

Contrôleur
général
des LIEUX
de PRIVATION
de
Liberté

Rapport de visite :

9 au 16 septembre 2019 – 1^{ère} visite

**CENTRE HOSPITALIER GERARD
MARCHANT A TOULOUSE**

(HAUTE GARONNE)



SYNTHESE

Du 9 au 16 septembre 2019, huit contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse (Haute-Garonne). Il s'agissait de la première visite de cette établissement. A l'issue, un rapport provisoire a été adressé aux autorités administratives et judiciaires du département ainsi qu'à la direction. Seul le directeur général de l'établissement a émis des observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

Le centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM) est intégré au plus important groupement hospitalier de territoire d'Occitanie, étendu sur 250 km. Trois de ses établissements ont constitué la communauté psychiatrique de territoire (CPT) de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest : le CHU de Toulouse, le CHGM et le CH de Lavaur (Tarn).

Le CHGM est en charge de sept secteurs de psychiatrie adulte (certains secteurs représentant presque 200 000 habitants), d'un secteur de pédopsychiatrie et du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire. En 2001, l'explosion de l'usine AZF a ravagé une grande partie des bâtiments de l'hôpital, ce qui a conduit à repenser son organisation avec la création, en 2005, de sept pavillons d'hospitalisation et la réhabilitation des bâtiments administratifs et techniques en 2012.

La capacité d'accueil, en hospitalisation complète de psychiatrie adulte, est de 264 lits. Par ailleurs, il dispose de toute l'offre ambulatoire nécessaire. Son activité est stable depuis 2016 ; ainsi en 2018, 13 318 patients étaient pris en charge en ambulatoire et 1 511 patients étaient hospitalisés à temps complet, avec un taux d'occupation des unités d'admission de 98,3 %. La patientèle du CHGM est majoritairement en soins sans consentement, avec des patients souvent désaffiliés du système de soins somatiques et des comorbidités somatiques importantes. L'offre de soin privée du territoire dispose de trois fois plus de lits d'hospitalisation complète que la psychiatrie publique. Seule une clinique prend en charge des patients en soins à la demande d'un tiers (SDT) ; les autres patients en soins sans consentement sont pris en charge par le CHU et le CHGM.

Le contrôle a porté sur onze unités de psychiatrie adulte, l'unité d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile, et l'accueil aux urgences du CHU de Toulouse.

Concernant le respect de la dignité et du droit d'accès à la santé :

La filière psychiatrique des soins sans consentement du territoire montre manifestement une insuffisance de moyens en hospitalisation complète pour des patients en situation de crise, dans le contexte d'une population augmentée de 100 000 habitants en cinq ans et de 11% des postes médicaux vacants. Et cela malgré tous les efforts déployés sur l'ambulatoire en prévention des hospitalisations, comme par exemple le développement des équipes mobiles dont celle d'intervention et de crise. Les délais de rendez-vous aux CMP restent de plusieurs mois et une centaine de patients hospitalisés est en attente de place dans le secteur médico-social.

Face à la difficulté de prendre en charge de façon adaptée tous les patients, des atteintes aux droits fondamentaux et à la dignité sont apparues, dont certaines perdurent depuis plusieurs années.

Ainsi l'organisation des soins est centrée sur la gestion de la pénurie et non sur le besoin des patients. La détermination d'un effectif soignant de sécurité n'empêche pas la désorganisation

quotidienne des services qui mutualisent le manque aux dépens du projet de soin des patients. L'ensemble des services d'admission connaît des suroccupations qui conduisent à une utilisation soit indigne soit inadéquate des chambres d'isolement, avec des transferts de patients entre unités y compris la nuit. Les patients placés en chambre d'isolement (CI) ne conservent pratiquement jamais leur chambre d'hospitalisation dans les services d'admission et d'autres sont hospitalisés directement en CI. Les chambres d'isolement sont ainsi globalement utilisées comme des chambres d'hospitalisation.

Parallèlement à ces contingences d'hébergement, les pratiques d'isolement et de contention sont là aussi paradoxales. Si l'usage de la contention est très modéré et dans les plus bas étages observés, l'usage de l'isolement reste assez élevé et n'est pas encore une mesure de dernier recours. Les chambres d'isolement sont toutes impropres à l'apaisement. Il n'y a pas encore d'analyse opérationnelle du registre et l'établissement s'est engagé à mettre en place ce travail.

L'accès au psychiatre est très variable selon les unités et quelques unités connaissent de nombreuses demi-journées sans médecin. Pour autant, les modalités d'accès aux soins psychiatriques sont bien développées : les réunions cliniques et de synthèse, pluridisciplinaires, permettent d'adapter le projet de soin individualisé du patient. Des infirmiers référents sont en place, par binôme. Les entretiens médico-infirmiers se tiennent régulièrement et les familles sont associées aux soins, y compris dans le cadre de groupe-famille dans une unité. Les activités thérapeutiques sont bien intégrées dans le projet de soins des patients. L'accès aux soins somatiques est garanti. Reste cependant la généralisation de prescription d'injection de psychotrope « *si besoin* », sans que le médecin soit forcément présent pour rechercher, avant de faire cette injection, le consentement du patient et vérifier que l'injection est vraiment indispensable.

Concernant le respect des droits fondamentaux dans la vie quotidienne :

Les locaux sont en bon état sauf ceux des deux unités mais qui seront rénovées dans les prochaines années.

La liberté d'aller et venir a ici été particulièrement prise en compte puisque toutes les unités sont ouvertes, avec, pour les huit unités d'admission, un secteur fermé de cinq places potentielles. Une pratique opposée en secteur ouvert et en secteur fermé, sur beaucoup d'aspects, interroge cependant sur les restrictions de liberté, avec un renversement de la règle : tout est autorisé sauf exception décidée par le médecin en ouvert, tout est interdit sauf autorisation du médecin en secteur fermé.

Par ailleurs, des règles sont disparates d'un service à l'autre, dans la gestion de l'accès aux proches, la communication, l'usage du pyjama et l'abord de la sexualité.

Concernant le patient sujet de droit :

La notification des droits est faite dans les formes dans certaines unités, mais ne semble pas forcément comprise par les soignants trop peu formés sur ce sujet : le droit ne fait pas encore partie du soin ; la personne de confiance est rarement désignée et peu sollicitée.

L'information sur les droits comme celle générale sur l'admission à l'hôpital est remise mais pas toujours expliquée et comprise. Le livret d'accueil est souvent mis dans la chambre de l'arrivant mais pas partout, et ce livret d'accueil n'est pas actualisé régulièrement.

Chaque unité a ou non des règles de vie, plus ou moins affichées.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1..... 23

L'établissement a recours à des interprètes pour assurer l'explication de leurs droits aux personnes placées en soins sans consentement.

BONNE PRATIQUE 2..... 36

L'établissement a mis en place une équipe dédiée pour accompagner les patients dans les sorties de moins de 12 heures.

BONNE PRATIQUE 3..... 53

Dans certains pavillons, les patients peuvent faire laver gratuitement leur linge à la buanderie centrale. Ce dispositif pourrait être étendu à toutes les unités.

BONNE PRATIQUE 4..... 55

Le patient qui sort de l'hôpital n'est jamais obligé d'aller récupérer les valeurs déposées à la trésorerie du CHU, en centre-ville. Les unités anticipent, de sorte que les valeurs concernées sont rapportées à la régie du CH Gérard Marchant quelques jours avec sa sortie.

BONNE PRATIQUE 5..... 76

Le prêt d'un téléphone dépourvu de moyen de prise de vue aux patients de l'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents permet à la fois d'éviter toute diffusion de photographies et de leur laisser un moyen de communiquer avec leurs proches.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1..... 16

L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins réels afin de pouvoir programmer les adaptations nécessaires de ses prises en charge.

RECOMMANDATION 2..... 18

Le temps de présence des médecins doit permettre, dans toutes les unités, un accès du patient à un psychiatre dans un délai satisfaisant et préserver une dynamique d'équipe.

RECOMMANDATION 3..... 22

L'organisation des soins de psychiatrie sur le territoire doit permettre la prise en charge intra ou extra hospitalière de tous les patients en soins sans consentement sans dégrader la qualité des soins proposés aux personnes hospitalisées.

RECOMMANDATION 4..... 28

Les réflexions du comité d'éthique devraient être partagées avec l'ensemble du personnel soignant par des moyens qu'il lui appartient de définir.

RECOMMANDATION 5	29
Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une uniformisation des pratiques et une mobilisation des soignants pour sa mise en œuvre.	
RECOMMANDATION 6	31
Le droit à l'anonymat doit être mentionné dans le livret d'accueil et faire l'objet d'une procédure diffusée aux agents.	
RECOMMANDATION 7	32
Le respect de la protection des données personnelles impose de mettre en place toute mesure permettant de limiter le traitement automatisé de données nominatives et de centraliser la gestion de leur sécurité.	
RECOMMANDATION 8	36
Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.	
RECOMMANDATION 9	37
Lorsqu'un programme de soins n'est pas majoritairement en ambulatoire, le patient doit bénéficier du contrôle de sa situation par le JLD à l'instar de ce que serait ce contrôle en hospitalisation complète.	
RECOMMANDATION 10	38
Le collège des professionnels de santé doit se réunir effectivement et les patients doivent être revus par un médecin qui en est membre.	
RECOMMANDATION 11	40
Lors de l'audience, le patient doit être mis en mesure de s'exprimer sur le fond comme la forme. Les voies de recours doivent lui être rappelées oralement, tout comme la possibilité de saisir le JLD à tout moment.	
RECOMMANDATION 12	41
Conformément à l'article L.3222-4 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département et le maire de la commune doivent visiter l'établissement au moins une fois par an.	
RECOMMANDATION 13	42
Une réflexion doit être conduite, au sein de l'établissement, sous l'égide du comité d'éthique, sur les moyens de protéger les patients dans leurs relations avec les produits stupéfiants.	
RECOMMANDATION 14	43
La fouille de l'armoire d'un patient, qui ne repose sur aucune base légale, est à proscrire sauf lorsque, dans des cas peu nombreux, un risque grave et imminent met en jeu le pronostic vital de la personne concernée. La chambre du patient doit rester un lieu privatif, comme l'indique le règlement intérieur de l'hôpital, et, à ce titre, doit être protégée sauf nécessité absolue.	
RECOMMANDATION 15	44
Le remplacement des dispositifs d'alarme pour travailleur isolé (DATI) par des appareils plus fiables doit être programmé à bref délai pour assurer la sécurité des soignants.	
RECOMMANDATION 16	45
Toutes les chambres doivent disposer d'un système de fermeture de la porte empêchant les intrusions.	

RECOMMANDATION 17	45
Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction ni être systématiquement imposé durant le placement en chambre d'isolement, mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques. Si le patient doit sortir en pyjama, il doit être chaussé de manière adaptée.	
RECOMMANDATION 18	46
Le déploiement de la wifi ne doit pas concerner uniquement la cafétéria mais aussi les unités d'hospitalisation.	
RECOMMANDATION 19	48
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.	
RECOMMANDATION 20	50
La conception d'espaces fermables dans les unités ne doit pas négliger l'obligation que toute chambre dispose d'une fenêtre donnant sur la lumière et la ventilation naturelle.	
RECOMMANDATION 21	54
Dans les zones fermées des unités d'admission, les restrictions de biens ne doivent pas procéder de règles systématiques et absolues mais être décidées individuellement, en fonction de la clinique des patients, avec une réévaluation régulière.	
RECOMMANDATION 22	54
Lorsque les cadres de santé acceptent de conserver de l'argent liquide dans leur bureau, une fiche doit être signée à chaque dépôt et chaque retrait non seulement par le patient mais aussi par un soignant.	
RECOMMANDATION 23	55
Les retraits des patients auprès de la régie ou de la trésorerie ne doivent pas être conditionnés à l'accord d'un soignant de l'unité, sauf situation clinique particulière justifiant un tel contrôle.	
RECOMMANDATION 24	58
L'agence régionale de santé doit concevoir, au sein du territoire de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques afin de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé adapté.	
RECOMMANDATION 25	58
Les patients admis en soins sans consentement aux urgences du CHU doivent bénéficier d'un examen somatique par un médecin urgentiste avant d'être adressés aux urgences psychiatriques.	
RECOMMANDATION 26	59
Le service d'urgence ou le service d'urgences psychiatriques doivent disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.	
RECOMMANDATION 27	61
Les patients en soins sans consentement admis en hospitalisation sans avoir été examinés par un urgentiste préalablement à leur arrivée, doivent bénéficier d'un examen systématique par un médecin généraliste au sein des unités de psychiatrie.	

RECOMMANDATION 28..... 67

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes et à l'aération de la pièce, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

RECOMMANDATION 29..... 67

Les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme chambres d'hospitalisation, y compris porte ouverte.

RECOMMANDATION 30..... 69

Le patient placé en chambre d'isolement doit pouvoir retrouver sa chambre lorsqu'il est mis fin à la mesure d'isolement.

RECOMMANDATION 31..... 69

Le placement d'un patient en isolement doit rester une mesure de dernier recours et ne peut pas être décidé pour motif disciplinaire ou en prévention des fugues.

RECOMMANDATION 32..... 69

Le service incendie du centre hospitalier doit être tenu informé en permanence des personnes enfermées dans l'établissement, en chambres d'isolement et chambres d'hospitalisation.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1..... 18

L'organisation des soins dans chaque unité doit définir les besoins de prise en charge, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, et prévoir des temps de transmissions permettant aux professionnels d'assurer la permanence des soins.

RECO PRISE EN COMPTE 2..... 20

L'établissement doit proposer aux professionnels des modalités de supervision individuelle et collective, effectuée par un intervenant extérieur.

RECO PRISE EN COMPTE 3..... 73

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, afin de limiter ces pratiques aux seuls actes de dernier recours.

RECO PRISE EN COMPTE 4..... 76

Le placement de mineurs en isolement doit être tracé dans un registre permettant l'analyse des pratiques.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT.....	12
2.1 L'établissement public concentre de plus en plus ses prises en charge pour les patients en soins sans consentement	12
2.2 Le budget est insuffisant pour pérenniser l'accès aux soins des patients	15
2.3 L'organisation des effectifs ne permet pas une permanence de la prise en charge auprès des patients	16
2.4 L'hôpital est confronté à une sur occupation permanente avec majoritairement des personnes en soins sans consentement.....	20
3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS.....	23
3.1 La notification des droits est diversement appliquée dans les unités	23
3.2 Les événements indésirables sont de plus en plus déclarés	24
3.3 La personne de confiance est une ressource peu utilisée	28
3.4 L'accès au vote est organisé mais il y a peu de votants	29
3.5 L'accès au culte est respecté	29
3.6 La protection juridique des majeurs est garantie	29
3.7 La protection des données personnelles et la confidentialité de l'hospitalisation ne sont pas assurées	31
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	33
4.1 Les usagers sont pris en compte de façon significative par l'établissement	33
4.2 Le registre de la loi, renseigné avec retard, ne permet pas un contrôle des mesures ..	34
4.3 La préparation à la sortie est très investie par les intervenants	36
4.4 L'établissement organise l'accès au juge mais le contrôle du magistrat est limité	38
4.5 Le contrôle institutionnel n'est effectif que par la CDSP	40
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	42
5.1 La sécurisation du site est difficile à assurer	42
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont très limitées et décidées au cas par cas, sauf en chambre d'isolement	44
5.3 Les relations avec l'extérieur sont facilitées	46
5.4 La sexualité n'est pas abordée au niveau institutionnel	47
6. LES CONDITIONS DE VIE.....	49
6.1 Les locaux ont été en totalité rénovés ou reconstruits après l'explosion de l'usine AZF en 2001	49

6.2	Les conditions d'hygiène demeurent globalement satisfaisantes	52
6.3	Les biens des patients sont gérés avec souplesse mais sans traçabilité suffisante et les restrictions sont nombreuses et parfois systématiques	53
6.4	La qualité et la quantité des repas sont jugées satisfaisantes par les patients	56
7.	L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	58
7.1	Les urgences psychiatriques ne sont pas organisées	58
7.2	L'accès aux soins psychiatriques est assuré et les activités thérapeutiques sont riches et intégrées aux projets de soins.....	61
7.3	Les soins somatiques sont assurés	65
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	66
8.1	L'utilisation des chambres d'isolement ne permet pas le respect de la dignité	66
8.2	L'isolement n'est pas toujours un dernier recours et l'usage de la contention a fait l'objet d'une attention institutionnelle particulière	67
8.3	Le registre d'isolement et de contention est renseigné mais il est insuffisamment exploité.....	70
9.1	Les patients mineurs sont hospitalisés dans des unités différentes selon leur âge mais les plus âgés sont affectés dans un unité accueillant de jeunes majeurs	74
10.	CONCLUSION	78

Rapport

Contrôleurs :

Luc Chouchkaieff, chef de mission ;

Alexandre Bouquet, contrôleur ;

Michel Clémot, contrôleur ;

Candice Daghestani, contrôleur ;

André Ferragne, secrétaire général ;

Agnès Lafay, contrôleur ;

Isabelle Fouchart, contrôleur ;

Jacques Martial, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Gérard Marchant (Haute-Garonne) **du 9 au 16 septembre 2019**.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 septembre 2019 à 15h30. Ils l'ont quitté le 16 septembre à 19h.

Ils ont été accueillis par le directeur général et la mission a pu se présenter devant le vice-président de la conférence médicale d'établissement (CME), les médecins chefs de pôle, des cadres supérieurs de santé, le technicien du département d'information médicale (DIM) et les membres de la direction.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de Haute-Garonne, le président et le procureur de la République du tribunal de grande instance (TGI) de Toulouse, le délégué départemental de l'agence régionale de santé (ARS) d'Occitanie. Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien.

Une salle de travail a été mise à disposition des contrôleurs et tous les documents demandés par l'équipe ont été remis et regroupés dans un dossier électronique.

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

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

La réunion de restitution s'est tenue le 16 septembre 2019 avec les mêmes participants que pour la réunion de présentation et le président de la CME.

Un rapport provisoire a été adressé le 31 janvier 2020 au directeur général du centre hospitalier, au directeur général de l'agence régionale de santé, au préfet du département, au président et au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Toulouse. Seul le directeur général de l'établissement a émis des observations en date du 9 mars 2020, observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT PUBLIC CONCENTRE DE PLUS EN PLUS SES PRISES EN CHARGE POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Le centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM) est intégré au groupement hospitalier de territoire (GHT) Haute-Garonne et Tarn Ouest, avec le CHU de Toulouse, le CH de Lavaur, le CH de Muret, le CH de Graulhet, le CH de Comminges-Pyrénées, le CH de Luchon. C'est le plus important GHT d'Occitanie, étendu sur 250 km, de la frontière espagnole au centre du Tarn. **Trois de ses établissements, disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie, ont constitué la communauté psychiatrique de territoire (CPT) de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest** : le CHU de Toulouse, le CHGM et le CH de Lavaur (Tarn).

La communauté psychiatrique de territoire (CPT) repose sur les fondements du volet psychiatrie du GHT et ambitionne une fédération et une consolidation de la filière psychiatrique publique. L'ensemble des professionnels semblent d'accord sur la nécessité de renforcer les réponses ambulatoires en soins non programmés, le dispositif d'hospitalisation de crise et d'hospitalisation complète, pour les personnes en soins sans consentement (SSC). Le projet médical du GHT indique ainsi : « *psychiatrie et santé mentale : sur l'agglomération toulousaine, l'hypothèse de la création d'un nouveau secteur de psychiatrie générale sera examinée. Les centres médico-psychologiques de proximité devront être renforcés dans le Tarn-Sud et le bassin de Saint-Gaudens. Une augmentation de l'offre d'hospitalisation à domicile et des lits actifs de psychiatrie sera étudiée, comme la création d'unités de soins de réadaptation psychosociale en psychiatrie.* »

La Haute-Garonne comporte huit secteurs de psychiatrie adulte, trois secteurs de pédopsychiatrie et un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Le CHGM, inauguré en 1858 et situé au Sud de la périphérie de Toulouse, est en charge de sept secteurs de psychiatrie adulte (certains secteurs représentant presque 200 000 habitants), d'un secteur de pédopsychiatrie et du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire.

En 2001, l'explosion de l'usine AZF, qui était dans son environnement immédiat, a ravagé une grande partie des bâtiments de l'hôpital et a nécessité le transfert des patients dans les autres hôpitaux de la région. Les destructions ont conduit à repenser son organisation avec la création, en 2005, de sept pavillons d'hospitalisation et la réhabilitation des bâtiments administratifs et techniques en 2012.

Depuis 2011, l'organisation de l'hôpital s'appuie sur six pôles cliniques et médico-techniques correspondant à une sectorisation géographique pour certains et à des missions spécifiques pour les autres :

- le pôle de psychiatrie générale « rive gauche » (secteurs 1, 2 et 6) ;
- le pôle de psychiatrie générale « Nord-Est » (secteurs 3 et 8) ;
- le pôle de psychiatrie générale « Sud-Est » (secteurs 4 et 5) ;
- le pôle de psychiatrie infanto-juvénile ;

- Le pôle « psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire » dont relèvent l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le service médico-psychologique régional (SMPR) et le centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) ;
- Le pôle médical et technique qui regroupe la médecine somatique, l'odontologie, la pharmacie, l'addictologie et le département d'information médicale.

La capacité d'accueil, en hospitalisation complète de psychiatrie adulte, de l'hôpital Marchant est de 264 lits. Par ailleurs, il offre 111 places d'hôpital de jour (sept hôpitaux), 19 places d'appartement thérapeutique, 15 places d'hospitalisation à domicile (HAD), une place d'hospitalisation de nuit et 13 centres médico-psychologiques (CMP), 11 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). La psychiatrie pour enfants et adolescents dispose de 20 lits d'hospitalisation complète, 62 places d'hôpital de jour (HDJ) (quatre établissements), 4 CMP, 2 CATTP.

Son activité est stable depuis 2016 ; ainsi en 2018, 13 318 patients étaient pris en charge en ambulatoire (13 803 en 2016, 13 492 en 2014) ; 840 patients étaient pris en charge en hospitalisation à temps partiel (978 en 2016, 814 en 2014), et 1 511 patients étaient hospitalisés à temps complet (1 684 en 2016 et 1 643 en 2014). Le taux d'occupation des unités d'admission était de 98,3 % en 2018. La diminution du nombre de patients pris en charge est imputée par l'établissement au manque de psychiatres, à la fermeture de certains lits et à la prise en charge de patients de plus en plus complexes, générant un allongement des durées de séjour. La patientèle du CHGM est majoritairement en soins sans consentement.

Concernant l'hospitalisation temps plein, la schizophrénie, les troubles schizotypiques et troubles délirants concernent 58,3 % des patients, les troubles de l'humeur représentent 17 % et les troubles de la personnalité et du comportement 8 %. L'établissement prend en charge les patients psychiatriques les plus lourds, souvent désaffiliés du système de soins somatiques, avec des comorbidités somatiques supérieures à la population générale.

L'offre de soin du territoire est majoritairement privée, la psychiatrie privée disposant de trois fois plus de lits d'hospitalisation complète que la psychiatrie publique. Seule une clinique (la clinique Beaupuy) prend en charge des patients en soins à la demande d'un tiers (SDT) ; les autres patients en soins sans consentement sont pris en charge par le CHU et le CHGM. La densité de lits d'hospitalisation complète globale est supérieure à la moyenne nationale, mais celle de lits dans le secteur public est inférieure à la moyenne.

Le projet d'établissement a été instauré sur la période 2014 – 2018. Il prévoit la création d'un nouveau secteur et une mutualisation des moyens au sein des pôles. Il évoque le développement de la pratique avancée en psychiatrie, la promotion des échanges de pratiques. Le projet indique que *« les questions fondamentales à ce jour tournent autour des mises en chambres d'isolement, de leur durée, de leur intérêt. Une réflexion est en place autour de ces problématiques, accompagnée de formation et de la suite à donner à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et à l'audit de la procédure de mise en chambre d'isolement. » « la mise en chambre d'isolement ou la mise sous contention doivent faire l'objet d'une réflexion éthique pluri*

professionnelle et se concrétiser par une conduite à tenir harmonisée au sein de l'établissement » ; « une réflexion éthique et organisationnelle doit s'engager au sein de chaque unité. » ; « la traçabilité de la surveillance des patients en isolement ou nécessitant des contentions doit être exhaustive. » « les alternatives à l'isolement doivent être recherchées. »

Le projet d'établissement prévoit plus globalement la priorisation de l'extra hospitalier, le positionnement des CMP comme pivot sur la filière des urgences, l'engagement au sein des urgences du CHU par la gestion des lits porte « psy », le développement de l'intersectoriel sur des populations spécifiques, la mutualisation des unités d'admission par deux, le développement des prises en charge somatiques, la création d'une unité de recherche. Le développement de dispositif d'aval prévoit également le développement d'appartements supervisés (sous-loués par les équipes de secteur) et le projet expérimental « chez soi d'abord » pour donner un accès immédiat à un logement permanent aux sans-abris. Il reprend des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) concernant l'ouverture de l'UHSA, la création d'équipe mobiles.

Ce projet rappelle que la prise en charge est confrontée à des densités (pour 100 000 habitants) inférieures à la moyennes nationales en CMP, CATTP, HDJ.

L'établissement a mis en place des équipes mobiles comme l'équipe mobile d'intervention et de crise (EMIC) pour la psychiatrie générale et l'unité mobile d'évaluation et de soutien pour les partenaires (UMES) pour la psychiatrie infanto-juvénile. Cette UMES a pour objectif de répondre rapidement aux situations complexes en se déplaçant dans le ressort du territoire de responsabilité du pôle, à la demande des partenaires, pour les aider dans l'évaluation de la difficulté présentée par un jeune. L'équipe de l'UMES intervient dans un établissement médico-social ou de l'éducation nationale à la demande du médecin de l'établissement.

En 2018, ont été ouverts un service « jardin des silos » avec de vingt-deux lits pour patients âgés avec des pathologies psychiatriques, dépendants ou présentant des troubles démentiels, une unité de quatorze lits d'unité d'hébergement renforcé pour patients âgés avec la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement sévères et une unité de quarante-quatre lits pour patients d'unité de soins de longue durée (USLD) gériatrique.

Les patients ont accès à l'accueil familial thérapeutique (AFT), structure intersectorielle d'hospitalisation à temps complet, avec développement de séjours séquentiels d'évaluation pour le patient et pour la famille d'accueil et visites d'infirmiers organisées deux fois par semaine dans les familles d'accueil retenues.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) pour la période 2013-2017, prolongé jusqu'au 31 décembre 2018, sans actualisation au moment du contrôle. Ce contrat aborde peu les problématiques structurelles de l'établissement, dont la sur occupation et les pratiques d'enfermement. Il souligne l'amélioration du parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux en portant une attention particulière aux urgences en lien avec les autres établissements ; il prévoit le redéploiement des moyens dans le cadre de l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée

(MAS) gérée par l'association Maire Louise et devant accueillir des patients du CHGM, et faire progresser la réalité des droits des usagers.

Le contrôle a porté sur onze unités de psychiatrie adulte, l'unité d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile, et l'accueil aux urgences du CHU de Toulouse. L'UHSA a fait l'objet d'une visite et d'un rapport distinct durant la même période.

2.2 LE BUDGET EST INSUFFISANT POUR PERENNISER L'ACCES AUX SOINS DES PATIENTS

Le CHGM a disposé en 2018, d'une **dotation versée par l'assurance maladie de 70 325 616 euros** (contre 69 022 384 en 2017), à laquelle s'ajoutaient 3 184 446 euros de produits de l'activité hospitalière (4 491 982 en 2017) et 5 480 879 euros d'autres produits (titre 3 – 4 469 584 euros en 2017), soit un **total de 78 990 942 euros de produits.**

La dotation versée par l'assurance maladie associait la dotation annuelle de financement (DAF – 69 948 720 euros) et le fonds d'intervention régional, intégrant les soins aux personnes détenues, l'aide aux cas complexes (108 000 euros) et le soutien à la psychiatrie.

Le transfert de la ligne « produits de l'activité hospitalière » pour les soins aux détenus vers les « produits de l'assurance maladie » en 2018 explique les différences de montants entre les années 2018 et 2017. L'augmentation de produit du titre 3 correspond quant à elle aux remboursements liés aux longs séjours.

La DAF en elle-même est ainsi passée en réalité de 68 935 016 euros à 68 799 720 si on enlève les soins aux détenus qui étaient versée sur le titre 2. **L'établissement est ainsi sur une diminution des crédits de fonctionnement octroyés par l'assurance maladie.**

Les dépenses étaient en 2018 de 81 003 883 euros dont 68 865 567 euros de dépenses de personnel, 857 981 euros de titre 2, 6 772 226 euros de titre 3 et 4 508 108 euros de titre 4. Ces dépenses sont en progression de 1 317 090 euros par rapport à 2017, correspondant surtout à la création d'une consultation dédiée aux adultes handicapés psychiques et mentaux (CODA-HP), du centre de réhabilitation psychosociale, et aux recrutements des postes médicaux vacants.

Le budget est ainsi clôturé chaque année avec un déficit structurel de deux millions d'euros, masqué par des dotations aux amortissements importantes à 4 516 692 euros en rapport avec la reconstruction secondaire à l'explosion d'AZF, et des emprunts très faibles (2 280 000 euros) .

La capacité d'autofinancement reste largement positive (1 719 019 euros en 2018) et le fonds de roulement à 19 322 347 euros. Il n'y a pas d'emprunt toxique.

Ainsi, le fonctionnement du CH doit faire face à un déficit structurel budgétaire, même si le fonds de roulement et l'importance des dotations aux amortissements évitent pour quelques années des problèmes de trésorerie. Ce déficit ne permet pas à l'établissement de développer l'accès aux soins qui seraient nécessaires alors même que le projet médical du GHT indique dans l'agglomération toulousaine (qui augmente de presque 20 000 habitants chaque année) **des besoins supplémentaires de prise en charge en ambulatoire ou hospitalisation complète.**

RECOMMANDATION 1

L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins réels afin de pouvoir programmer les adaptations nécessaires de ses prises en charge.

2.3 L'ORGANISATION DES EFFECTIFS NE PERMET PAS UNE PERMANENCE DE LA PRISE EN CHARGE AUPRES DES PATIENTS

2.3.1 Les effectifs

L'effectif global du CHGM est stable avec **1 373 effectifs** temps plein rémunérés (ETPR) en 2018 (1 338 en 2016), dont **80 personnels médicaux** (75 en 2016) et **1 294 personnels non médicaux**.

a) Effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux s'établissent en 2018 à **570 ETPR d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE)** et **141 ETPR d'aide-soignants**. Ils étaient respectivement de 550 et 129 ETP en 2016. Cette variation des effectifs est néanmoins à mettre en perspective avec la création de trente-trois lits d'hospitalisation et la fermeture de dix-neuf lits, soit quatorze lits supplémentaires durant la même période.

L'absentéisme est élevé, à **9,51 % concernant tous les personnels non médicaux**, 9,31 % pour les IDE (8,83 % en 2016) et 11,68 % pour les aides-soignants (10,87 % en 2016). Les raisons de cet absentéisme élevé ne sont pas connues.

L'établissement a recours à des recrutements de courtes durées, des heures supplémentaires ou à l'interim **pour combler les absences mais uniquement si l'effectif de sécurité n'est pas respecté**. Les remplacements de courte durée se font prioritairement entre unités, par redéploiement ou heures supplémentaires récupérées, occasionnant ainsi une désorganisation régulière de toutes les unités. Les dépenses d'intérim se sont élevées à 155 221 euros en 2018 pour les services de psychiatrie dont 38 285 pour le personnel médical. 18 112 heures supplémentaires ont été effectués par les IDE en 2018.

La direction a indiqué aux contrôleurs être actuellement en réflexion sur la création d'un pool de remplacement. L'inscription à l'ordre des infirmiers n'est pas vérifiée lors du recrutement mais d'après les entretiens avec les soignants et sauf exception, les infirmiers ou cadres ne seraient pas inscrits au conseil de l'ordre des infirmiers.

Les contrats à durée déterminée (CDD) représentent 197 ETPR d'IDE en 2018 (219 en 2016), constituant **35 % des postes d'IDE**, sans politique affichée de réduire ce nombre au profit de titularisation dans les années à venir. Le taux de *turn-over* des IDE est de 10,89 % (14,72 % en 2016).

Dans ses observations du 9 mars 2020, le directeur du centre hospitalier indique que les CDD représentent 63,38 ETPR et non 197 en 2018 soit 11% des postes d'IDE.

Le service dans les unités s'organise en trois fois huit heures, réalisées par l'ensemble des soignants car il n'y a pas d'équipe de nuit dédiée. **L'effectif de fonctionnement habituel en unité**

d'admission est de quatre soignants (IDE et AS) par demi-journée en semaine et weekend.
L'effectif compte un IDE de moins dans les unités de suite.

Le respect de l'effectif de sécurité déterminé par l'établissement, de trois soignants par poste (matin ou après-midi) conduit régulièrement à des réaffectations de personnel en dernière minute entre unités.

L'examen des plannings des unités d'hospitalisation complète pour le mois de juin 2019 fait apparaître de fortes disparités d'effectifs présents, à nombres de patients équivalents.

Par exemple à l'unité Prigogine (vingt lits), l'effectif moyen pour l'ensemble du mois de juin 2019 est de 4,2 soignants (IDE et AS) au contact des patients par demi-journée, et un sentiment des soignants de n'être pas assez nombreux pour être présents à la fois sur le secteur fermé et sur le secteur ouvert. Les effectifs varient par ailleurs dans une même unité en fonction des jours. Par exemple, dans l'unité Cervantes, les effectifs par demi-journée auprès des patients ont varié de trois (sept fois) à sept (trois fois), étant majoritairement à quatre (trente et une fois soit 50 %), parfois à cinq soignants (onze fois) ou six soignants (huit fois). La moyenne d'effectif se situe ici à 4,5 soignants par demi-journée.

Pour une moyenne proche de 4,3 ETP par demi-journée, l'unité Maupassant présente un effectif plus lissé dans le temps avec une seule demi-journée à six soignants, vingt-quatre à cinq soignants, vingt-cinq à quatre soignants et dix à trois soignants.

Enfin, une troisième unité, Claudel, parvient à avoir des effectifs stables durant tout le mois de juin avec quarante-cinq demi-journées où sont présents quatre soignants auprès des patients ; deux demi-journées sont couvertes par six soignants, huit demi-journées par cinq soignants et cinq demi-journées par trois soignants ; la moyenne est là aussi de 4,1 ETP par demi-journée.

Cette fluctuation des soignants dans une unité ne permet pas une organisation pérenne des accompagnements et des soins personnalisés, elle peut également renforcer le sentiment d'insécurité et certaines pratiques de fermeture de l'unité, voire d'isolement et de contention.

Les soignants de nuit sont toujours deux par unité et ne correspondent pas à des équipes dédiées : ce sont les soignants de jour qui passent en travail de nuit.

Les effectifs sont harmonisés à 22 ETP de soignants (IDE, AS, cadre) dans les unités d'admission, nuits comprises et 19 ETP dans les unités de suite.

Le temps de transmissions entre équipes, formalisé à dix minutes, a partout été décrit comme insuffisant pour permettre une continuité des soins basée sur une qualité d'information des soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'organisation des soins dans chaque unité doit définir les besoins de prise en charge, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, et prévoir des temps de transmissions permettant aux professionnels d'assurer la permanence des soins.

Dans ses observations du 9 mars 2020, le directeur général du centre hospitalier rappelle les effectifs cibles par demi-journée de soignants, et indique que le pool de remplacement sus-cité sera en place en avril 2020 pour améliorer les réponses à l'absentéisme. Il précise aussi que pour les unités d'admission, la durée de transmission est portée à trente minutes le midi et quinze minutes le soir. Enfin, il ajoute qu'au mois de mai 2020, une équipe de quatre infirmiers titulaires viendra renforcer les unités d'admission pour faciliter l'organisation des soins, garantir les accompagnements extérieurs préalables à la sortie et sanctuariser la participation des infirmiers aux réunions cliniques hebdomadaires.

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

b) Effectifs médicaux

L'effectif médical comprend 81,9 ETP budgétés, dont 73 ETP de psychiatre, 2,5 ETP de médecin généraliste, 4 ETP de pharmacien, 0,6 ETP de chirurgien-dentiste et 0,8 ETP d'addictologue. **Il est actuellement pourvu à hauteur de 72,8 ETPR** dont 50 de praticiens hospitaliers temps plein ; il n'y a pas de médecin à diplôme étranger. 15 ETPR d'internes viennent de la faculté de médecine de Toulouse.

Il y a ainsi 9 ETP de médecins non pourvus (11 %) ; l'établissement ne fait appel qu'à un intérimaire par an. Les postes vacants occasionnent, dans certaines unités, l'absence de médecin durant plusieurs demi-journées par semaine. L'absentéisme du personnel médical s'établit à 6,12 %.

Le temps additionnel effectué par les médecins correspond à 697 demi-journées en 2018 contre 525 en 2016. Seuls deux psychiatres réalisent une activité d'intérêt général, l'un au CHU en santé au travail et l'autre au sein de la protection judiciaire de la jeunesse. **Un temps médical est par ailleurs mis à disposition du CHU dans le cadre des urgences psychiatriques.**

RECOMMANDATION 2

Le temps de présence des médecins doit permettre, dans toutes les unités, un accès du patient à un psychiatre dans un délai satisfaisant et préserver une dynamique d'équipe.

2.3.2 Le tutorat et la formation

Les nouveaux soignants ne disposent pas d'un véritable tutorat, mais uniquement d'un doublage durant quelques jours (unités Artaud, Maupassant, Verlaine, Nerval, Prigogine), voire d'un référent au sein du service (unité Charcot) auquel il est possible de demander conseil. Les nouveaux arrivants n'ont pas le code d'accès du logiciel dans les premiers temps de leur prise de poste.

Une formation « accueil et intégration du nouvel agent » aurait été proposée à certains nouveaux soignants dans les deux mois de prises de poste mais pas à tous selon certaines soignants rencontrés. Le tutorat est cependant inscrit comme à développer dans le projet d'établissement.

Il n'y a pas de formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste de nouveaux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école. Les jeunes diplômés sont invités à effectuer une formation en approfondissement des connaissances parmi le catalogue des formations continues proposées. Seule la formation à la sécurité incendie, aux gestes d'urgence et à l'utilisation du logiciel Cortexte sont obligatoires.

Concernant la formation continue en général, les soignants rencontrés n'ont majoritairement pas exprimé le refus de formation demandée pour des problèmes d'effectif, de coût ou d'organisation des services. Une formation « *violence et agressivité* » serait désormais obligatoire pour les soignants des unités d'admission (Nerval par exemple).

Dans ses observations du 9 mars 2020, le directeur indique « *que les formations spécifiques à la psychiatrie sont fortement recommandées en psychiatrie infanto-juvénile. Dans les autres services, les parcours de professionnalisation des nouveaux agents sont co-construits avec le cadre dans un parcours personnalisé. La priorité du projet professionnel et social consiste à mieux sécuriser ces parcours.* »

Le personnel non médical (PNM) a bénéficié en 2018 de quarante-deux formations sur le droit des patients et vingt-cinq sur l'éthique. Le nombre de jours par agent consacrés à la formation, au développement personnel continu (DPC) et hors DPC a été de 10,69 pour le PNM et 5,25 pour le personnel médical (PM). 64 % des professionnels soumis à l'obligation de DPC ont réalisé le parcours 2017-2019 (484 agents).

Le CHGM a investi 66 143 euros pour son plan de formation 2018 des médecins (le budget était de 85 096 euros). Le budget prévisionnel 2019 s'élève à 70 603 euros. Quatre-vingts médecins ont bénéficié de vingt-quatre formations collectives et 158 formations individuelles, dont dix-sept au titre du DPC, vingt-cinq diplômes et 134 formations et congrès. Parmi les formations diplômantes, on note un diplôme universitaire (DU) d'addictologie, deux diplômes interuniversitaires (DIU) éthique de la santé.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a concerné en 2018 la prévention des risques liés à la contention physique et à l'isolement. Quant aux revues mortalité morbidité (RMM) réalisées en 2018, trois ont concerné une contention à répétition, six une tentative de suicide ou un suicide, cinq des agressions d'agents, deux une agitation extrême du patient, une l'agression d'un patient, quatre des fugues. 331 personnes ont participé en 2018 aux EPP dont les RMM. Quatorze réunions de retour d'expérience (CREX) ont fait suite à des fugues de patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) relatives à cinquante-sept fugues.

2.3.3 La supervision

La supervision est rapportée comme ayant existé autrefois mais elle a été abandonnée par défaut d'appropriation du dispositif par les soignants. Seule l'unité Claudel organise six séances par an mais avec un psychologue du service et non extérieur au service.

RECO PRISE EN COMPTE 2

L'établissement doit proposer aux professionnels des modalités de supervision individuelle et collective, effectuée par un intervenant extérieur.

Dans ses observations du 9 mars 2020, le directeur indique que depuis 2012, les surveillances sont une priorité institutionnelle ; toute équipe qui demande à bénéficier d'une supervision obtient une réponse favorable (six séances annuelles par équipe en général). En 2018, 543 agents ont bénéficié d'une supervision pour quarante-trois unités de soins. Le budget a été de 70 604 euros. Toutes les surveillances sont réalisées par un intervenant extérieur.

2.4 L'HOPITAL EST CONFRONTE A UNE SUR OCCUPATION PERMANENTE AVEC MAJORITAIREMENT DES PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT

2.4.1 La sur occupation

Lors de la visite de septembre 2019, le nombre de lits était de 264, répartis en quatorze unités : sept unités d'admission, quatre unités de suite, une unité pour enfants et adolescents, deux unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces unités hébergeaient 270 patients le 6 septembre 2019. Le taux d'occupation de l'hôpital était ainsi de 102 %.

La sur occupation est particulièrement sensible dans les unités d'admission, chacune dotée de vingt lits : le 6 septembre, leur taux moyen d'occupation était de 106 % et il n'y avait de lits disponibles que dans une seule des sept unités. Quatre d'entre elles abritaient vingt-deux patients. Le taux moyen d'occupation de ces unités était inférieur à 100 % les années précédentes (96 % en 2018 et 98 % en 2017) ; depuis quelques mois il est toujours supérieur à 100 %. La sur occupation est également régulière au pavillon d'accueil des jeunes adultes (PAJA). L'équipe admet parfois quatorze patients pour douze places. Il existe par ailleurs une liste d'attente pour intégrer l'unité.

La solution quasi-exclusive pour absorber l'ensemble de ces patients en surnombre est d'utiliser les chambres d'isolement comme chambres d'hospitalisation. La chambre du patient isolé n'est pas systématiquement conservée et lorsque l'isolement n'est plus nécessaire, le patient reste dans la chambre d'isolement porte ouverte, faute de place, ou est transféré dans une autre unité dotée d'une chambre disponible (cf § 8)

Un exemple de gestion de la sur occupation :

Une unité X hébergeait déjà vingt patients (maximum fixé pour tenir compte de la présence d'un seul psychiatre intérimaire dans l'unité) et les deux chambres d'isolement étaient vacantes. Un patient en soins psychiatriques en péril imminent (SPPI) était en attente aux urgences. Pour accélérer son admission au CHGM, le SPPI a été transformé en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) et son admission en chambre d'isolement à l'unité X a été décidée (alors qu'il relevait de l'unité Y). En contrepartie, un patient de l'unité X a été transféré à l'unité Y, changeant d'équipe soignante. Il reviendra à l'unité X lorsque le patient en chambre d'isolement sera suffisamment stabilisé pour partir à l'unité Y. Il changera de nouveau de cadre de soins.

L'affectation des nouveaux patients et la gestion de la sur occupation sont assurées par le bureau d'information et de régulation (BIR) animé par des cadres de santé 24h/24 (sauf en journée le week-end, où c'est le cadre de permanence qui exerce le rôle de régulation). Les membres de ce bureau connaissent en permanence le nombre de patients en zone ouverte, en zone fermée, en chambre d'isolement dans chaque unité. Ils appellent régulièrement les cadres des unités pour savoir si un lit va se libérer. Lorsqu'un nouveau patient doit être accueilli, mais que l'unité d'admission correspondant à son secteur est saturée, le BIR demande d'abord aux autres unités du pôle si elles peuvent l'héberger. Si les autres unités n'ont plus de places (chambres d'isolement comprises), le patient est admis dans une autre unité de l'hôpital, en évitant néanmoins les admissions directes en unité de suite. Au nom de ce principe de solidarité, les soignants accueillent de plus en plus de patients hors secteur dans leurs unités. Les patients hors secteur sont pris en charge par les psychiatres de l'unité d'accueil. A terme, une majorité des patients concernés rejoint l'unité d'admission du secteur.

Les patients entrants proviennent majoritairement du service des urgences du CHU de Toulouse, confronté à des phénomènes de saturation avec des patients qui attendent une prise en charge, parfois plusieurs jours. Tous les soirs, la direction du CH Gérard Marchant envoie un courriel au CHU afin de faire le point sur la capacité d'accueil de l'hôpital pour la période comprise entre 18h et 8h le lendemain. Depuis plusieurs mois, il s'agit le plus souvent d'un courriel informant qu'aucun patient ne peut être accueilli avant 8h le lendemain.

En outre, chaque semaine, une commission médico-administrative se tient afin de faire le point sur la sur occupation. Elle réunit le directeur, son adjoint en charge des questions de sur occupation, le président de la CME et un second médecin, le cadre de santé du BIR et la directrice des soins ou un cadre supérieur de santé. Chaque cadre d'unité renseigne un tableau recensant les sorties prévisionnelles à venir qui est examiné en séance. L'objectif fixé est d'atteindre quatorze sorties par semaine (soit 10 % des 140 lits des unités d'admission). Lors de la visite, dix sorties étaient envisagées, onze ont été réalisées mais le chiffre restait en deçà des attentes. Pour la semaine à venir, seules cinq sorties étaient envisagées. Lorsque le chiffre est aussi faible, un message est envoyé à l'ensemble des médecins chefs et cadres de pôle afin d'attirer leur attention sur la saturation potentielle de l'hôpital les jours à venir, avec une certaine pression induite sur des sorties prématurées.

Aucune solution à cette sur occupation n'est ce jour envisagée de manière pérenne, le projet de création d'un nouveau secteur de psychiatrie n'étant pas formalisé. Les efforts déployés sur l'offre ambulatoire, que ce soit par le développement des équipes mobiles (de psychogériatrie, du handicap psychique, d'intervention et de crise) ou de l'équipe sanitaire d'appui aux équipes éducatives et lycéens, ou encore par la création de lits en soins de longue durée, n'endiguent pas la sur occupation permanente intra hospitalière. L'offre de soins en ambulatoire reste insuffisante avec des délais de rendez-vous aux CMP de plusieurs mois en amont et entre 50 et 100 patients hospitalisés en attente de place dans le secteur médico-social.

RECOMMANDATION 3

L'organisation des soins de psychiatrie sur le territoire doit permettre la prise en charge intra ou extra hospitalière de tous les patients en soins sans consentement sans dégrader la qualité des soins proposés aux personnes hospitalisées.

2.4.2 Les patients en soins sans consentement (SSC)

Au 6 septembre 2019, 152 patients était en SSC (dont 20 en programme de soins), représentant 56 % des patients en hospitalisation complète. Ce chiffre est supérieur à 80 % dans certaines unités d'admission. En parallèle, 175 patients en SSC étaient en programme de soins ambulatoires à la même date, sans hébergement en unité psychiatrique.

Cette proportion élevée de patients en SSC dans le secteur public s'explique par l'offre de psychiatrie privée pour les patients aux pathologies moins complexes : 342 psychiatres exerçaient en Haute-Garonne en 2011, dont 69 % en cabinet libéral, la plupart dans l'agglomération toulousaine. Sept structures privées en Haute-Garonne totalisent près de 800 lits.

La proportion de patients en SSC augmente légèrement chaque année : 49 % en 2016, 50 % en 2017, 51 % en 2018 (en nombre de journées d'hospitalisation). En 2018, la répartition entre les différents statuts de SSC était la suivante :

- soins à la demande d'un tiers (SDT), en urgence ou non : 49 %
- soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) : 37 %
- soins pour péril imminent (SPI) : 9 %
- personnes jugées pénalement irresponsables : 5 %
- personnes détenues et ordonnances de placement provisoire : 1 %

La répartition entre SDRE et soins sur décision du directeur reste stable depuis trois ans, autour de 40 % pour les premiers et 60 % pour les seconds. En revanche, parmi les soins sur décision du directeur, les différentes catégories évoluent : les SDT ont disparu au profit des SDT en urgence (aucune mesure de SDT classique n'a été mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2019). La part des SPI reste faible même si elle ré-augmente légèrement depuis deux ans (19 % des décisions du directeur pour le premier semestre 2019, contre 17 % en 2018). Enfin, la hausse régulière du nombre de patients déclarés irresponsables pénalement (article L. 122-1 1^{er} alinéa du code pénal) est marquante.

La durée de séjour s'allonge dans les unités psychiatriques. Les soignants sont confrontés à des patients de plus en plus lourds sur le plan clinique. Par ailleurs, selon l'ensemble des écrits consultés et des témoignages recueillis, la multiplication des seconds avis médicaux demandés par le préfet en cas de levée de SDRE et le rejet régulier de demandes de sortie rallongent également les durées de séjour autant qu'elles mettent en difficulté certains projets de soins.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 LA NOTIFICATION DES DROITS EST DIVERSEMMENT APPLIQUEE DANS LES UNITES

3.1.1 La notification des droits du patient

A l'arrivée du patient à l'hôpital, le bureau des entrées transmet le document de notification par télécopie à l'unité où le patient est affecté. L'infirmier qui accueille le patient a la responsabilité de l'informer de sa situation juridique au regard de la décision d'hospitalisation en soins sans consentement, des droits dont il dispose pendant la mesure et des voies de recours qu'il peut exercer. Le patient atteste de la notification de ces informations et de la décision d'hospitalisation en signant le document de notification. Pour le cas où le patient n'est pas en mesure ou refuse de signer, l'infirmier atteste alors qu'il lui a bien communiqué les informations en mentionnant les motifs du refus de signature.

La décision de placement en soins sans consentement est rarement remise au patient lors de son arrivée (uniquement unité Laborit et PAJA) mais est dite conservée dans son dossier, bien que certaines décisions n'ont jamais été retrouvées à l'unité Nerval, par exemple. Il en est de même du document de notification et il faut une demande expresse du patient pour qu'une copie lui soit remise. Lors de la levée d'hospitalisation, elle ne lui est pas non plus remise.

Les décisions du directeur ou arrêtés du préfet ne reprennent cependant pas les termes exacts des certificats médicaux ; ces derniers doivent donc être joints aux documents notifiés ce qui n'est pas fait au moment du contrôle.

Le document de notification est ensuite retourné par l'unité à la direction qui informe le juge des libertés et de la détention (JLD) de cette notification, le cas échéant. A l'unité Nerval comme à Verlaine, les patients indiquent ne pas avoir compris les informations données. De manière générale, il n'est pas procédé à une nouvelle notification de la décision et des droits, lorsque lors de son admission, le patient n'était pas en état, de signer, mais à chaque décision intervenant en cours de placement, une information lui à nouveau donnée.

Les explications verbales qui sont données par l'infirmier nécessitent parfois le recours à des interprètes, sollicités une cinquantaine de fois par mois.

BONNE PRATIQUE 1

L'établissement a recours à des interprètes pour assurer l'explication de leurs droits aux personnes placées en soins sans consentement.

Des formations sont organisées régulièrement par l'hôpital auprès du personnel soignant sur les aspects médico-légaux de la prise en charge du patient en soins sans consentement, avec une forte incitation auprès des nouveaux cadres et des secrétaires. Dans les unités, des cadres de santé encouragent les nouveaux infirmiers à suivre ces formations, notamment lors de l'entretien annuel d'évaluation. Dans certaines unités, aucune formation n'avait encore été suivie sur le droit des patients et les modalités de notification.

3.1.2 De nombreux documents sur la vie au sein de l'hôpital et les conditions d'hospitalisation

Un livret d'accueil est remis à l'arrivée de chaque patient dans la majorité des unités mais pas toute (unités Bonnafé et Nerval par exemple). Dans les unités de suite, cette règle n'est pas toujours observée puisque le patient arrive la plupart du temps d'une unité d'admission. Le rapport annuel 2018 de la commission des usagers souligne qu'un effort doit être fait sur l'accueil et la remise de ce livret puisque les questionnaires de satisfaction révèlent que ce livret n'est remis que dans 63 % des cas. Ce livret d'accueil comporte diverses informations sur l'hôpital, sur les formalités d'admission, sur les frais d'hospitalisation, sur les diverses structures hospitalières. Il comporte aussi un certain nombre d'informations pratiques sur les règles de vie au sein de l'hôpital, sur les droits du patient, sur le droit et les règles d'accès au dossier médical, sur les plaintes, réclamations, organes ou associations auxquels il peut s'adresser pendant son séjour, sur la sortie d'hospitalisation. Ce document d'une trentaine de page est explicite et complet et permet au patient d'avoir bon nombre d'informations utiles.

Le règlement intérieur de l'hôpital est un document volumineux de soixante-quatorze pages. Il est récent, daté de janvier 2019. Son préambule définit les valeurs de l'hôpital public à travers huit grands principes que sont l'égalité, la continuité, l'adaptabilité, l'humanisme, le respect, la qualité, la responsabilité et la coopération. Il contient toutes les règles d'organisation de l'hôpital et s'adresse principalement à l'ensemble des membres du personnel. Même s'il comporte une vingtaine de pages qui concernent les patients, il n'est pratiquement jamais mis à leur disposition. Les patients sont parfois informés de son existence (ce n'est pas le cas aux unités Verlaine, Nerval) et peuvent demander à le consulter. Le personnel médical est chargé d'appliquer ces règles et d'en informer les patients.

Il existe également **des règles de vie par unité**. Certains prévoient de recueillir la signature du patient et d'autres pas. La plupart de ces règlements ont trait aux règles de vie à connaître et à observer sur la circulation, les horaires d'activité, de soins, de repas, de visites, sur l'utilisation du téléphone, sur les règles d'hygiène, sur les objets interdits. Ces règles de vie ne sont pas très différentes d'une unité à l'autre, parfois incomplètes ou obsolètes (unité Maupassant, Verlaine et Nerval). Cependant, des règles particulières et spécifiques concernent les règles de vie en zone fermée et en chambre d'isolement.

Enfin de façon schématique mais explicite, les règles de vie essentielles dans les unités sont rappelées par une petite affichette en couleur, illustrée par des dessins et normalement apposée sur la face intérieure des portes des chambres, mais pas dans toutes les unités.

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT DE PLUS EN PLUS DECLARES

3.2.1 La déclaration d'événement indésirable

Chaque agent a la possibilité et la responsabilité de déclarer un événement indésirable en raison des conséquences dommageables qu'il pourrait avoir pour les personnes ou les biens. Le signalement n'est pas anonyme, l'agent devant indiquer son identifiant et son mot de passe qui traduira son nom et sa fonction. La fiche de déclaration sur intranet précise si un patient est

concerné par l'événement et s'il en est informé. Les faits signalés doivent faire l'objet d'une description et l'agent doit mentionner l'existence ou non d'un risque et proposer une action corrective. Le service qualité qui reçoit la fiche, la traite et lui donne une cotation dans trois appréciations différentes : le niveau de gravité (critique, grave, peu grave, sans conséquence), la fréquence de l'événement (très fréquent, fréquent, occasionnel, rare) et le moyen de protection (aucune maîtrise, maîtrise partielle, maîtrise en grande partie, maîtrise totale).

Le service qualité adresse la fiche de signalement au cadre de l'unité et au cadre supérieur du pôle afin de solliciter ses observations.

Une première analyse est réalisée par le responsable qualité qui apprécie si l'événement doit être traité en interne par l'unité concernée. Lorsque la résolution de l'événement est réalisée, la fiche est clôturée. Lorsque le problème est plus complexe, la fiche est adressée aux personnes concernées pour collecter des renseignements complémentaires. Les événements peuvent concerner la logistique, le droit, le soin, l'hygiène, ou la pharmacie. **Tous les événements signalés sont passés en revue chaque mois par la cellule d'analyse des risques** qui réunit les différents la direction, le président de la CME, le directeur des soins, le psychiatre de la cellule analyse, le médecin du travail, des membres du CHSCT. Quand il apparaît un problème récurrent, un groupe de travail est constitué afin que soit trouvée une solution pérenne. Un bilan annuel est réalisé et porté à la connaissance du comité des usagers. La cellule d'analyse des risques s'est réunie onze fois en 2018. On constate une augmentation importante des déclarations des événements indésirables puisqu'ils étaient de 250 en 2012, 552 en 2017 mais 836 en 2018.

S'il survient un événement grave, l'information en est donnée à l'agence régionale de santé avec une proposition d'action corrective.

L'émetteur de la fiche ainsi que tous les agents de son pôle peuvent suivre le traitement de l'événement sur intranet. La grande majorité des signalements est effectuée par le personnel soignant et encadrant. Les problématiques majeures concernent la régulation et la gestion des patients en unité ; elles sont considérées comme critiques ou graves dans 65 % des cas et fréquentes dans 85 % des cas. Elles évoquent régulièrement un manque de personnel au regard du nombre de patients. Les soignants indiquent n'avoir que peu de retour sur ce qu'ils déclarent en EI.

3.2.2 Les événements violents

Les événements violents concernent toutes les violences et menaces de mort entre le personnel et le patient. L'agent victime effectue une déclaration sur l'intranet sur une fiche d'événement violent de la même manière que pour un événement indésirable. La fiche prévoit la description anonymisée des faits, le lieu et le moment précis de survenance, la déclaration éventuelle d'accident du travail. et les différents cas de préjudices aux personnes, de préjudices aux biens et des causes de la violence. La déclaration pourra être vue par l'ensemble des professionnels du pôle de l'agent. Le signalement est diffusé pour information au médecin du travail, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), aux cadres de l'unité et de pôle, au directeur des soins, au président de la CME, au directeur des ressources humaines et à la sécurité.

Il est également enregistré sur le site internet de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Le médecin du travail propose une rencontre à l'agent victime.

Chaque mois une cellule composée du médecin du travail, du secrétaire du CHSCT, du psychiatre membre de la cellule d'analyse des risques et d'un représentant du service qualité analyse les circonstances de survenue de l'événement. Lorsque l'événement a donné lieu à une déclaration d'accident du travail, celui-ci sera examiné par la cellule des accidents du travail. Dans le cas contraire, la fiche est clôturée après obtention éventuelle d'éléments complémentaires. La fiche peut être transmise à la cellule d'analyse des risques qui se réunit trimestriellement lorsqu'un examen approfondi est jugé nécessaire. Lors de la clôture de la fiche d'événement violent, l'agent déclarant en est informé par email.

C'est le personnel soignant qui est le plus souvent victime des actes violents, menaces ou injures. Le service de santé au travail effectue un bilan annuel présenté au CHSCT et actualise le programme annuel de prévention des risques professionnels au travail. En 2018, il a traité 240 fiches d'événement violents et 58 de ces événements ont donné lieu à déclaration d'accident du travail. Ces événements violents sont en nette hausse puisqu'ils ont augmenté de 84 % en l'espace de cinq ans.

D'après les informations recueillies dans les unités, une plainte est très rarement déposée contre les patients auteurs d'actes de violences. Les faits sont traités le plus souvent par la pédagogie et sont repris par le médecin psychiatre, le cadre de santé et les soignants. Ils ne seraient pas sanctionnés par des privations de droits. Il arrive que ces faits de violences soient en rapport avec des addictions à des produits stupéfiants. Il n'est pas rare que des trafics aient lieu au sein de l'hôpital, des personnes extérieures pénétrant sur le site et même dans les unités.

En cas de suspicion de maltraitance de la part d'un agent, la déclaration effectuée sur la fiche intranet ne sera pas accessible à un autre agent que le déclarant. La fiche sera adressée par le service qualité au directeur pour information et au président du CME pour avis éventuel. Une première analyse réalisée par le service qualité sera traitée en premier lieu en interne. Il pourra saisir l'encadrement médical et le soignant de la personne victime. La cellule d'analyse des risques sera spécialement convoquée et procédera à l'examen des circonstances. Après avis de la direction et du président de la CME, elle décidera d'un éventuel signalement au procureur et de la saisine du comité d'éthique.

Le procès-verbal de la commission médicale d'établissement (CME) du 28 mars 2019 indique la présentation de recommandations de la haute autorité de santé (HAS) : « mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service psy », la présentation des recommandations sur l'isolement et la contention de 2017 et enfin celle du rapport de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). La CME a pris acte des propositions du groupe de travail qui prépare un plan de formation pour cette thématique. Les formations OMEGA et SOCLE CARE ont été présentées et le groupe a choisi de s'inspirer de SOCLE CARE.

3.2.3 Les requêtes et plaintes des patients

L'information sur le droit qu'ont les patients de déposer des plaintes ou réclamations est donnée dans le livret d'accueil et par les affiches qui se trouvent sur les tableaux d'affichages des unités. Les soignants peuvent aider à la rédaction écrite des plaintes et fournir le papier et le crayon. Les plaintes peuvent également être faites par voie téléphonique et émaner d'un proche. Les plaintes écrites des patients hospitalisés sont transmises par le service du courrier à la direction. En 2018, l'hôpital a été saisi de soixante-cinq plaintes et requêtes. La plainte est traitée par le directeur des affaires générales. Celui-ci se rapproche du service concerné et informe le cadre et le chef de pôle. Après avoir obtenu les informations nécessaires, le directeur répond immédiatement ou dans un temps très court. La plainte peut concerner le soin, le médical ou la logistique. Quand la solution est complexe, le plaignant peut être reçu ainsi que sa famille. Il est possible de recourir à un médiateur. Les plaintes sont revues par la commission des usagers. Dans les soixante-cinq plaintes déposées en 2018, trente concernaient la qualité de l'accueil, vingt-neuf la prise en charge et sept les droits des patients. Quatre de ces plaintes ont justifié une procédure de médiation. Une seule a abouti à une médiation médicale et émanait d'un parent sur les conditions de prise en charge de son enfant.

3.2.4 Analyse des plaintes par la commission des usagers

La commission des usagers (CDU) présidée par un représentant des usagers s'est réunie quatre fois en 2018 et a examiné les plaintes et réclamations des patients et de leurs familles.

Elle a traité soixante-huit plaintes ou réclamations en 2017 portant essentiellement sur la prise en charge globale et le déroulement du séjour dont cinq demandes de médiation ; elle a examiné soixante-cinq plaintes en 2018 portant principalement sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge et sur les droits des patients dont quatre ont été instruites au titre de la procédure de médiation (une médiation médicale et une médiation par la directrice ont été mises en œuvre), les autres étant transmises aux services concernés pour retour d'information à la direction générale qui répond aux demandeurs ; il n'y a pas d'accusé de réception des plaintes, la CDU estimant que les délais de réponse sont suffisamment rapides (vingt-deux jours en 2017 et quatorze jours en 2018).

3.2.5 Le comité d'éthique, une instance confidentielle

Le comité d'éthique de l'hôpital, créé en 2012, a établi son règlement intérieur en inscrivant son objet dans une démarche de respect des patients, de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Il est composé de professionnels de santé dont le président de la CME, de six psychiatres, d'un cadre de santé, d'une infirmière, d'un psychologue, d'une assistante sociale, du directeur de l'hôpital, du directeur des soins, d'un représentant des usagers, d'un philosophe ou sociologue, d'un juriste. Le président du comité est désigné par les médecins membres du comité, lesquels comme les autres membres sont désignés, après appel de candidature par le président de la CME.

Le comité n'a qu'un rôle consultatif. Il émet des avis et peut faire des recommandations. Il ne peut être saisi que par son bureau sur les demandes initiées par un ou plusieurs professionnels

de l'établissement. Son règlement prévoyait la réalisation d'un bilan annuel transmis au directeur et aux instances de l'établissement. Il semble qu'un seul bilan ait été établi en janvier 2018 mentionnant le nombre de réunions annuelles au cours des années précédentes et les différents thèmes qui ont été abordés à travers des questions ponctuelles posées par la prise en charge des patients. Il s'est agi des droits des patients en fin de vie, des restrictions de liberté portant sur le droit des patients à des relations sexuelles, sur l'utilisation du téléphone, sur l'utilisation de la contention, sur le refus des patients à la prise d'un traitement. Le compte rendu des réunions du comité, communiqué aux contrôleurs, depuis ce dernier bilan fait apparaître les autres questions abordées : les restrictions de liberté imposées aux mineurs admis en soins libres, la confidentialité des entretiens consignés dans le dossier du patient mineur avec l'un de ses parents séparé de l'autre parent, le droit ou l'absence de droit au suicide d'un patient en grande détresse sociale, le statut des patients hospitalisés pour irresponsabilité pénale et qui voient cette irresponsabilité suspendue en cas de nouvelles poursuites pénales, la possible convocation et audition d'un patient par la police dans le cadre ou non d'une garde à vue.

Malgré l'intérêt des diverses questions traitées par le comité, Il apparaît aux contrôleurs que son rôle est très peu connu du des personnel et il n'émet pas d'avis ni recommandations. Certains soignants paraissent même ignorer son existence. Son règlement ne prévoit pas la possibilité de saisine du comité par des usagers.

RECOMMANDATION 4

Les réflexions du comité d'éthique devraient être partagées avec l'ensemble du personnel soignant par des moyens qu'il lui appartient de définir.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST UNE RESSOURCE PEU UTILISEE

Les patients sont informés qu'ils peuvent désigner une personne de confiance par l'information qui leur en est donnée dans un paragraphe situé en page 25 du livret d'accueil. Un affichage est également réalisé dans certaines unités.

Si l'information n'en est pas donnée et expliquée verbalement et effectivement mise en œuvre par les soignants, ce droit reste lettre morte. La pratique de la désignation dans les différentes unités est ainsi très variable. Dans certaines unités, tous les patients ont désigné une personne de confiance (unité Charcot) mais dans d'autres, un seul l'a fait (unités PAJA et Laborit). Quand elle est désignée, la personne de confiance n'est généralement pas informée de sa désignation, de son rôle et n'est pas amenée à signer le document d'acceptation. Dans pratiquement tous les cas, sa participation à l'assistance du patient reste inexistante sauf lorsque cette personne de confiance est également la seule famille.

RECOMMANDATION 5

Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une uniformisation des pratiques et une mobilisation des soignants pour sa mise en œuvre.

3.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE MAIS IL Y A PEU DE VOTANTS

L'accès au vote est bien organisé par l'hôpital qui a diffusé une note de service explicite dans les différentes unités à l'occasion des dernières élections. Cette note avait pour objet de garantir l'exercice de ce droit aux patients hospitalisés. Elle rappelait l'existence de ce droit garanti à tous les citoyens jouissant de ses droits civils et politiques et comment il pouvait être mis en œuvre à l'égard des personnes hospitalisées en soins sans consentement.

Un affichage a été réalisé dans les unités et les cadres ont été chargés de donner l'information aux patients non privés de ce droit. Le recensement des personnes désirant voter était ensuite transmis à la direction de l'hôpital pour les autorisations de sortie ou le vote par procuration. Malgré cette procédure, il s'avère que peu de patients ont participé aux dernières élections. Dans certaines unités où l'information a pourtant été bien relayée, aucun patient n'a demandé à voter.

3.5 L'ACCES AU CULTE EST RESPECTE

Dans les unités, figure sur les tableaux d'affichage la liste des diverses aumôneries catholique, protestante, musulmane, israélite, bouddhiste, orthodoxe avec les numéros des téléphones portables des aumôniers. Il existait une chapelle pour le culte catholique au sein de l'hôpital mais celle-ci a été détruite lors de l'explosion de l'usine AZF. Cette chapelle n'a pas été reconstruite. Le culte a néanmoins été maintenu le samedi après-midi dans un amphithéâtre situé à proximité de l'unité PAJA. Les aumôniers peuvent visiter leurs fidèles dans les unités mais c'est assez rare. Les contrôleurs ont vu l'aumônier catholique dans une unité et l'aumônier musulman dans une autre.

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST GARANTIE

De nombreux patients hospitalisés font l'objet d'une mesure de protection sous forme de tutelle ou curatelle parfois initiée lors de l'hospitalisation. Cette mise sous protection juridique est discutée avec le patient et avec les familles par l'assistant social dont le rôle à cet égard est primordial. Si l'initiative de la demande de protection n'est pas prise par une personne de la famille, la requête peut être présentée par l'hôpital mais c'est le certificat médical circonstancié, établi par le médecin figurant sur la liste établie au sein du tribunal, qui déterminera la nécessité de la protection.

Les frais d'expertise (162 euros) sont à la charge du patient ; une aide ponctuelle du centre communal d'action sociale (CCAS) prend en charge la moitié de ce coût pour les démunis.

Les mandataires sont les partenaires associatifs habituels (UDAF¹, AT Occitanie), des structures privés, ou des mandataires du CH.

Au sein de l'hôpital intervient une gérance de tutelle qui dispose d'un agrément pour 100 mesures. Elle emploie dans des locaux qui sont situés à l'entrée de l'hôpital une secrétaire et un délégué mandataire. L'accueil de son service est ouvert le mardi et le jeudi de 8h30 à 16h et les autres jours sur rendez-vous.

La gérance de tutelle a l'obligation d'ouvrir un compte pour chaque majeur protégé. Elle remet chaque mois, sur demande de la personne protégée, les sommes qui lui sont nécessaires pour ses besoins au sein de l'hôpital la laissant libre de l'utilisation de ces fonds. Il s'avère que pour certains patients, c'est le cadre de santé qui gère les fonds remis mensuellement afin d'éviter qu'ils ne soient utilisés en une seule fois pour des besoins contraires à l'intérêt du patient notamment pour l'achat de produits stupéfiants. Sur demande du service et pour des besoins particuliers, elle peut remettre, en fonction des ressources de la personne, des sommes exceptionnelles. Elle n'accompagne jamais les patients devant le JLD bien que convoquée, mais est parfois invitée aux réunions de synthèse les concernant, notamment quand il convient de prendre en compte des ressources financières pour la mise en œuvre d'un projet de vie.

Les rapports des services avec les tuteurs sont rapportés fluides mais tuteur dépendant.

Un procès verbal de CME indique toutefois la mise en place souhaitée d'un accès direct du tuteur au dossier du patient, ce qui ne respecte pas le secret médical. Cet accès devra être proscrit s'il est réellement en place.

Dans ses observations du 9 mars 2020, le directeur indique que le CHGM assure par les tuteurs un accès aux informations médicales des personnes sous tutelles, conformément à la loi. Cette position a été confirmée par la CADA dans un avis n°20165439 du 12 janvier 2017.

Les contrôleurs rappellent que le juge peut diviser la mesure de protection entre un tuteur chargé de la protection de la personne et un tuteur chargé de la gestion patrimoniale (article 447 du code civil). L'article L.1111-7 du code de la santé publique (CSP), tel que modifié par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé dispose que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des établissements de santé et que lorsque la personne majeure fait l'objet d'une mesure de protection juridique, la personne en charge de l'exercice de la mesure, lorsqu'elle est habilitée à représenter ou à assister l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 459 du code civil, a accès à ces informations dans les mêmes conditions. Dans la mesure où les dispositions de l'article 459 du code civil concernent les effets de la tutelle à l'égard de la protection de la personne (et non des biens), il apparaît clairement qu'un tuteur chargé uniquement de la gestion de patrimoine du patient ne peut avoir accès aux informations médicales relatives à ce dernier.

¹ UDAF : union départementale des associations familiales ; AT occitanie : association tutélaire Occitanie

La CADA dans son avis n° 20165439 du 12 janvier 2017 a indiqué que le droit d'accès au dossier médical par le tuteur aux biens ne peut être exercé de plein droit et nécessite, soit l'accord de la personne protégée, soit, lorsqu'un tuteur à la personne a été désigné, l'accord de ce dernier qui peut lui confier un mandat exprès en ce sens.

3.7 LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES ET LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION NE SONT PAS ASSUREES

L'article L 1110-4 du code de la santé publique dispose que toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

Par voie de conséquence, le patient a le droit à l'anonymat de son hospitalisation et peut demander à ce que sa présence à l'hôpital ne soit pas divulguée. L'information sur ce droit ne figure pas dans le livret de l'accueil et rares sont les patients qui demandent cet anonymat. Il semble prévu par l'établissement avec, dès lors, l'attribution d'un alias. Cette possibilité est peu connue des professionnels rencontrés dans les unités à l'exception de l'unité Artaud.

RECOMMANDATION 6

Le droit à l'anonymat doit être mentionné dans le livret d'accueil et faire l'objet d'une procédure diffusée aux agents.

Concernant la protection des données personnelles, l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD) a conduit à la mise en place d'une hiérarchie fonctionnelle dédiée à cette fonction : l'officier de protection des données (DPO) est celui du groupement hospitalier de territoire et chaque établissement qui en dépend dispose d'un responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI).

Le RSSI de l'hôpital Marchant a engagé les travaux de recensement des traitements automatisés de données nominatives et commencé la modification des documents d'information des patients.

Le recensement des données nominatives, qui n'est pas achevé, fait apparaître de nombreux traitements « locaux » imaginés par les unités pour satisfaire des besoins propres pourtant souvent identiques. Il s'agit de fichiers sur tableurs, qui en principe ne comportent pas d'informations médicales, mais qui sont destinés à la gestion et au suivi d'activité. Le simple fait que ces fichiers comportent le nom de patients hospitalisés en psychiatrie en fait des fichiers sensibles. Ils sont pour le moment protégés par les dispositions de droit commun de l'établissement, c'est-à-dire le stockage sur des serveurs centralisés protégés et sauvegardés quotidiennement et une gestion des accès fondée sur les attributions des agents.

Il est fortement recommandé que la satisfaction des besoins soit recherchée en premier lieu dans une utilisation exhaustive des extractions statistiques permises par Cortexte, le logiciel de gestion de l'information médicale de l'établissement et, à défaut, dans le développement d'applications en réseau sécurisées.

RECOMMANDATION 7

Le respect de la protection des données personnelles impose de mettre en place toute mesure permettant de limiter le traitement automatisé de données nominatives et de centraliser la gestion de leur sécurité.

La question de l'information des patients à leur arrivée a fait l'objet d'une notice mise à jour à la suite de l'entrée en vigueur du RGPD. Cette notice informe le patient de l'existence des traitements automatisés ou non de données le concernant, des droits d'accès du personnel, de son droit d'accès et d'opposition et des coordonnées du DPO et du RSSI. Les patients rencontrés ne semblaient cependant pas souvent au fait de ces informations.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LES USAGERS SONT PRIS EN COMPTE DE FAÇON SIGNIFICATIVE PAR L'ETABLISSEMENT

4.1.1 La commission des usagers (CDU)

Le règlement intérieur, daté de janvier 2019, mentionne l'existence de la CDU et précise son rôle ; les usagers sont informés par le livret d'accueil de la composition et des modalités de saisine de cette commission. Sa composition est également affichée dans certaines unités (Verlaine et Nerval) afin d'être portée à la connaissance des patients et des familles.

Elle est présidée par un représentant des usagers (association Sesame autisme), le vice-président étant un médecin de l'établissement. Elle est représentée auprès du comité des usagers du groupement hospitalier de territoire (GHT) et participe à ses réunions. Elle s'est réunie quatre fois en 2017 et quatre fois en 2018 au sein du CH Gérard Marchant.

La commission procède à l'analyse des plaintes et réclamations reçues à la direction (cf. § 3.2.4), est informée de la communication des dossiers médicaux et priorise dans son rapport annuel les actions d'amélioration à soumettre à la commission médicale d'établissement (CME) pour inscription au programme d'amélioration de la qualité.

Elle est informée des résultats de l'analyse des questionnaires de satisfaction.

Le rapport de 2017 recommande notamment de poursuivre le travail réalisé sur les documents et modalités de désignation de la personne de confiance, de favoriser l'information de la commission sur le bilan isolement-contention et de sécuriser le circuit de transmission des dossiers médicaux.

Le rapport de 2018 précise les résultats des recommandations faites en 2017 : mise en place d'un maquettage dans Cortexte des documents sur la personne de confiance, bilan sur l'isolement et contention présenté lors de la réunion de la commission du 10 octobre 2018, nouvelle procédure de transmission des dossiers médicaux mise en place par le département de l'information médicale (DIM) fin 2018 ; il définit de nouvelles recommandations pour 2019 : déployer les audits sur les droits des patients dans les unités, améliorer les pratiques concernant les mises en isolement et sur les contentions, proposer des activités pour les patients au sein de l'institution.

Les rapports annuels de la CDU sont transmis et présentés dans les instances de l'établissement : CME, comité technique d'établissement (CTE), commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique (CSIRMT) et conseil de surveillance.

4.1.2 Les associations d'usagers

Plusieurs associations d'usagers sont présentes au sein de l'établissement : l'union nationale des familles et amis de personnes malades mentales et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), sesame autisme et « toutes voiles dehors ».

Des conventions ont été signées entre la direction de l'établissement et les représentants de ces associations aux fins de définir les conditions d'intervention de ces dernières et d'organiser

l'activité des bénévoles auprès des personnes hospitalisées et de leur entourage : mise à disposition d'un local pour rencontrer les usagers sur rendez-vous et transmission des demandes d'intervention, de soutien ou d'aide par le cadre responsable du service au correspondant de l'association.

Les contrôleurs ont pu constater que peu d'informations étaient affichées dans les unités et que les soignants ne connaissaient pas le nom des représentants des usagers ; les assistantes sociales des unités donnent aux patients les informations sur les associations d'usagers.

Les contrôleurs ont rencontré un membre de l'UNAFAM et la responsable déléguée départementale de l'association « toutes voiles dehors » dans la salle mise à disposition des associations par l'établissement à côté des bureaux administratifs.

Les représentants des associations ont indiqué qu'ils avaient de bonnes relations avec la direction, à l'écoute de leurs demandes, et ont souligné qu'ils disposaient d'une grande liberté de parole. Ils ont cependant regretté que quand un patient fait une demande, il est souvent renvoyé d'une instance à une autre, la réponse donnée étant de faire confiance en l'équipe soignante.

4.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction est remis à la sortie du patient, souvent de manière systématique (unité Claudel, par exemple) ; il est rempli avec le soignant en cas de demande ou spontanément (unité Artaud) ; les questionnaires sont transmis à la CDU qui exploite leur contenu dans son rapport d'activité ; les résultats sont envoyés dans chaque pôle et traités lors de la réunion entre le cadre de pôle et les cadres de santé.

En 2017, le taux de retour a été de 29 % des sortants et en 2018 de 37 %.

L'opinion générale pour les deux années est favorable à 93 %. En 2017, six points sont jugés excellents, le taux de satisfaction étant supérieur à 90 % : accès aux locaux, propreté, respect de l'intimité, informations données à la sortie, écoute accordée aux patients par les professionnels ; le taux de satisfaction pour les informations données au patient à son arrivée n'est que de 81,6 % et il est recommandé aux professionnels que soit portée une attention particulière concernant les informations données aux patients lors de leur arrivée.

En 2018, deux points sont jugés excellents : l'accueil du personnel et les informations données à la sortie ; le taux de satisfaction pour les informations données à l'arrivée a progressé : il est passé à 87,4 %, le livret d'accueil ayant été remis dans 62,7 % des cas.

4.2 LE REGISTRE DE LA LOI, RENSEIGNE AVEC RETARD, NE PERMET PAS UN CONTROLE DES MESURES

Le registre de la loi est tenu par trois agents du service administratif chargés des soins sans consentement du centre hospitalier Gérard Marchant y compris l'UHSA ; un des agents affectés à ce service est en arrêt maladie depuis un an ; les adjoints administratifs assurent en outre la gestion des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Le registre comprend les mentions concernant les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et sur décision du chef d'établissement (SDDE).

La première page du folio, qui doit permettre de connaître rapidement différentes informations importantes, ne joue pas son rôle. Seule l'identité du patient et, éventuellement, celle du tiers y sont portées et la date d'admission en cas de placement sur décision du chef d'établissement. Les autres rubriques sont inutilisées : aucun renseignement sur les « informations données au patient » (cartouche 3), sur les mesures de protection intervenues antérieurement à l'admission ou sur celles intervenues postérieurement à l'admission (cartouche 4), ni sur les décisions rendues par le JLD (cartouche 5). Le cartouche 6 relatif à la levée de la mesure est renseigné mais avec beaucoup de retard, les agents indiquant qu'ils portent les mentions sur la sortie des patients « *quand ils le peuvent* ».



Registres de la loi

Sur la deuxième page du folio, sont agrafés les documents jusqu'à la comparution devant les JLD dans les douze jours de l'admission ; ceux postérieurs à cette date sont placés dans une enveloppe agrafée en page 3.

L'ensemble des documents prévus à l'article L.3212-11 du code de la santé publique figurent dans le registre à l'exception de ceux concernant une éventuelle mise sous protection judiciaire soit avant l'admission soit durant l'hospitalisation.

Le registre d'une année donnée ne comprend que les admissions de cette année ; si l'hospitalisation du patient se poursuit l'année suivante, les pièces le concernant sont placées dans une enveloppe rangée dans un placard sans que figure un renvoi dans le registre de l'année d'admission.

La masse des documents ainsi accumulés rend la manipulation des registres très difficile et la consultation des documents compliquée.

Les dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, qui impose **un délai maximum d'enregistrement de vingt-quatre heures, ne sont pas respectées** ; notamment les arrêtés du préfet sont envoyés par fax mais ne sont intégrés dans le registre de la loi que lors de leur arrivée en original, une fois par mois, ce qui ne permet pas un contrôle effectif de la situation des personnes privées de liberté à un moment donné.

Les certificats médicaux ne comportent pas les observations du patient qui a été informé des modalités de sa prise en charge et les décisions du directeur visent les certificats médicaux sans reprendre même sommairement leur contenu (cf. § 3).

RECOMMANDATION 8

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

4.3 LA PREPARATION A LA SORTIE EST TRES INVESTIE PAR LES INTERVENANTS

L'établissement a édité un document le 7 février 2018 qui décrit les étapes de préparation à la sortie d'un patient hospitalisé et recense les actions à réaliser par les soignants avant la sortie dans une fiche de sortie renseignée dans Cortexte ; la sortie est préparée par l'équipe soignante en association avec l'entourage, un soutien étant proposé à la famille : orientation vers un groupe de parole, vers des associations d'usagers ; avant le départ du patient, le soignant vérifie que la fiche de sortie est renseignée et que l'enveloppe remise aux sortants comprend les éléments nécessaires et notamment les ordonnances, résumé des soins infirmiers, bons de transport, programme de soins signé, rendez- vous pris au centre médico-psychologique(CMP).

4.3.1 Les sorties

Les sorties sont fréquentes et, pour les SDRE, le préfet ne s'y oppose pas mais demande que soit organisée une ou plusieurs sorties accompagnées inférieures à 12 heures sans incident avant d'autoriser une sortie non accompagnée ; les rares refus sont motivés soit par le manque d'information soit par l'existence d'un risque ; il a été indiqué aux contrôleurs que « *tout est dans la finesse de la demande* », les choses s'étant améliorées depuis 2017.

Pour les sorties des patients en SDT, les tiers ne sont pas informés sauf si ce sont eux qui accompagnent.

Compte tenu des tensions sur les effectifs, les sorties accompagnées le sont le plus souvent par les familles, parfois par les soignants mais aussi par les membres de l'équipe dédiée d'agents d'accompagnement, composée d'infirmiers et d'aides-soignants, mise en place par l'établissement.

BONNE PRATIQUE 2

L'établissement a mis en place une équipe dédiée pour accompagner les patients dans les sorties de moins de 12 heures.

4.3.2 Les programmes de soins et la préparation à la sortie

Les sorties sont préparées lors des réunions cliniques ou dans des cas particuliers lors des réunions de synthèse auxquelles participent un psychiatre, le cadre de santé, l'infirmier référent, l'assistante sociale et le plupart du temps un infirmier du CMP.

Les liens avec l'ambulatoire sont importants ; les assistantes sociales de l'établissement sont en relation avec celles des CMP et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Elles reçoivent les patients qui le souhaitent et s'assurent du maintien de leurs droits sociaux.

Le manque de structures de prise en charge non hospitalière est souligné par l'ensemble des

soignants qui font état de listes d'attente très importantes tant pour les maisons d'accueil spécialisée (MAS) que pour les foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; pour les retours à domicile, le CMP est avisé en amont de la sortie lors des réunions de pôle et le suivi médical est organisé, les praticiens hospitaliers exerçant tant en extra hospitalier qu'en intra hospitalier.

Au moment de la visite l'établissement accueillait 152 patients en SSC, dont 20 en programme de soins hospitalier. 175 patients étaient en programme de soins ambulatoires sans retour programmé en hospitalisation.

Le contenu des programmes de soins hospitaliers est très variable mais la plupart comporte des temps d'hospitalisation supérieurs à trois jours.

Dans l'unité PAJA, un patient en programme de soins passait une nuit à son domicile et du vendredi soir au dimanche soir mais sortait chaque jour pour aller en cours au lycée ; d'autres programmes de soins prévoient des retours à domicile durant les fins de semaines ce qui évite, pour les SDRE, de demander l'autorisation du préfet pour chaque sortie ; dans l'unité Nerval, il n'y avait pas de programme de soins mais des séjours de rupture étaient organisés : deux mois en foyer puis quatre jours de retour en hospitalisation.

Pour la sortie définitive des SDRE, le préfet demande un second avis dans la moitié des cas, ce qui retarde la sortie mais l'accepte si le deuxième avis est conforme.

RECOMMANDATION 9

Lorsqu'un programme de soins n'est pas majoritairement en ambulatoire, le patient doit bénéficier du contrôle de sa situation par le JLD à l'instar de ce que serait ce contrôle en hospitalisation complète.

4.3.3 Le collège des professionnels de santé

L'établissement a formalisé la mise en place des collèges des professionnels de santé lorsque les dispositions légales imposent qu'il soit réuni. Lors de l'admission du patient, le service administratif des soins sans consentement tient un échéancier indiquant pour chacun les échéances et les dates à respecter notamment quant à la réunion du collège ; il avertit le secrétariat médical de l'unité de la nécessité de réunir le collège.

Le collège des professionnels de santé se réunit la plupart du temps à l'issue de la réunion clinique et le patient n'est pas présent (sauf unité Prigogine).

L'avis du collège est joint au dossier du patient mais n'est pas transcrit dans le registre de la loi.

RECOMMANDATION 10

Le collège des professionnels de santé doit se réunir effectivement et les patients doivent être revus par un médecin qui en est membre.

4.4 L'ETABLISSEMENT ORGANISE L'ACCES AU JUGE MAIS LE CONTROLE DU MAGISTRAT EST LIMITE

Une convention a été signée le 16 juin 2014 entre le préfet du département le président du tribunal de grand instance, la directrice générale de l'ARS, la directrice générale du centre hospitalier Gérard Marchant, le directeur général du CHU de Toulouse et la directrice de la clinique Beauvuy relative à la tenue des audiences de soins sans consentement au sein des établissements d'accueil prévus à l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique.

Elle régit, à compter du 1^{er} septembre 2014, la procédure d'audience devant le juge des libertés et de la détention (JLD) : les jours et heures des audiences (trois par semaine) au sein de l'hôpital Gérard Marchant pour l'ensemble des établissements du ressort du département de Haute-Garonne, l'organisation de la saisine du juge avec le mode de transmission des pièces, et la mise à disposition des locaux et du matériel informatique par le centre hospitalier.

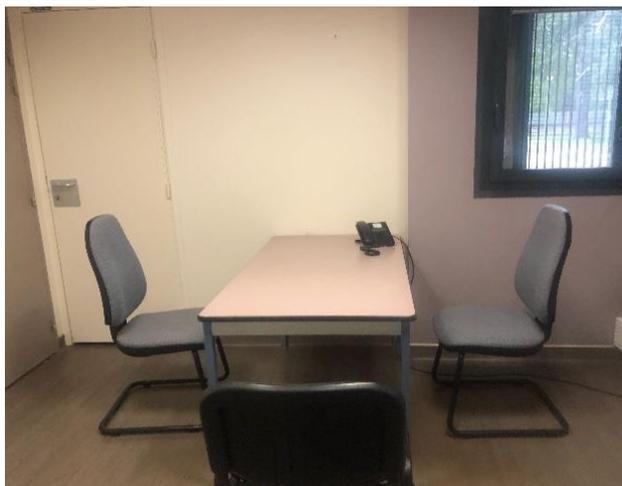
4.4.1 Les locaux et l'organisation de l'audience

Les audiences sont tenues dans une salle de réunion très spacieuse et lumineuse proche de l'entrée de l'établissement et signalée par des panneaux indicateurs ; le juge et le greffier se tiennent derrière une longue et large table sur laquelle se trouvent un ordinateur et une imprimante ; un couloir fait office de salle d'attente avec des chaises en nombre suffisant.

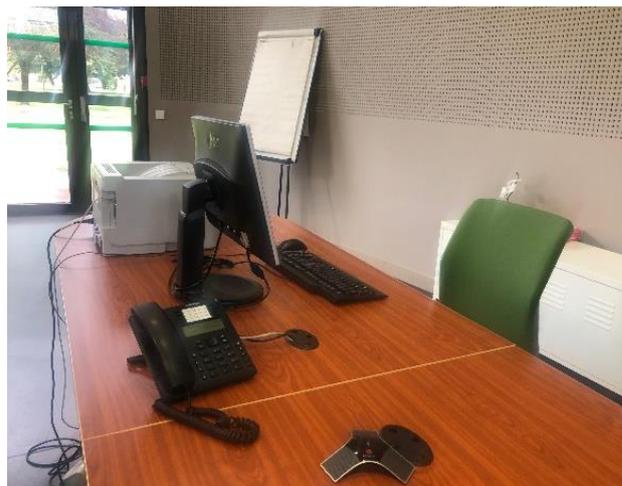
Un local, se situant dans un bâtiment à proximité mais de l'autre côté d'une allée, est mis à la disposition de l'avocat pour s'entretenir avec les patients convoqués en toute confidentialité ; une salle d'attente jouxte cette salle d'entretien.

Les saisines du JLD sont préparées par le service administratif des soins sans consentement qui transmet les convocations aux différentes unités ; les soignants les notifient aux patients en leur donnant les informations sur la possibilité de choisir un avocat ; le greffe du tribunal de grande instance de Toulouse avise les tuteurs et curateurs, qui sont rarement présents, ainsi que les tiers en cas de soins sans consentement à la demande d'un tiers (SDT) ou le préfet en cas de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

En l'absence de choix d'un avocat personnel, le ministère d'avocat est assuré par le barreau de Toulouse qui délègue à chaque audience un avocat inscrit sur une liste de permanence, les honoraires étant pris en charge par l'aide juridictionnelle ; ces auxiliaires de justice n'ont aucune formation particulière et ne sont pas spécialisés (l'avocate rencontrée avant l'audience a précisé qu'elle était venue trois ans auparavant) ; ils peuvent consulter les dossiers qui sont mis à leur disposition à partir de 16h au tribunal, la veille de l'audience.



Salle d'entretien avec l'avocat



Salle d'audience

4.4.2 Le déroulement de l'audience

Les audiences sont tenues par trois magistrats qui se relaient chaque semaine ; les contrôleurs ont pu assister à celles des 11 et 18 septembre.

Une infirmière est détachée par le centre hospitalier Gérard Marchant pour l'organisation de l'audience ; elle ouvre la salle, appelle les unités pour vérifier la venue des patients convoqués et assure l'ordre de passage sur la base du rôle ; les patients de l'UHSA, qui sont amenés dans un véhicule sanitaire léger accompagné d'un fourgon de l'administration pénitentiaire, passent en priorité.

Tous les patients sont convoqués à 9h30 mais arrivent un peu avant pour s'entretenir avec l'avocat qui est présent dès 9h15 ; ils sont accompagnés par leur infirmier référent qui assiste à l'audience sauf s'ils s'y opposent.

Le juge, l'avocat et le greffier sont en tenue civile de même que la personne convoquée même si elle est en chambre d'isolement ; il a cependant été indiqué aux contrôleurs qu'il était arrivé que le comparant soit en pyjama ; cette pratique n'a pas été confirmée par les soignants dans les unités.

Le ministère public n'est jamais présent et le juge ne lit pas ses réquisitions « *car cela énerve les patients* » ; le magistrat explique son rôle qui est de vérifier la régularité de la procédure mais non de se substituer aux médecins ; l'un d'eux précise au patient que pour les problèmes « *techniques* » de régularité de la procédure, il ne s'adresse qu'à l'avocat ; à aucun moment le contenu des certificats médicaux n'est évoqué ; le parole est donné au patient qui s'explique sur les conditions de vie dans l'établissement.

Au cours d'une audience, l'avocat a fait valoir l'irrégularité de la procédure en raison de l'existence d'un seul certificat médical initial émanant de l'établissement d'accueil mais le juge a immédiatement répliqué que ce n'était pas un problème en raison de l'urgence constatée et, après le délibéré, n'a pas procédé à la mainlevée de la mesure.

Le magistrat, sauf exception, rend ses décisions sur le siège et suspend l'audience pour les motiver. Il les notifie au patient ; un des magistrats donne l'information sur la possibilité de faire un recours devant la cour d'appel de Toulouse mais l'autre non ; aucun ne précise que le juge peut être saisi à tout moment.

RECOMMANDATION 11

Lors de l'audience, le patient doit être mis en mesure de s'exprimer sur le fond comme la forme. Les voies de recours doivent lui être rappelées oralement, tout comme la possibilité de saisir le JLD à tout moment.

Selon les renseignements donnés par l'établissement, le juge n'a prononcé aucune levée d'hospitalisation sur 616 dossiers en 2017, et une seule sur 629 dossiers en 2018, en raison de la tardiveté de sa saisine. En 2019, jusqu'au jour du contrôle, quatre mainlevées ont été ordonnées sur 327 dossiers dont trois par la cour d'appel de Toulouse réformant la décision du premier juge : l'une pour défaut de convocation du curateur devant le JLD, l'autre pour établissement du certificat médical initial et des certificats médicaux des 24h et 72h par un même psychiatre et la dernière en raison de la formalisation tardive de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement ayant porté atteinte, compte tenu des circonstances de l'espèce, aux droits du patient. Une quatrième mainlevée a été ordonnée par le JLD en raison des mentions contradictoires des certificats médicaux.

4.5 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL N'EST EFFECTIF QUE PAR LA CDSP

4.5.1 La commission départementale de soins psychiatriques (CDSP)

Le préfet de la région Occitanie, préfet de Haute-Garonne, a renouvelé la composition de la CDSP par arrêté du 30 mars 2018. La présidence est assurée par un psychiatre du CH Gérard Marchant. Elle comprend en outre un autre psychiatre, un magistrat, un médecin généraliste, un représentant de l'union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et un représentant de l'association d'utilisateur de la psychiatrie « toutes voiles dehors ».

Le secrétariat de la CDSP est assuré par l'agence régionale de santé Occitanie.

Les rapports d'activité sont envoyés chaque année au JLD, au préfet, au directeur général de l'ARS, au procureur de la République ainsi qu'au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

La commission s'est réunie cinq fois en 2017 (sur tous les établissements du département), a examiné 123 dossiers de SDDE et 69 dossiers de SDRE et a effectué trois visites dans trois unités du CH Gérard Marchant (Artaud, Verlaine et Cervantes) et aux urgences psychiatriques du CHU de Toulouse, au cours desquelles elle s'est entretenue avec douze patients qui en avaient fait la demande.

Elle s'est réunie cinq fois en 2018, a examiné 147 dossiers de SDDE et 79 dossiers de SDRE et a effectué deux visites, l'une au CH Gérard Marchant (unité PAJA) et l'autre à la clinique Beauvuy,

au cours desquelles elle a rencontré trois patients. Elle a visité une unité du CH Gérard Marchant le 24 mai 2019. A l'issue de chaque visite, elle rédige un compte rendu très détaillé qui est transmis aux établissements concernés.

Les patients sont informés de la venue de la CDSP au moyen d'une plaquette affichée dans les unités, ainsi que verbalement par les soignants.

Dans le rapport d'activité 2017, la commission constate que les SDTU représentent 92,4 % des SDDE et celles de péril imminent seulement 6,2 % ; elle fait état de l'interpellation de psychiatres sur l'attitude du préfet qui s'oppose aux sorties et aux permissions et estime nécessaire d'envisager une demande d'audience à ce sujet ; elle indique qu'elle a examiné trente-sept plaintes de patient ou de leur famille qui ont toutes fait l'objet d'une réponse.

Le rapport d'activité 2018 mentionne l'existence de 89,4 % de SDTU et de 9,2 % de péril imminent ; la commission a examiné vingt-sept plaintes de patients ou de leur proches ; il n'est pas évoqué une éventuelle démarche auprès du préfet dont la nécessité avait été abordée antérieurement.

4.5.2 La visite des autorités

Le procureur de la République visite une fois par an l'établissement et vise à cette occasion le registre de la loi ; le JLD se rend régulièrement dans l'établissement pour tenir ses audiences mais ne visite pas les services.

Le représentant de l'Etat et le maire n'exercent pas la mission de contrôle qui leur est dévolue par l'article L.3222-4 du code de la santé publique prévoyant que ces autorités doivent visiter au moins une fois par an les établissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, recevoir les réclamations des personnes qui y sont admises et signer le registre de l'établissement.

RECOMMANDATION 12

Conformément à l'article L.3222-4 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département et le maire de la commune doivent visiter l'établissement au moins une fois par an.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA SECURISATION DU SITE EST DIFFICILE A ASSURER

Le domaine hospitalier est clos par des murs ou des grillages et une entrée principale, ouverte à tous, située sur l'avenue d'Espagne. D'autres accès, secondaires, sont fermés par des portails pouvant être ouverts, à la demande, par le service dans lequel le demandeur se rend.

Un service de sécurité, regroupant treize agents, est présent dans le site mais affecté à la sécurité incendie ; ces agents se distinguent par le port d'un pull-over rouge frappé de l'inscription « sécurité incendie ». Cependant, ils assument aussi quelques tâches de sûreté : ils contrôlent les entrées par l'accès principal et viennent en renfort lors du déclenchement d'une alarme dans une unité, en restant alors en retrait de l'intervention des soignants, en assurant une présence dissuasive et en n'allant pas au contact avec les patients.

En permanence, de jour et de nuit, deux agents sont en service : l'un reste au PC sécurité, situé à l'entrée, et l'autre effectue des rondes, des interventions ou des pilotages (pour que les ambulanciers accèdent plus facilement aux unités, par exemple).

Le contrôle effectué à l'entrée principale est toutefois minimal. Les personnes travaillant sur le site peuvent ouvrir la barrière à l'aide de leur badge professionnel et les autres doivent demander l'accès en sollicitant le service de sécurité *via* un visiophone. L'agent en poste, qui a une vue directe sur cet endroit, peut ainsi dialoguer pour connaître les motifs de l'entrée mais rien ne lui permet de vérifier les dires des demandeurs ; il suffit que la personne indique qu'elle vient rendre visite à un patient. De plus, dès que la barrière est ouverte, les conducteurs des voitures qui suivent en profitent pour s'engouffrer facilement, échappant alors à tout contrôle. Les entrées dans le site sont donc faciles car l'hôpital reste un lieu ouvert.

Par ailleurs, le centre hospitalier est équipé de trois caméras de vidéosurveillance : une donne des images de la barrière d'entrée, une autre du parking P1 (situé à l'entrée) et une dernière de l'entrée du bâtiment de la direction. Ces images, reportées au PC, ne sont pas enregistrées.

La direction du centre hospitalier envisage de refondre le dispositif de sûreté lorsque la cession des bâtiments anciens sera réalisée. Une réorganisation des entrées pourrait alors être décidée et quelques caméras de vidéosurveillance supplémentaires pourraient être mises en place.

Lors de la visite, nombre de soignants se sont plaints du trafic de stupéfiants qui se développe dans l'établissement. Des dealers viennent vendre des produits dans l'enceinte de l'hôpital, dans le parc mais aussi, parfois, comme cela a été signalé aux contrôleurs, jusque dans les chambres des patients.

RECOMMANDATION 13

Une réflexion doit être conduite, au sein de l'établissement, sous l'égide du comité d'éthique, sur les moyens de protéger les patients dans leurs relations avec les produits stupéfiants.

Au retour de leurs sorties, des patients peuvent aussi facilement introduire des produits illicites dans l'unité. Les soignants ont indiqué être démunis face à cette situation. Il a toutefois été

précisé que des fouilles des armoires des patients pouvaient être décidées : dans certaines unités, celles-ci étaient peu fréquentes, n'intervenaient qu'en cas de soupçons et n'étaient effectuées qu'avec l'accord du patient ; dans d'autres, la pratique était moins limitée.

Le règlementation interne à l'hôpital le permet, sous couvert d'un inventaire :

- dans un paragraphe relatif au comportement des patients, des visiteurs et du personnel, le règlement intérieur indique page 42 : « *La chambre d'hôpital est considérée comme un endroit privatif dans lequel on n'accède qu'avec le consentement du patient. Ce principe ne fait pas obstacle à ce qu'un contrôle de la chambre puisse être effectué pour les nécessités du service et lorsqu'un danger est encouru par le patient. L'accord du patient est recommandé* » ;
- des notes prévoient que « *chaque unité de soins organise des inventaires des effets personnels des patients dans leur chambre, dans le respect de sa dignité, avec son accord et en sa présence* »².

Les soignants ont ajouté que, pour éviter de stigmatiser le patient visé par le soupçon, les armoires de toutes les chambres étaient alors fouillées. Dans certaines unités, il a été précisé que ces fouilles étaient effectuées par un cadre de santé et un infirmier d'une autre unité pour éviter tout conflit ultérieur.

RECOMMANDATION 14

La fouille de l'armoire d'un patient, qui ne repose sur aucune base légale, est à proscrire sauf lorsque, dans des cas peu nombreux, un risque grave et imminent met en jeu le pronostic vital de la personne concernée. La chambre du patient doit rester un lieu privatif, comme l'indique le règlement intérieur de l'hôpital, et, à ce titre, doit être protégée sauf nécessité absolue.

Dans les unités, les soignants disposent de DATI (dispositif d'alarme pour travailleur isolé) avec deux niveaux d'alarme : l'appui sur un bouton rouge déclenche l'intervention des soignants de la seule unité ; l'arrachage du cordon entraîne celle des agents de l'unité et des unités les plus proches ainsi que celle d'un agent de sécurité. Lorsque le système fonctionne bien, les renforts arrivent en nombre et très rapidement. Cependant, de nombreux soignants se sont plaints du manque de fiabilité de ces appareils pourtant censés garantir leur sécurité ; certains ont même estimé que des dysfonctionnements intervenaient dans 25 % des cas. Selon les informations recueillies auprès de la direction, le renouvellement de la flotte des DATI par des appareils plus performants est envisagé.

² Note de service 2018 - note-032 et note ADD-PRO-001 (version en date du 8 novembre 2018) relative à la conduite à tenir vis-à-vis des substances psychoactives.

RECOMMANDATION 15

Le remplacement des dispositifs d'alarme pour travailleur isolé (DATI) par des appareils plus fiables doit être programmé à bref délai pour assurer la sécurité des soignants.

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT TRES LIMITEES ET DECIDEES AU CAS PAR CAS, SAUF EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

5.2.1 L'accès aux chambres et aux espaces communs

Le libre accès aux chambres et aux espaces communs est la règle générale et les patients qui n'en bénéficient pas sont peu nombreux. Dans une unité, les chambres de la zone dite fermable ne sont même jamais fermées, par principe.

Hormis les patients en chambre d'isolement et en chambre fermée, les autres ont la liberté d'aller et de venir. La porte de l'unité reste ouverte dans la journée (8h30 à 19h), permettant de sortir dans le parc ou de se rendre à la cafétéria. Le jardin thérapeutique est librement accessible jusqu'à 22h30/23h (sauf durant les heures de repas) et le poste de télévision fonctionne jusqu'à la même heure.

Les patients ont accès à leur chambre à tout moment de la journée mais ils ont interdiction d'aller dans celle des autres. Il leur est aussi demandé de sortir de leur chambre lorsque les agents des services hospitaliers (ASH) y font le ménage. Les personnes qui le souhaitent peuvent fermer leur porte de l'intérieur, à l'aide d'un verrou de confort, mais ne le peuvent pas de l'extérieur, lorsqu'ils en sortent. Les placards sont munis d'une serrure dont ils conservent la clé ; la perte des clés (ce qui arrive de temps et temps) ne constitue pas un frein à cette mesure.

Les patients placés en zone fermée ont accès à un espace plus restreint. Ils y disposent d'une salle de télévision et, sous la surveillance d'un soignant, peuvent aller dans un jardin.

Lors de la visite à l'unité Prigogine, une jeune patiente, qui ne pouvait sortir de l'unité qu'en étant accompagnée, s'est plainte de ne pas pouvoir aller à la cafétéria faute de soignants disponibles. Ce matin-là, les audiences du JLD monopolisaient des soignants pour y conduire ceux qui étaient convoqués mais ensuite, un agent, libéré de cette tâche, a pu se rendre avec elle à la cafétéria.

RECOMMANDATION 16

Toutes les chambres doivent disposer d'un système de fermeture de la porte empêchant les intrusions.

5.2.2 Le port de pyjama

Le pyjama est systématiquement porté en cas de mise en chambre d'isolement, comme le prévoit le règlement intérieur de l'hôpital³.

En dehors de ce cas, le port du pyjama est rare mais la pratique varie selon les unités. Durant la visite, les patients ainsi vêtus étaient généralement peu nombreux : aucun dans plusieurs unités (Prigogine, PAJA, etc.) ; un ou deux dans quelques autres, sur prescription médicale (Bonnafé, Maupassant, etc.). En revanche, le port du pyjama paraît plus fréquent dans les unités Verlaine et Nerval, comme l'indiquent les informations recueillies et les observations des contrôleurs (lors de la visite, trois patients à Verlaine et cinq à Nerval), parfois même à titre de sanction en réponse à un faute de discipline (comme la possession de produits stupéfiants). De plus, dans ces deux dernières unités, les patients doivent alors porter des chaussons en feutre léger, y compris pour sortir dans le jardin ; cette situation n'est pas adaptée en particulier par mauvais temps.

RECOMMANDATION 17

Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction ni être systématiquement imposé durant le placement en chambre d'isolement, mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques. Si le patient doit sortir en pyjama, il doit être chaussé de manière adaptée.

Toutefois, les patients qui le souhaitent peuvent porter leur pyjama personnel et non celui de l'hôpital.

5.2.3 L'accès au tabac

L'accès au tabac est libre pour les patients qui ne sont pas placés en isolement, en chambre fermée ou en secteur fermé.

En chambre d'isolement, les patients ne sont autorisés à garder ni leurs allumettes ni leurs briquets et la gestion des cigarettes est assurée par l'équipe soignante. Il en est de même pour les personnes placées en chambre fermée.

Pour les autres, la seule restriction est l'interdiction de fumer à l'intérieur des locaux. Dans quelques rares cas particuliers, pour ceux ne maîtrisant pas leur consommation ou susceptibles

³ Règlement intérieur – page 48 « Règles particulières aux chambres d'isolement » : « Le patient n'est pas autorisé à conserver ses vêtements, ses chaussures et ses bijoux : un pyjama ou chemise de nuit lui est proposé dans cet espace de soin intensif ».

de se faire racketter, les soignants contrôlent l'accès aux cigarettes. Les patients sortant dans le jardin pour fumer et des soignants ont regretté l'absence d'allume-cigarettes électriques.

Des substituts nicotiques sont proposés. Le ravitaillement en tabac est assuré par les familles ou par les patients lors de leurs sorties. Pour les personnes sous protection judiciaire, les mandataires organisent le ravitaillement *via* des sociétés.

5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES

5.3.1 L'informatique

Aucune interdiction générale sur le matériel informatique n'étant édictée, certains patients possèdent des terminaux fixes ou mobiles permettant l'accès à internet par le réseau 4G qui fonctionne dans l'enceinte de l'hôpital.

Les patients ont par ailleurs accès, à la cafétéria, à un ordinateur non connecté qui donne des informations internes sur le centre hospitalier. Il est prévu de fournir, dès le mois d'octobre un service wifi gratuit, mais uniquement à la cafétéria, afin que les patients puissent se connecter avec leurs propres terminaux.

RECOMMANDATION 18

Le déploiement de la wifi ne doit pas concerner uniquement la cafétéria mais aussi les unités d'hospitalisation.

Dans les unités, le principe selon lequel la liberté est la règle est appliqué, de sorte que les exceptions à ce principe sont limitées et motivées par l'état clinique des patients. Ainsi on peut conserver sous clé l'ordinateur d'un patient dépendant des jeux électroniques ou retirer ponctuellement le téléphone d'un patient qui l'utiliserait pour harceler son entourage pendant une période de crise. Néanmoins, le nombre des patients qui possèdent un équipement informatique autre qu'un smartphone est très limité ; un à deux par unité.

Il n'existe pas de point d'accès informatique dans les unités mais les patients peuvent être autorisés à consulter leurs courriels sur une ordinateur du service, cependant sous la surveillance d'un soignant.

5.3.2 Le téléphone

L'hôpital ne dispose plus de *point-phone* ; seule une unité a conservé un poste à accès public.

Dans les zones ouvertes des unités, les patients sont en principe autorisés à conserver leur téléphone ; aucune restriction particulière n'est liée au fait que ceux-ci possèdent un appareil photo. On informe les patients qu'ils ne peuvent pas publier de photos et cela n'a jamais suscité de plainte de tiers dont la photo aurait été diffusée à leur insu. Pour les patients qui ne possèdent pas de téléphone portable, l'accès aux appareils du service est possible. Les interdictions, peu nombreuses, sont gérées au cas par cas sur décision du médecin. Seuls les jeunes adultes au PAJA font l'objet d'une interdiction à caractère systématique : les téléphones portables sont retirés à 20h chaque jour.

Dans les zones fermées, en revanche, l'exception est le principe, parfois les téléphones portables sont laissés aux patients mais leur carte SIM est retirée, le plus souvent, les portables sont retirés et éventuellement restitués sur demande pour de courtes périodes.

5.3.3 Le courrier

Le courrier des patients ne fait l'objet d'aucune restriction et d'aucun contrôle. Papier, stylo et enveloppes sont remis aux patients sur demande.

Jusqu'à une date récente, l'hôpital assurait son affranchissement, mais ce n'est plus le cas. Il semble toutefois que, dans certaines unités, on persiste à assurer l'acheminement gratuit du courrier adressé au juge et aux autorités, parfois en intégrant ce courrier à celui du service, parfois en remettant gratuitement des timbres aux patients qui en font la demande. Cette pratique gagnerait à être harmonisée dans le sens le plus favorable aux patients.

5.3.4 Les visites

Le nombre des patients qui ne sont pas autorisés à recevoir des visites est faible dans les unités d'admission. Il n'y en a pas dans les unités de suite. Des restrictions partielles, par exemple sur la durée, peuvent être édictées pour les patients placés en isolement.

Dans l'ensemble de l'hôpital, les visites sont en principes autorisées de 13 à 19h, et interdites aux enfants. Les conditions d'application de ces deux règles sont cependant très variables selon les unités.

Les horaires de visite sont toujours gérés avec souplesse dès lors que les visites, organisées avec les soignants, ne perturbent pas les activités. Cette souplesse bénéficie notamment aux familles qui viennent de loin ou ont des contraintes professionnelles.

L'accueil des enfants est géré de manière plus variable selon les unités : ici on fait preuve d'une certaine tolérance dès lors que cela a été discuté auparavant avec un médecin qui se détermine en fonction de l'état du patient, là les visites des enfants sont possibles mais doivent se dérouler dans le parc, ailleurs, en dépit du règlement intérieur, le principe d'une autorisation de visite des enfants est appliqué, sauf exception fondée sur une décision médicale.

La plupart des unités sont équipées d'un salon permettant l'accueil des familles. Seules deux unités acceptent les visites dans les chambres des patients, mais certaines unités dépourvues de salon de visite ne le font pas, de sorte que les visites se déroulent dehors ou dans les couloirs. La cafétéria dispose d'un vaste espace où des visites sont possibles. Dans certaines unités, des visites médiatisées peuvent aussi être organisées si besoin.

5.4 LA SEXUALITE N'EST PAS ABORDEE AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

La liberté sexuelle des patients ne fait l'objet ni d'une interdiction systématique, ni d'un traitement homogène. La disposition la plus complète que l'on trouve dans le règlement intérieur d'une unité est la suivante : « *Les relations sexuelles : mise en garde : à des moments de leur maladie certains patients ne sont pas en mesure de faire des choix éclairés de leur partenaire sexuel. C'est la raison pour laquelle il est demandé à chacun d'être vigilant dans ce domaine et de*

respecter l'intégralité (sic) des personnes vulnérables. Des préservatifs sont disponibles à la salle de soins. »

D'autres unités ont édicté des règles comparables, mais non écrites. En ce cas, l'attitude des soignants est dictée par la bienveillance, notamment dans les unités de suite où l'on considère que les règles de comportement doivent être celles d'un lieu de vie.

Les soignants ont conscience des risques qui pèsent sur les patients en raison de la sexualité et mentionnent des efforts de protection *a minima*. Ainsi, le risque d'une négociation de faveurs sexuelles en contrepartie de stupéfiants est mentionné sans être l'objet d'une prévention claire. La mise à disposition de préservatifs est possible, mais semble être la seule véritable action de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Dans une unité, le chef de pôle a demandé de ne pas laisser les patients ensemble sans surveillance, notamment en raison de la mixité à la suite de difficultés relatives à des comportements sexuels entre patients.

La question de la contraception est renvoyée au médecin généraliste qui oriente la patiente vers le gynécologue. Celui-ci propose le plus souvent l'implants contraceptifs. Des cas de recours à l'IVG en raison de défauts de contraception ont existé. Cette question est ainsi peu prise en compte par les soignants. Les activités proposées au PAJA ne prévoient pas d'éducation à la sexualité.

La réflexion collective sur la sexualité est inégalement développée. Dans plusieurs unités, il n'y en a pas. Dans certaines, on parle de réflexion collective sans que celle-ci semble très formalisée. Le plus souvent les échanges ont lieu au sein de l'équipe « *lorsque des situations sont repérées* », c'est-à-dire à chaud, sans vision globale et sans visée préventive. En ce cas, « *un entretien a lieu avec les patients* ».

Peu de temps avant la visite, le comportement sexuel d'un patient avait mis des soignants en difficulté. Le chef de pôle a organisé une réunion de réflexion avec des experts du centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) afin de déterminer, pour l'avenir, une ligne de conduite face à des comportements de cette nature.

RECOMMANDATION 19

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX ONT ETE EN TOTALITE RENOVES OU RECONSTRUITS APRES L'EXPLOSION DE L'USINE AZF EN 2001

Le centre hospitalier spécialisé est implanté depuis 1848 en périphérie de Toulouse sur une emprise entièrement clôturée de 42 hectares. Il comprend des locaux construits par les patients entre 1848 et 1858, et a connu une seconde vague de construction dans les années 1960 et 1970. Les bâtiments anciens sont classés monument historique.

En 2001 l'explosion de l'usine AZF, située à quelques centaines de mètres de l'hôpital, a entièrement détruit ces installations ; les patients ont dû être évacués dans des hôpitaux de la région et n'ont pu revenir qu'après une remise en état complète du site qui a fait l'objet d'un programme architectural global, conforme aux pratiques du moment et qui a intégré la réhabilitation de certaines unités et la construction d'autres, toutes avec les mêmes standards.

Cet événement a permis à l'hôpital de reconsidérer l'ensemble de ses locaux d'hospitalisation et d'accélérer le développement des structures extra hospitalières. Dans ce contexte, l'établissement n'a pas rencontré de difficulté pour financer ses projets et concrétiser des évolutions qui, à défaut auraient pris plus de temps.

6.1.1 Les sept unités d'admission

Ces sept unités obéissent à un cahier des charges commun. Elles sont construites en rez-de-chaussée et comportent vingt chambres individuelles avec sanitaires privés ; **quinze de ces chambres constituent un ensemble ouvert et les cinq autres un ensemble « fermable »**. Il est possible de s'enfermer dans sa chambre, mais pas de la fermer quand on la quitte, ce qui est un facteur d'insécurité pour les patients (cf. § 5.2.1).



Chambre d'une unité



Patio d'une unité

La partie ouverte de l'unité dispose d'une salle à manger, de deux salles de télévision, d'une salle d'activité, d'une cour de promenade et d'un salon pour les visiteurs, d'une salle de bains avec baignoire ainsi que de locaux de services divers ; elle abrite également la salle de soins unique de l'unité. La partie fermable de l'unité dispose de cinq chambres à double entrée qui peuvent être

ouvertes soit vers la partie ouverte, soit vers un secteur fermé qui comprend les deux chambres d'isolement, un bureau, une salle d'activités, une salle à manger et une cour de promenade.

Ces unités, de construction récente sont en bon état général, même si l'on peut observer ici ou là que la rapidité de la construction a pu se faire au détriment de sa qualité, avec quelques signes de vieillissement prématuré comme des peintures légèrement écaillées et surtout des salles de bains qui nécessitent une rénovation. Chaque année, un budget est consacré à la rénovation de celles-ci : 8 800 € en 2017, 33 500 € en 2018 et 12 100 € en 2019.

La conception des ensembles fermables est une originalité de l'établissement retrouvée dans quelques hôpitaux. Elle date de la rénovation qui a suivi l'explosion. Il s'agit de chambres qui, en fonction de l'état du patient qu'elles accueillent, peuvent être ouvertes soit vers la partie ouverte de l'unité, soit vers sa partie fermée. La nécessité d'aménager un couloir de chaque côté interdit que ces chambres soient équipées de fenêtres donnant sur l'extérieur : elles n'ont donc que des ouvertures de second jour donnant sur le couloir qui les relie à la partie ouverte de l'unité. Deux conséquences fâcheuses en découlent :

- la nécessité de protéger l'intimité du patient de la vue depuis ce couloir a conduit à l'installation de films de protection ressemblant à un miroir sans tain sur les fenêtres. Dès lors l'intimité du patient n'est protégée que si la lumière intérieure de la chambre est éteinte et, en ce cas, l'effet obscurcissant du film est tel que le patient doit vivre dans la pénombre ;
- l'absence d'aération naturelle, doublée d'une insuffisance manifeste de la ventilation mécanique contrôlée, entraîne la rémanence de mauvaises odeurs ainsi que la détérioration prématurée des salles de bains, plus encore que dans les autres locaux. Cette faiblesse a été prise en compte par l'établissement qui, à la date de la visite, lançait un plan de travaux destinés à améliorer cette ventilation ; il était prévu de traiter l'ensemble de la question en une dizaine de mois.

RECOMMANDATION 20

La conception d'espaces fermables dans les unités ne doit pas négliger l'obligation que toute chambre dispose d'une fenêtre donnant sur la lumière et la ventilation naturelle.

6.1.2 Les quatre unités de suite

A la date de la visite l'établissement comptait quatre unités de suite : deux de vingt lits, une de seize lits et une de dix-huit lits.

Deux de ces unités, Charcot et Laborit, sont plus vétustes que les autres, car, bien que refaites en 2001, elles se sont rapidement dégradées. La rénovation a en effet été faite *a minima* et dans l'urgence sur un programme moins ambitieux que celui qui a concerné les unités d'admission.

Toutes les chambres n'ont pas de salle d'eau et les blocs sanitaires se sont rapidement dégradés. Ces unités doivent fermer pour être remplacées par une unité de vingt-deux lits complétée par l'ajout de deux lits à chacune des unités Bonnafé et Maupassant afin que chacune puisse

accueillir deux patients qui ont des difficultés à vivre en groupe dans ces chambres qui disposeront d'un espace de vie commun distincts des autres espaces collectifs de l'unité.

6.1.3 Le pôle admission des jeunes adultes (PAJA)

Il a été refait postérieurement à l'explosion de 2001 et installé dans un bâtiment ancien qui a été en pratique totalement reconstruit car il s'agissait de l'ancienne pharmacie de l'hôpital. Il s'agissait d'un projet distinct de celui de reconstruction des unités d'admission.

Il dispose de douze chambres mais n'a pas d'espace fermé. Il possède en revanche deux chambres d'isolement reliées par un espace de vie destiné aux patients qui les occupent. Un jardinet est également dédié aux chambres d'isolement.

6.1.4 Les installations communes

Les activités thérapeutiques sont concentrées dans un bâtiment également refait au milieu des années 2000 ; il abrite la cafétéria des patients et familles, la bibliothèque des patients, des ateliers adaptés aux activités (esthétique, ergothérapie, bois, peinture et vidéo), un gymnase et une salle de musculation et des salles de relaxation et de musicothérapie.

Ce bâtiment accueille des patients pour des activités prescrites.

L'établissement dispose d'installations extérieures : un terrain de football, deux courts de tennis et deux potagers dont un est animé par une association.

L'ensemble du parc est accessible aux patients à l'exception des parties construites.

6.1.5 Les projets

L'avenir de l'établissement reste suspendu à de nombreuses incertitudes : des bâtiments anciens et classés ne sont plus utilisés et devraient être vendus, ce qui aurait des conséquences sur les accès à l'établissement ; un nouveau projet de transports urbains pourrait également conduire à revoir ces modalités d'accès. Enfin, l'ancienne église de l'établissement, classée monument historique fait l'objet d'un appel de fonds, pour le moment peu fructueux, au titre de la fondation du patrimoine, en vue d'une réhabilitation destinée à une activité culturelle.

Dans ce contexte, à la date de la visite, à l'exception de la restructuration des unités de suite, les projets étaient peu nombreux :

- la création à court terme d'un centre de ressources en réhabilitation psychosociale : une dizaine de bureaux dans un bâtiment nouvellement construit ;
- le projet encore mal défini de regrouper sur le site deux services installés ailleurs : l'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA) et l'hôpital de jour pour adolescents ;
- des projets extra hospitaliers qui devraient voir le jour à partir de 2020.

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE DEMEURENT GLOBALEMENT SATISFAISANTES

Dans les unités d'admission, les patients disposent de sanitaires dans les chambres. En revanche, dans les unités de suite Charcot et Laborit, la plupart des chambres en sont dépourvues ou disposent seulement de WC pour quelques-unes. En pareil cas, des blocs sanitaires communs sont utilisés ; leur équipement est assez complet mais leur état est variable, certains étant quasi neufs, d'autres étant vétustes et mal aérés. En outre, dans toutes les unités, une salle de bains au moins est accessible aux patients pour des bains thérapeutiques ou simplement relaxants.

Les locaux de l'ensemble de l'hôpital sont propres. Les agents des services hospitaliers effectuent un travail que les cadres jugent de qualité. Toutes les chambres sont nettoyées chaque jour. Les draps sont changés une fois par semaine dans tous les pavillons. Pour le linge de toilette, c'est variable : tous les jours dans certaines unités (Claudel, Cervantès), toutes les semaines dans d'autres (Prigogine, Verlaine, Nerval). En tout état de cause, les serviettes sont changées lorsque le patient ou le soignant le demande et il n'y a jamais de rupture de stock. Le CH dispose d'une buanderie centrale en gestion directe.



Salle de bains commune de l'unité Verlaine



Salle d'eau de chambre

Même si « *chaque patient est invité à se munir des produits de toilette et accessoires personnels* » par le règlement intérieur (p. 44), les unités distribuent des kits hygiène complets. Leur renouvellement est assuré pour tous ceux qui le demandent. Pour les patients n'ayant pas de revenus ou de soutien extérieur, un stock de vêtements est également accessible dans la plupart des unités. Par ailleurs le stock peut être complété par les vêtements remis en état par les patients de l'atelier « psyché » aux ateliers thérapeutiques (cf. § 6.1.4).

Le lavage du linge personnel est inégal selon les unités. Dans une partie d'entre elles (les quatre unités de suite), les patients ont accès à un lave-linge au sein du pavillon. A l'unité Maupassant, la buanderie de l'unité est utilisée comme un atelier thérapeutique, selon un planning. A l'unité Bonnafé, les patients s'y rendent plutôt seuls pour renforcer leur autonomie. La lessive et l'adoucissant sont fournis.

Dans d'autres (Artaud, Prigogine), le lavage du linge des patients peut être effectué à la buanderie centrale, avec un étiquetage comme au pressing. Cette prestation est gratuite.

Enfin, dans certaines unités, il n'est pas possible de faire nettoyer son linge, soit parce qu'il est considéré que la buanderie est trop peu réactive (Claudel, Cervantès), soit parce que la prestation de lavage de linge

est elle-même méconnue des soignants (Nerval). Les patients le nettoient donc eux-mêmes avec de la lessive à la main fournie par l'hôpital, et le font sécher dans les salles de bains collectives.

BONNE PRATIQUE 3

Dans certains pavillons, les patients peuvent faire laver gratuitement leur linge à la buanderie centrale. Ce dispositif pourrait être étendu à toutes les unités.

Enfin, les patients ont accès à des soins de coiffure (939 coupes réalisées en 2018).

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT GERES AVEC SOUPLESSE MAIS SANS TRAÇABILITE SUFFISANTE ET LES RESTRICTIONS SONT NOMBREUSES ET PARFOIS SYSTEMATIQUES

Selon le règlement intérieur, « toute personne admise dans l'établissement est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des objets, biens, valeurs dont la détention n'est pas justifiée durant son séjour dans l'établissement. En effet, l'hôpital n'est pas responsable du vol, de la perte ou de la détérioration des objets non déposés dans les conditions prévues par la loi. Les sommes d'argent, titres et valeurs mobilières, moyens de règlement ou objets de valeur, peuvent être déposés auprès de la Trésorerie. Les autres objets (papiers d'identité, clefs,..), peuvent être déposés au bureau des entrées » (p. 33).

Les contrôleurs ont constaté que la situation était plus complexe. D'une part, les personnes ne sont pas seulement invitées mais souvent obligées à se défaire d'un certain nombre d'objets. **Dans les unités de suite, les restrictions sont minimes, en fonction de l'état clinique des patients et jamais systématiques. En revanche, dans les unités d'admission, les malades ne peuvent pas garder tous leurs effets personnels.** Des biens sont obligatoirement retirés, en fonction des unités : rasoirs, bouteilles en verre (parfum), denrées périssables, aérosols, clés à molette, tournevis, coupe-ongles, documents d'identité, argent liquide au-delà d'un certain montant (variable là aussi en fonction des pavillons).

Les contraintes sont encore plus importantes dans les zones fermées des unités d'admission. Les armoires sont la plupart du temps fermées à clef par le soignant qui dispose de celle-ci. Le patient n'a donc plus de libre accès à ses affaires. Le tabac est fréquemment retenu, le patient n'étant autorisé à fumer qu'une fois par heure et ne pouvant conserver ni cigarette ni feu (unités Artaud, Claudel, Cervantès). Enfin, à l'unité Verlaine, l'ensemble des biens est retenu par principe en zone fermée, de sorte que le patient ne dispose d'aucun bien propre au départ. C'est le médecin qui autorise au cas par cas la remise de tel ou tel bien : radio, argent liquide, tablette, etc. Le médecin doit remplir des fiches de prescription devenues illisibles tellement le nombre d'items est important, en prenant soin, pour assouplir le régime d'admission, de décocher ce qui est interdit par principe (visites, biens, téléphone, accès, etc.). Les réévaluations sont fréquentes. Pour autant, les contrôleurs n'ont vu que très peu d'effets personnels dans les chambres de la zone fermée de cette unité.

RECOMMANDATION 21

Dans les zones fermées des unités d'admission, les restrictions de biens ne doivent pas procéder de règles systématiques et absolues mais être décidées individuellement, en fonction de la clinique des patients, avec une réévaluation régulière.

D'autre part, le fait d'indiquer que les sommes d'argent et les valeurs peuvent être déposées à la trésorerie constitue un raccourci pouvant prêter à confusion. En réalité, les sommes d'argent, les moyens de paiement et les valeurs sont conservés à la régie du CH Gérard Marchant les soixante premiers jours. Ce n'est qu'au-delà que ces biens sont envoyés à la trésorerie du CHU, qui se situe en centre-ville de Toulouse, à l'Hôtel-Dieu. La régie applique d'ailleurs ces règles sagement : si elle est informée qu'un patient doit sortir quelques jours après le sixtième jour, elle n'effectue pas cette démarche. De même, les patients qui bénéficient de sorties très régulières et doivent pouvoir sortir de l'argent facilement conservent leur numéraire à la régie du CH au-delà de deux mois. Ces dispositions facilitent le quotidien des patients et méritent d'être maintenues.

Le patient peut également refuser de laisser ses espèces ou moyens de paiement à la régie. En pareil cas, trois procédés sont possibles, dont le premier seulement est évoqué au règlement intérieur :

- conservation sur soi, le cas échéant en signant une décharge (unités Claudel ou Cervantès). Parfois la conservation d'argent liquide, même une faible somme, n'est pas admise dans les zones fermées des unités d'admission ;
- remise dans des casiers personnels au sein des unités (« bannettes » accessibles en fonction des prescriptions à l'unité Artaud, casiers au bureau des infirmiers ou dans la bagagerie aux unités Verlaine, Nerval ou PAJA) ;
- remise au cadre de santé, la plupart acceptant de conserver les espèces (exception aux unités Bonnafé, Maupassant et PAJA). En pareil cas, une fiche ou un cahier de décompte est tenu. Dans tous les cas, le patient signe la fiche à chaque remise ou chaque retrait. Dans la plupart des unités, un IDE ou le cadre de santé signe également le document. Dans quelques-unes (Van Gogh, notamment), aucun personnel ne contresigne cette preuve de dépôt, ce qui insécurise la procédure.

RECOMMANDATION 22

Lorsque les cadres de santé acceptent de conserver de l'argent liquide dans leur bureau, une fiche doit être signée à chaque dépôt et chaque retrait non seulement par le patient mais aussi par un soignant.

Un inventaire contradictoire est en principe réalisé à l'accueil dans l'unité, sauf si le patient n'est pas en état de comprendre – ce sont alors deux soignants qui l'effectuent. Un nouvel inventaire n'est pas réalisé lorsque l'état du patient le lui permet. L'inventaire est signé par le patient et l'IDE, ou alors par les deux IDE. Si le patient souhaite qu'une partie des biens soit placée à la régie, un IDE de l'unité les remet à la régie, qui contrôle l'exactitude de l'inventaire et le contresigne. Il

est remis au patient une copie de l'inventaire signé par l'IDE de l'unité, pas celui contresigné par le régisseur. Dans la majorité des unités, il s'agit d'un inventaire complet, comprenant les biens courants, avec jusqu'à trois registres remplis. Dans certaines, l'inventaire se limite souvent aux objets de valeur et aux moyens de paiement de sorte qu'il n'y a aucune trace écrite concernant les vêtements ou les objets du quotidien. Dans d'autres enfin (Nerval, par exemple), les soignants ont reconnu qu'il n'y avait parfois aucun inventaire, notamment au regard du flux parfois important de patients.

Dans les chambres, les patients disposent dans la plupart des cas d'armoires fermant à clef (comme indiqué plus haut, dans les zones fermées des unités d'admission, celle-ci est souvent conservée par le soignant). La situation est un peu dégradée dans certaines unités : armoire ne fermant plus car la clef est perdue (Bonnafé, Maupassant) ; armoires trop petites pour la quantité d'affaires de patients au long cours, imposant un stockage dans une salle annexe mal rangée (Laborit).

Pour les retraits de valeurs, un bon doit être rempli par le patient avec l'aval d'un soignant, même lorsqu'il ne s'agit pas de majeurs protégés. Il n'a pas pu être expliqué aux contrôleurs pourquoi un patient ne pouvait pas librement retirer de l'argent auprès de la régie ou – au-delà des soixante jours – auprès de la trésorerie du CHU.

RECOMMANDATION 23

Les retraits des patients auprès de la régie ou de la trésorerie ne doivent pas être conditionnés à l'accord d'un soignant de l'unité, sauf situation clinique particulière justifiant un tel contrôle.

A la sortie définitive du patient, un inventaire de sortie est réalisé de façon contradictoire dans une partie des unités seulement. La régie remet l'ensemble des biens et valeurs conservés au patient, à l'exception des armes. Les contrôleurs ont constaté que la régie conservait dans un coffre spécifique des mallettes de couteaux de cuisine appartenant à d'anciens patients exerçant dans la restauration, des armes blanches de collection ou de famille, etc. Ces biens, dont la détention ne constitue pas une infraction pénale, auraient dû être remis aux patients à leur départ.

Par ailleurs, les valeurs qui avaient été envoyées à la trésorerie après soixante jours sont rapatriées à la régie. Les unités préviennent suffisamment en amont le régisseur pour que celui-ci demande au coursier d'aller récupérer la somme d'argent ou les biens concernés à l'Hôtel-Dieu.

BONNE PRATIQUE 4

Le patient qui sort de l'hôpital n'est jamais obligé d'aller récupérer les valeurs déposées à la trésorerie du CHU, en centre-ville. Les unités anticipent, de sorte que les valeurs concernées sont rapportées à la régie du CH Gérard Marchant quelques jours avec sa sortie.

6.4 LA QUALITE ET LA QUANTITE DES REPAS SONT JUGEES SATISFAISANTES PAR LES PATIENTS

Une cuisine centrale, en gestion directe, confectionne 1 500 repas par jour, dans des locaux fonctionnels bâtis en 2006. La cuisine prépare les repas servis aux patients et ceux proposés au restaurant administratif. Elle emploie vingt-quatre agents techniques de la fonction publique hospitalière, du lundi au vendredi. Trois repas sont préparés chaque jour : le lundi ceux du mardi midi, mardi soir et mercredi midi, et ainsi de suite jusqu'au vendredi où sont déjà confectionnés les deux repas du lundi suivant.

Le principe de la marche en avant est rigoureusement appliqué. Les locaux sont propres et en bon état ; le personnel est formé et équipé. La préoccupation pour le respect des normes d'hygiène est manifeste. Des procédures d'auto-contrôle sont mises en œuvre⁴ et les plats témoins sont systématiquement conservés. Le dernier contrôle effectué par la direction départementale de la protection des populations date du 25 juillet 2019. Dans son rapport du 26 juillet, elle estimait « globalement satisfaisants » les procédures et les constats. Deux recommandations étaient adressées, l'une sur la traçabilité des matières premières, l'autre sur le suivi des températures des chambres froides. Lors du contrôle, ces recommandations commençaient à être mises en œuvre par le responsable de la cuisine. Une récente alerte en termes d'hygiène, détectées à l'occasion d'un auto-contrôle, a été suivie d'actions correctives immédiates.

Les plats sont préparés en barquettes multi-portions, livrées filmées aux unités par camion frigorifique. Ils sont remis en chauffe par les ASH au sein des unités qui disposent toutes d'offices dans un état convenable.

Dans chaque unité a été désigné un référent alimentation-nutrition (un IDE ou un aide-soignant), spécialement formé ; les cadres de santé ont par ailleurs été sensibilisés aux questions d'hygiène et d'équilibre alimentaires. Ils s'assurent notamment de la bonne tenue des fiches de traçabilité. Une hygiéniste effectue des contrôles réguliers. Les menus sont élaborés par cycle de huit semaines avec une diététicienne. Les menus sont affichés dans les unités.

Globalement, les patients estiment que la qualité et la quantité des repas est correcte. Les repas sont pris dans des salles à manger où ils peuvent choisir leur place et bénéficier de couverts en inox, de vaisselle en porcelaine et de récipients en verre. Dans la plupart des cas, il s'agit d'espaces climatisés. Dans les unités les plus récentes, de grandes baies vitrées permettent de servir les repas en terrasse dès les beaux jours. Quelques repas à thème peuvent par ailleurs être organisés par la diététicienne ou pour les fêtes. Pour autant, il ne s'agit pas réellement de lieux de convivialité : les patients se restaurent assez rapidement et quittent ensuite les lieux.

⁴ analyse de trois plats tirés au sort toutes les semaines, examen bactériologique sur tout type de produit une fois par semaine, prélèvements sur les surfaces une fois par mois.



Réfectoire de l'unité Nerval



Réfectoire de la zone fermée de l'unité Verlaine

Quelques difficultés ont pu être constatées çà et là : mauvaises odeurs à l'unité Verlaine, tables trop basses pour les fauteuils roulants à l'unité Maupassant. Par ailleurs, dans les zones fermées des unités d'admission, le réfectoire est plus petit et moins agréable. Tous les patients n'y mangent pas ensemble faute de place. A l'unité Nerval, il a même été décidé que les patients de la zone fermée se restauraient dans le réfectoire de la zone ouverte avec les autres. Le règlement intérieur prévoit quatre repas : petit déjeuner à 8h, déjeuner à 12h, goûter à 16h et dîner à 19h. Dans la plupart des unités, une tisane est également servie vers 21h. A l'unité Artaud, il est également possible de prendre son repas dans la chambre.

Dans certaines unités de suite, les familles peuvent prendre un en-cas ou une pizza avec les patients dans le patio (Charcot, notamment). Le règlement intérieur (p. 43) prévoit également qu'un accompagnant puisse déjeuner au restaurant du personnel avec le patient visité mais cette possibilité n'a été signalée dans aucune des unités et les malades l'ignorent. Les denrées alimentaires, mêmes remises par les familles, sont rarement admises en chambre, et jamais lorsqu'elles sont périssables.

La comité local alimentation nutrition (CLAN) se réunit quatre fois par an. Un bilan des travaux de ce comité est présenté chaque année, en présence de représentants des usagers. Le CLAN organise également une fois par an une enquête-*flash* sur la restauration ; le taux de répondants avoisine les 50 % seulement. Une commission restauration se réunit par ailleurs six fois par an environ, avec les référents alimentation-nutrition des unités et les volontaires intéressés, pour examiner les plaintes des patients ou des soignants concernant la restauration. Pour autant, le responsable de la cuisine lui-même estime que les remontées des incidents sont mal formalisées et une réflexion est engagée sur cette question.

7. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES NE SONT PAS ORGANISEES

7.1.1 La prise en charge aux urgences du CHU

Le CH Gérard Marchant ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission s'effectue principalement par les urgences du CHU, ou par des entrées directes dans les services d'admission. Il n'existe pas au sein du territoire de santé, de dispositif de réponse aux urgences psychiatriques tel que voulu par l'article L.3221-5-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 24

L'agence régionale de santé doit concevoir, au sein du territoire de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques afin de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé adapté.

Le CHGM est présent aux urgences du CHU par l'intermédiaire d'une participation des psychiatres de l'établissement aux gardes des urgences psychiatriques du CHU, à raison d'une semaine sur deux.

La prise en charge initiale aux urgences adultes du CHU est faite par l'infirmière d'orientation et d'accueil dans un bureau situé à proximité de l'entrée des urgences et du sas d'arrivée des véhicules de secours pour les personnes allongées.

Les patients agités en soins sans consentement sont admis aux urgences par l'entrée des ambulances qui permet d'accéder directement dans la salle d'examen de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) sans croiser le public.

Si un patient relève d'un avis psychiatrique, l'infirmier des urgences prévient l'équipe de psychiatrie de liaison par téléphone. L'infirmier se rend aux urgences à proximité immédiate pour voir le patient. L'IAO peut également orienter le patient vers un box individuel des urgences afin de bénéficier d'un examen par le médecin urgentiste, voire d'autres examens si nécessaire.

Les personnes en soins sans consentement comme en soins libres sont toutefois orientées parfois directement vers les « urgences psychiatriques » sans avoir été examinées par un médecin urgentiste. Les personnes en soins sans consentement qui transitent par les urgences, ne bénéficient donc pas toutes d'un examen somatique médical initial, avant d'être examinées par un psychiatre puis hospitalisées en service de psychiatrie.

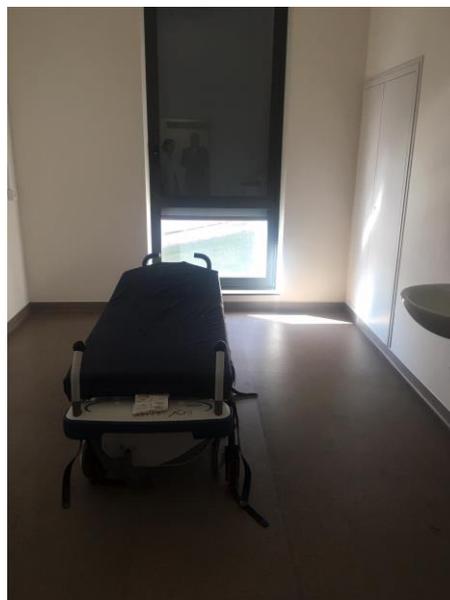
RECOMMANDATION 25

Les patients admis en soins sans consentement aux urgences du CHU doivent bénéficier d'un examen somatique par un médecin urgentiste avant d'être adressés aux urgences psychiatriques.

Les urgences psychiatriques comportent un espace clos avec des bureaux de consultation, deux boxes fermés avec uniquement un brancard et, à l'extrémité, une pièce servant de chambre d'isolement où se trouvent un lavabo et un brancard sur roulettes, cette pièce étant auparavant un cabinet dentaire. Cette chambre d'isolement est réservée aux patients de plus de 15 ans ; elle ne dispose pas de bouton d'appel, ni aération, ni toilettes.



Entrée des urgences côté intérieur



Pièce servant de chambre d'isolement

Les urgences générales disposent de boxes individuels mais pas non plus de chambre d'isolement ou d'apaisement.

RECOMMANDATION 26

Le service d'urgence ou le service d'urgences psychiatriques doivent disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.



Boxe d'attente avec brancard

La veille du contrôle, deux patients ont dormi dans les boxes d'attente sur un brancard faute de place à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et en hospitalisation.

70 % des patients ne sont pas hospitalisés à la suite de la prise en charge par les urgences psychiatriques et 5 % sont hospitalisés en soins sans consentement. Les soignants rapportent que jusque six personnes ont séjourné une nuit dans l'espace de consultation faute de place. Seize à dix-huit personnes sont adressées chaque jour, week-end compris, des urgences générales vers les urgences psychiatriques.

A l'étage supérieur du bâtiment se situe l'UHCD de psychiatrie comportant une partie ouverte et une partie fermée ; la partie ouverte compte quatre chambres de deux lits, soit huit places mais seules quatre places seraient réellement utilisées faute de médecin. La partie fermée compte cinq chambres individuelles et quatre chambres d'isolement ; la direction de l'hôpital indique compter officiellement neuf chambres alors que seules cinq sont des chambres d'hospitalisation. Ainsi, neuf places sur treize, plus quatre chambres d'isolement seraient réellement utilisées. Les chambres doubles du secteur ouvert sont grandes et disposent d'un paravent permettant de séparer les deux lits.

La durée moyenne de séjour en UHCD serait de quatre jours, un cas exceptionnel en 2018 était resté 18 jours.

Un interne et un médecin senior sont de garde sur place pour ces urgences, l'ensemble des effectifs comptant quatre seniors et quatre internes. La consultation compte trois IDE l'après-midi, deux le matin et la nuit ; l'UHCD fermée compte trois IDE et une AS et l'UHCD ouverte une IDE et une AS, les soignants alternant les postes dans l'ensemble des trois entités. L'équipe de psychiatrie de liaison compte un médecin et deux internes.

Les observations des infirmiers de psychiatrie sont consignées dans le logiciel dossier patient Orbis du CHU. Ce logiciel est cependant compliqué d'accès pour les psychiatres venant du CHGM qui ne le pratiquent pas au quotidien. Des fiches réflexes ont été instaurées à cette intention.

Les psychiatres vont examiner chaque jour les six à huit personnes arrivées pour intoxication médicamenteuse volontaire au sein du service d'UHCD somatique. Cette UHCD comporte vingt-six lits et est adossée aux dix lits d'addictologie.

Le service expérimente depuis peu la présence d'un IDE de psychiatrie au centre 15 pour faciliter la gestion du flux des patients.

L'isolement ou l'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement est décidé par le médecin psychiatre des urgences psychiatriques.

Aucun patient n'est contentonné au moment du contrôle au sein des consultations de psychiatrie, deux patients sont restés la veille toute la nuit sur un brancard de la consultation dans les deux boîtes fermées, faute de place en UHCD et en psychiatrie de secteur.

7.1.2 L'admission au sein des unités

Les patients arrivent principalement dans les services depuis les urgences du CHU, et parfois depuis un CMP, d'un établissement social ou médico-social ou d'un autre établissement sanitaire.

Une fois admis au sein du CH, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre ou le praticien d'astreinte ou l'interne dans les vingt-quatre heures. Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel Cortexte ainsi que ses prescriptions. Les restrictions de liberté sont alors décidées par le praticien.

Les patients sont examinés systématiquement par un somaticien à l'admission, sauf s'ils proviennent des urgences du CHU, où malheureusement l'examen somatique par un urgentiste n'est pas systématique (cf. § 7.1.1).

RECOMMANDATION 27

Les patients en soins sans consentement admis en hospitalisation sans avoir été examinés par un urgentiste préalablement à leur arrivée, doivent bénéficier d'un examen systématique par un médecin généraliste au sein des unités de psychiatrie.

7.2 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE ET LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT RICHES ET INTEGRES AUX PROJETS DE SOINS

7.2.1 L'organisation de la prise en charge psychiatrique

Le projet de soins de l'établissement repose sur l'élaboration d'un projet individuel personnalisé de soins construit et réévalué en équipe pluridisciplinaire, dont le médecin référent et, le cas échéant, l'infirmier référent du patient sont les garants. Les patients sont vus régulièrement en entretien individuel par leur psychiatre référent qui constate l'évolution et réévalue si besoin son traitement. Dans l'ensemble des unités où plusieurs psychiatres étaient présents, la faculté de demander à changer de médecin référent a été décrite comme possible en théorie mais les demandes sont rares en pratique.

Une réunion clinique hebdomadaire se tient dans chaque unité, à laquelle participent les médecins du secteur, les infirmiers de l'unité, l'assistante sociale, le cadre de santé de l'unité, un infirmier du CMP et le somaticien qui n'y participe pas de manière systématique. Ce temps de réunion permet de discuter de manière collégiale des projets de soins de l'ensemble des patients de l'unité et de réévaluer la prise en charge. Tous les médecins sont présents aux réunions cliniques pluridisciplinaires hebdomadaires des unités. Tout est saisi dans le logiciel Cortexte.

Les entrées et les sorties sont également programmées lors de ces temps. L'infirmier du CMP est chargé de diffuser les transmissions à l'ensemble des acteurs du CMP. La prise en charge psychiatrique repose en effet sur une articulation soutenue entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier (CMP, CATTP, HJ, etc.). Systématiquement, les infirmiers de l'extra hospitalier sont informés de la sortie des patients, et viennent le rencontrer dans l'unité pour renforcer l'adhésion au soin.

L'organisation de la prise en charge des patients autour de la référence vaut également pour le personnel soignant, bien que de manière variable selon les unités. Dans certaines unités, un infirmier référent est identifié pour chaque patient afin de faciliter le suivi de la prise en charge ; il est garant d'une trajectoire de soins en étroite collaboration avec les interlocuteurs préférentiels. Par exemple, l'organisation des soins au sein de l'unité Van Gogh est structurée sur la base de la référence infirmière et aide-soignante qui se décline en une référence au long cours et une référence journalière. Dans l'unité Nerval, les patients se voient attitrer un médecin et un infirmier référents, contrairement à l'unité Prigogine, où il n'est pas désigné d'infirmier référent et, avec un seul psychiatre dans l'unité, la question du médecin référent ne se pose pas ; de

même, sur l'unité Verlaine qui ne présente pas de projet médico-soignant, les patients ne bénéficient pas d'un infirmier référent.

La même diversité des pratiques entre les unités se retrouve en ce qui concerne l'organisation de réunions soignants/soignés. Dans certaines unités, des réunions mensuelles permettent un échange formel des patients et des soignants autour des éléments de vie dans le service de soins. Elles permettent à chacun de s'exprimer, en groupe, sur les conditions de vie dans le service. Dans d'autres unités, de telles réunions ne sont pas organisées.

L'accès au dossier médical par les patients eux-mêmes ou par leurs ayants-droits, est encadré par des notes de la direction qui en garantissent l'accès à travers des formulaires de demande et des procédures précises.

7.2.2 L'accès au traitement

La pharmacie est gérée par une équipe de quatre pharmaciens (deux praticiens hospitaliers et deux assistants), d'un interne et de quatre externes de pharmacie. Une astreinte 24h/24 de pharmacien est assurée. Six ETP de préparateurs en pharmacie complètent le personnel au sein de l'établissement.

Les locaux sont vastes et fonctionnels avec différents lieux de stockage et bureaux.

100 % des prescriptions sont contrôlés et 10 à 15 % font l'objet d'une intervention auprès du prescripteur ; 65 % des propositions de modification sont acceptées.

Un pharmacien participe au projet de vie individualisé et aux réunions de prévention des chutes en gérontopsychiatrie ; d'autres effectuent les réunions d'éducation thérapeutique du patient. Le souhait a été exprimé d'étendre l'éducation thérapeutique (atelier du médicament) et d'effectuer un travail de conciliation thérapeutique dans l'objectif de sécuriser les transitions thérapeutiques à l'entrée et la sortie du patient. Les externes commencent la conciliation thérapeutique dans les services cliniques.

La pharmacie à usage interne (PUI) livre chaque semaine les médicaments dans les unités en boîte par patient et par semaine, et les infirmiers préparent chaque nuit les piluliers du lendemain. Le circuit du médicament respecte les règles de bonnes pratiques professionnelles, de la préparation nominative à la dispensation. La traçabilité est assurée dans le dossier informatisé du patient.

Dans les unités, la distribution des médicaments s'effectue individuellement au sein de la salle de soins infirmiers où se trouve la pharmacie, derrière un chariot et avec la prescription permettant une ultime vérification lors de la dispensation. Les patients rentrent un par un, assurant la confidentialité et permettant un temps d'échange avec l'infirmière. Dans l'ensemble des unités, les patients ont semblé globalement connaître leur traitement et ne pas être excessivement sédatisés.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit une à trois fois par an, présidée par le pharmacien. Elle peut, pour certaines problématiques spécifiques et communes, se réunir avec celle du CHU. Outre deux

pharmaciens, trois psychiatres et un généraliste participent régulièrement aux commissions. Le GHT va permettre de mutualiser les référencements des médicaments avec achats communs et approvisionnement unique.

7.2.3 Les activités thérapeutiques et occupationnelles

Les patients peuvent accéder aux activités thérapeutiques médiatisées (dits « ATM ») sur prescription médicale de leur médecin référent, transmise par l'unité à l'équipe des ATM. L'équipe des ATM, pluridisciplinaire, se compose de trois ergothérapeutes, dix infirmiers, une éducatrice et deux agents de la cafétéria. L'équipe des ATM ne dispose pas de statistiques précises des activités organisées et des patients qui en bénéficient mais la file active du service est de 450 patients par an. La priorité est donnée aux patients de l'intra mais l'accès aux ATM est maintenu pour les patients suivis en extra hospitalier pendant trois mois après leur sortie de l'hôpital.

Il faut compter environ une semaine de délai entre l'inscription et le rendez-vous d'accueil qui consiste en une visite des lieux et la présentation des différentes activités : écriture, musique, soins corporels, terre, peinture, bois, mémoire, musicothérapie, informatique, relaxation, sport (football, pétanque, training/musculation, bar thérapeutique (à la cafétéria) ou encore randonnées et piscine à l'extérieur. Selon les goûts du patient, l'équipe des ATM, après évaluation clinique en contact avec l'équipe d'origine, sélectionne les ateliers adéquats et élabore un projet individualisé validé en réunion d'équipe. Chaque patient peut bénéficier de un à trois ateliers par semaine au plus pour éviter toute dispersion. Les ateliers d'une durée de trente minutes sont, selon les besoins du patient, individuels ou collectifs, et certaines activités sont mixtes.

Les soignants des ATM peuvent se déplacer dans les unités pour les patients placés en zone fermée. Les soignants des unités reconnaissent qu'ils envoient les patients en ATM, mais qu'ils ne savent pas s'ils s'y rendent réellement, ce qui soulève la question de la communication entre l'équipe des ATM et celles des unités.

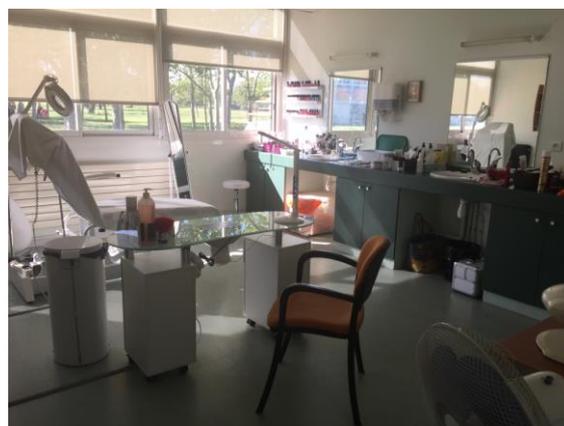


Cafétéria

Les salles d'activités sont réparties autour de la cafétéria qui se trouve être un lieu de vie central, lumineux, convivial, agréablement décoré et bien investi par les patients de l'établissement et leurs familles. Une terrasse très agréable, équipée de tables et de chaises de jardin, arborée et décorée avec des couleurs vives offre un accès sur l'extérieur en été. Des espaces vitrés occultés sur l'extérieur offrent une grande luminosité et une sensation d'espace mais l'intérieur des ateliers n'est pas visible de l'extérieur ou de la cafétéria.



L'étalier terre



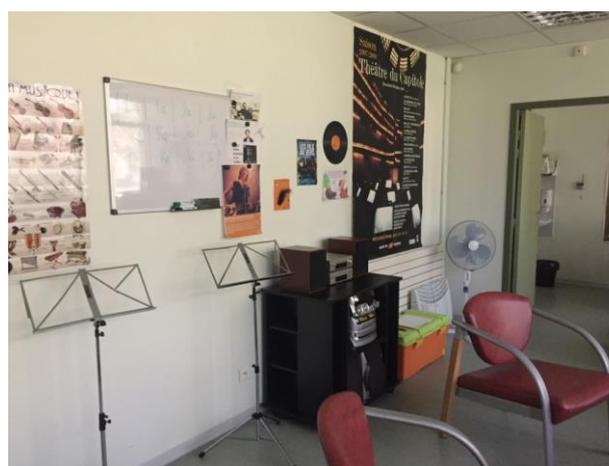
L'atelier soins esthétiques

Outre les ateliers thérapeutiques, sont proposées à la cafétéria des activités occupationnelles : les patients peuvent avoir accès à du matériel sur demande aux soignants pour faire du coloriage, des mandalas ou des décorations à thème, comme par exemple, au moment de la visite, à travers une activité Halloween animée par une aide-soignante et une éducatrice au sein même de la cafétéria. S'y ajoute une médiathèque, agréable, qui assure le prêt de livres, CD et DVD.

Les bénéfices de la cafétéria sont reversés à une association qui réinvestit les profits dans des animations à raison de deux ou trois par an : organisation de concerts, achats de places de cinéma, distribution de ballotins de chocolat, etc.



Salle de musculation



Salle de musique

Chaque unité propose des activités thérapeutiques et occupationnelles en quantité variable, notamment selon les choix faits quant à l'utilisation des salles d'activités, qui dans certaines unités ont été réaménagées par exemple en bureau pour la psychologue. Les salles d'activités,

diversement équipées, proposent dans la majorité d'entre elles un baby-foot, une table de ping-pong, une petite bibliothèque et quelques jeux de société. Parmi les activités proposées, certaines sont formalisées et organisées sur un créneau hebdomadaire par deux soignants référents – relaxation, soins corporels –, d'autres sont organisées, notamment les week-ends, selon la disponibilité de l'équipe – atelier cuisine, jardinage, jeux de société, etc. A cela s'ajoute l'organisation de sorties thérapeutiques régulières à l'extérieur.

Dans l'ensemble des unités, les activités bénéficient à l'ensemble des patients indépendamment de leur statut d'hospitalisation. Si certains patients n'ont aucune activité, qu'ils les refusent ou que leur état psychique ne leur permette pas d'y participer, d'autres patients peuvent avoir jusqu'à cinq activités par semaines entre les ATM, les ateliers thérapeutiques et occupationnels en unité et les rendez-vous liés à la prise en charge médicale avec l'addictologue ou la diététicienne.

7.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES

En ce qui concerne les entrées directes, une visite du médecin somaticien est prévue. Le CHS dispose de trois médecins généralistes qui interviennent pour toute admission et ensuite à la demande. Ils passent dans les unités dont ils sont référents un à deux fois par semaine et peuvent être appelés en cas d'urgence, sur leur temps de présence, dans les autres unités .

Un kinésithérapeute est présent à mi-temps dans l'établissement et l'accès aux différentes spécialités est facilité par le plateau technique du CHU et la proximité de plusieurs cliniques privées.

Le médecin généraliste peut être associé aux réunions cliniques hebdomadaires mais sa présence n'y est pas systématique dans la majorité des unités.

En cas d'urgence somatique au sein de l'unité, les protocoles de l'établissement s'appliquent : les urgences somatiques sont traitées par le SAMU, contacté par le somaticien s'il est présent ou par les soignants. Un kit d'urgence est à disposition dans les unités et un défibrillateur centralisé auprès de l'équipe de sécurité.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 L'UTILISATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE PERMET PAS LE RESPECT DE LA DIGNITE

L'établissement répertorie **vingt et une chambres d'isolement** (CI), une ayant l'appellation de « chambre d'apaisement » et deux autres (PAJA) étant transformées en un espace de vie protégé pour un patient autiste déficitaire.

On trouve ainsi deux CI dans les unités Claudel, Cervantes, Verlaine, Nerval, Artaud, Bonnafé, Prigogine, Van Gogh, Paja ; et une CI dans les unités Charcot, Maupassant et Laborit.



Chambre d'isolement



Matériel de contention



Chambre unité Maupassant

La conception architecturale de ces chambres ne répond pas au respect de la dignité attendu. La présence d'un bouton d'appel est partout constatée mais il n'est pas prévu pour les phases de contention. Certaines fenêtres ne s'ouvrent pas pour permettre l'aération (unité Nerval, Laborit). Les toilettes sont présentes dans les chambres (sauf à l'unité Laborit) mais pas la chasse d'eau (unités Cervantes, Nerval, Artaud, Maupassant, PAJA, Artaud) ; il n'y a d'ailleurs pas de point d'eau. La salle de douche est à l'extérieur de la chambre et non accessible seul (Prigogine, PAJA, Maupassant, Van Gogh par exemple). Les horloges sont présentes (sauf à Prigogine) mais parfois non visibles depuis le lit lors des phases de contention (Nerval) et il n'y a pas mention de la date et du jour sauf à l'unité Laborit. Les patients ne peuvent souvent pas allumer ou éteindre seuls la lumière ou fermer les volets (Artaud, Maupassant). A Maupassant, la fenêtre permet une visibilité depuis l'extérieur sur l'intimité du patient, de même qu'au PAJA une fenêtre donne directement sur les toilettes.

RECOMMANDATION 28

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes et à l'aération de la pièce, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

A l'unité Prigogine, une chambre d'hospitalisation est, rarement, utilisée comme chambre d'isolement en ôtant quelques meubles.

Certaines chambres d'isolement sont utilisées portes ouvertes en chambre d'hospitalisation lors des sur occupations (Cervantes, Nerval, Prigogine). Enfin, il a été rapporté des entrées directes dans les unités en chambre d'isolement (unité Maupassant, par exemple).

RECOMMANDATION 29

Les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme chambres d'hospitalisation, y compris porte ouverte.

Les repas sont pris sur une tablette installée dans la salle d'eau attenante, parfois dans la chambre sur un pouf bleu ou sur le lit, parfois dans la salle à manger avec les autres patients.

Le matériel de contention utilisé comprend des sangles cinq points avec attache ventrale et aux deux bras et deux chevilles. Les sangles sont nettoyées après utilisation. Elles sont entreposées dans les sas devant les CI. Elles sont à clefs et un coupe sangle est partout présent en cas d'incendie.

8.2 L'ISOLEMENT N'EST PAS TOUJOURS UN DERNIER RECOURS ET L'USAGE DE LA CONTENTION A FAIT L'OBJET D'UNE ATTENTION INSTITUTIONNELLE PARTICULIERE

L'établissement affiche le souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement, dans le contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS ou encore dans les comptes rendus de CME.

Si cette politique a été réellement suivie en matière de contention, avec une pratique fortement réduite, il n'en a pas été de même avec la pratique d'isolement pour laquelle les mesures de réduction sont assez récentes et n'ont pas encore apporté d'évolution notable.

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens renseignent le dossier informatique des patients du logiciel Cortexte.

Un protocole « modalités de mise en chambre d'isolement », actualisé en aout 2019 est à disposition des soignants sur l'intranet du CH. Ce protocole cite néanmoins des références anciennes (juin 1998) avec une notion « *d'un isolement que ne peut-être qu'à but thérapeutique* ». Ce protocole indique également une mise en pyjama systématique, « *ce qui implique que soient retirés les vêtements et sous-vêtements personnels* ». La procédure de surveillance des patients en isolement est annexée au protocole.

Un second protocole concerne les médecins et s'intitule « *isolement et contention* » ; il a été actualisé le 12 avril 2018 et rappelle les règles légales et de la HAS sur l'isolement et la contention.

Une procédure du 13 décembre 2017 s'intitule « *isolement contention : règles de prescription sur Cortexte* » à destination des médecins.

Une procédure du 7 février 2018 concerne le registre isolement-contention et indique que la registre constitue la base du rapport d'activité trimestriel concernant les mesures de mise en chambre d'isolement et de contentions mécaniques.

Une note relative à la déclaration d'événement indésirable grave (EIG) dans le cadre de la réduction des pratiques d'isolement et de contention, datée du 27 avril 2017, rappelle l'intérêt de déclarer les accidents liés à l'isolement et la contention en fiche d'EIG ; elle ajoute qu'une revue mortalité morbidité (RMM) sera réalisée dès lors que la contention mécanique dépasse sept jours et quand la contention est réalisée dans un lieu non dédié (hors CI). Le 22 janvier 2019, une nouvelle note actualise les niveaux de suivi des pratiques.

Une note présentée en CME le même jour, intitulée « *prévenir et agir sur les isolements de longue durée* » indique que l'isolement doit bénéficier d'une évaluation bi-quotidienne par le psychiatre en semaine, et que cet isolement est discuté lors de chaque réunion clinique hebdomadaire afin d'en vérifier la pertinence et les alternatives possibles ; le maintien de l'isolement supérieur à un mois doit faire l'objet de réflexions pluri professionnelles transmises au chef de pôle et au psychiatre traitant. Le maintien de l'isolement plus de deux mois aboutit à la rédaction d'une fiche d'événement indésirable (FEI) analysée par la cellule d'analyse des risques (CAR) qui discutera de la pertinence d'une RMM. Chaque trimestre, le DIM transmet aux médecins et cadres les indicateurs quantitatifs et durées de séjours relatifs à l'isolement et à la contention de chaque pôle, indicateurs suivis en CME.

Un compte rendu de CME actait dernièrement la fermeture progressive des chambres d'isolement en unité de suite et la mise en place d'accompagnement des équipes pour une mise en place de salons d'apaisement en leurs lieux et place. Mais aucun calendrier n'est encore précisé.

Ces protocoles mentionnent les spécificités médicales et réglementaires actualisées de toute mesure d'isolement, mais ces spécificités ne sont pas toutes respectées.

Les renouvellements de mesure sont toujours couplés d'une visite auprès du patient ; les mesures décidées par un interne ou un non psychiatre sont validées formellement par un psychiatre. Les personnes placées en CI bénéficient d'un examen somatique par un somaticien.

Cependant, les patients ne bénéficient pas souvent de deux visites médicales par vingt-quatre heures.

La chambre d'hospitalisation du patient n'est pas toujours conservée lorsqu'il est placé dans la CI (unités Nerval, Van Gogh, Prigogine, Cervantes) et des patients restent en CI par défaut de chambres hôtelières. Un patient était d'ailleurs en CI à l'unité Van Gogh par défaut de chambre d'hospitalisation au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 30

Le patient placé en chambre d'isolement doit pouvoir retrouver sa chambre lorsqu'il est mis fin à la mesure d'isolement.

Des isollements séquentiels sont décidés de manière durable et pas seulement sur une phase très courte de sortie d'isolement (unités Nerval, Claudel) voire uniquement durant la nuit. Le placement en CI serait également systématique lors des réintégrations de SDRE.

Certains placements en CI sont encore motivés par une prévention de la fugue. Le port du pyjama est encore systématique et non lié à des considérations cliniques.

RECOMMANDATION 31

Le placement d'un patient en isolement doit rester une mesure de dernier recours et ne peut pas être décidé pour motif disciplinaire ou en prévention des fugues.

Les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, ne sont pas signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement. Un protocole de février 2018 prévoit cependant une information au numéro de la sécurité dès la mise de contention et le retrait.

RECOMMANDATION 32

Le service incendie du centre hospitalier doit être tenu informé en permanence des personnes enfermées dans l'établissement, en chambres d'isolement et chambres d'hospitalisation.

Une journée FERREPSY (fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale) sur la contention s'est déroulée au CHGM le 17 janvier 2019. Les soignants indiquent cependant n'avoir globalement reçu que peu de formation sur l'isolement.

Une contention spécifique, la « papoose board » (immobilisateur d'urgence provisoire par rabats de toiles) est utilisée pour la consultation dédiée aux adultes handicapés mentaux ou psychiques (CODA HP⁵) et à la médecine générale. Une note du 25 juin 2019 indique qu'il s'agit d'un outil de contention mécanique installé avec le consentement de la personne souffrant de handicap ou de ses accompagnants et nécessitant des soins somatiques sans agitation ; cette contention s'adresse aux enfants et aux autistes, en présence du médecin généraliste et de deux soignants pour une durée de cinq à trente minutes. Elle est elle aussi un dernier recours après autre alternative.

⁵ Coda HP permet depuis mars 2018, la réalisation d'un examen somatique complet pour des personnes atteintes d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre autistique.

8.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST RENSEIGNE MAIS IL EST INSUFFISAMMENT EXPLOITE

La pratique de l'isolement et de la contention n'est pas encore vraiment analysée en termes de file active et de mise en œuvre par les équipes soignantes.

Les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées sur le logiciel Cortexte. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale, les consignes de surveillance. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

Cependant certains isolement effectués en chambre d'hospitalisation du secteur fermé sont codifiés en « espace dédié » et non en « espace non dédié », ce qui fausse l'analyse de l'utilisation des chambres d'isolement.

Avec ces réserves, l'analyse du registre mis en place montre, sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2019, les chiffres suivants.

Unité Artaud : sur une file active de soixante-seize patients présents et entrés dans le service, trente-six (47 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de soixante-six mesures pour des durées allant de 1 à 593 heures (moyenne de 106 heures soit 4 jours par mesure). Deux patients (soit 6 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de quatre mesures ; la durée de ces contentions allait de 2 à 11 heures par mesure (moyenne de 5 heures). Cinq mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement ni contention n'est indiqué hors CI.

Unité Van Gogh : sur une file active de soixante-quinze patients présents et entrés dans le service, vingt-six (35 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de trente-six mesures pour des durées allant de 1 à 831 heures (moyenne de 115 heures soit 5 jours par mesure). Quatre patients (soit 15 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de huit mesures ; la durée de ces contentions allait de 1 à 34 heures par mesure (moyenne de 10 heures). Trois mesures d'isolement (pour un même patient) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI. La mesure de 831 heures concernait un mineur devenu majeur à l'issue de la période.

Unité UCHA : sur une file active de soixante-quinze patients présents et entrés dans le service, neuf (12 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de vingt et une mesures pour des durées allant de 3 à 381 heures (moyenne de 40 heures par mesure). Un patient sur les neuf placés en isolement a eu deux mesures de contention associées de six et quarante heures. Toutes les mesures d'isolement concernent des patients en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Unité Laborit sur une file active de trente-cinq patients présents et entrés dans le service, six (17 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de neuf mesures pour des durées allant de 7 à 70 heures (moyenne de 30 heures par mesure). Aucun patient n'a eu une contention associée. Cinq mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Unité Verlaine : sur une file active de soixante-sept patients présents et entrés dans le service, vingt (30 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de quarante et une mesures pour des durées allant de 4 à 785 heures (moyenne de 188 heures soit 8 jours par mesure). Cinq patients (soit 25 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de cinq mesures ; la durée de ces contentions allait de 0,5 à 40 heures par mesure (moyenne de 13 heures). Quatre mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Unité Gérard de Nerval : Sur une file active de 114 patients présents et entrés dans le service, 39 (34 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de quarante-neuf mesures pour des durées allant de 1 à 589 heures (moyenne de 157 heures soit 7 jours par mesure). Trois patients (soit 8 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de trois mesures de six heures par mesure chacune. Trois mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Unité Maupassant : sur une file active de quarante-sept patients présents et entrés dans le service, douze (26 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de douze mesures pour des durées allant de 4 à 191 heures (moyenne de 56 heures par mesure). Aucun patient n'a eu une contention associée. Six mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Unité PAJA : sur une file active de quarante-neuf patients présents et entrés dans le service, vingt-quatre (49 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de trente-trois mesures pour des durées allant de 4 à 1309 heures (moyenne de 195 heures soit 8 jours par mesure). Deux patients (soit 8 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de trois mesures de 1, 2 et 146 heures. Dix mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Unité Claudel : sur une file active de soixante-treize patients présents et entrés dans le service, vingt-deux (30 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de trente-quatre mesures pour des durées allant de 8 à 983 heures (moyenne de 163 heures soit 7 jours par mesure). Six patients (soit 27 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de six mesures de trente minutes à 185 heures (moyenne de 48 heures). Aucune mesure d'isolement n'a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres. Une mesure d'isolement est indiquée hors CI.

Unité Cervantes : sur une file active de quatre-vingt-quatorze patients présents et entrés dans le service, vingt-huit (30 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de cinquante-trois mesures pour des durées allant de 8 à 902 heures (moyenne de 97 heures soit 4 jours par mesure). Sept patients (soit 25 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de treize mesures; la durée de ces contentions allait de 45 minutes à 44 heures par mesure (moyenne de 11 heures). Quatre mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Un isolement est indiqué hors CI.

Unité Charcot : sur une file active de trente-six patients présents et entrés dans le service, cinq (14 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de neuf mesures pour des durées allant de 12

à 299 heures (moyenne de 115 heures soit 5 jours par mesure). Deux patients sur les cinq placés en isolement ont eu une contention associée de 12 et 120 heures par mesure. Aucune mesure d'isolement n'a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Unité Prigogine : sur une file active de cinquante-deux patients présents et entrés dans le service, quinze (29 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de trente-trois mesures pour des durées allant de 12 à 488 heures (moyenne de 161 heures soit 7 jours par mesure). Trois patients (soit 20 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de dix mesures; la durée de ces contentions allait de 1 à 30 heures par mesure (moyenne de 11 heures). Aucune mesure d'isolement n'a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres (mais cinq mesures ne sont pas renseignées). Un isolement est indiqué hors CI.

Unité Bonnafé : sur une file active de quarante-sept patients présents et entrés dans le service, dix (21%) ont été placés en chambre d'isolement lors de vingt mesures pour des durées allant de 1 à 472 heures (moyenne de 102 heures soit 4 jours par mesure). Un patient a eu une contention associée durant six heures. Sept mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Deux isolements sont indiqués hors CI.

L'analyse du registre est actuellement fiable au regard des renseignements enregistrés dans le logiciel. Les données recueillies sont cohérentes, sur le nombre de mesures initiées, avec le rapport annuel 2018 et les analyses internes du premier semestre 2019.

Cependant, les analyses faites par l'établissement sont encore uniquement par pôle ou à l'échelle du CH .

L'ensemble de ces chiffres montre ainsi des pratiques d'isolement assez habituelles, très peu associées à des contentions.

Des décisions d'isolement sont prises pour des patients en soins libres mais de moins de douze heures.

Plusieurs durées longues d'isolement ne peuvent néanmoins correspondre qu'aux seuls moments de crise ou à des solutions de dernière extrémité. Quelques patients placés en CI ont été rencontrés par les contrôleurs et la nécessité d'un isolement n'apparaissait pas clairement.

Les durées d'isolement pratiquées au CH ne respectent pas les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

RECO PRISE EN COMPTE 3

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, afin de limiter ces pratiques aux seuls actes de dernier recours.

Dans ses observations du 9 mars 2020, le directeur indique que les données du registre seront analysées par unité et transmises aux cadres de santé et médecins responsables des unités à compter du premier trimestre 2020.

9. PRISE EN CHARGE DES PUBLICS SPECIFIQUES

9.1 LES PATIENTS MINEURS SONT HOSPITALISES DANS DES UNITES DIFFERENTES SELON LEUR AGE MAIS LES PLUS AGES SONT AFFECTES DANS UN UNITE ACCUEILLANT DE JEUNES MAJEURS

Les patients mineurs peuvent être accueillis au sein du pôle de pédopsychiatrie qui regroupe des unités d'hospitalisation à temps plein (clinique Chaurand et unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents) mais aussi une « consult'ado » (unité de consultations ambulatoire), une unité mobile d'évaluation et de soutien et une unité d'évaluation de l'autisme pour les enfants et les adolescents. D'autres mineurs, moins nombreux, peuvent aussi être hospitalisés à temps plein dans un autre pôle, au pavillon d'accueil des jeunes adultes (PAJA) du pôle « Rive droite – Sud-Est ».

9.1.1 La clinique Chaumard

La clinique Chaumard, de douze places, située dans une zone close de l'hôpital, est réservée aux enfants de 6 à 12 ans et les temps d'hospitalisation sont limités à deux jours et deux nuits par semaine : les plus jeunes (de 6 à 9 ans) sont accueillis du lundi matin au mercredi matin ; les autres (de 9 à 12 ans) le sont du mercredi midi au vendredi midi. Aucun n'est placé en soins sans le consentement des parents au moment du contrôle. Chacune des douze chambres individuelles est ainsi alternativement occupée par deux enfants. Les jeunes patients y bénéficient d'une forte présence de soignants, d'une professeure des écoles qui dispose d'une salle de classe, et d'activités variées animées par des soignants et des éducateurs.

9.1.2 L'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents

L'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA), de huit places, est fermée. Elle est réservée aux jeunes de 13 à 16 ans, accueillis lors d'une crise et pour des séjours de courte durée (normalement une semaine renouvelable deux fois⁶). Lors de la visite, cinq mineurs étaient hospitalisés mais, a-t-il été indiqué, toutes les places étaient généralement occupées ; la situation constatée correspondait à une période de montée en puissance progressive après la période estivale, des admissions étant déjà programmées pour les semaines à venir. Les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ou par ordonnance de placement provisoire (OPP) sont rares : une à deux par an, selon les informations recueillies. Il arrive aussi que des enfants de 12 ans soient admis dans l'unité mais ces cas, rares, font l'objet d'une dérogation.

L'unité est implantée en ville, dans des bâtiments entourés d'immeubles d'habitation et de commerces. Cette situation présente des avantages car elle permet des sorties faciles et agréables avec les jeunes mais aussi des inconvénients importants : la cour est surplombée par des appartements et, lors d'un déclenchement d'alarme, les renforts provenant de l'hôpital Marchant ne peuvent arriver que tardivement compte tenu de l'éloignement et de l'importance

⁶ La durée moyenne de séjour (DMS) est de dix-sept jours.

de la circulation dans cette capitale régionale (quinze à vingt minutes de déplacement au mieux). Il a été indiqué qu'un projet d'installation de l'UCHA dans l'enceinte de l'hôpital était à l'étude.

Les locaux sont installés dans un bâtiment ancien, mal adapté aux besoins. Le rez-de-chaussée est occupé par les bureaux, les salles d'activités (dont la salle de classe) et la salle à manger et le 1^{er} étage l'est par les huit chambres individuelles (correctement meublées) avec, chacune, leur salle d'eau, une chambre d'isolement, un bureau infirmier et une bibliothèque. Une cour, dont une partie est sous abri, est équipée de tables, de bancs, d'une table de ping-pong et d'un punching-ball.



La cour et la salle à manger

L'équipe pluridisciplinaire assure un suivi fréquent des jeunes et des activités sont organisées tout au long de la journée. La prise en charge est apparue attentive.

Deux psychiatres sont affectés à l'unité, chacun étant référent de quatre adolescents ; ils sont présents chaque jour, du lundi au vendredi. Un interne est également présent durant les jours de la semaine (sauf le jeudi). Le samedi matin, un pédopsychiatre du pôle se déplace à l'UCHA et, le samedi après-midi et le dimanche, le psychiatre d'astreinte du centre hospitalier répond aux demandes.

Un cadre de santé à temps plein, des infirmiers (11,40 ETP) et des éducateurs (5,20 ETP) constituent l'équipe assurant la prise en charge quotidienne, jour et nuit, avec deux infirmiers et/ou éducateurs le matin, trois l'après-midi, un en journée et deux de nuit.

Par ailleurs, un pédiatre intervient le lundi après-midi (une semaine sur deux) et le jeudi après-midi (toutes les semaines). Une sage-femme, présente une fois par mois (de 14h30 à 16h), traite de la sexualité.

Il convient de remarquer que cette équipe a collectivement mené des réflexions sur des sujets sensibles tels que l'accès au tabac des mineurs hospitalisés ou la sexualité des adolescents. Ce travail en commun a aussi abouti à une solution originale concernant le téléphone pour empêcher les prises de photographies tout en laissant aux jeunes un accès facile à ce moyen de communication, dans des créneaux horaires définis : un téléphone sans prise de vue possible leur

est fourni en remplacement de leur smartphone et ils y placent leur carte SIM. Cette mesure originale, fruit d'une réflexion commune menée au sein de l'équipe soignante, est suffisamment rare pour être soulignée.

BONNE PRATIQUE 5

Le prêt d'un téléphone dépourvu de moyen de prise de vue aux patients de l'unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents permet à la fois d'éviter toute diffusion de photographies et de leur laisser un moyen de communiquer avec leurs proches.

Au sein de l'unité, la liberté est la règle et l'interdiction, l'exception. L'accès aux chambres et aux espaces est libre dans la journée mais est nécessairement limité en raison du programme des activités et des soins. Le port du pyjama est limité à la chambre d'isolement, comme dans les autres unités du centre hospitalier (cf. § 5.2.2). L'accès au tabac, soumis à l'accord des parents, est limité à six cigarettes par jour. Les mineurs qui n'ont pas la possibilité de faire entretenir leur linge par leur famille peuvent le faire dans l'unité, à l'aide des machines à laver installées dans la lingerie.

Chaque jeune a un programme défini chaque matin lors d'une réunion quotidienne. Les moments de calme sont aussi aménagés dans la journée, avec un retour en chambre obligatoire entre 13h30 et 14h30, et des moments de loisirs entre 16h30 et 19h (heure du dîner).

L'isolement y est rare mais les conditions matérielles ne sont pas satisfaisantes. La chambre, située au 1^{er} étage, en bout de couloir, séparée des autres chambres, est éloignée du rez-de-chaussée et donc, en journée, des soignants. La pièce, climatisée, équipée d'un bouton d'appel, n'est meublée que d'un lit métallique scellé au sol. La salle d'eau est située dans un local contigu mais la porte de communication reste fermée, obligeant à en demander l'ouverture aux soignants, à chaque fois, pour aller aux toilettes ; il a été indiqué que cette disposition a été prise pour éviter un risque de fugue car une seconde porte, qui donne directement dans le couloir, n'est pas renforcée. Même si les durées d'isolement sont courtes, ces conditions d'hébergement ne sont pas acceptables (cf recommandation §8.1). Par ailleurs, aucun registre ne permet de tracer l'utilisation de cette chambre (cf. § 8.3).

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le placement de mineurs en isolement doit être tracé dans un registre permettant l'analyse des pratiques.

Dans ses observations du 9 mars 2020, le directeur indique que le placement des mineurs en isolement est tracé dans le registre comme pour les majeurs.

9.1.3 Le pavillon d'accueil des jeunes adultes

Le pavillon d'accueil des jeunes adultes (PAJA), unité de douze places, reçoit des personnes de 17 à 25 ans. Cette mixité, dans laquelle des patients mineurs côtoient des majeurs mais aussi dans laquelle des jeunes hommes et des jeunes femmes sont soignés dans la même unité, constitue, a-t-il été indiqué, un facteur stabilisant pour les mineurs.

Les conditions de vie et de soins sont comparables à celles des autres unités du centre hospitalier.

10. CONCLUSION

Le contrôle de la prise en charge des personnes en soins sans consentement au sein du Centre Hospitalier Gérard Marchant s'est déroulé dans une ambiance sereine et constructive.

Les professionnels se sont montrés investis dans leurs missions, bienveillants et intéressés par le regard extérieur du contrôle. Les restrictions de liberté et le respect des droits fondamentaux des personnes sont intégrées dans la réflexion institutionnelle sur la prise en charge des patients.

Pour autant, l'établissement doit faire face à un besoin de prise en charge croissant d'une population qui augmente de 20 000 habitants chaque année et qui sature ses capacités hospitalières malgré les efforts déployés sur l'ambulatoire en prévention des hospitalisations, que ce soit par le développement des équipes mobiles, de l'équipe sanitaire d'appui aux équipes éducatives et lycéens, ou encore par la création de lits en soins de longue durée. L'offre de soins en ambulatoire reste insuffisante avec des délais de rendez-vous aux CMP de plusieurs mois, ceci dans un contexte de vacance de postes médicaux.

Face à ces difficultés de prendre en charge de façon adaptée tous les patients, des atteintes aux droits fondamentaux et à la dignité ont été instaurées via l'occupation inadéquate des chambres d'isolement, le transfert de patients d'un lit à un autre, voire d'une unité à une autre parfois en pleine nuit. Les patients placés en CI ne conservent que rarement leur chambre d'hospitalisation dans les services d'admission et d'autres sont hospitalisés directement en CI sans qu'une chambre d'hospitalisation ne soit vacante pouvant être occupée dès la fin de la crise.

Par ailleurs, le personnel soignant calibré pour assurer les soins à vingt patients, se retrouve la majorité du temps à en gérer vingt-deux.

Parallèlement à ces contingences logistiques d'hébergement qui prennent la main sur le soin, les pratiques d'isolement et de contention sont là aussi paradoxales. **Si l'usage de la contention est très modéré et dans les plus basses observées par le CGLPL, l'usage de l'isolement reste assez élevé** et ne se présente pas comme une mesure de dernier recours pour tous les patients. Les chambres d'isolement sont toutes impropres à l'apaisement dans leur conception architecturale et l'analyse du registre n'est pas réellement faite.

Enfin, la question du patient comme sujet de droit n'est pas encore maîtrisée : le registre de la loi ne permet pas l'exercice du contrôle par les autorités du respect des procédures ; la notification des droits doit être mieux comprise par les soignants et l'information sur les droits comme celle générale sur l'admission à l'hôpital mieux expliquée et transmise aux patients.

Pour autant, l'accès aux soins de psychiatrie est sérieusement organisé, pluridisciplinaire et l'accès aux soins somatiques est garanti. Les activités thérapeutiques sont investies et bien intégrées dans le projet de soins des patients.

Concernant le respect des droits fondamentaux dans la vie quotidienne, **les locaux sont en bon état et adaptés aux besoins. La liberté d'aller et venir a ici été particulièrement prise en compte** puisque toutes les unités sont ouvertes, avec un secteur fermé de cinq places dans les huit unités d'admission. On regrette cependant, vis-à-vis des restrictions de liberté, une pratique opposée en secteur ouvert et en secteur fermé sur beaucoup d'aspects (téléphone, tabac,

communications, pyjama, etc), avec un renversement de la règle : tout est autorisé sauf exception décidée par le médecin en secteur ouvert, tout est interdit sauf autorisation du médecin en secteur fermé.

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

www.cglpl.fr