES UNITES DE REHABILITATION

Les deux unités intersectorielles 13 et 14, chacune de vingt-quatre lits, reçoivent des patients majeurs en provenance d'une autre unité du CH, qui ne répondent plus aux critères de soins intensifs courts. Il peut s'agir de patients en soins sans consentement (trois à l'unité 13 et sept à l'unité 14 au moment de la visite) ou en soins libres. Chaque pôle dispose d'un tiers des lits de chacune des deux unités pour y orienter un patient de son secteur. Au moment de la visite du CGLPL, l'unité 13 recevait vingt-trois patients - vingt en soins libres, un en SPI et deux en SDRE - et l'unité 14, 24 patients cinq en SDDE et deux en SPDRE.

Cette solution, à l'œuvre depuis trois ans lors de la visite, se révèle insatisfaisante tant matériellement que du point de vue de la prise en charge.

Ainsi qu'il a été précisé plus haut (Cf. § 5.1), les conditions matérielles d'hébergement y sont très dégradées, ce qui est particulièrement inadmissible pour des unités par nature de long séjour.

La responsabilité du fonctionnement de l'ensemble des deux unités est confiée à tour de rôle à un pôle avec une rotation tous les trois ans. Au moment de la visite du CGLPL, elles étaient sous la responsabilité du pôle A1 depuis un an. Pour l'unité 14, aucun médecin n'a non plus été désigné chef d'unité ; chaque pôle désigne un ou plusieurs médecins qui suivent les patients de son pôle. En septembre 2018, pour l'unité 13 les pôles A1 et A3 avaient chacun un médecin référent ; au sein du pôle A2, deux médecins intervenaient pendant trois mois puis étaient remplacés par deux autres médecins. Leur passage est « *au minimum de une fois par mois* » ce qui signifie en fait une présence rare. Pour la plupart des cas vérifiés par les contrôleurs, le médecin venait de passer... un rapide contrôle montre que le passage des médecins est, pour chaque patient et en temps normal, d'une fois tous les 15 jours. En cas de crise, la présence d'autres médecins permet une rapide réaction.

Dans sa réponse, la directrice affirme que ce passage est d'une fois par semaine et plus si besoin. Autant de réunions de suivi que de pôles sont organisées par unité avec, pour les soignants, des interlocuteurs triplés : autant de cadres, de médecins et d'assistantes sociales que de pôles. Faute de coordination entre eux, lorsque plusieurs médecins arrivent en même temps dans l'unité pour voir leurs patients, autant de soignants doivent assister aux consultations laissant l'équipe dépeuplée pour s'occuper des autres patients. A défaut de médecin responsable de la réhabilitation, et donc de projet de service, les prises en charge varient selon le médecin qui suit le patient, les différences d'approche déroutent et démobilisent les équipes pourtant très motivées. En outre, les comportements violents de certains patients créent un malaise chez les professionnels dont ceux rencontrés témoignent de leur sentiment de culpabilité de ne pas parvenir à faire face.

De plus, il en résulte une prise en charge différente pour chaque patient dans une même unité, selon le médecin qui le suit. Autant les patients que les soignants déplorent ces différences de traitement.

En principe, le projet de soins est organisé pour aboutir à un projet de sortie, d'où la nomination « Unité de réhabilitation ». Le projet de sortie, élaboré dès l'admission du patient, est affiné et modifié tout au long du séjour en fonction de son état de santé. Il peut s'agir d'un placement en foyer d'accueil médicalisé, en maison d'accueil spécialisée, en unité de long séjour, en maison communautaire, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Au moment de la visite du CGLPL, à l'unité 13, trois patients, hospitalisés depuis de nombreuses années, dont une jeune femme placée en permanence en chambre d'isolement, étaient considérés comme inaptes à un projet de sortie. En réalité, les solutions de sortie sont rares : dans cette unité, en 2017, six patients sont sortis, dont deux ont été réhospitalisés rapidement, la solution n'ayant pas abouti.

A la demande du comité technique d'établissement, les difficultés des unités de réhabilitation ont donné lieu à une réunion le 31 juillet 2018 à laquelle ont participé un représentant par organisation syndicale, des agents travaillant dans les unités, des cadres supérieurs et deux chefs de pôle.

Le compte rendu de cette réunion a été transmis à leur demande aux contrôleurs. Il relève que « *L'absence de staff régulier est également vécue comme un handicap. Se pose surtout la question de son articulation entre les trois pôles sur des thématiques comme l'analyse des pratiques, les échanges, les régulations, les collaborations effectives entre les trois services.* » et que « *le problème majeur de communications entre soignants et médecins qui entraînent du stress et des dysfonctionnements du fait même de cette incommunicabilité. Naissent alors des tensions qui génèrent des difficultés de travailler ensemble.* » et énumère les décisions prises en conséquence :

« Revoir l'organisation de travail avec l'encadrement en lien avec les personnels et les médecins. Repositionner le temps de psychologue pour mener à bien les ateliers et les suivis ;

Les 3 secteurs construisent un planning hebdomadaire médical et psychologue en incluant des temps de staff.

Il est proposé une mise en place en septembre et une évaluation en janvier 2019 ».

Les mesures ainsi arrêtées ne suffiront manifestement pas à apporter l'harmonisation et l'étayage qu'appellent les équipes pour la prise en charge de patients particulièrement difficiles. Si l'intersectorialité est pertinente pour le recrutement des patients, la responsabilité de la prise

en charge médicale et soignante doit se situer au niveau des unités et permettre l'élaboration d'un projet médical adapté et faisant référence.

Recommandation

Les difficultés de fonctionnement des unités de réhabilitation appellent la désignation d'une responsabilité médicale unique permettant l'élaboration d'un projet adapté faisant référence pour la prise en charge.

8.3 L'UNITE D'ADMISSION EN GERONTOPSYCHIATRIE NE DISPOSE PAS DES CONDITIONS MATERIELLES QUE NECESSITE SA SPECIFICITE

Le pôle A3 Lannemezan-Saint-Gaudens est doté d'une unité spécifique de gérontopsychiatrie ; elle dispose de seize lits et a ouvert deux lits pour le pôle psychiatrie adultes A2 Tarbes Sud-Lourdes.

Les bassins de vie concernés subissent un fort vieillissement de la population, lequel a suscité l'installation d'un pôle gériatrie doté de structures et services diversifiés qui participe activement avec le secteur médico-social à la mise en œuvre des politiques de santé en faveur des personnes âgées. L'unité de gérontopsychiatrie n'y est pas rattachée.

Elle a donc une double spécificité : soigner un public particulièrement vulnérable compte tenu de son âge et définir son projet au regard d'un besoin repéré au sein d'un des pôles de psychiatrie adulte de l'hôpital de Lannemezan, ce qui fait dire à un médecin qu'il est une « *émanation de ce pôle* ».

8.3.1 Le projet de soin

Le projet est né en 1992, l'unité a ouvert en 1993. Il soutient la nécessité de prendre en charge la phase aiguë des troubles psychiatriques chez la personne âgée.

Selon les médecins rencontrés, plus de 60 % des patients admis présentaient des antécédents psychiatriques et l'un des objectifs du service vise à éviter une nouvelle hospitalisation.

La notion de crise ou de phase aiguë recouvre l'apparition de troubles thymiques, troubles psycho comportementaux associés à des démences, psychoses chroniques décompensées.

Les bilans de détérioration des fonctions supérieures susceptibles d'accompagner les manifestations psychiatriques sont réalisés pendant des séjours qui durent de 5 à 28 jours, dans tous les cas la volonté affichée est de réaliser des hospitalisations aussi brèves que possible.

8.3.2 Les conditions d'hospitalisation

Située en rez-de-chaussée d'un des bâtiments de l'hôpital, cette unité sans nom et sans aménagement spécifique, désignée par les termes de « 11 rez-de-chaussée » est close en permanence. L'absence de signalétique est évoquée dans le « *projet médical et infirmier de psycho gériatrie* » de 2005 ce qui n'a généré aucune amélioration.

Recommandation

Les abords de l'unité de gérontopsychiatrie doivent être réaménagés en prenant en compte les handicaps et troubles liés au vieillissement : signalétique adaptée, abords sécurisés.

Le hall d'entrée de l'unité est de taille modeste, il donne sur un salon aménagé pour les visites des familles, un bureau infirmier, deux couloirs latéraux et offre une perspective sur un salon et une salle à manger.

Les patients ont le choix entre le salon, dite « pièce de vie » ou leur chambre pour se mouvoir en fauteuil ou debout, tout aménagement extérieur adapté faisant défaut, alors même que certaines pathologies requièrent des espaces déambulation et de mobilité sécurisés et adaptés.

Il a été constaté que dans cette pièce au moins, le revêtement au sol présentait des défauts susceptibles d'entraîner des chutes.

Dans ce contexte, la stimulation à la marche telle que préconisée dans le projet médical est fortement compromise. La verticalisation progressive des alités peut être ainsi dissuadée.

Les couloirs latéraux abritent neuf chambres individuelles équipées de toilettes et lavabo et quatre chambres doubles équipées de salle d'eau avec douche. Le nombre de WC et douches extérieurs est théoriquement suffisant mais cette organisation des espaces individuels et collectifs inadaptée est de nature à générer pour les plus anxieux et désorientés des patients de l'agressivité et de l'opposition lors des toilettes par exemple.

Dans ce contexte encore, les conditions matérielles préalables ne sont pas réunies pour que les équipes puissent tout mettre en œuvre pour le mieux-être, l'apaisement et la dignité des patients âgés.

Dans cette unité les chambres « spécifiques » font l'objet lors de la visite des contrôleurs d'échanges nourris qui peuvent être synthétisés de la façon suivante dont il ressort que la chambre d'isolement inadaptée, indigne, non conforme est néanmoins utilisée ; des chambres médicalisées avec oxygène sont elles aussi utilisées mais on pourrait se passer de l'une d'entre elles pour refaire la chambre d'isolement.

Enfin une salle d'ergothérapie en extrémité de couloir rappelle qu'il y eu dans cette unité des activités assurées par du personnel dédié ce qui n'est plus le cas.

Il ressort de la visite des locaux et des entretiens menés que les conditions matérielles d'hospitalisation des patients accueillis dans cette unité de crise ne se sont pas améliorées au fil des années alors même que la gériatrie tend à se moderniser dans le département.

Recommandation

Les moyens matériels correspondant aux objectifs d'apaisement optimal des situations de crise aiguë des patients âgés doivent être donnés à l'unité de psychogériatrie.

8.3.3 Le fonctionnement de l'unité

S'agissant de son projet et de son équipe, le service de géronto-psychiatrie fonde son activité sur un cadre institutionnel structurant et formalisé.

Un projet de service revisité, des réunions de travail, des formations collectives ou individuelles, du personnel pluridisciplinaire, une culture commune, un usage décomplexé de la parole entre personnels soignant et corps médical sont autant de garants d'une gestion des risques d'usure professionnelle et de dysfonctionnement.

L'organisation du travail en elle-même n'appelle pas de commentaire particulier sauf à dire qu'au sein de cette unité fermée, le personnel et les médecins s'attellent à leur charge comme en

témoignent les résultats obtenus pour les durées d'hospitalisation et les 90 % de retours dans le lieu de vie précédant l'hospitalisation.

Deux points cependant retiennent l'attention :

- compte tenu des constats relevés plus haut sur l'insuffisance d'espaces réellement privatifs adaptés, sur l'absence d'espace de replis, de tranquillité, de déambulation, la question de la nécessité de recourir « *lorsque tous les autres moyens d'apaisement ont été mis en œuvre* » à l'utilisation d'une chambre d'isolement ne pourra être sereinement abordée tant que des améliorations globales ne seront pas apportées. Le projet de sa réfection ne doit pas cacher la nécessité de repenser l'ensemble des espaces. Il s'agit là d'un enjeu majeur de prévention du risque de maltraitance ;
- ce service reste majoritairement dédié aux patients du pôle A3 ce qui implique une inégalité d'accès aux soins « spécifiques » pour les habitants des autres secteurs.

Dans sa réponse, la directrice précise que « *le nombre d'EHPAD relevant de ce pôle est plus important que les autres pôles* ».

8.4 LA PEDOPSYCHIATRIE LIMITE SES ADMISSIONS AUX SEULS MINEURS DES HAUTES-PYRENEES

A l'hôpital de Lannemezan existait dans les années 60 un service « enfants » accueillant des mineurs âgés de 4 à 17 ans souffrant de pathologies diverses. Le pôle intersectoriel de pédopsychiatrie des Hautes-Pyrénées gère aujourd'hui une unité hospitalière et des services extérieurs dotés d'équipes pluridisciplinaires rompues au travail partenarial.

L'unité d'hospitalisation du site de Lannemezan, seule unité visitée du pôle, comprends sept lits d'hospitalisation et assure un service public 365 jours par an. Elle a réalisé 1 889 journées en 2017 et 137 entrées.

Le projet de service remis aux contrôleurs précise qu'elle « *accueille des adolescents de 11 à 18 ans dont les troubles nécessitent une rupture plus ou moins longue avec le milieu de vie habituel* ». Ces adolescents sont originaires exclusivement des Hautes-Pyrénées.

Dans sa réponse, la directrice indique « *C'est effectivement notre secteur même s'il peut arriver de recevoir des ados de départements limitrophes* ».

La visite a permis de constater que la Clinique du lac, unité pour adultes du pôle A3, avait accueilli dix-huit patients mineurs dont quatre de moins de 16 ans et huit originaires de Haute-Garonne en 2018. Il a été aussi observé que ce service travaillait en coopération avec l'unité adolescents notamment lors des prises de décision de mise en isolement.

En conséquence, les entretiens et visites se sont déroulés sur les deux unités.

Il a été possible de participer à toutes les séquences rythmant la vie institutionnelle et n'a été opposé aucune résistance à la transmission effective d'informations dans les limites du secret médical.

8.4.1 Les conditions d'accueil

Le constat fait apparaître une situation agréable au sein du parc, des locaux adaptés, clairs, l'aménagement intérieur concilie le double impératif de préservation de l'intimité des adolescents et de sociabilité réparatrice.

Les entrées sont issues des services des urgences de Tarbes ou Lannemezan ou des consultations médicales (du pôle ou de généralistes). Les visites de préadmission programmables sont assurées par le médecin et les soignants de l'unité. La diminution des entrées – 83 entrées directes en

2017, 106 en 2016, et 54 entrées par mutation, 160 en 2016 – est expliquée notamment par une augmentation relative de la durée moyenne de séjour qui passe de 10,3 jours en 2016 à 13,7 en 2017. De janvier à septembre 2018, 62 mineurs ont été accueillis.

Les divers entretiens menés confirment une gestion apaisée des demandes d'admission et une bonne adaptabilité de la durée des séjours aux besoins des patients. On note toutefois lors des entretiens et à la lecture des rapports d'activité une difficulté croissante à orienter les adolescents déscolarisés. L'absence de structure alternative à l'hospitalisation est également évoquée et appelle de nombreuses interrogations lors de l'examen de certains cas de mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) régulièrement ré hospitalisés (cf. voir plus bas les prises en charge limites).

L'effectif en personnel soignant est adapté au nombre de prises en charge avec 13,60 ETP. L'amélioration constatée depuis 2017 a permis de reprendre des projets de prise en charge très individualisés confirmés par les entretiens avec les soignants et les mineurs.

La cadre de santé organise le travail de onze infirmiers travaillant de nuit et de jour (10,5 ETP).

Une psychologue et une assistante sociale interviennent à mi-temps ainsi que quatre agents socio-éducatifs (3,8 ETP).

Le personnel médical est très présent dans l'unité tant au regard de la disponibilité pour les entretiens médicaux qu'en ce qui concerne l'animation des réunions d'équipe, de transmission et de synthèse. Le médecin responsable de l'unité élabore et soutient en coopération étroite avec le chef de pôle une réflexion partagée au sein de l'unité sur l'évolution des pathologies adolescentes et les ressources théoriques susceptibles de soutenir la pratique collective. Bien que qualifiée dans un rapport d'activité « d'éclectique » cette culture et ces références théoriques ont le mérite d'offrir aux jeunes patients et à leur famille des conditions d'accueil réfléchies et débattues au cas par cas.

La prise en charge quotidienne est soutenue. L'emploi du temps des adolescents décrit dans les règles de vie de l'unité précise les temps consacrés aux soins proprement dit (lesquels sont dispensés dans un parfait respect de la confidentialité), les temps d'activité thérapeutique et les temps de repos au calme dans la chambre individuelle.

L'ensemble des dispositions relative à la gestion des effets personnels, leur retrait éventuel y sont également décrits. Le dépôt des numéraires et objets de valeur dans un casier individuel fermant à clef et accessible en permanence ainsi que la possibilité de garder un MP3, lecteur DVD ou clef USB font l'objet d'un avis du médecin. Le tabac est géré par l'équipe soignante et les adolescents sont autorisés à fumer quatre cigarettes par jour à l'extérieur de l'unité s'ils ont plus de 14 ans après accord des parents.

L'unité dispose d'un ordinateur accessible sous une vigilance raisonnable des soignants.

Les interdits sont précisés dans ces mêmes règles de vie et la réponse aux transgressions présentées comme une « *difficulté rencontrée dans l'application de ces règles* » fait l'objet d'une réflexion collégiale (cf. 8.4.3)

8.4.2 Les droits des mineurs

Ce qui est dit au jeune patient sur son statut d'admission varie dans la forme et le moment en fonction de la possible présence de la famille.

Les jeunes qui vivent chez leurs parents sont systématiquement reçus en préadmission avec leur famille ; il n'est pas recueilli formellement de consentement aux soins auprès des adolescents

placés sous l'autorité parentale. Cependant cette question est travaillée avec les adolescents car il leur est systématiquement demandé ce qu'ils en ont pensé.

Pour autant la question du statut de soin et des droits y afférents reste entièrement posée pour les mineurs eux-mêmes sujets de droit accueillis à l'unité adolescents.

Les mesures restrictives de liberté dont ils font l'objet – l'usage du téléphone, sorties, accès à certains objets personnels – et l'hospitalisation elle-même sont justifiées par leur état clinique mais peuvent être contestées dans certains cas.

a) Les détenteurs de l'autorité parentale

La vérification au moment de la signature de l'autorisation d'hospitalisation de la situation du mineur et de ses parents et la transmission à l'hôpital des pièces afférentes à l'exercice de l'autorité parentale (livret de famille, jugement de divorce) n'est pas complètement assurée.

L'information et la rencontre avec le parent non présent dans un délai n'excédant pas 48 heures pour recueillir son autorisation formelle n'est pas systématiquement réalisée : il existe des cas de recueil par téléphone.

Les documents de référence transmis aux contrôleurs : « Hospitalisation d'un mineur- Consignes » et « Admission d'un mineur dans un établissement de santé » ne sont pas assez précis sur le fait qu'une hospitalisation en psychiatrie d'un mineur ne peut être considérée comme un acte usuel et qu'il convient de recueillir l'avis des deux parents.

Recommandation

On ne peut considérer que l'hospitalisation en psychiatrie d'un mineur constitue un acte usuel. Toute entorse aux dispositions légales concernant l'exercice de l'autorité parentale même si les parents ne sont pas dans la région et même si le mineur est placé dans un établissement éducatif (ASE ou autre) est à proscrire.

b) Les mineurs confiés judiciairement à un tiers

Lorsque le ou la mineure est confié judiciairement à un tiers – service, établissement ou personne physique –, l'hôpital (éventuellement l'unité) ne se procure pas systématiquement la décision de placement. Il ne peut donc en cas de difficulté en référer au juge et aura plutôt tendance à dialoguer systématiquement et prioritairement avec le service départemental d'aide sociale à l'enfance (ASE) ou l'établissement d'accueil.

Les contrôleurs ont constaté que des mineurs confiés à l'ASE faisaient l'objet d'hospitalisation répétées dans l'unité adolescents.

En assistant à une synthèse ils ont pu observer comment un cas considéré comme problématique au regard d'un comportement parfois violent ou fugueur faisait l'objet, de fait, d'une double prise en charge par l'établissement éducatif et l'unité pour adolescents. Il apparaît également que l'accueil en situation dite de crise pouvait évoluer vers une forme d'internement abusif : Il y a là le risque d'une grave dérive de l'institution médicale à trop vouloir compenser les seuils de tolérance du dispositif de protection de l'enfance lequel, dans ce cas précis, se substituait totalement à l'autorité parentale envisageant même d'en demander la suppression. Il apparaît pour ce cas précis que plusieurs décisions de mise en isolement, assorties de dispositions diverses – accueil à l'unité pour adultes La Clinique du Lac, renforcement de l'équipe et détachement pour ce mineur de personnel dédié pour des activités et sorties en journée – pouvaient constituer un

paradoxe voire un abus dans la mesure il appartient précisément au dispositif de protection de l'enfance de tout mettre en œuvre pour éviter l'hospitalisation contrainte et l'isolement.

Dans sa réponse, la directrice précise « *il s'agissait d'un cas particulier qui préoccupe l'équipe et non une généralité* ».

c) Les mineurs hospitalisés sous ordonnance de placement provisoire

Les contrôleurs ont pu constater pendant la visite que les mineurs ne sont jamais confiés par décision du juge des enfants. L'évocation de cette disposition provoque une grande réticence, considérant qu'ils ne pouvaient être service gardien et assurer sereinement les soins. Il y a là un manque de connaissance des attentes réciproques des magistrats et médecins lesquels agissent pourtant dans un souci de protection de l'enfant dans des situations familiales extrêmement conflictuelles, alors que l'adhésion des parents ne peut être sereinement recueillie.

Cette unité doit cependant à tout moment pouvoir admettre un enfant sur le fondement d'une telle mesure. Il convient donc de s'y préparer. Les motifs de l'ordonnance de placement provisoire devront être pris en compte, les copies de la décision communiquées aux mineurs, les voies de recours exposées.

8.4.3 Le traitement des incidents

Une plainte ou réclamation d'un patient ou d'une famille est gérée au sein de l'unité par un entretien avec le cadre de santé ou un binôme médecin-infirmier en fonction du type de problème exposé

Les événements indésirables font l'objet d'une fiche de transmission, ils sont peu nombreux. Tous les personnels peuvent les renseigner.

Il est fait état de quatre types d'événement dans l'unité : Repas manquant, violence, Incivilités, fugue. Une échelle de réponse cohérente aux transgressions s'est constituée peu à peu : retrait d'une cigarette par exemple, levée d'hospitalisation possible mais avec suivi et retour possible (un cas observé), déclaration de fugue.

Le recours à l'isolement est modéré. Il est effectué en pyjama ou kimono. Le protocole ne prévoit pas de sédation. « *Un médecin peut toujours être appelé la nuit si nécessaire* ». Il a été affirmé que les isolements duraient rarement plus de 2 heures. S'il est supérieur à 24 heures il donne lieu à une réévaluation. Les familles sont toujours prévenues immédiatement, la consommation de tabac maintenue lors de la visite des soignants si le mineur le demande.

8.4.4 La Clinique du Lac

Les mineurs placés en isolement sont transférés à l'unité Clinique du Lac du pôle 3 quand sa chambre d'isolement est disponible. Ils font l'objet d'une mutation à l'entrée et à la sortie. Il n'est pas possible à l'équipe de cette unité de gérer des isolements séquentiels ; en revanche, elle demande aux soignants de l'unité pour adolescents un retour en journée. Il arrive donc que ces mineurs soient sortis de la chambre d'isolement toute la journée.

Ce service prend également en charge les mineurs du département de la Haute-Garonne qui attendent une place à l'unité des adolescents de Toulouse. Ceux originaires des Hautes-Pyrénées peuvent intégrer n'importe quelle unité.

Huit mineurs de plus de 16 ans originaires de la Haute-Garonne ont été pris en charge à la Clinique du Lac en 2018 et dix en 2017.

9. CONCLUSION

L'hôpital psychiatrique de Lannemezan bénéficie de nombreux atouts : une intégration forte au sein du contexte régional, la proximité de services somatiques réactifs, un effectif de soignants correct et des moyens matériels d'accueil et logistiques partiellement rénovés.

Il s'en dégage une ambiance générale plutôt bienveillante à l'égard des patients : peu de violence et des conditions de vie qui permettent à ces derniers de bénéficier, hors les locaux des unités, d'un cadre agréable, dans un large parc de verdure et à proximité de la ville qu'ils peuvent rejoindre aisément par une navette régulière, financée et organisée par le centre hospitalier.

Mais l'équipe de direction, en partie nouvelle, accaparée par les projets de réorganisation territoriale dans le cadre du GHT 65, n'a pas pu motiver les équipes médicales afin qu'elles élaborent un projet collectif et conduisent sur des points essentiels une réflexion de fond à partager avec les équipes de soignants alors que s'avère nécessaire dans un cadre financier déficitaire une nette amélioration des locaux les plus anciens.

Faute de réflexion institutionnelle étendue à l'ensemble des professionnels de santé sur la prise en charge des patients au sens large, la vision strictement médicale prime sur tous les autres aspects notamment le respect des droits et de la dignité des patients.

Il en résulte des pratiques variées selon les pôles, des règlements intérieurs non à jour, une gestion insuffisamment encadrée de l'isolement, et sur quelques points sensibles des situations inacceptables et pénalisantes pour les patients **tels l'état indigne de la chambre d'isolement en géronto-psychiatrie, l'enfermement dans les unités de patients pourtant admis en soins libres, les difficultés récurrentes d'accès des patients à leurs biens confiés au service des finances publiques ou l'insécurité du parc.**

Il en résulte encore une absence de réflexion sur la fermeture des unités ou d'évaluation de la gestion très sécuritaire des déplacements des malades imposée par une précédente direction et jamais remise en cause dans la mesure où elle préserve les responsabilités présumées en cas de fugue.

Il en résulte plus gravement un faible niveau d'échange entre les différentes catégories de personnels de santé et une insuffisante ou inexistante culture de travail d'équipe pluridisciplinaire, faute d'implication médicale dans son animation et son étayage. Ce déficit, traduit au premier chef par la quasi-absence de réunions de synthèse dans la plupart des unités, est unanimement déploré par les équipes. **Il a été largement témoigné aux contrôleurs qu'il conduit à une perte de sens de leur action pour les soignants et de sens de leur hospitalisation pour les patients.**

Un bilan objectif devra en outre être fait de l'organisation retenue avec la répartition entre unités d'accueil et unités de réhabilitation, entre unités de soins et services en charge des activités. Le but poursuivi ne paraît pas vraiment atteint et ne semble favoriser ni le dialogue intérieur entre médecins, soignants et soignés, ni la prise en compte dans la durée du bien-être des patients. Il devra s'étendre, en concertation avec l'administration pénitentiaire, aux conditions de d'hospitalisation des patients détenus dont la rigueur systématique porte atteinte non seulement aux droits du patient mais autant à ceux de la personne détenue.