

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

1<sup>er</sup> au 11 juillet 2019 – Première visite

Centre hospitalier La Candélie

Pont-du-Casse

*(Lot-et-Garonne)*



© JC Hanché - CGLPL

## SYNTHESE

Créé en 1965, le centre hospitalier départemental La Candélie (CHD) est l'unique établissement public de santé mentale du Lot-et-Garonne, assurant les soins psychiatriques pour les 331 000 habitants d'un département rural.

23% des patients hospitalisés le sont en soins sans consentement. Les modes d'entrées en séjour s'effectuent à 45 % *via* les urgences, à 35 % d'un domicile, à 10 % d'un hébergement médico-social. Le CHD assure également la psychiatrie de liaison et les soins psychiatriques aux urgences du centre hospitalier d'Agen et participe aux soins dispensés aux personnes détenues dans les deux unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) d'Agen et Eysses.

La prise en charge intra-hospitalière des adultes comporte neuf unités (176 lits), une unité intersectorielle de réhabilitation, et une unité dite clinique dans laquelle ne sont hospitalisées que des personnes en soins libres ; l'extra hospitalier comprend neuf centres médico-psychologiques (CMP), sept centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), trois hôpitaux de jour (HDJ), un atelier thérapeutique et un appartement thérapeutique.

La prise en charge des mineurs est réalisée par deux pôles : un pôle pour les enfants avec neuf sites avec CMP, CATTP et huit lits d'hospitalisation de semaine, et un pôle pour les adolescents avec trois points de consultations, un réseau, et neuf lits d'hospitalisation.

Enfin l'intersectorialité concerne la géronto-psychiatrie, les urgences, la psychiatrie de liaison, le bloc médico-technique (pharmacie, somaticiens, addictologie) et l'hospitalisation à domicile (huit places).

Le taux d'occupation des neuf unités de psychiatrie adulte oscille entre 88 et 95 % ; celui de l'unité des adolescents est à 96 % et celui de l'unité des enfants est à 41 %. Les difficultés de sur-occupation sont rares. La durée moyenne de séjour (DMS) est de 21 jours (en baisse) en 2018 et la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est à 49,7 jours (53,8 jours en 2017).

Le projet d'établissement a été instauré sur la période 2017-2021. Il ne comporte cependant aucun réel projet médico-soignant opérationnel permettant, excepté l'accent mis sur la modernisation de l'offre ambulatoire, de comprendre les perspectives souhaitées dans la prise en charge intra-hospitalière des patients. Cette absence de politique médico-soignante ne permet pas une modernisation des pratiques qui restent ce jour anciennes et sur certains aspects, sources de maltraitance institutionnelle. Par ailleurs, la mise à niveau de l'extra hospitalier s'est faite, en termes d'offre de soins, au détriment de l'intra hospitalier.

Les constats du CGLPL ont amené l'établissement à s'interroger sur ses pratiques et certaines recommandations ont déjà été prises en compte. Quelques améliorations ont ainsi porté sur des atteintes à la dignité comme la mise à nu des patients à risque suicidaire qui a été supprimée, sur l'information des usagers par un livret d'accueil actualisé et une meilleure notification des droits, sur un registre de la loi remis en conformité avec les textes ou encore sur l'installation de bouton d'appel dans les chambres des patients.

Cependant, les atteintes portées à la liberté d'aller et venir, de même que les mesures d'isolement dans des conditions indignes, avec absence d'accès à l'eau et aux toilettes, ne sont pas corrigées et sont renvoyées à l'élaboration d'un futur projet médico soignant et à la réflexion collégiale préalable à celui-ci.

Le fonctionnement reste ainsi marqué par des restrictions de liberté tout au long de la prise en charge en hospitalisation, souvent systématiques et sans lien avec l'état clinique du patient.

Les locaux sont inadaptés à l'exercice de la psychiatrie et leur amélioration est renvoyée au futur schéma directeur immobilier.

Certaines pratiques dénoncées sont maintenues et revendiquées par l'établissement, comme les micros permettant l'écoute de patients, l'absence d'examen somatique d'admission par un médecin généraliste, l'absence de psychiatre dans le service de psychogériatrie, la pratique d'injection de traitement « si besoin » sans le consentement du patient ni la présence du psychiatre.

L'exercice du soin de psychiatrie pluridisciplinaire reste à formaliser dans le projet médical et les activités thérapeutiques davantage inscrites dans les projets de soins individuels des patients.

La présence de soignants auprès des patients est insuffisante quasi partout, avec des effectifs en permanence au seuil de sécurité, dans un fonctionnement en mode dégradé permanent.

A ce jour, l'établissement peine à mettre les soignants en capacité d'exercer leur mission dans des conditions professionnelles normales, afin d'apporter des soins respectueux des droits fondamentaux des patients.

## 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 ..... 55**

Tous les patients bénéficient d'un shampoing et d'une coupe gratuite chez le coiffeur.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 62**

Le médecin psychiatre et l'IDE de psychiatrie participe chaque matin au *staff* des urgences.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 70**

Une armoire sécurisée de continuité des soins permet un accès aux médicaments pour les services pendant les moments de fermeture de la pharmacie.

### 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 ..... 15**

Un réel projet médico-soignant doit définir, à l'échelle de l'établissement, la stratégie de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 16**

Un schéma immobilier, couplé au projet d'établissement, doit rapidement prioriser et permettre la rénovation des bâtiments vétustes amenant des conditions d'hébergement indignes pour les patients.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 18**

L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins et lui permettant de ne pas diminuer la qualité des soins que sont en droit d'attendre les patients.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 19**

L'organisation des soins dans chaque unité doit définir les besoins de prise en charge et des effectifs adaptés auprès des patients.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 20**

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 6 ..... 28**

Un comité d'éthique doit être créé au sein de l'établissement.

#### **RECOMMANDATION 7 ..... 43**

Conformément au règlement intérieur qui affirme le respect de la liberté d'aller et de venir au sein de l'hôpital, une réflexion doit être conduite afin de respecter cette liberté dans toutes les unités de l'établissement.

- RECOMMANDATION 8 ..... 44**  
Les restrictions, pour les personnes en soins libres comme pour les personnes en soins sans consentement, ne doivent être qu'exceptionnelles et strictement justifiées par leur seul état clinique.
- RECOMMANDATION 9 ..... 47**  
L'organisation de la vie quotidienne doit être définie dans des règles de vie au niveau de chaque unité, après une réflexion générale sur la nécessité et la proportionnalité des contraintes pouvant être imposées aux patients.
- RECOMMANDATION 10 ..... 49**  
Les conditions de communication des patients avec leurs proches doivent être améliorées, notamment avec des salons de visite, des cabines téléphoniques et la possibilité de disposer de leur matériel informatique avec un réseau wifi.
- RECOMMANDATION 11 ..... 50**  
L'hôpital doit engager pour toutes les unités, une réflexion sur tous les sujets relatifs à la sexualité des patients.
- RECOMMANDATION 12 ..... 53**  
Les unités doivent comporter des espaces de vie différenciés, au moins une salle d'activité, une pièce permettant de recevoir sa famille dans l'intimité. L'accès au jardin doit être permis à tout moment.
- RECOMMANDATION 13 ..... 53**  
Afin de préserver l'intimité et la sécurité des patients, les portes des chambres doivent être équipées d'un système leur permettant de s'enfermer dans leur chambre et de refermer derrière eux lorsqu'ils en sortent.
- RECOMMANDATION 14 ..... 54**  
Chaque chambre doit être équipée d'une table, d'une chaise, d'un chevet et d'un bouton d'alarme ou d'appel.
- RECOMMANDATION 15 ..... 54**  
La loi ne permet pas l'installation de micros permettant d'écouter à leur insu, les personnes hospitalisées dans un établissement de santé.
- RECOMMANDATION 16 ..... 56**  
Le retrait d'objets appartenant au patient ne peut être systématique mais adapté à son état clinique.
- RECOMMANDATION 17 ..... 57**  
Les patients sous protection juridique doivent pouvoir disposer comme ils le souhaitent de l'argent mis à leur disposition.
- RECOMMANDATION 18 ..... 61**  
Le service d'urgence doit 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 19 ..... 61**  
Les décisions de mises de matériels de contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doivent être validées par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 20 ..... 62**  
La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

- RECOMMANDATION 21 ..... 62**  
Un protocole actualisé doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.
- RECOMMANDATION 22 ..... 64**  
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.
- RECOMMANDATION 23 ..... 65**  
Les traitements par injection effectués sans le consentement du patient et sans la présence du médecin psychiatre en « si besoin » sont proscrits.
- RECOMMANDATION 24 ..... 66**  
Les patients doivent bénéficier d'un projet de soin individualisé, construit et suivi grâce à des réunions cliniques régulières et pluridisciplinaires.
- RECOMMANDATION 25 ..... 69**  
Un véritable accès aux soins de réhabilitation psychosociale et aux activités thérapeutiques doit être garanti à tous les patients disposant d'une prescription médicale et après évaluation.
- RECOMMANDATION 26 ..... 74**  
Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, 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, cela afin de respecter la dignité des personnes. L'usage du pyjama ne peut y être systématique
- RECOMMANDATION 27 ..... 75**  
L'hospitalisation de personnes détenues au CHD La Candélie ne respecte pas la dignité des personnes et doit être prohibée.
- RECOMMANDATION 28 ..... 76**  
Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen par un psychiatre deux fois par jour, ainsi que d'un examen par un généraliste.
- RECOMMANDATION 29 ..... 83**  
L'organisation du pôle de géronto-psychiatrie doit être repensée afin que les unités n'admettent que des patients présentant des maladies psychiatriques. La pertinence de l'hospitalisation ne peut être décidée que par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 30 ..... 85**  
Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir sortir de l'unité, sauf restriction médicale décidée par un médecin psychiatre. A l'unité SGP2, l'accès aux chambres par les patients doit être plus souple et évalué de manière individuelle.
- RECOMMANDATION 31 ..... 86**  
Les sorties des patients de l'unité ne doivent pas être retardées par l'absence de médecin psychiatre en capacité de produire un certificat médical.
- RECOMMANDATION 32 ..... 90**  
Le retrait des téléphones, tablettes, ordinateurs personnels ne doit pas être systématique mais uniquement décidé par le psychiatre sur des considérations cliniques propres à chaque patient.
- RECOMMANDATION 33 ..... 90**  
L'accès à la terrasse et au jardin clos ne doit être restreint que sur évaluation clinique de chaque patient, et décision du psychiatre.

- RECOMMANDATION 34** ..... **91**  
 Une réflexion doit être engagée au sein de l'unité des adolescents pour formaliser les modalités d'un espace non fermé propice à l'apaisement.
- RECOMMANDATION 35** ..... **92**  
 Conformément aux dispositions légales, le placement en chambre d'isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours.
- RECOMMANDATION 36** ..... **92**  
 En application des dispositions réglementaires, le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient et dans le respect de sa dignité. Le séjour d'un patient détenu doit être proscrit dans les conditions d'hospitalisation aujourd'hui en vigueur.

## 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** ..... **23**  
 La commission départementale de soins psychiatriques doit analyser la question du grand nombre de mesures de SDRE concernant des mineurs et rechercher avec les institutions concernées les voies pour les réduire.
- RECO PRISE EN COMPTE 2** ..... **24**  
 La distribution du livret d'accueil doit être faite lors de toute admission ou réadmission. Des règles de vie propres à chaque unité doivent être développées et affichées.
- RECO PRISE EN COMPTE 3** ..... **25**  
 La possibilité de conserver les documents relatifs à l'admission et à l'hospitalisation doit être laissée au patient. Les patients admis en SDRE doivent pouvoir obtenir une information spécifique sur leurs droits et les coordonnées des voies de recours et des mécanismes de contrôle compétents.
- RECO PRISE EN COMPTE 4** ..... **27**  
 La mise en place d'un comité de retour d'expérience doit être l'occasion de réfléchir autour d'événements passés et récurrents ayant eu lieu dans toutes les unités.
- RECO PRISE EN COMPTE 5** ..... **29**  
 Les personnes désignées comme personne de confiance doivent être informées de leur nomination et formellement donner leur accord.
- RECO PRISE EN COMPTE 6** ..... **29**  
 L'établissement doit actualiser son livret d'accueil et son règlement intérieur pour porter à la connaissance des patients sous mesure de tutelle la possibilité de désigner une personne de confiance sous la condition d'y être autorisée par le juge.
- RECO PRISE EN COMPTE 7** ..... **32**  
 La procédure relative à la confidentialité sur la présence et à l'anonymisation doit être connue et appliquée par le personnel qui doit également en informer les patients.
- RECO PRISE EN COMPTE 8** ..... **34**  
 L'hôpital doit mettre un local à la disposition des usagers.

<b>RECO PRISE EN COMPTE 9</b> .....	<b>34</b>
L'établissement doit mener une politique incitative pour le renseignement par les patients du questionnaire de satisfaction.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 10</b> .....	<b>35</b>
L'organisation administrative de l'hôpital doit permettre la signature et la notification de la décision d'admission en soins sans consentement par le chef d'établissement dès l'entrée du patient.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 11</b> .....	<b>36</b>
Le registre de la loi doit comporter l'ensemble des informations prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique et être renseigné dans le délai légal.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 12</b> .....	<b>37</b>
Le collège des professionnels de santé doit se réunir effectivement et les patients doivent être reçus par les membres.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 13</b> .....	<b>39</b>
L'audience du JLD ne doit pas systématiquement être sécurisée par de deux membres des équipes de prévention et de sécurité.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 14</b> .....	<b>40</b>
La CDSP doit, conformément aux dispositions de l'article R3223-11, établir un rapport annuel d'activité comportant une synthèse de ses conclusions sur les réclamations qu'elle a reçues et sur les constatations qu'elle a opérées lors de la visite d'établissements, notamment en ce qui concerne la tenue des registres, le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 15</b> .....	<b>78</b>
La mise à nu de patient est proscrite quel que soit l'état clinique.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 16</b> .....	<b>78</b>
Le service incendie du CH doit être tenu informé en permanence des personnes enfermées dans l'établissement, en chambres d'isolement et chambres d'hospitalisation.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 17</b> .....	<b>80</b>
L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 18</b> .....	<b>84</b>
Les patients hospitalisés en service de psychiatrie doivent bénéficier d'un examen par un psychiatre lors de leur séjour. Le personnel de l'unité SGP2 doit être adapté quantitativement aux besoins des patients.	

## PROPOSITIONS

*Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.*

<b>PROPOSITION 1</b> .....	<b>59</b>
L'agence régionale de santé doit concevoir, au sein du territoire de santé, un dispositif formalisé 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.	





## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>10</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>12</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>14</b>
2.1 L'établissement n'a pas de projet médical .....	14
2.2 Le budget est insuffisant pour garantir la qualité de la prise en charge des patients .....	17
2.3 Les effectifs non médicaux intra hospitaliers sont insuffisants et les postes médicaux vacants rendent délicate la permanence des soins .....	18
2.4 Le nombre d'hospitalisations d'adolescents en SDRE croît de façon démesurée .....	21
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>24</b>
3.1 Les patients ne conservent aucune information sur leurs droits généraux et spécifiques .....	24
3.2 Les incidents sont déclarés et les plaintes traitées mais ils ne font pas l'objet d'une réflexion institutionnelle .....	26
3.3 Le rôle de la personne de confiance n'est pas compris par les soignants .....	28
3.4 L'accès au vote est désormais facilité par l'hôpital .....	29
3.5 Les patients sont informés des modalités d'accès aux différents cultes .....	29
3.6 Les majeurs nécessitant une protection sont repérés mais l'implication des tuteurs demeure variable .....	30
3.7 La confidentialité sur la présence n'est pas garantie .....	31
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>33</b>
4.1 La place des usagers est insuffisamment prise en compte .....	33
4.2 Le registre de la loi ne contient pas toutes les mentions prévues par la loi .....	34
4.3 La préparation à la sortie est freinée par le manque de structure d'accueil .....	36
4.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention est effectif, mais les modalités de présentation des patients sont indignes .....	37
4.5 Le contrôle institutionnel n'est assuré que par la CDSP.....	39
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>42</b>
5.1 L'accès au domaine est très sécurisé et la plupart des unités sont fermées .....	42
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont différentes selon les unités.....	44
5.3 La communication des patients avec leurs proches n'est pas favorisée par l'aménagement et l'organisation des unités .....	47
5.5 Le thème de la sexualité n'a fait l'objet d'aucune réflexion .....	49

<b>6. LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>51</b>
6.1 Le domaine est vaste mais non exploité pour la mission de l'établissement et les locaux sont inadaptés .....	51
6.2 Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes à l'exception de celles des chambres d'isolement .....	54
6.3 Les biens des patients sont retirés de façon systématique et les personnes sous tutelle font l'objet de restrictions non basées sur la clinique .....	55
6.4 Les repas, supervisés au plan diététique, se déroulent dans des espaces peu conviviaux .....	57
<b>7. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES .....</b>	<b>59</b>
7.1 Les urgences psychiatriques et les admissions sont peu organisées .....	59
7.2 Les prises en charge en soins psychiatriques sont désorganisées .....	64
7.3 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques est insuffisant.....	68
7.4 L'accès aux traitements bénéficie d'une attention particulière .....	69
7.5 L'accès aux soins somatiques n'est pas garanti.....	70
<b>8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION .....</b>	<b>73</b>
8.1 L'utilisation des chambres d'isolement ne permet pas le respect de la dignité.	73
8.2 L'isolement n'est pas toujours un dernier recours mais l'usage de la contention est très faible .....	76
8.3 Le registre n'est pas rigoureusement renseigné et n'est pas exploité .....	78
<b>9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>82</b>
9.1 Les unités de gérontopsychiatrie n'offrent pas un accès aux soins de psychiatrie .....	82
9.2 La psychiatrie infanto-juvénile est scindée en deux pôles sans cohérence globale .....	86
9.3 Les patients détenus sont systématiquement placés en chambres d'isolement et sont soumis à des conditions d'hospitalisation indignes .....	91
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>93</b>

---

# Rapport

## Contrôleurs :

Luc Chouchkaieff, chef de mission ;  
Annie Cadenel, contrôleure ;  
Edith Chazelle, contrôleure ;  
Jean-Christophe Hanché, contrôleur ;  
Agnès Lafay, contrôleure ;  
Thierry Landais, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier La Candélie à Pont-du-Casse (Lot-et-Garonne) **du 1<sup>er</sup> au 11 juillet 2019**.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 1<sup>er</sup> juillet 2019 à 14h30. Ils l'ont quitté le 11 juillet 2019 à 12h.

Ils ont été accueillis par la directrice par intérim et la mission a pu se présenter devant des médecins-chefs de pôle, le président de la commission médicale d'établissement, 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 de la préfète de Lot-et-Garonne, la présidente et le procureur du tribunal de grande instance (TGI) d'Agen, le délégué départemental de l'agence régionale de santé (ARS) et des représentants syndicaux. Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience 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 souhaitaient 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 11 juillet 2019 avec les mêmes participants que pour la réunion de présentation, excepté la directrice par intérim empêchée.

Au regard de la gravité des constats, détaillés dans le présent rapport, la ministre des solidarités et de la santé a été saisie par courrier le 25 octobre 2019.

Le contrôle général a adressé un rapport de constat le **16 octobre 2019** à la directrice de l'établissement, au préfet de département, au directeur général de l'agence régionale de santé

et au président du tribunal de grande instance d’Agen. **Leurs observations sont intégrées dans le présent rapport.**

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'ETABLISSEMENT N'A PAS DE PROJET MEDICAL

Créé en 1965 sur un modèle d'hôpital village par le Docteur Tosquelles, le centre hospitalier départemental La Candélie (CHD) est l'unique établissement public de santé mentale du Lot-et-Garonne, assurant les soins psychiatriques pour les 331 000 habitants d'un département rural, avec une population majoritairement âgée et vieillissante. L'établissement se situe sur la commune de Pont-du-Casse à 6 km d'Agen, sur une surface de 71 hectares.

**L'établissement est structuré en huit pôles :**

- trois pôles de psychiatrie adulte pour trois secteurs : Agen-Albret (unités Rimbaud, Claudel, Lautréamont), Vallée-du-Lot (unités Pruniers, Oliviers, Lauriers), et Garonne-et-Confluent (unités Erables, Merisiers, Ambans) ;
- un pôle de pédopsychiatrie et un pôle adolescent ;
- un pôle intersectoriel avec la psychiatrie de liaison aux urgences, le service intersectoriel de régulation des admissions (SIRA), l'hospitalisation à domicile (HAD), la clinique ;
- un pôle intersectoriel « perspectives » avec la géronto-psychiatrie et la réhabilitation psychosociale ;
- un pôle « addimed » avec les services d'addictologie, « handisanté 47 », la pharmacie et le département d'information médicale (DIM).

**11 544 patients ont été pris en charge par l'établissement en 2018 (8 774 en 2014), dont 1 730 hospitalisés à temps complet (1 776 en 2017). Parmi ces patients hospitalisés, 403 (23 %) l'étaient en soins sans consentement** dont 107 en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Les enfants et adolescents représentent 24,2 % des patients.

L'origine des patients pris en charge est l'agenais pour 44,5 %, le villeneuvois pour 29 % et le marmandais pour 22,5 %. **Les modes d'entrées en séjour s'effectuent à 45 % via les urgences, à 35 % d'un domicile, à 10 % d'un hébergement médico-social.**

La majorité des patients primo requérants sont pris en charge par les centres médico-psychologiques (CMP). **Le CHD assure également la psychiatrie de liaison et les soins psychiatriques aux urgences du centre hospitalier d'Agen.**

La prise en charge intra hospitalière des adultes comporte ainsi trois secteurs, au sein de trois pôles, avec neuf unités (176 lits), une unité intersectorielle de réhabilitation, et une unité dite clinique dans laquelle ne sont hospitalisées que des personnes en soins libres ; l'extra hospitalier comprend neuf centres médico-psychologiques (CMP), sept centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), trois hôpitaux de jour (HDJ), un atelier thérapeutique et un appartement thérapeutique.

La prise en charge des mineurs est réalisée par deux pôles ; un pôle pour les enfants avec neuf sites avec CMP, CATTP et huit lits d'hospitalisation de semaine, et un pôle adolescent avec trois points de consultations, un réseau, et neuf lits d'hospitalisation.

Enfin l'intersectorialité concerne la géronto-psychiatrie (deux unités de dix-sept lits et une équipe mobile), les urgences associant celles du CH d'Agen et le SIRA (douze lits), la psychiatrie de liaison, le bloc médico-technique (pharmacie, somaticiens, addictologie) et l'hospitalisation à domicile (HAD) qui propose huit places.

**Au total, l'établissement dispose de 300 lits d'hospitalisation complète, 148 places d'hôpital de jour, 6 places d'hôpital de nuit.**

Le taux d'occupation des neuf unités de psychiatrie adulte oscille entre 88,05 % et 94,9 % ; celui de l'unité des adolescents est à 96,71 % et celui de l'unité des enfants est à 41,06 %. Les informations recueillies dans les unités font apparaître qu'il n'y a que très rarement sur occupation.

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 21 jours (en baisse) en 2018 mais la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est à 49,7 jours (53,8 jours en 2017). Les journées d'hospitalisation diminuent en 2018 du fait de la fermeture de lits (unité Gauguin).

La file active globale de patients suivis en ambulatoire et en hospitalisation a augmenté de 32 % en cinq ans mais les hospitalisations complètes ont légèrement diminué, avec une baisse du nombre de journée de 9,6 %.

L'établissement participe par ailleurs aux soins dispensés aux personnes détenues dans les deux unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) d'Agen et Eysses.

**Le projet d'établissement** a été instauré sur la période 2017-2021. **Il ne comporte cependant aucun projet médical ou médico-soignant**, et ne permet pas, excepté l'accent mis sur la modernisation de l'offre ambulatoire, de comprendre les perspectives souhaitées dans la prise en charge intra hospitalière des patients. Ce projet indique la mise en place des « CMP pivots », un dans chacun des trois secteurs, et la volonté d'améliorer le travail partenarial avec les médecins généralistes libéraux, d'apporter des réponses aux familles signalant des risques de décompensation, d'intervenir auprès des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), de proposer aux urgentistes du groupement hospitalier de territoire (GHT) des consultations différées, d'ouvrir des consultations au CMP jusqu'à 18h en semaine et une fois jusque 19h.

Le projet indique également le souhait de fermer un pavillon de patients au long cours afin d'en réaffecter le personnel : six à neuf infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sur les CMP pivots, deux IDE au pôle perspective pour le développement d'appartements associatifs, deux IDE en pédopsychiatrie, une en addictologie au CATTP, quatre aides-soignantes à la maison d'accueils spécialisée (MAS) pour huit patients supplémentaires.

Un projet de soins, de 13 pages parmi les 239 du projet d'établissement, développe quatre axes fédérateurs, qui ne partent pas d'un diagnostic de la situation du CHD et restent des vœux généraux, reprenant quelques pratiques habituellement trouvées dans les fiches de poste des professionnels concernés.

### RECOMMANDATION 1

Un réel projet médico-soignant doit définir, à l'échelle de l'établissement, la stratégie de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire**, la directrice par intérim du CH indique que le projet médical tel qu'intégré dans le projet d'établissement 2017-2022 soutient le développement de l'offre ambulatoire et d'inclusion sociale. Elle souligne que l'établissement a procédé à la fermeture de dix-huit lits permettant le redéploiement de personnels, le renforcement de l'extrahospitalier, la création d'une fédération, l'ouverture du service handi-santé 47 et la structuration des soins de réhabilitation psychosociale. La directrice*

*indique que les travaux existent même s'ils doivent se poursuivre et être complétés notamment par une réflexion sur les conditions de prise en charge intra-hospitalière des personnes souffrant de troubles psychiques.*

Le projet architectural de l'établissement se situe pages 230 et 231 ; il ne comporte aucun diagnostic précis de la situation immobilière de l'ensemble de l'établissement et n'établit aucune priorisation des travaux à prévoir, aucune liste chiffrée des rénovations à entreprendre (cf. §.6.1), alors même qu'il s'agit d'un aspect important de la qualité de la prise en charge.

## RECOMMANDATION 2

Un schéma immobilier, couplé au projet d'établissement, doit rapidement prioriser et permettre la rénovation des bâtiments vétustes amenant des conditions d'hébergement indignes pour les patients.

**Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire**, la directrice indique que les réflexions se poursuivent depuis l'adoption du projet d'établissement dans l'objectif de finaliser un schéma immobilier.

**Le CHD a intégré en juillet 2016, le GHT du Lot-et-Garonne** qui rassemble sept établissements : le centre hospitalier Agen-Nérac, le pôle de santé du Villeneuvois, le centre hospitalier de Casteljaloux, le centre hospitalier de Penne d'Agenais, le centre hospitalier départemental La Candélie, le centre hospitalier de Fumel, le centre hospitalier intercommunal Marmande-Tonneins. Par ailleurs, le CHU de Bordeaux (Gironde) est le centre hospitalier universitaire de référence.

Le volet médical « santé mentale » du GHT n'est pas connu. Dans la mesure où le CHD a le monopole de la prise en charge de psychiatrie, excepté une dizaine de psychiatres libéraux dans le département, et qu'il n'a lui-même pas de projet médical, le GHT n'a pas de volet médical santé mentale réellement travaillé. Il se concentre sur la mutualisation des fonctions suivantes : le système d'information hospitalier, la fonction achats, la coordination des instituts de formation et des plans de formation et enfin, la gestion de la qualité et des risques.

**Le CHD s'est ainsi engagé depuis plusieurs années dans une démarche de renforcement de l'activité ambulatoire à l'occasion de la diminution des capacités intra hospitalières (quarante lits en cinq ans).** La prise en charge intra hospitalière n'a pas bénéficié d'investissements humains comme immobiliers.

**Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire**, la directrice indique que le projet médical partagé du GHT dispose d'un volet consacré à la santé mentale comprenant sept fiches actions (rendre lisible et optimiser le dispositif urgences psychiatriques, partage de données dossier médical psychiatrique, optimiser l'organisation de la psychiatrie de liaison, organisation sur le territoire du parcours en addictologie au sein de la filière santé mentale, soins somatiques aux patients présentant des troubles psychiques correspondant à la création du service handisanté, organisation de la coopération entre pédiatrie et pédopsychiatrie, développement de la télémédecine en santé mentale sur tout le territoire. Par ailleurs l'établissement a participé aux travaux d'élaboration du projet territorial de santé mentale (dix-neuf fiches actions).

**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 2019-2023. Il est général et aborde peu les



problématiques structurelles de l'établissement, dont les pratiques d'isolement. Il appuie le renforcement ambulatoire du CHD du projet d'établissement 2017-2021 par redéploiement des moyens des unités d'hospitalisation, principalement dans le renforcement des CMP pivots de secteur et l'ouverture des soins somatiques de l'intra au profit des personnes suivies en ambulatoire.

**Le directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine indique, dans ses observations du 5 décembre 2019 en réponse au rapport provisoire, que le CPOM prévoit, à travers la déclinaison de ces axes structurants, spécifiquement un objectif opérationnel d'amélioration de la pertinence des soins et des prescriptions. Il cible particulièrement les mesures d'isolement et de contention prononcées dans une perspective de réduction de ces mesures. L'ARS confirme l'adaptation de l'établissement aux enjeux du virage ambulatoire, suivi en dialogue de gestion chaque année, et les collaborations médicales précisées dans le CPOM au sein du GHT, le CHD étant référent sur l'addictologie, la gérontopsychiatrie et les urgences psychiatriques.**

Le contrôle a porté sur neuf unités de psychiatrie adulte, les deux unités d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile, les deux unités de psychogériatrie, le SIRA et l'accueil aux urgences du CH d'Agen.

## 2.2 LE BUDGET EST INSUFFISANT POUR GARANTIR LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Le CHD a disposé en 2018, d'une **dotations versée par l'assurance maladie de 52 457 879 euros** (contre 52 227 144 en 2017), à laquelle s'ajoutaient 2 575 306 euros de titre 2 (ticket modérateur ; 2 607 958 en 2017) et 3 768 510 de titre 3 (mises à disposition, remboursements ; 3 634 498 en 2017), soit un **total de 58 801 696 euros de produits**. La dotation versée par l'assurance maladie associait la dotation annuelle de financement à hauteur de 49 287 081 et la tarification à l'activité de l'addictologie pour 1 555 807 euros.

**Les dépenses étaient en 2018 de 58 642 789 euros** dont 48 417 780 de dépenses de personnel ; les autres charges étaient stables et les frais financiers diminuaient de 416 000 euros en un an.

Le budget est ainsi clôturé chaque année avec un excédent grâce aux nombreux postes vacants de médecins ; si ces postes étaient pourvus, le budget aurait un déficit structurel chaque année de quelques centaines de milliers d'euros.

La capacité d'autofinancement reste élevée (2 485 000 euros en 2018) et le fonds de roulement net global significatif à + 513 000 euros. Il n'y a pas d'emprunt toxique.

Par ailleurs, le compte de résultat annexe de la maison d'accueil spécialisée (MAS) montre un déficit de 60 000 euros en 2017 et 187 000 euros en 2018 sur un produit de 3 608 439 euros.

**Ainsi, le déficit structurel budgétaire, même compensé par les crédits non utilisés des postes médicaux, a amené l'établissement à diminuer la qualité des soins**, que ce soit par le non-remplacement de postes d'infirmiers, le non-paiement d'heures supplémentaires ou l'absence d'embauche d'intérimaires pour remplacer les absences (cf.§.2.3). Il n'y a pas encore de planification financière pour une rénovation immobilière d'ampleur (cf. §.6.1).

### RECOMMANDATION 3

L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins et lui permettant de ne pas diminuer la qualité des soins que sont en droit d'attendre les patients.

***Dans ses observations du 5 décembre 2019 répondant au rapport provisoire**, le directeur général de l'ARS indique que le CHD dispose d'une dotation financière déterminée à partir d'un modèle national et prenant en considération les enveloppes limitatives de crédits notifiés par l'agence régionale de santé pour le financement du secteur à l'échelle de la région. Cette dotation est cohérente avec les moyens alloués aux établissements de même catégorie situés dans d'autres départements de la région Nouvelle-Aquitaine.*

Le CGLPL maintient sa recommandation, en souhaitant que les dotations correspondent aux besoins réellement évalués par établissement.

## 2.3 LES EFFECTIFS NON MEDICAUX INTRA HOSPITALIERS SONT INSUFFISANTS ET LES POSTES MEDICAUX VACANTS RENDENT DELICATE LA PERMANENCE DES SOINS

### 2.3.1 Les effectifs

L'effectif global du CHS La Candélie est stable avec 1 009 équivalents temps plein (ETP) en 2018 (1 000,78 ETP en 2017, 990,61 ETP en 2016). Au 31 décembre 2018, l'effectif était de **1 074 salariés** dont 56 personnels médicaux.

#### a) Effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux s'établissent en 2018 à 974,05 ETP pour l'ensemble de l'établissement : personnel soignant 717,54 ETP, socio-éducatif 65,42 ETP, médico-technique 5,28 ETP, administratif 97,21 ETP, technique et ouvrier 88,6 ETP.

Concernant les unités d'hospitalisation complète, les effectifs s'établissent à 307,11 ETP (24,17 ETP non pourvus) représentant 392 salariés.

L'absentéisme se monte à 7,63 % concernant tous les personnels non médicaux, et à 8,7 % pour les personnels des services de soin. **L'établissement ne fait pas recours à l'intérim pour combler les absences.** Les remplacements de courte durée se font soit entre unités, occasionnant alors une désorganisation de celles-ci, soit par le recours aux volontaires revenant travailler en heures supplémentaires, ce qui a occasionné 760 heures supplémentaires non encore récupérées ni rémunérées au 31 décembre 2018, concernant très majoritairement des infirmiers.

Les contrats à durée déterminée (CDD) représentent 11,35 % des emplois non médicaux. Les infirmiers sont recrutés en CDD pour des durées de 3 à 6 mois, puis passés en CDI pendant environ un an, puis stagiaires et enfin titularisés. Alors que ce parcours de recrutement est déjà singulièrement long, les contrôleurs ont rencontré des personnels soignants encore en CDD au-delà de six mois.

Le service dans les unités s'organise en trois espaces horaires : matin 6h15-14h30, après-midi 14h-22h, nuit 21h45-6h30.

L'effectif de sécurité, déterminé par l'établissement, de trois soignants par poste (matin ou après-midi) est très diversement atteint ; ainsi l'examen des plannings des unités d'hospitalisation complète pour le mois de juin 2019 fait apparaître de fortes disparités d'effectifs présents, pour des nombres de patients équivalents (de dix-sept à vingt patients par

unité). Ainsi, au sein du pôle Agen-Albret, dans l'unité d'admission Claudel, il y eu pendant dix demi-journées (parfois des journées complètes) deux soignants postés, et quatre soignants postés pendant seulement deux demi-journées ; à l'unité d'admission Lautréamont, les soignants n'ont été que deux pendant vingt-cinq demi-journées, et jamais plus de trois. Ces disparités se retrouvent également au pôle Garonne-et-Confluent, et de façon moindre au pôle Vallée-du-Lot. La présence durant plusieurs jours de seulement deux soignants dans une unité ne permet pas des accompagnements et des soins personnalisés, elle peut également renforcer le sentiment d'insécurité et les pratiques de fermeture de l'unité, voire d'isolement et de contention.

En revanche les effectifs des pôles enfants et adolescents sont d'un niveau satisfaisant, avec un effectif cible de quatre soignants par demi-journée.

Les équipes de nuit sont dédiées par pôle, avec un cadre dédié pour l'établissement. Les soignants de nuit sont normalement deux par unité, mais fréquemment trois pour deux unités, avec des remplacements par des soignants qui ne connaissent pas les patients. Elles sont peu présentes lors des réunions, et un projet à l'échelle de l'établissement qui prévoit un retour en service de jour sur une période de deux semaines par an pour tous les membres des équipes de nuit n'est pas encore mis en œuvre. Cette immersion en équipe de jour permettrait une participation aux réunions institutionnelles et la réalisation d'un bilan chrono-biologique.

Le recrutement des infirmiers est difficile malgré une politique active d'accueil des stagiaires d'instituts de formation, qui bénéficient de bourses d'étude et d'un parcours de stage intra/extra hospitalier au sein de l'établissement, ce qui facilite leur candidature une fois le diplôme acquis.

L'établissement peine en revanche à retenir et à recruter les personnels socio-éducatifs.

Le *turn-over* est faible, il représente 5,39 % des personnels non médicaux. Sur 112 infirmiers recrutés de 2016 à 2018, 89 sont toujours présents au 31 décembre 2018. La mobilité interne est de 20,55 %, essentiellement au sein de chaque pôle, mais peine à se réaliser entre l'intra et l'extra hospitalier.

#### RECOMMANDATION 4

L'organisation des soins dans chaque unité doit définir les besoins de prise en charge et des effectifs adaptés auprès des patients.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que s'agissant de l'intérim infirmier, le CHD est désormais inscrit dans une démarche GHT avec le prestataire Whoog visant à faire appel ponctuellement à des personnels inscrits sur cette plateforme afin d'effectuer des missions ponctuelles de remplacement. Par ailleurs la durée des contrats s'inscrit dans le cadre de la politique de remplacement en étant subordonnée à celle des arrêts de travail, possiblement renouvelés. De plus, le CHD veille à respecter les droits de chacun et à accéder à un emploi non précaire dès lors que les conditions sont remplies : poste vacant et budgété.*

*Pour l'absentéisme de courte durée, la directrice indique que des pistes de travail sont en cours comme celle consistant à créer un pool de remplacement. Elle souligne cependant les difficultés actuelles de recrutement en personnel paramédical et socio-éducatif.*

*Enfin, elle précise que l'organisation des soins définissant les besoins de prise en charge et les effectifs adaptés auprès des patients sera intégrée à la réflexion menée pour l'élaboration du projet médico-soignant.*

### b) Effectifs médicaux

L'effectif médical comprend 51,85 ETP budgétés, dont 41,95 ETP de praticien hospitalier temps plein. Il est actuellement pourvu à hauteur de 37,85 ETP dont 25,7 ETP de praticien hospitalier temps plein et un médecin associé à diplôme étranger. Sept internes viennent de la faculté de Bordeaux. Ainsi presque 14 ETP de médecins ne sont pas pourvus (27 %) ; l'établissement ne fait pas appel à des intérimaires.

Les postes vacants rendent délicate la permanence des soins dans les pôles Vallée-du-Lot et Garonne-et-Confluent, lors de congés ou de maladie ; il ne restait ainsi au moment du contrôle, qu'un médecin pour l'ensemble d'un pôle, sur les deux services et l'extra hospitalier.

#### RECOMMANDATION 5

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.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice souligne les grandes difficultés actuelles pour recruter des médecins malgré les actions engagées (publication de postes prioritaires, primes d'engagement, démarchage de médecins à diplôme étranger). Des internes supplémentaires ont été recrutés. L'organisation de la présence médicale sera intégrée à la réflexion menée pour l'élaboration du projet médico-soignant.***

Seize médecins exercent des activités d'intérêt général au sein de structures médico-sociales. Onze activités concernent la pédopsychiatrie, deux étant d'ailleurs réalisées par un psychiatre de psychiatrie adulte ; presque aucune n'est exercée en structure médico-sociale pour adulte. Le temps total consacré à ces activités correspond à 1,47 ETP médicaux.

Le temps de travail additionnel des médecins en 2018 s'est élevé à 130 jours, 82 samedis après-midi et jours fériés et 97 nuits. 219 ont été versés sur les comptes épargne temps et le reste a été rémunéré à hauteur des 21 737 euros.

Le système d'astreinte est organisé par une ligne de garde tenue par un senior, doublé dix fois dans le mois par un interne également de garde. Lorsque le senior n'est pas psychiatre ou est médecin associé sans plénitude d'exercice, la garde est doublée par un psychiatre d'astreinte en titre.

Un seul médecin a satisfait en 2019 à ses obligations de développement personnel continu (DPC).

### 2.3.2 Le tutorat et la formation

Les nouveaux soignants ne disposent pas d'un véritable tutorat, mais uniquement d'un doublage sur quelques jours, au mieux deux semaines. Ils accèdent, selon les pôles, aux formations de base ou de consolidation des savoirs en psychopathologie et aux entretiens infirmiers, aux logiciels métier, et à la gestion et la prévention de la violence (cf. *infra*).

Le CHS La Candélie a investi 557 000 € pour son plan de formation 2019. Les priorités de l'établissement en 2017 et 2018 ont concerné notamment la prise en charge des détenus et des suicidants, la bientraitance, les « *droits des patients et responsabilité juridique en psychiatrie* » et la « *contention et les soins* » avec, pour ces deux dernières thématiques, une quinzaine d'agents formés pour chacune.

Un accent particulier est mis sur la formation à la gestion et la prévention de la violence (formation Omega) à laquelle l'établissement s'est donné pour objectif la formation de tous les

professionnels, de l'aide-soignante au médecin, et de devenir organisme formateur. Une formation sur les droits des patients est organisée annuellement, les inscriptions sont volontaires mais seules douze places sont disponibles.

La promotion professionnelle a concerné six agents ayant démarré un cursus en 2018, elle concerne notamment la formation d'aide-soignant pour des agents des services hospitaliers (ASH).

En 2018, 6,37 % du personnel est parti en formation, pour un total de 6 177 jours d'absence pour formation. Et 34,68 % du personnel non médical a rempli ses obligations de DPC.

Du point de vue des équipes soignantes et des cadres, le plan de formation est varié et l'accès en est facilité, mais les départs en formation sont difficiles à articuler avec les plannings, et des formations sont fréquemment annulées faute d'un nombre suffisant de participants. La formation et la promotion professionnelle apparaissent effectivement favorisées par la direction, pour des formations essentiellement en interne et réalisées par des formateurs issus de l'établissement.

Pour 2020, le plan de formation introduit une nouveauté par rapport aux années précédentes : la fédération des unités de patients au long cours est dotée d'une enveloppe propre pour la formation de ses agents.

### 2.3.3 La supervision

La supervision n'est mise en place dans aucune unité d'hospitalisation complète adultes. Elle est effective dans de nombreux services ambulatoires et dans les unités d'hospitalisation pour enfants et pour adolescents.

## 2.4 LE NOMBRE D'HOSPITALISATIONS D'ADOLESCENTS EN SDRE CROIT DE FAÇON DEMESUREE

Les diverses données fournies par l'établissement et par l'ARS (département d'information médicale (DIM), bureau des entrées, commission départementale des soins psychiatriques) ont été complexes à croiser pour appréhender le nombre de patients hospitalisés sans consentement. Les données disponibles portent sur les années 2017 et 2018. Il en ressort des données stables pour ces deux années. En 2018, les patients en soins sous contrainte (SSC) ont été au nombre de 541 (553 patients en 2017), soit un tiers des patients hospitalisés à temps complet, se décomposant comme suit :

- 365 patients hospitalisés sur décision du directeur (SDDE), dont 182 en SDT<sup>1</sup> et SDTU (les données concernant les patients en SDTU n'ont pas été communiquées, mais uniquement les données concernant les mesures) et 196 en péril imminent (en 2017, 381 patients en SDDE dont 197 en SDT et SDTU, et 196 en péril imminent).
- 176 patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), dont 19 personnes détenues et 6 sur décision judiciaire (SDJ) (en 2017, 172 patients en SDRE, dont 24 personnes détenues et 12 sur décision judiciaire).

De plus, quatre patients mineurs ont été hospitalisés dans le service des adolescents suite à une ordonnance provisoire de placement du juge des enfants (OPP) (sept patients en OPP en 2017).

---

<sup>1</sup> SDT : soins psychiatriques sur demande d'un tiers ; SDTU soins sur demande d'un tiers en urgence

Pour compléter ces données, la veille de la visite des contrôleurs, vingt-quatre patients étaient hospitalisés en SDDE, dont huit en SDTU et dix en péril imminent, et trente-six patients étaient placés en SDRE (les données pour le pôle Vallée-du-Lot étant manquantes).

Les hospitalisations en péril imminent représentent 36 % du total des hospitalisations en SSC et 53 % des hospitalisations sur décision du directeur, et il convient de s'interroger sur la réelle dimension du péril encouru par la personne<sup>2</sup>.

Enfin, **le nombre d'hospitalisation d'adolescents en SDRE est passé de trois en 2017 à douze en 2018, et déjà quatre à la fin juin 2019**, mettant à mal le cadre des admissions programmées à l'unité pour adolescents Mozart. (cf. § 9.2). **Ce nombre de douze mesures de SDRE concernant des patients mineurs représente 9 % des mesures de SDRE prises dans le département du Lot-et-Garonne en 2018**. Rapporté aux données nationales<sup>3</sup>, le Lot-et-Garonne hospitalise ainsi de 6 à 7 % du total des mineurs hospitalisés en SDRE au niveau national, sans rapport aucun avec sa part dans la population nationale des moins de 18 ans (0,45 %).

Par ailleurs, le nombre d'OPP concernant l'hospitalisation d'adolescents a dans le même temps diminué : sept OPP en 2017, quatre en 2018, une en 2019, sans qu'il soit possible d'affirmer que ces dernières ont décru au profit de mesures de SDRE.

Au cours des échanges des contrôleurs avec les équipes du pôle adolescents, il est apparu que ces patients admis en SDRE provenaient en grande majorité du dispositif de protection de l'enfance : sur les neuf patients admis en SDRE et prolongés au-delà de 24h en 2018, sept étaient accueillis en famille d'accueil, en maison d'enfants à caractère social (MECS) et surtout au foyer départemental d'urgence de l'aide sociale à l'enfance, localisé dans la même commune que le CHS La Candélie (la commune de Pont-du-Casse). L'équipe du pôle adolescents a depuis peu formulé des propositions d'évaluation et de suivi, directement au sein du foyer départemental de l'enfance.

L'afflux de patients adolescents est géré en maintenant des patients au SIRA, suivis par les médecins de l'unité pour adolescents. Il n'y a pas de sur occupation de l'unité, et il a été affirmé aux contrôleurs que les hospitalisations n'étaient jamais écourtées pour laisser entrer un nouveau patient.

---

<sup>2</sup> La haute autorité de santé (HAS) conçoit le péril imminent comme «*l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient en cas de refus de soins*» et précise que le médecin doit «*prendre en compte l'aggravation rapide des troubles en l'absence de soins immédiats, le mode de vie dans lequel le patient ne saurait retourner sous peine d'aggravation*». Cf. HAS : Recommandations sur les modalités de prise de décisions concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, avril 2005.

<sup>3</sup> Selon les données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la moyenne annuelle nationale 2010-2015 de mineurs hospitalisés en SDRE est de 171, et 197 mineurs ont été hospitalisés en SDRE en 2015. Cf. CGLPL : Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale, 2017, p.3.

## RECO PRISE EN COMPTE 1

La commission départementale de soins psychiatriques doit analyser la question du grand nombre de mesures de SDRE concernant des mineurs et rechercher avec les institutions concernées les voies pour les réduire.

**Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice** indique que le CHD a répondu à un appel à projets « hors les murs » de l'agence régionale de santé intitulé « sécuriser le parcours des jeunes de l'aide sociale à l'enfance ». Ce projet vise à mettre en place une équipe mobile rattachée au pôle des adolescents pour intervenir sur les lieux d'accueils des adolescents afin d'améliorer et sécuriser les parcours et prévenir les hospitalisations. La démarche a été retenue et fait l'objet d'un financement de l'ARS.

Au-delà, le CHD s'inscrira dans une démarche partenariale visant à analyser en lien avec le conseil départemental et le tribunal judiciaire d'Agen, les situations qui conduisent les admissions de mineurs en soins sans consentement.

**Dans ses observations du 5 décembre 2019 répondant au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS** indique avoir pris en compte la nécessaire évolution des soins psychiatriques sans consentement des adolescents. Un appel à projet « hors les murs » a été publié en mars 2019 pour sécuriser le parcours des jeunes de l'aide sociale à l'enfance par la mise en place d'équipes mobiles afin de prévenir les hospitalisations. Le CHD a répondu à cet appel à projet et a été retenu.

**Dans ses observations du 20 février 2020 répondant au rapport provisoire, la Préfète de Lot-et-Garonne** indique avoir menée une réflexion avec la DT-ARS 47, le groupement de gendarmerie départementale et le CHD la Candélie sur ce sujet. De nombreux cas de violences surviennent au sein du foyer de l'enfance situé sur la commune de Pont-du-Casse, la gendarmerie étant intervenue cent fois en 2019. Outre le nouveau projet de fin 2019 porté par l'ARS et le CHD d'une équipe mobile travaillant avec les familles d'accueil et les adolescents du foyer, des programmes de soins sont préconisés par le CHD pour les mineurs leur permettant de se rapprocher des structures d'accueil de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Enfin, un cadre partenarial sera développé entre le foyer Balade, les services de la justice et les services de l'ASE. La préfète indique par ailleurs que ces mesures de SDRE sont établies sur la base des certificats médicaux et que le statut de SDRE garantit le concours des forces de sécurité intérieure. L'utilisation de la mesure contrainte à la demande d'un tiers va être désormais privilégiée et la préfecture indique son intention de veiller à la diminution du nombre de mineurs admis en SDRE.

### 3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 LES PATIENTS NE CONSERVENT AUCUNE INFORMATION SUR LEURS DROITS GENERAUX ET SPECIFIQUES

##### 3.1.1 Information générale sur leurs droits : livret d'accueil, règlement intérieur ; informations sur les droits globaux

Le règlement intérieur de l'établissement, datant de 2016, et mis à jour en janvier 2017 comporte des informations relatives à l'organisation administrative et médicale du CHD, les règles d'hygiène et de sécurité, la circulation et le stationnement automobile, des dispositions relatives aux patients (admission, conditions de séjour et droits des patients, sortie, décès) et des dispositions relatives au personnels Ce document, pourtant complet, n'est affiché que dans les unités Erables, Rimbaud et Ambans (en partie).

Aucune copie n'est donnée aux patients ; le document n'est pas disponible sur le site internet de l'hôpital.

Un livret d'accueil, commun à toutes les unités, a été édité pour la dernière fois en avril 2016. Ce document contient des informations générales sur le déroulement de l'hospitalisation et sur les droits des patients. Ces droits y sont exprimés de façon positive, sauf contre-indications médicales. Malgré son exhaustivité, ce livret n'est remis au patient que dans quelques unités de manière systématique et sur demande dans d'autres unités.

Néanmoins, certaines unités ont développé des règles de vie propres et les affichent ; c'est le cas des unités Claudel, Rimbaud, Merisiers et Ambans. Ces règles concernent la vie quotidienne dans l'unité : la possibilité de fumer, les heures d'ouverture, les appels téléphoniques, l'heure des repas, l'accès aux chambres, les effets personnels, le linge.

Dans toutes les unités, une information générale sur les droits est dispensée par le cadre de santé ou le soignant lors de l'entretien d'accueil, qu'il existe des règles de vie, écrites ou non.

#### RECO PRISE EN COMPTE 2

La distribution du livret d'accueil doit être faite lors de toute admission ou réadmission. Des règles de vie propres à chaque unité doivent être développées et affichées.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que le règlement intérieur a été présenté aux instance mi-octobre 2019 pour une actualisation qui a notamment abordé les relations avec les usagers, les contrôles des soins sans consentement, les droits des patients hospitalisés sans consentement, les autorisations d'absence et les sorties, les programmes de soins. Cette mise à jour a concerné également la personne de confiance et la confidentialité de l'hospitalisation. Le règlement intérieur est disponible dans toutes les unités et sur le site internet de l'établissement.***

*Les modalités de diffusion du livret d'accueil ont été modifiées ; il est maintenant remis à chaque admission ou réadmission.*



### 3.1.2 Information sur leurs droits spécifiques : remise de documents, des décisions, notification

A leur admission, les patients en soins sans consentement se voient notifier leurs droits et leur statut par un membre du personnel, cadre de santé ou infirmier, qui pour la plupart n'ont pas reçu de formation spécifique, ou qui se forment entre eux.

Pour les patients qui ne sont pas admis en SDRE, la notification du directeur est envoyée par mail au secrétaire médical et au cadre qui se charge de la présenter au patient et de la lui faire signer. La décision mentionne l'impossibilité de signer ou bien le refus de signer ; le document est ensuite faxé au bureau des admissions. La décision est précédée d'un document mentionnant les droits du patient, les voies de recours avec les adresses exactes et la possibilité de faire appel. Selon le personnel des entrées, les patients peuvent demander à consulter une copie de ces documents ; aucun document ne leur est laissé dans l'unité.

Chaque nouvel arrêté ou décision de maintien suit un parcours identique. Les certificats médicaux sont également conservés au bureau des entrées mais transmis auparavant au patient. Les observations que peut émettre le patient sont retranscrites dans le dossier patient informatisé.

L'envoi de l'arrêté préfectoral est fait directement par l'ARS pour les patients admis en SDRE. Les patients reçoivent dans l'unité, sous pli fermé, l'arrêté et le secrétariat du service le renvoie soit à l'ARS ou au secrétariat du pôle, le bureau des entrées n'étant pas nécessairement impliqué. Dans ce document, les voies de recours sont mentionnées mais l'adresse du JLD n'est pas fournie. Les patients en SDRE ne reçoivent aucun document relatif à leurs droits.

Les certificats médicaux, établis après entretien par deux médecins différents, sont également présentés au patient mais ne lui sont pas laissés.

La convocation pour l'audience du JLD est transmise au patient *via* son unité ; la convocation est lue et expliquée par le cadre ou un infirmier, mais n'est pas laissée.

#### RECO PRISE EN COMPTE 3

La possibilité de conserver les documents relatifs à l'admission et à l'hospitalisation doit être laissée au patient. Les patients admis en SDRE doivent pouvoir obtenir une information spécifique sur leurs droits et les coordonnées des voies de recours et des mécanismes de contrôle compétents.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que tous les documents relatifs à l'admission en hospitalisation relevant de soins sans consentement (y compris les certificats médicaux) sont photocopiés et remis au patient concerné. Les patients admis en SDRE reçoivent désormais la même information que les patients admis sous les autres modes de soins sans consentement.***

## 3.2 LES INCIDENTS SONT DECLARES ET LES PLAINTES TRAITEES MAIS ILS NE FONT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

### 3.2.1 Faits de violence, incidents

Les événements indésirables sont enregistrés par le personnel *via* le logiciel NORMEA. Le personnel doit renseigner sa fonction de façon obligatoire ainsi que son nom depuis le mois de juin 2019. Cependant, cette mention est facultative depuis la visite des contrôleurs.

Une fois validée, la déclaration est transmise successivement au cadre, au cadre supérieur, au directeur de la qualité et des risques (DQR), au groupe gestion des risques. Le déclarant a aussi la possibilité de faire en sorte que sa déclaration soit directement transférée au DQR en cochant une case prévue à cet effet. Les déclarants peuvent visualiser intégralement le cheminement et le traitement de leur déclaration jusqu'à la clôture de l'événement. Une fois la déclaration faite, cette dernière est étudiée en commission des soins qui a lieu tous les deux mois.

En 2018, 674 fiches de déclarations d'événements ont été enregistrées : 10 ont été déclarées comme « non événements indésirables » et 30 en analyse d'accident du travail. Les événements les plus déclarés sont ceux relatifs à la sécurité des biens et des personnes (68,8 %), à la logistique et au matériel (11,5 %) et liés aux soins (9,1 %). Une augmentation du nombre de déclaration de 19 % par rapport à 2017 est à noter, notamment due au signalement des chutes en gériatrie et à une formation du personnel en qualité/gestion des risques. L'item sécurité des biens et des personnes comprend les agressions physiques ou verbales, l'insuffisance d'effectif, les chutes, les fugues ou risques de fugues, les suicides, la dégradation ou pertes de biens, etc. ce qui explique le nombre élevé de déclarations. Selon l'ingénieur qualité, les déclarations relatives au manque d'effectifs sont faites majoritairement par le personnel de nuit. Lors de la déclaration, le soignant considère la gravité de l'événement : mineur, grave, modérée ou majeure.

Neuf événements indésirables graves ont été signalés en 2018 dont six concernant des suicides. En 2019, deux suicides ont eu lieu dans les salles de bains des étages : un à l'unité Lautréamont et un à l'unité Pruniers.

Les agressions entre patients sont déclarées sous l'item « altercations entre patients » figurant dans la catégorie « sécurité des biens et des personnes ».

### 3.2.2 Le suivi des déclarations

A chaque déclaration d'incident faite par un agent, lui sont transmises des observations et une décision prise par la cellule de gestion des risques compétente qui se réunit mensuellement. Certains agents se sont plaints du fait que les décisions n'étaient pas à la mesure de l'événement, ce qui les décourageait de faire des signalements ; c'est le cas notamment des signalements concernant le manque de personnel. Les déclarations d'accident du travail sont faites en lien avec le groupe d'analyse des accidents du travail.

Un soutien psychologique est possible pour les soignants.

Les événements très graves sont transmis à l'ARS qui conduit une analyse des causes dans les trois mois. Au jour de la visite, aucune plainte n'avait jamais été déposée par un agent. Lors de chaque incident, la direction transmet une lettre de soutien à l'agent et lui rappelle son droit de déposer plainte.

Seuls les événements très graves font l'objet d'un comité de retour d'expérience (CREX). Au jour de la visite, seule le pôle Vallée-du-Lot en menait un sur leurs événements indésirables, un autre était en cours au pôle pharmacie concernant la prescription des médicaments.

Pour mieux répondre aux déclarations et permettre une meilleure analyse, une réorganisation de la cellule qualité a eu lieu en 2016. Une fiche de réflexion sur les situations complexes a été distribuée dans les unités, présentée sous forme d'infographie pour que les agents sachent comment réagir en cas de décès brutal d'un patient, de fugue, de découverte de stupéfiants, tentative de suicide et cas de situation de crise (terrorisme, épidémie, etc.)

Les incidents impliquant des patients sont suivis d'un débriefing à chaud et à froid par le cadre. Des décisions de changements d'unité peuvent être prises ; cela a été le cas lorsqu'un patient a vu son voisin de chambre se suicider. Une analyse des causes a été lancée à la suite d'une agression sexuelle entre patients en janvier 2019. L'analyse a conduit à mettre en place différentes actions comme un ajustement du traitement du patient, son changement d'unité, des rondes plus régulières la nuit et la présence d'un agent dans l'unité pendant les transmissions. L'événement a également conduit à la mise en place d'une réflexion sur la sexualité ( mais pas encore à l'échelle des unités) ainsi qu'à une formation sur les droits et devoirs des résidents et des professionnels, mais non encore réalisée.

Dans le cas où un patient souhaite porter plainte, il est accompagné au commissariat si sa situation le permet ; sinon l'audition se déroule au sein de l'hôpital.

En 2018, trois signalements en application de l'Article 40 du code de procédure pénale ont été déposés : un relatif à la présence de substances illicites et deux autres relatifs à des viols à l'unité Claudel et à la MAS.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

La mise en place d'un comité de retour d'expérience doit être l'occasion de réfléchir autour d'événements passés et récurrents ayant eu lieu dans toutes les unités.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'approche de la compréhension et de l'enseignement de l'erreur existe même si ces CREX ne sont pas déployés dans chaque pôle et une dimension institutionnelle plus marquée concernant les plans d'actions est à renforcer. L'établissement s'engage à renforcer la dynamique institutionnelle pour déployer les CREX dans chaque pôle.***

#### 3.2.3 Requêtes et plaintes

Le livret d'accueil de l'établissement mentionne la possibilité qu'ont les patients de déposer une plainte ou une réclamation et cite les modalités pratiques d'accès au service. Cette possibilité est également mentionnée dans le règlement intérieur de l'établissement. Dans les unités, c'est lorsque la présence de la commission des usagers (CDU) fait l'objet d'un affichage que les patients prennent connaissance de la possibilité de porter plainte. Un protocole nommé « *traitement des plaintes/réclamations des usagers* » a été créé en 2008 et révisé en 2016. Ce protocole mentionne que le courrier du patient doit être adressé au directeur chargé des relations avec les usagers qui accuse réception du courrier et répond dans les meilleurs délais. Dans les faits, il semblerait qu'aucun accusé de réception ne soit envoyé mais qu'une réponse dans les quinze jours est envoyée au patient. La possibilité de rencontrer un médiateur, médecin ou non-médecin selon le cas est également prévue. En 2017, un patient s'était vu proposé une médiation sur les

douze plaintes reçues. En 2018, vingt-six plaintes ont été reçues et présentées lors des réunions de la CDU (cf. CDU) : six plaintes concernaient des vol/perte/dégradation, cinq sur la qualité des soins et cinq sur les relations avec les médecins. Aucune plainte ne provenait des familles, onze plaintes venaient du pôle Agen-Albret, six de Vallée-du-Lot, cinq du pôle Garonne-et-Confluent et trois des deux pôles de géro-psycho-geriatrie.

### 3.2.4 Comité d'éthique

A la suite de la mise en place de la certification v2010 un comité d'éthique a été créé en novembre de la même année. La première réunion a eu lieu en décembre 2011 et la formation régulière a commencé à se réunir mensuellement à partir de février 2012. Aucune réunion n'a cependant eu lieu depuis 2014, justifiée par le fait que peu de situation remontait par ce biais.

En 2016, l'établissement a défini onze thématiques prioritaires faisant l'objet d'un plan d'action : bientraitance ; isolement et contention ; dossier patient ; chute, urgence vitale ; circuit du médicament ; tentative de suicide/suicide/automutilation ; identité-vigilance ; sécurité des biens et des personnes ; inventaire ; administration du médicament. Ces thématiques sont reprises lors de chaque réunion de direction, du conseil de surveillance et de la CME. Concernant la thématique bientraitance, une journée pour lancer la thématique doit être organisée depuis 2016 sans aboutir. De manière générale, la quasi-totalité des actions nécessitant la création d'un plan d'action, une procédure ou réflexion médicale, n'ont pas été menées.

#### RECOMMANDATION 6

Un comité d'éthique doit être créé au sein de l'établissement.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que la création d'un comité d'éthique sera intégrée dans la réflexion à mener visant à compléter le projet médico-soignant.***

### 3.3 LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS COMPRIS PAR LES SOIGNANTS

Le livret d'accueil ainsi que le règlement intérieur de l'établissement mentionnent la possibilité qu'ont les patients de désigner une personne de confiance pendant leur hospitalisation. Les contrôleurs ont pu constater que le rôle de la personne de confiance n'était cependant pas correctement compris par les soignants et les personnes de confiance, par exemple, ne sont pas associées aux décisions médicales.

La possibilité de désignation est présentée aux patients et le nom de la personne est inscrit dans le dossier patient ; cependant la personne nommée n'est pas informée et n'est pas en mesure de donner son accord.

De plus, il n'est pas demandé aux patients ayant déjà fait l'objet d'une hospitalisation, s'ils souhaitent changer la personne de confiance antérieurement désignée.

### RECO PRISE EN COMPTE 5

Les personnes désignées comme personne de confiance doivent être informées de leur nomination et formellement donner leur accord.

Enfin, et contrairement à la loi 2016-87 du 2 février 2016 sur la fin de vie qui permet à une personne protégée par une mesure de tutelle de désigner sa personne de confiance sous la condition d'y être autorisée par le juge, l'hôpital impose au patient que son tuteur soit désigné comme personne de confiance.

### RECO PRISE EN COMPTE 6

L'établissement doit actualiser son livret d'accueil et son règlement intérieur pour porter à la connaissance des patients sous mesure de tutelle la possibilité de désigner une personne de confiance sous la condition d'y être autorisée par le juge.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que les informations communiquées dans le livret d'accueil et dans le règlement intérieur ont été modifiées en mentionnant que la décision doit être co-signée par la personne désignée. La procédure décrivant les dispositions relatives à la personne de confiance va être actualisée et sera mise en œuvre avec un accompagnement spécifique qui sera déployée en janvier 2020. Enfin la possibilité ouverte aux personnes sous tutelle de désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge est désormais inscrite dans le livret d'accueil modifié.*

#### 3.4 L'ACCES AU VOTE EST DESORMAIS FACILITE PAR L'HOPITAL

Des patients ont voté par procuration aux élections départementales de mars 2015 avant lesquelles des gendarmes se sont directement rendus dans les unités ; deux personnes avaient alors exercé leurs droits civiques. En décembre 2015, lors des élections régionales, une personne avait voté par procuration. En amont des élections présidentielles et législatives de 2017, le bureau des entrées (BDE) a transmis aux unités, une note d'information ainsi qu'un document résumant les modalités pratiques d'accès au vote. Néanmoins, aucune personne n'a effectué de procuration ou n'a déposé une demande de sortie spécifique.

Aucune note n'a été transmise aux unités concernant les élections européennes de juin 2019, aucun patient présent dans les unités ce jour-là n'a voté.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que l'accès au vote est désormais inscrit dans le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ; l'établissement a rédigé un projet de note d'information et de courrier aux patients en prévision des élections municipales 2020.*

#### 3.5 LES PATIENTS SONT INFORMES DES MODALITES D'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES

Une mention relative aux cultes dans le livret d'accueil renvoie à des informations affichées dans chacune des unités. De fait, on y trouve partout un tableau qui présente, dans un document comportant quatre cadres, les « aumôneries » catholique et protestante et les « cultes » israélite et musulman. Cette distinction terminologique est liée au fait que seuls les deux premiers cultes assurent une représentation pérenne sur place alors que l'intervention de représentants des deux autres est subordonnée à une demande particulière pour un patient. L'affiche mentionne

le nom des représentants des différents cultes ainsi que leurs coordonnées téléphoniques, y compris celles de la synagogue et de la mosquée.

L'aumônerie catholique est représentée par deux personnes – une laïque et un prêtre – présentes chaque matinée de la semaine, de 9h à 12h (sauf le mercredi), au local des aumôneries situé à proximité du bâtiment administratif.

Un membre de l'aumônerie protestante – membre de l'Eglise réformée de France – est présent le mardi entre 14h et 15h30. Une messe est, en outre, servie le vendredi après-midi. Le lieu de prière est voisin mais distinct du local des aumôneries ; l'affiche mentionnée ci-dessus est accrochée à sa porte et figure à côté d'informations manuscrites ajoutées ponctuellement (par exemple, les périodes de congés).

Les patients se rendent, seuls ou accompagnés par un soignant, à l'aumônerie ; l'arrivée de la personne peut être confirmée à l'unité par un appel téléphonique du représentant du culte.

Seule l'aumônerie catholique se rend au sein des unités, lorsqu'elle est appelée pour un patient en difficulté pour se déplacer.

Une charte des aumôneries a été établie, le 13 février 2017, sous l'égide de la direction générale de l'hôpital, afin d'en décrire l'organisation et le fonctionnement au sein du CHD : « *Partenaires et services de l'hôpital, les aumôneries sont là pour accompagner la personne hospitalisée. Leur mission n'a pas de visée prosélyte mais se veut une présence et une écoute.* »

### **3.6 LES MAJEURS NECESSITANT UNE PROTECTION SONT REPERES MAIS L'IMPLICATION DES TUTEURS DEMEURE VARIABLE**

#### **3.6.1 Le repérage des besoins et la mise en place de la mesure**

Le repérage des besoins en termes de protection est fait de manière constante au moment de l'hospitalisation avec une attention particulière portée lors de l'entretien d'accueil dans les unités ou lors de la rencontre avec l'assistante sociale lorsque celle-ci a été demandée par le personnel. Le travail de protection est facilité par la présence d'assistantes sociales dans les onze unités : 2,1 ETP au pôle Agen-et-Albret, 2,3 ETP au pôle Vallée-du-Lot, 1,4 ETP pour les deux unités de géro-psycho-geriatrie, 0,54 ETP à l'unité Erables. Les assistantes sociales sont bien repérées par les patients et très présentes au sein des unités. Elles participent également aux différentes réunions des unités : transmission une fois par semaine, *staff*, synthèse lorsque ces dernières existent. Au jour de la visite, sur 169 patients hospitalisés dans les unités des trois pôles adulte et les deux unités de géro-psycho-geriatrie, 45 étaient placés sous tutelle, 31 sous curatelle renforcée, 28 sous curatelle et 1 sous mandat spécial soit 62 % des patients hospitalisés. La mandataire judiciaire préposée à l'établissement était en charge de trente-cinq mesures pour la totalité de l'établissement. La demande de protection est constituée par l'assistante sociale en lien avec le corps médical.

Suite aux longs délais d'auditions, plus particulièrement à Villeneuve-sur-Lot et à Marmande, il est courant que le juge des tutelles prononce un mandat spécial désignant un mandataire provisoire, la mandataire judiciaire préposée à l'établissement ou un mandataire privé. Au bout de trois mois, en théorie, un rapport est demandé par le juge et la mandataire ainsi que la personne protégée sont convoquées à l'audience. Si l'état de santé de la personne ne lui permet pas de se rendre à l'audience, une dispense est prononcée par le juge ; la personne en est notifiée par son mandataire et signe le récépissé renvoyé ensuite au juge. Si elle peut s'y rendre alors le tuteur et un soignant l'accompagne. Le médecin en charge de l'expertise facture, ou non, le

montant au patient (160 euros), sans critère particulier. Ainsi, selon les pôles, des patients s'acquittent de la somme et d'autres non.

Les critères relatifs au paiement des frais d'expertise relatif à la mise sous tutelle devraient être harmonisés au sein des pôles.

### 3.6.2 Les liens avec les tuteurs

Les soignants comme les assistantes sociales sont régulièrement en lien avec les tuteurs sur des sujets différents comme la gestion des biens et la vie quotidienne des personnes protégées, ou encore le suivi médico-social. De l'avis de tous, les relations avec les tuteurs sont très dépendantes du mandataire. Les soignants ont plus particulièrement fait part de leur difficulté d'obtenir des réponses rapides des tuteurs (notamment pour obtenir de l'argent) alors que des sorties de moins de douze heures sont programmées dans un délai proche. Une assistante sociale a mentionné ne contacter les tuteurs que par écrit afin d'avoir un échange tracé. Selon le personnel, les tuteurs rendent visite à leur protégé en moyenne une fois tous les trois mois. Certains sont présents lors des synthèses et s'approprient le projet de vie ; le contact est néanmoins en général téléphonique. La gestion des biens par les personnes protégées est quasiment inexistante. Une procédure mêlant soignant et tuteur est en place et ne laisse aucune autonomie à la personne (cf. § 6.3).

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les organismes extérieurs à l'établissement, habilités en qualité de mandataires judiciaires à la protection des majeurs, vont être sollicités au début de 2020 pour échanger sur les modalités pouvant faciliter la gestion des mesures de protection incluant celle des biens.***

## 3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST PAS GARANTIE

La possibilité d'une admission confidentielle est mentionnée dans le livret d'accueil mais peu demandée selon les soignants. Cependant, le livret d'accueil n'est pas systématiquement remis (cf. § 3.1) et la possibilité de demander la confidentialité de la présence n'est pas exposée par le personnel lors de l'entretien d'accueil. Une procédure est établie pour que les soignants mentionnent la confidentialité dans CORTEXTE (dossier patient). Le cochage de la mention dans PASTEL (gestion administrative des patients) permettra ainsi l'information du standard. Or cette procédure n'est pas connue des soignants et le personnel du standard ne consulte pas CORTEXTE ou PASTEL lorsqu'il reçoit un appel. Malgré cela, le standard prend soin de ne donner aucune information sur le patient et informe l'appelant qu'une personne capable de le renseigner va lui être passée. Le standard transmet l'appel à l'unité d'hospitalisation qui décide ou non de donner des informations sur le patient.

L'anonymisation de la présence est une procédure encore moins connue et utilisée et pendant le contrôle, aucun patient n'était admis de façon anonyme. La procédure d'anonymisation transmise par le médecin DIM mentionne que seuls les patients toxicomanes admis volontairement sont concernés par l'anonymat. Les patients de psychiatrie peuvent cependant informer le soignant qu'ils ne souhaitent pas que leur identité soit révélée ; le cadre demande alors au médecin DIM d'entrer un alias dans le logiciel. Cet alias ne sera pas visible des autres unités d'hospitalisation mais sera connu de l'équipe soignante et du BDE.

## RECO PRISE EN COMPTE 7

La procédure relative à la confidentialité sur la présence et à l'anonymisation doit être connue et appliquée par le personnel qui doit également en informer les patients.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique qu'une démarche de présentation et d'explication de la procédure en place va être menée début 2020. Le livret d'accueil et le règlement intérieur mentionnent les informations concernant la confidentialité de la présence et ces documents sont actualisés pour mentionner aussi les règles de l'anonymat.***



## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA PLACE DES USAGERS EST INSUFFISAMMENT PRISE EN COMPTE

#### 4.1.1 La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil, daté d'avril 2016, mentionne encore la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ; la CDU a été installée le 1<sup>er</sup> décembre 2016.

Elle s'est réunie trois fois en 2017 (au lieu de quatre en raison d'un quorum insuffisant) et quatre fois en 2018 ; les représentants des usagers sont très présents et ont reçu le 30 novembre 2016 une formation sur le rôle et les missions de la commission.

Le nombre des réclamations examinées était de douze en 2017 soit un taux de 0,29 % du nombre des hospitalisations et de vingt-six en 2018 soit un taux de 0,69 % ; l'augmentation des plaintes est en lien avec les aspects médicaux (deux en 2017 et quatorze en 2018), trois portant sur l'information des malades ou de la famille, cinq sur la qualité des soins, un sur la coordination des soins et cinq sur les relations avec les médecins ; le taux de médiation a été de 8,33 % en 2017 et n'est pas renseigné en 2018. La durée moyenne de traitement des réclamations n'est pas renseignée en 2017 et a été de trente et un jours en 2018.

En 2017, la CDU a recommandé l'amélioration de l'information des patients pendant le séjour dans les unités de soins, la préparation du protocole de sortie, la lutte contre l'oisiveté et le désœuvrement au sein des unités et la mise en œuvre d'une équipe d'intervention à domicile pour les malades non encore inscrits dans un parcours de soins, la visite étant réalisée en présence d'un proche ou aidant du malade. En 2018, elle a préconisé l'amélioration de l'information des usagers en veillant à leur implication, l'amélioration de la préparation à la sortie, la promotion des activités pour limiter l'inaction et le désœuvrement et l'amélioration du parcours de soins des usagers.

Le rapport de la CDU est transmis à la commission médicale d'établissement (CME) et au conseil de surveillance.

#### 4.1.2 L'union nationale de familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM 47)

Les usagers sont représentés par l'UNAFAM, dont trois membres ont été rencontrés par les contrôleurs, au sein de la CDU, au conseil de surveillance, au comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ; un de ses adhérents a fait valoir que son rôle dans l'examen des dossiers des patients en SSC à la CDSP était purement formel faute de pouvoir les consulter avant la réunion.

L'association ne bénéficie pas de locaux dans l'établissement en l'absence de maison des usagers et tient des permanences à Agen. Depuis janvier 2019, elle a mis en place, avec le pôle perspectives, le « groupe d'information famille », comité de parole animé par une psychiatre, un psychologue et un pair aidant de l'association qui se réunit une fois par mois à la salle « point virgule » de l'établissement et qui s'adresse aux familles et aux aidants.

L'information sur ce groupe est affichée dans les unités, mais les noms des représentants des usagers n'y sont pas communiqués.

## RECO PRISE EN COMPTE 8

L'hôpital doit mettre un local à la disposition des usagers.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'établissement a identifié des locaux à proximité du foyer d'activités récréatives et de la place Tosquelles en vue d'y installer une maison des usagers. Ce projet a été adopté par la commission des usagers réunie le 21 novembre 2019. Celle-ci a également décidé de mettre en place un groupe de travail incluant les représentants des usagers de la CDU pour construire le projet de maison des usagers.***

### 4.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de sortie est distribué de façon très aléatoire, les soignants oubliant de le faire sauf dans les unités Claudel et Oliviers où ils sont remis systématiquement.

En 2017, 363 questionnaires ont été collectés avec un taux de retour de 15,6 % et en 2018, 420 questionnaires avec un taux de retour de 12 % ; ce taux est très différent selon les pôles, allant de 27,7 % pour le pôle Agen-Albret à 0,7 % pour le pôle Garonne-et-Confluent ; une diminution constante du taux de retour est observée depuis 2016 (de 37,92 % en 2013 à 12 % en 2018).

L'analyse de ces questionnaires montre un indice de satisfaction supérieur à 50 % pour l'accueil, la qualité des soins ; l'information et les droits des patients, l'hygiène et la préparation à la sortie mais de 45 % s'agissant de la variété des repas et de 41 % pour leur qualité.

Les patients émettent un avis relativement réservés – 50 % de satisfait – concernant les activités proposées en raison du nombre de places limité et du peu d'activité au sein des unités de soins. Compte-tenu du nombre très faible de réponses, ces chiffres apparaissent plus indicatifs que significatifs.

## RECO PRISE EN COMPTE 9

L'établissement doit mener une politique incitative pour le renseignement par les patients du questionnaire de satisfaction.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que le questionnaire de satisfaction sera remis pour toutes les admissions avec le livret d'accueil et il sera rappelé aux patients, quand la sortie sera programmée, la possibilité de compléter ce questionnaire de satisfaction.***

## 4.2 LE REGISTRE DE LA LOI NE CONTIENT PAS TOUTES LES MENTIONS PREVUES PAR LA LOI

### 4.2.1 Le bureau des entrées est chargé de l'admission des patients en soins sans consentement

Trois adjoints administratifs, dont l'un à temps partiel, sont spécialement chargés de la gestion des dossiers des patients en SSC sous la responsabilité d'une attachée d'administration hospitalière qui a délégation de signature pour toutes les décisions relatives à ces patients.

Le BDE réceptionne les documents permettant de constituer le dossier d'un nouvel arrivant, en contrôle la conformité, prépare la décision et la donne à la signature de l'attachée.

Durant la semaine, si l'admission a lieu après 17h, les décisions d'admission en soins à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent (SPI) ne sont signées que le lendemain matin ; durant les fins de semaine, il arrive que les décisions d'admission pour les arrivants à compter du samedi après-midi jusqu'au dimanche soir ne soient formalisées que le lundi matin.

L'acte de notification de la décision est transmis à l'unité d'accueil du patient.

Pour les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, les documents sont transmis à l'agence régionale de santé et l'arrêté du préfet est envoyé au BDE qui le transmet aux unités avec une enveloppe contenant les imprimés de notification.

### RECO PRISE EN COMPTE 10

L'organisation administrative de l'hôpital doit permettre la signature et la notification de la décision d'admission en soins sans consentement par le chef d'établissement dès l'entrée du patient.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'établissement a pris en compte cette recommandation et a décidé d'acquiescer une application dédiée pour faciliter la gestion de l'ensemble des documents concernant les droits des patients et des notifications d'admission.***

#### 4.2.2 La tenue des registres

Le registre de la loi commun aux SDT, au SPI et aux SDRE est tenu par le BDE sur un modèle normalisé, renseigné par date d'admission ; pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire année, le suivi se fait par une référence au registre précédent.

Trois pages sont réservées à chaque patient ; sur la première figure l'identité de l'arrivant son adresse, la date et le mode de l'admission, l'identité du tiers en cas de SDT, l'arrêté du maire et l'arrêté du préfet en cas de SDRE et la date de levée de la mesure. Les éventuelles décisions de mise sous protection juridique et les dates des décisions du juge des libertés et de la détention (JLD) sont mentionnées.

Sur les deux autres pages sont collés, par ordre chronologique, les certificats médicaux (initiaux, des 24 h, des 72 h, mensuels), jusqu'au certificat de levée d'hospitalisation ainsi que les arrêtés préfectoraux de maintien de la prise en charge ou de fin de la mesure. Les certificats médicaux ne sont pas horodatés.

Contrairement aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique ne figurent pas dans le registre, les dates des décisions d'admission ou de prolongation du directeur ou de son délégataire en SSC, les dates de notification des droits des patients et des décisions de placement ou de maintien en SSC, le dispositif des décisions du JLD et les avis du collège des professionnels de santé.

Le registre est renseigné avec un mois de retard pour les admissions en SSC et trois mois de retard pour le suivi des dossiers alors que la loi prévoit un délai de vingt-quatre heures pour accomplir ces formalités.

Les registres sont très régulièrement visés par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

## RECO PRISE EN COMPTE 11

Le registre de la loi doit comporter l'ensemble des informations prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique et être renseigné dans le délai légal.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que l'établissement a pris en compte cette recommandation et a modifié la façon de tenir le registre de la loi. L'équipe dédiée à cette tâche est renforcée par un temps plein supplémentaire à compter de décembre 2019 en vue de permettre un déploiement rapide de l'application dédiée sans pénaliser l'accomplissement des tâches à réaliser pour le suivi des dossiers des personnes relevant des soins sans consentement. La directrice indique que les textes permettant la dématérialisation du registre sont toujours attendus depuis la loi de septembre 2013.*

### 4.3 LA PREPARATION A LA SORTIE EST FREINEE PAR LE MANQUE DE STRUCTURE D'ACCUEIL

#### 4.3.1 La préparation à la sortie

Les sorties accompagnées de moins de douze heures doivent être anticipées de dix jours en raison du manque de soignants pour les assurer mais elles sont fréquentes de même que celles d'une durée maximum de quarante-huit heures ; le préfet ne s'y oppose que très rarement mais ne motive pas son refus.

Les relations avec l'extra hospitalier sont bonnes et fréquentes et se font la plupart du temps téléphoniquement. Le cadre de santé de l'extra hospitalier vient à la réunion de pôle le lundi matin pour les unités Ambans et Merisier ; le contact se fait par visioconférence pour les unités Claudel et Lautréamont.

Le manque de structures accueillantes en post hospitalisation est souligné par l'ensemble des soignants qui font état de listes d'attente très importantes tant pour les maisons d'accueil spécialisées (MAS) que pour les foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou les EHPAD, «l'étiquette Caudalie» n'aidant pas à faciliter l'accueil des patients ; 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 qu'en intra hospitalier.

Une fédération des unités d'hospitalisation au long cours a été créée pour tenter de faciliter les orientations vers le secteur médico-social.

Les assistantes sociales, qui assistent aux réunions de pôle, sont très présentes et assurent le lien avec l'extérieur ; elles reçoivent les patients qui le souhaitent et s'assurent du maintien de leurs droits sociaux.

Le préfet demande systématiquement un deuxième avis pour la levée des mesures de SSC.

#### 4.3.2 Les modalités des programmes de soins

Lors de la visite des contrôleurs, trois programmes de soins étaient en cours dans les unités ; un seul patient restait hospitalisé plus de trois jours par semaine dans l'unité Rimbaud mais bénéficiait d'activités extérieures structurées sans restriction de liberté.

L'examen du contenu des programmes de soins dans le registre de la loi a permis de constater que ces programmes posaient le principe de la fin de l'hospitalisation complète avec parfois des

retours séquentiels de courte durée et le plus souvent des soins obligatoires au centre médico-psychologique.

#### 4.3.3 Le collège des professionnels de santé

Lors de l'admission d'un patient, le BDE tient un échéancier indiquant, pour chaque patient et selon son statut, les échéances et les dates à respecter notamment pour la réunion du collège des professionnels de santé. Un mois avant la date prévue, le BDE avise le secrétariat médical de l'unité de la composition du collège ; une convocation est envoyée aux médecins et soignants concernés précisant la nécessité de rendre un avis concernant le maintien éventuel en soins psychiatriques sans consentement du patient et mentionnant le délai dans lequel il doit être rendu.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le collège ne se réunissait pas toujours formellement et que le patient n'était pas systématiquement examiné, le psychiatre participant à la prise en charge du patient « *le connaissant bien* » ; aucune mention ne figure sur ce point sur les avis consultés par les contrôleurs.

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

#### RECO PRISE EN COMPTE 12

Le collège des professionnels de santé doit se réunir effectivement et les patients doivent être reçus par les membres.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les courriers de convocation adressés aux membres du collège portent désormais un paragraphe sur la nécessité de recevoir le patient reprenant l'article L3212-7 du code de la santé publique.***

#### 4.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EFFECTIF, MAIS LES MODALITES DE PRESENTATION DES PATIENTS SONT INDIGNES

A l'interrogation des contrôleurs sur l'existence d'une convention entre le tribunal de grande instance d'Agen et le centre hospitalier La Candélie, la réponse a été identique pour les deux administrations : ce document n'a pas été retrouvé donc sans doute pas établi. Il est apparu cependant que cette absence de formalisation n'était pas la conséquence d'une organisation méconnaissant les dispositions législatives du 27 septembre 2013 : les juges des libertés et de la détention (JLD) se déplacent deux fois par semaine au sein du centre hospitalier où des locaux ont été spécialement aménagés pour la tenue des audiences.

##### 4.4.1 Les locaux et l'organisation des audiences.

Les bâtiments sont situés dans une construction au fond du parc entourant l'hôpital assez loin de l'entrée ; la signalétique pour y parvenir est minimaliste mais il a été indiqué aux contrôleurs que si une personne se présentait à l'accueil pour assister à une audience, un agent se déplaçait pour aller la chercher.

Les locaux se composent d'une salle d'attente, d'une salle d'entretien avec les avocats qui permet d'assurer la confidentialité des échanges et de la salle d'audience ; cette vaste pièce est largement éclairée, meublée d'une longue et large table où prennent place d'un côté le magistrat et son greffier et de l'autre le patient et son conseil ; elle est suffisamment grande pour

permettre l'installation de chaises supplémentaires pour accueillir les personnes souhaitant assister à l'audience.



*Salle d'audience*



*Salle d'entretien avec les avocats*

Les audiences se tiennent deux fois par semaine les mardis et vendredis matin à 9h30.

Les saisines du JLD sont préparées par le bureau des entrées (BDE) ; les convocations sont envoyées par le greffe du tribunal au BDE qui les transmet dans les unités ; le greffe convoque les mandataires de justice qui sont très rarement présents et avise les tiers en cas d'admission à la demande d'un tiers.

Les convocations sont notifiées par les soignants qui informent le patient de la possibilité de choisir un conseil ou de bénéficier d'un avocat désigné d'office ; le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans les unités ; en l'absence de choix d'un avocat personnel, le ministère d'avocat est assuré par le barreau d'Agen qui délègue à chaque audience un avocat de permanence, les honoraires étant pris en charge dans ce cas par l'aide juridictionnelle. Les dossiers sont transmis par voie électronique par le greffe du tribunal à l'avocat de permanence la veille de l'audience ; ils contiennent systématiquement la justification de la notification des décisions du directeur de l'établissement plaçant le patient en soins sans consentement mais très rarement celle des arrêtés préfectoraux pour les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ( SDRE ) ; le JLD n'en tire aucune conséquence compte tenu de la position de la cour de cassation dans l'arrêt du 15 janvier 2015 qui estime que le défaut d'accomplissement de l'obligation d'information du patient est sans influence sur la légalité de l'arrêté.

Les patients, qui antérieurement se rendaient à l'audience dans les véhicules conduits par les équipes de prévention et de sécurité (EPS), y vont depuis fin mars 2019 en ambulance, et parfois seuls (unité Lauriers proche de la salle d'audience) et en reviennent fréquemment seuls ; ils sont rarement accompagnés d'un soignant ; les personnes détenues sont toujours escortées par deux EPS.

#### 4.4.2 Le déroulement de l'audience

Les audiences ont lieu portes ouvertes, deux EPS étant en permanence dans le couloir ; elles sont tenues depuis octobre 2018 par un JLD statutaire alors qu'antérieurement, différents juges du TGI d'Agen s'y succédaient. Les contrôleurs ont assisté à celles des 5 et 9 juillet et ont pu s'entretenir avec le JLD.

### RECO PRISE EN COMPTE 13

L'audience du JLD ne doit pas systématiquement être sécurisée par de deux membres des équipes de prévention et de sécurité.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les seules personnes accompagnées pour des raisons de sécurité aux audiences par les EPS sont des détenues. Les EPS n'assistent pas aux audiences mais assurent une présence préventive dans le hall d'accueil. La directrice conclut que, par conséquent, le caractère indigne de la présentation des patients ne semble pas avéré.***

Le contrôle général prend acte que la présence des équipes de prévention est limitée aux seuls personnes détenues, même si le caractère systématique de cette mesure de sécurité reste abusif.

Tous les patients sont convoqués à 9h30 mais arrivent un peu avant pour s'entretenir avec l'avocat qui est présent dès 9h.

La juge est en tenue civile et l'avocat porte la robe ; les patients sont en tenue de ville ; le ministère public n'est jamais présent mais la juge indique sa position. La juge explique son rôle qui n'est pas de remettre en cause le diagnostic médical mais de veiller à la régularité de la procédure ; la parole est ensuite accordée d'abord au patient invité à s'exprimer sur son hospitalisation puis à l'avocat ; la magistrate prend le temps nécessaire à l'audition des patients et pose beaucoup de questions portant notamment sur les conditions d'hospitalisation. La décision n'est pas rendue sur le siège mais mise en délibéré à l'après midi ; la juge en explique cependant la teneur dans la plupart des cas, ajoute que « *la décision papier sera remise dans l'après-midi* » et précise les voies et les délais de recours.

Les certificats attestant de l'impossibilité pour un patient de comparaître sont très rares.

Selon les renseignements donnés par l'établissement, 424 patients ont été convoqués en 2018 et 390 hospitalisations complètes ont été maintenues. Six décisions ont prononcé la mainlevée immédiate, et trois la mainlevée différée à vingt-quatre heures avec mise en place d'un programme de soins. Pour les autres, soit la mesure avait été levée avant l'audience, soit un programme de soins avait été mis en place ; les mainlevées étaient motivées par le contenu insuffisamment descriptif du certificat médical quant aux conditions légales nécessaires pour justifier l'hospitalisation sous contrainte, soit à un vice de procédure.

Cent-six patients ont été convoqués durant le premier trimestre 2019, une ordonnance de mainlevée immédiate et une avec mise en place de programme de soins ont été prises ; six mesures avaient été levées et deux programmes de soins mis en place avant l'audience. Le JLD a communiqué aux contrôleurs cinq ordonnances de mainlevée prises entre le 21 mai et le 5 juillet 2019 dont quatre motivées par l'insuffisance du contenu des certificats médicaux au regard des exigences légales et un en raison de l'adhésion du patient aux soins.

## 4.5 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL N'EST ASSURE QUE PAR LA CDSP

### 4.5.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La composition de la CDSP a été fixée par arrêté du préfet de Lot-et-Garonne du 21 septembre 2018 et une magistrate du tribunal de grande Instance d'Agen la préside en 2019. En sont

membres, un psychiatre du CH La Candélie désigné par le représentant de l'Etat, un psychiatre désigné par le procureur général, un médecin généraliste et un représentant de l'UNAFAM.

Le secrétariat de la CDSP est assuré par la direction départementale de l'agence régionale de santé (DDARS 47) ; les rapports d'activité transmis par la DDARS pour les années 2017 et 2018 sont très succincts et ne comportent que des données chiffrées sans aucune synthèse ou analyse contrairement aux dispositions de l'article R3223-11 du code de la santé publique.

La commission s'est réunie quatre fois en 2017, a examiné soixante-sept dossiers dont trente-neuf SDRE et SDJ et vingt-huit SDDE (dont quinze SPI) ; elle s'est réunie trois fois en 2018 et quarante dossiers ont été examinés dont vingt-sept SDRE et SDJ et quatorze SDDE (dont sept SPI). Durant ces deux années, aucune demande ou proposition de mainlevée de soins psychiatriques n'a été formulée.

Il résulte de la lecture des deux procès-verbaux de réunion de la commission communiqués aux contrôleurs, qu'elle a étudié quarante-quatre dossiers le 19 mars 2019 et vingt-neuf le 28 juin 2019 ; à cette occasion elle a examiné les courriers reçus.

Selon les renseignements donnés par le bureau des entrées (BDE), la commission est venue les 19 décembre 2017 et 11 décembre 2018 pour visiter les locaux et recevoir les patients qui en avaient fait la demande et viser le registre de la loi. Le BDE transmet un mail annonçant la visite de la CDSP aux unités qui l'affichent et les soignants expliquent aux patients qu'ils peuvent être reçus. Les personnes en soins SSC se déplacent alors dans les bureaux administratifs ; sept à huit personnes sont reçues par la commission. Aucun compte rendu de ces visites n'a été transmis aux contrôleurs.

#### RECO PRISE EN COMPTE 14

La CDSP doit, conformément aux dispositions de l'article R3223-11, établir un rapport annuel d'activité comportant une synthèse de ses conclusions sur les réclamations qu'elle a reçues et sur les constatations qu'elle a opérées lors de la visite d'établissements, notamment en ce qui concerne la tenue des registres, le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les fonctionnalités de l'application dédiée à la gestion des documents pourraient être mises à dispositions de la CDSP en vue d'élaborer le rapport d'activité annuel.***

***Dans ses observations du 5 décembre 2019 répondant au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS indique que ses services ont transmis les rapports d'activité de la CDSP 2017 et 2018 ainsi que le compte rendu de la dernière commission qui s'est tenue le 18 juin 2019. Depuis juin 2017, le service des hospitalisations sous contrainte a été régionalisé. Les rapports sont établis par les services régionaux conformément à l'arrêté du 26 juin 2012 fixant le modèle du tableau des statistiques des commissions départementales des soins psychiatriques prévu à l'article R 3223-11 du CSP. Au niveau départemental, les convocations de la CDSP sont transmises aux membres par un agent de la délégation départementale du Lot-et-Garonne. La commission se réunit trois fois par an. Un compte rendu de chaque CDSP est réalisé par la secrétaire de séance et fait état des sollicitations.***



#### 4.5.2 La visite des autorités

La dernière visite du procureur de la République a eu lieu en juillet 2018 et celle du préfet en janvier et avril 2019 ; le JLD se rend régulièrement dans l'établissement pour tenir ses audiences et un magistrat du tribunal de grande instance préside la CDSP. Le maire de la commune de Pont-du-Casse est président du conseil de surveillance et est régulièrement présent au sein de l'établissement.

Le maire, le préfet et le procureur de la République exercent la mission de contrôle qui leur est dévolue par l'article L 3222-4 du CSP prévoyant que ces autorités doivent visiter au moins une fois par an, les établissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. Ils doivent néanmoins signer le registre de la loi actant cette visite annuelle réglementaire.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 L'ACCES AU DOMAINE EST TRES SECURISE ET LA PLUPART DES UNITES SONT FERMEES

Les unités d'hospitalisation sont implantées dans un vaste domaine fermé par une clôture.

Depuis la fin du mois de mars 2019, soit quelques semaines avant le contrôle, la direction a décidé la fermeture en continu des grilles des portails de l'entrée principale de l'établissement et le renforcement des mesures d'accès et de contrôle au site par les agents de l'équipe de prévention et de sécurité (EPS)<sup>4</sup>. Les visiteurs doivent désormais présenter leur identité et faire part du motif de leur venue à un agent de l'EPS, présent de 6h à 22h, lequel peut, en outre, procéder à un contrôle visuel des sacs des personnes entrantes – notamment celui d'un patient réintégrant le CHD – et des coffres de véhicule. Chacun des membres du personnel est doté d'une carte professionnelle d'accès, avec photographie, qui permet l'ouverture d'un portillon par un système de lecteur de cartes. Les professionnels autorisés à entrer avec leur véhicule doivent présenter leur carte devant le lecteur, « *y compris lorsque le portail est ouvert* ».

La note d'information diffusée le 26 mars 2019 justifie ces mesures par « *l'accueil et la prise en charge de publics de plus en plus fragiles au sein de l'établissement et l'application du plan Vigipirate "sécurité renforcée – risque d'attentat"* ». Les contrôleurs ont toutefois constaté que le personnel évoquait, comme premier motif d'insécurité, les intrusions de personnes s'adonnant à des trafics de produits stupéfiants sur le domaine, notamment autour de la « place François Tosquelles », et approuvait les mesures prises en raison de la diminution des trafics qu'elles auraient entraîné au sein de l'établissement.



*La place François Tosquelles, sous vidéosurveillance*

<sup>4</sup> L'EPS est composée de huit hommes : six ont en charge la sûreté du site, deux la prévention incendie. Le personnel des unités peut demander à l'EPS « sûreté » son soutien pour sécuriser une intervention dans une chambre d'isolement auprès d'un patient agité ou pour aider le personnel soignant à contenir une personne, par exemple pour une injection. L'EPS intervient également quatre fois par jour, pendant 30' chaque fois, à l'occasion de l'ouverture de la chambre d'isolement d'un patient détenu (cf. § 9.1) ; il se positionne en retrait et reste en général à l'entrée de la chambre et n'intervient physiquement qu'en cas d'agitation. L'EPS se rend également dans les unités pour récupérer un objet illicite ou un produit toxique ou dès le déclenchement d'une alarme du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI). Il est enfin présent lors des audiences du JLD (cf. § 4). Seuls deux des six agents de l'EPS ont reçu la formation OMEGA.

Des personnes sont, en outre, interdites d'accès à l'établissement : la direction établit une note individuelle d'interdiction d'accès à la suite d'un incident, d'un comportement inadapté ou d'un signalement en provenance d'une unité ; la plupart de ces interdictions concerne des visiteurs de patients ou d'anciens patients.

Par ailleurs, l'établissement est équipé de seize caméras de vidéosurveillance qui couvrent les portails d'entrée, les parcs de stationnement et, au sein de l'établissement, exclusivement la « place François Tosquelles ». Des affiches sont disposées à l'entrée du CHD afin de signaler l'existence d'un dispositif de vidéosurveillance. Les images sont renvoyées à des écrans installés dans le bâtiment d'accueil et visualisées par les agents de l'EPS spécialement habilités par la direction. Les images peuvent être transmises à la demande d'un officier de police judiciaire sur production d'une réquisition judiciaire.

Les agents de l'EPS effectuent des rondes au sein du domaine. Ils sont porteurs d'une tenue d'uniforme typique d'agent de sécurité : *rangers*, pantalon de sécurité, polo bleu qui conduit les personnes à les confondre avec des policiers ou des gendarmes.

Pendant la semaine du contrôle, peu de patients ont cependant été croisés au sein du domaine. La raison en est que les unités étaient toutes fermées à clé – à l'exception de l'unité Lauriers (fermée entre 12h et 14h), de l'unité Lautréamont (mais qui serait fermée fréquemment selon les patients admis) et l'unité Erables (ouverte pendant le contrôle) – et que les patients, y compris ceux en soins libres, devaient solliciter le personnel soignant pour leur ouvrir la porte au départ et au retour de leur unité. Cette réalité contrevient aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement, qui posent le principe « *de la liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital* » et qui suggèrent que les unités soient ouvertes dans la mesure où il est enjoint au patient désireux de sortir, dès lors que son état de santé le permet, « *d'en informer le personnel soignant* ».

Les membres du personnel exerçant dans les unités qui fonctionnent avec leur porte principale ouverte en journée n'ont pas constaté d'incident particulier. Tous, en revanche, soulignent que cela permet d'évaluer le degré d'autonomie des patients.

## RECOMMANDATION 7

Conformément au règlement intérieur qui affirme le respect de la liberté d'aller et de venir au sein de l'hôpital, une réflexion doit être conduite afin de respecter cette liberté dans toutes les unités de l'établissement.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que la réflexion concernant la liberté d'aller et venir sera menée au premier trimestre 2020 puis sera intégrée aux travaux visant à compléter le projet médico-soignant de l'établissement.***

Les heures de sortie de l'unité sont, en général, de 9h à 12h et de 14h à 18h (ou après la réunion de transmission inter-équipes, à partir de 14h30 à l'unité Oliviers), pendant lesquelles les patients – même admis en SDRE – peuvent se rendre librement et seuls aux activités, sur la place Tosquelles.

Indépendamment de l'ouverture ou non de leur unité, certains patients ne peuvent sortir qu'accompagnés par le personnel en raison de leur état de santé, sur décision médicale, notamment au regard de risques de suicide ou de fugue : à titre d'exemple, il en était ainsi lors du contrôle, pour un seul patient dans les unités Rimbaud, Pruniers et Ambans (« *si chambre est*

rangée » dixit un affichage). L'accompagnement « téléphonique » se pratique aussi : le pôle d'activités appelle alors l'unité dès l'arrivée du patient.

D'autres entraves à la circulation sont motivées par des considérations non médicales. Ainsi dans les unités Claudel et Lautréamont, une autorisation de sortie peut être retirée à un patient ayant consommé des produits illicites, quel que soit le produit et même si c'est la première fois, ce qui s'apparente à une mesure disciplinaire, mais l'autorisation peut aussi être conditionnée à un bon comportement prenant la forme d'un « chantage » : « *si tu arrêtes de mordre, tu auras le droit à des sorties* ». Des tests salivaires sont pratiqués au retour de sorties, mêmes circonscrites au parc (deux patients concernés au moment du contrôle) ; un test positif entraîne l'annulation des sorties suivantes, cette règle n'étant de surcroît pas écrite mais seulement mentionnée oralement lors de l'entretien d'accueil et, en principe, rappelée avant la sortie.

A l'unité Rimbaud, la sortie dans le parc n'est possible que pour le patient dont le test salivaire est négatif, après que ce dernier a rangé sa chambre, et à condition d'être de retour pour le goûter.

### RECOMMANDATION 8

Les restrictions, pour les personnes en soins libres comme pour les personnes en soins sans consentement, ne doivent être qu'exceptionnelles et strictement justifiées par leur seul état clinique.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que les tests salivaires pratiqués pour savoir si la patient consomme du cannabis correspondent à une mesure préventive et non punitive ; en effet cette consommation est un facteur important de décompensation et elle comporte pour certains patients des effets délétères extrêmement graves lors d'épisodes délirants. Aussi, le psychiatre mène une réflexion sur le bénéfice-risque qui en l'absence d'autres alternatives disponibles, peut conduire à interdire les sorties pour éviter toute consommation de cannabis. Ceci étant, cette démarche thérapeutique ne semble pas comprise par les intervenants non médicaux. Un contrat de soin est en place, il s'agit d'un outil thérapeutique permettant de fixer des objectifs et des modalités d'hospitalisation (notamment les sorties et le téléphone). Il reste modifiable et est appelé à évoluer en fonction de la réalisation des objectifs. Ceci étant, la démarche de contrôle de consommation du cannabis fait partie du contrat de soin et elle peut en modifier le contour. Par conséquent, elle doit faire l'objet d'une réflexion sur les pratiques à mener en lien avec celle visant à compléter le projet médico-soignant.*

Le contrôle général rappelle que le contrat de soin, incluant un contrôle de la consommation de produits psychotropes, ne peut être assorti de sanctions ou restrictions de liberté selon les résultats de ce contrôle.

## 5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT DIFFERENTES SELON LES UNITES

### 5.2.1 La liberté de circulation au sein des unités

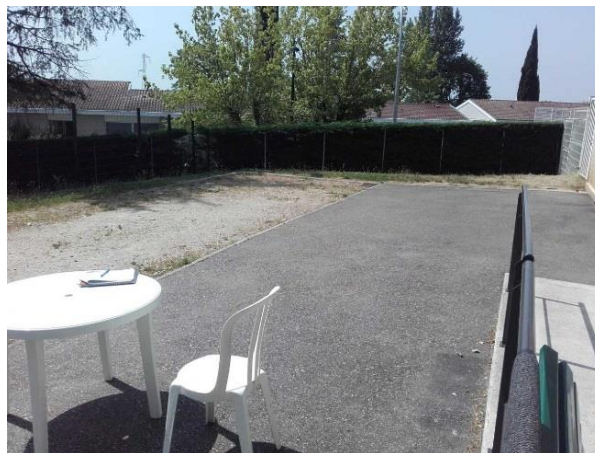
A l'exception de l'unité SIRA où les patients n'ont accès qu'à un espace bétonné et grillagé d'une superficie d'environ 30 m<sup>2</sup>, les autres unités sont toutes dotées d'un espace extérieur clôturé.

Les patients peuvent en principe s'y rendre librement dans la journée ; il en est différemment à l'unité Claudel où la cour est fermée lorsque le nombre de soignants est jugé insuffisant pour

assurer la surveillance des patients ; peu avant le contrôle, les patients de cette unité se sont vu rejeter leur demande d'ouverture continue de la cour entre 6h et 23h. L'accès au jardin depuis le bâtiment d'hébergement s'effectue le plus souvent en passant par un espace intermédiaire – dénommé loggia, gloriette, préau, patio ou terrasse –, qui est aménagé avec des tables, des chaises, une table de ping-pong, voire avec un terrain de pétanque, comme à la terrasse de l'unité Lauriers accessible par un plan incliné.

Dans la plupart des unités, les patients n'ont pas accès la nuit aux espaces extérieurs, notamment pour y fumer une cigarette ; en revanche, si les jardins sont fermés le soir, le patio de l'unité Lautréamont et la gloriette de l'unité Mérisiers restent ouverts en permanence.

L'accès à la terrasse et au jardin clos de l'unité Rimbaud n'est possible qu'après avoir fait sa toilette. Dans cette unité, il est également fermé pendant le temps des transmissions inter-équipes et à tout moment sur décision de l'équipe soignante.



*Loggia de l'unité Oliviers (à gauche) et terrasse de l'unité Lauriers (à droite)*

Le principe de pouvoir librement rejoindre sa chambre dans la journée, sauf pendant le ménage, est posé dans toutes les unités, l'unité Lautréamont autorisant même l'accès aux chambres pendant le passage des ASH. A l'inverse, l'accès est parfois interdit pendant des plages horaires conséquentes : aux unités Ambans et Claudel, le créneau du ménage s'étend de 10h à 12h, voire jusqu'à 13h à l'unité Mérisiers. En outre, l'accessibilité des chambres situées à l'étage est restreinte par rapport à celles du rez-de-chaussée : à l'unité Rimbaud, l'accès aux chambres du 1<sup>er</sup> étage est fermé par une barrière basse de 10h à 12h30 ; lors du contrôle, un patient n'accédant pas à sa chambre a dormi toute une matinée sur un fauteuil dans la salle de télévision. Par ailleurs, l'accès aux chambres de l'unité Lauriers peut être limité dans la journée pour les patients qui y resteraient sinon en permanence. La fermeture est décidée par le médecin ; au moment du contrôle, la chambre d'un patient ne lui était accessible dans la journée qu'entre 13h/16h pour se reposer.

La journée est organisée, notamment pour le lever et le coucher, autour des horaires de ménage (cf. *supra*), de repas et de la fin de la première partie du programme télévisuel de la soirée. Selon les unités, le petit-déjeuner est servi entre 8h et 8h30, le déjeuner entre 11h30 et 12h30 (quand le service est en deux temps), le goûter à 16h et le dîner entre 18h30 et 19h30. Les derniers patients non couchés sont invités à regagner leur chambre avant 23h.

### 5.2.2 La consommation de tabac

Les pratiques diffèrent selon les unités. Dans la plupart d'entre elles, la gestion du tabac est libre sauf cas particulier de restriction pour un patient en surconsommation ou risquant d'être trop sollicité (unités Oliviers, Pruniers, SIRA, Claudel, Lautréamont, Mérisiers).

Il en est différemment dans les unités de long séjour : la consommation de tabac pour les rares fumeurs de l'unité Lauriers (trois sur douze lors du contrôle) est fixée dans un protocole individualisé avec une gestion par le personnel (limitation du nombre des cigarettes par temps de consommation, notamment après les repas et le goûter) ; dans l'unité Erables, où les cigarettes sont sous clés et distribuées en deux fois, le protocole est élaboré en lien avec l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) pour accompagner à réduire ou arrêter la consommation de tabac<sup>5</sup> ; le personnel de l'unité Ambans retire chaque soir, à 21h, tabac, cigarettes et briquet, pour ne les remettre que le lendemain matin après la toilette : la toilette des patients les moins autonomes mobilise beaucoup les soignants qui veulent éviter que les demandeurs de cigarettes s'introduisent alors dans les salles de bains.



Au sein de l'unité Rimbaud, l'accès au tabac fait l'objet, pour la majorité des patients fumeurs, d'une négociation avec les soignants sur le nombre de cigarettes par jour : du point de vue des soignants, il s'agit d'une aide à l'étalement des cigarettes dans le temps afin d'éviter d'épuiser trop vite le budget tabac de la personne ; les patients, en revanche, considèrent cela comme une contrainte décidée par les soignants.

Les patients fument dans les espaces extérieurs des unités, tant que ceux-ci leur sont accessibles (cf. *supra*). Tous sont équipés de cendriers mais pas d'allume-cigarettes. Le patient ne conserve pas, en général, son briquet sur lui (sauf à l'unité Claudel) et doit le remettre au personnel après chaque utilisation. Il arrive, la nuit, que les soignants remettent une cigarette avec la tisane avant le coucher.

Le tabac est acheté par le patient lui-même, éventuellement accompagné d'un soignant. S'il n'est pas autorisé à sortir de l'unité, l'achat est réalisé par la famille ou par le tuteur (rarement), voire par les soignants : la cadre de santé de l'unité Oliviers se rend ainsi, une fois par semaine, dans un bureau de tabac, le paiement pouvant se faire avec l'argent du patient. En outre, une convention a été établie avec un bureau de tabac qui livre une fois par semaine et envoie la facture au tuteur.

<sup>5</sup> Les substituts nicotiques sont prescrits par le médecin et fournis par la pharmacie avec tous les moyens d'administration possibles (gomme, pastille, spray nasal, patch).

### 5.2.3 Le port du pyjama

Les patients en chambre d'isolement sont tenus de porter un pyjama. Sinon, il n'existe, dans aucune unité, de protocole prévoyant le port obligatoire du pyjama, notamment dans les premiers jours d'hospitalisation.

En revanche, dans certaines unités (Claudel, Erables), le pyjama peut être imposé à un patient à la suite d'une fugue ; tel était aussi le cas jusqu'à peu à l'unité Lauriers mais, dès sa prise de fonction, le cadre a mis fin à cette pratique, considérant qu'elle avait un aspect disciplinaire et qu'elle était perçue par le patient comme une sanction.

#### RECOMMANDATION 9

L'organisation de la vie quotidienne doit être définie dans des règles de vie au niveau de chaque unité, après une réflexion générale sur la nécessité et la proportionnalité des contraintes pouvant être imposées aux patients.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les unités et pôles de l'établissement vont s'inscrire dans la démarche de réflexion générale sur la nécessité et la proportionnalité des contraintes pouvant être imposées aux patients ; cette réflexion sera intégrée dans celle qui sera menée pour compléter le projet médico-soignant.***

## 5.3 LA COMMUNICATION DES PATIENTS AVEC LEURS PROCHES N'EST PAS FAVORISEE PAR L'AMENAGEMENT ET L'ORGANISATION DES UNITES

### 5.3.1 Visites des familles

Les visites sont autorisées l'après-midi, en général à partir de 14h30, après la réunion de transmission inter-équipes dans certaines unités, avec des dérogations possibles le matin. Au moment du contrôle, la quasi-totalité des patients étaient autorisés à recevoir des visites, les seules exceptions concernant les personnes détenues (cf. *infra* § 9.3) ; en revanche, dans les unités de long séjour (unités Lauriers, Erables), la majorité d'entre eux n'était pas visités.

La visite peut être interdite pour un enfant de moins de 12 ans (unité Pruniers) ou de moins de 15 ans (unité Ambans) ou leur présence peu recommandée au sein de l'unité (unités Lauriers, Rimbaud, Oliviers), auquel cas elle a lieu dans les locaux de consultation du pôle.

Aucune unité n'est dotée d'un espace dédié aux visites. Quand les personnes ne se rencontrent pas dans le parc ou à la cafétéria, les visites se déroulent, au sein des unités, dans le jardin/loggia (unité Oliviers), dans les salons de télévision, dans les salles à manger, parfois dans une alcôve à proximité de la porte d'entrée servant de salle d'attente (unités Lauriers, Claudel, Lautréamont), voire sur un canapé installé dans l'entrée (unités Erables, Merisiers, Ambans). Les visites sont, en général, interdites dans les chambres (unités Pruniers, SIRA, Lautréamont), sauf dans celles du rez-de-chaussée quand l'état clinique du patient le nécessite (unité Oliviers). Ces conditions ne permettent aucune confidentialité lors des visites.



Espace utilisée pour les visites  
à l'unité Lauriers



Salle attente unité Lauréamont

### 5.3.2 Téléphone et Internet

Sauf en chambre d'isolement, les patients sont autorisés, dans la plupart des unités, à téléphoner avec leur portable, avec parfois une utilisation limitée : par exemple, à l'unité Rimbaud, le portable n'est remis au patient qu'après la toilette du matin et est repris à 21h30, un patient de l'unité Ambans ne dispose de son portable qu'entre 9h et 21h ; les unités Pruniers et SIRA (passée la première journée) autorisent le portable mais pas son cordon d'alimentation, conservé dans le bureau infirmier (unité Ambans). Toutefois, peu de patients hospitalisés dans les unités de long séjour ont un portable personnel : un tiers à Rimbaud, deux aux Erables, aucun aux Lauriers.

Les personnes sans portable peuvent utiliser les appareils mis à disposition dans les unités : l'unité Lauriers a ainsi dédié un téléphone sans fil aux appels des patients à partir d'une ligne de l'établissement ; celui de l'unité Rimbaud n'est disponible que l'après-midi jusqu'à 21h, sauf pour les appels vers les organismes administratifs qui peuvent avoir lieu également le matin. Dans les autres unités (Oliviers, Claudel, Lauréamont, Erables, Ambans), il n'existe qu'un poste téléphonique mural, au milieu du couloir, où le personnel transmet les appels extérieurs et passe au patient son correspondant après avoir composé le numéro de ce dernier : l'absence de cabine et de chaise ne permet ni confort ni confidentialité.

Peu de patients disposent de leur ordinateur portable ou de leur tablette (trois à l'unité Claudel, aucun aux Lauriers et aux Erables), d'autant que la possession de ce type d'équipement est conditionnée à un avis médical et à une autorisation du directeur ; le formulaire de demande vise paradoxalement l'article 50 du règlement intérieur qui pose le caractère « *rigoureusement interdit* » des tablettes et ordinateurs portables. A l'unité Oliviers, dès lors que l'autorisation a été acquise, l'usage du matériel informatique est limité dans la salle à manger et exclu en chambre, l'appareil étant mis sous clé dans une armoire du bureau de la cadre. Dans une unité du pôle Agen-Albret, un médecin a indiqué sa difficulté dans la gestion de l'accès à la pornographie via internet pour certains patients.

Aucune connexion wifi n'est disponible pour les patients, sauf pour les rares propriétaires de téléphone portable doté de la 4G. En cas de besoin, le personnel autorise l'utilisation de l'ordinateur du bureau infirmier, par exemple pour la recherche d'un appartement (unité Merisiers).



### 5.3.3 Courrier, Télévision, Presse

Aucune boîte aux lettres n'est implantée au sein d'une unité. S'ils ne le postent pas eux-mêmes à l'extérieur, les patients remettent leur courrier, timbré, sous pli fermé, au bureau infirmier pour être remis au vagemestre lors de son passage quotidien dans l'unité. Les timbres sont en vente à la cafétéria. L'affranchissement est assuré par l'hôpital pour le courrier adressé aux autorités administratives et judiciaires. Certaines unités (Merisiers, Ambans) fournissent papier, enveloppes et stylo. Aucune restriction ni aucun contrôle n'est exercé sur la correspondance d'un patient mais il arrive qu'un soignant informé d'un courrier susceptible de lui nuire évoque la question avec lui. En revanche, le contenu d'un colis expédié à un patient est contrôlé par le personnel en présence de son destinataire.

Les chambres ne sont pas équipées de téléviseurs et il est interdit d'y avoir son propre poste. A l'exception de l'unité Lauriers dotée de deux téléviseurs, toutes les unités ne sont équipées que d'un seul poste installé dans la salle commune devant des alignements de fauteuils. Selon les unités, la télécommande est laissée à disposition ou non ; celle de l'unité Rimbaud est conservée dans le bureau infirmier et n'est prêtée que le temps de changer de chaîne. La télévision est allumée en permanence en journée, la coupure ayant lieu en général entre 22h30 et 23h. Dans certaines unités (Claudel), la télévision est éteinte pendant les repas.

Des journaux et des magazines se trouvent dans la salle commune des différentes unités, notamment la presse quotidienne régionale (*La Dépêche du Midi, le Petit Bleu*).

#### RECOMMANDATION 10

Les conditions de communication des patients avec leurs proches doivent être améliorées, notamment avec des salons de visite, des cabines téléphoniques et la possibilité de disposer de leur matériel informatique avec un réseau wifi.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les conditions de communication et la possibilité de disposer d'un matériel informatique seront analysées dans le cadre de la réflexion générale sur la nécessité et la proportionnalité des contraintes pouvant être imposées aux patients ; cette réflexion sera intégrée dans celle qui sera menée pour compléter le projet médico-soignant.***

### 5.5 LE THEME DE LA SEXUALITE N'A FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION

Au moment de la visite des contrôleurs, aucun écrit ne permet au personnel soignant de traiter la question de la vie sexuelle des patients d'une façon réfléchie et homogène, et il n'existe aucune réflexion collective.

Certains cadres de santé ont précisé aux contrôleurs que ce sujet était « tabou » dans l'établissement.

Les patients n'ont pas accès aux chambres lors des visites ; même si dans certaines unités il a été précisé aux contrôleurs qu'il y avait des relations sexuelles dans les chambres du haut, l'absence de verrous intérieurs et la présence de micros ne permettent pas de garantir une intimité (cf. § 6.1) ; il a été indiqué aux contrôleurs que la vie sexuelle avait lieu hors des unités dans le parc.

Les relations sexuelles entre patients consentants ne sont pas interdites ; les soignants sont attentifs aux patient(e)s vulnérables qui pourraient être contraint(e)s.

Rien n'est organisé pour la contraception ; l'information serait donnée, par les infirmiers à l'arrivée, de la possibilité d'avoir une consultation auprès d'un somaticien sur ce thème ; Il n'y a pas, en la matière, de répartition de rôle entre les psychiatres et les médecins généralistes.

Les préservatifs, mis à disposition, dans la pharmacie des unités, sont distribués à la demande.

#### RECOMMANDATION 11

L'hôpital doit engager pour toutes les unités, une réflexion sur tous les sujets relatifs à la sexualité des patients.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire**, la directrice indique que la réflexion sur la sexualité des patients sera intégrée à celle qui sera menée pour compléter le projet médico-soignant.*

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LE DOMAINE EST VASTE MAIS NON EXPLOITE POUR LA MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES LOCAUX SONT INADAPTES

Le domaine du CHD s'étend sur plus de soixante-dix hectares mais seuls trente sont affectés à l'hébergement et la prise en charge de psychiatrie ; le reste du domaine est fermé, entouré de grillages et héberge les habitations des directeurs, un château abandonné, et un étang, avec à l'opposé du domaine mais toujours fermée par une grille, une partie construite où se trouve la maison d'accueil spécialisée (MAS).

Sur la partie consacrée à l'activité de psychiatrie, les bâtiments sont relativement semblables, sur deux niveaux (sauf le SIRA qui est de plain-pied), proches les uns des autres ; les parties vertes ne sont pas paysagées. Seul un terrain de football et la place du Dr Tosquelles permettent aux patients de s'installer à l'extérieur.



*Place du docteur Tosquelles au centre de l'établissement*

Tous les bâtiments disposent d'un ascenseur mais la présence de deux chambres au rez-de-chaussée et des autres à l'étage pose des problèmes de surveillance et de sécurité au niveau de l'escalier, de jour comme de nuit, car la salle des infirmiers est au rez-de-chaussée.



Les unités d'hospitalisations sont toutes principalement constituées de chambres doubles ; les unités Pruniers, Oliviers, Ambans et Lautréamont ont neuf chambres doubles pour deux chambres individuelles ; l'unité Claudel dispose de huit chambres doubles pour trois individuelles. Les unités Rimbaud, Merisiers et Erables ont cinq et six chambres doubles et sept à huit chambres individuelles.

La taille des chambres est par ailleurs fortement inégale aux unités Claudel et Lautréamont par exemple. Les chambres à deux lits ne contiennent jamais de paravent ou séparation permettant l'intimité des personnes.



*Chambre à deux lits, unité Lauriers*



*Grande salle d'une unité*

Toutes les chambres sont équipées d'une salle d'eau avec WC, douche, grand miroir (à l'unité Rimbaud), parfois des patères (unités Erables, Claudel, Lautréamont). Seule trois chambres des unités Rimbaud et Lauriers sont dépourvues de salle d'eau privative. Le service dispose souvent d'un équipement sanitaire collectif supplémentaire : des toilettes et une salle de bains commune à l'unité Merisiers, une baignoire thérapeutique à l'unité Claudel mais pas utilisée.



*Loggia à l'unité Oliviers (gauche) et à l'unité Claudel (droite)*

L'entretien des bâtiments est effectué *a minima* et plusieurs unités n'ont pas été rénovées récemment (peintures défraîchies, voire des moisissures dans quelques salles d'eau de l'unité Rimbaud).

En termes de surfaces disponibles, les unités n'offrent qu'un bureau pour l'ensemble des consultations ou rendez-vous ; il n'y a pas de salon des familles ou pièce permettant de les recevoir. Le bureau des soignants est exigu, surtout au moment des transmissions ou des réunions. La salle à manger est souvent elle-aussi insuffisamment grande (unité Rimbaud par exemple). Il n'y a aucune salle d'activité dans les services.

De manière plus générale, les espaces communs sont très pauvres dans les unités, se résumant à un seul lieu de vie autour de la télévision. Les unités disposent toutes d'un jardin, presque toujours séparé en deux avec une petite partie disposant d'un abri à proximité de la porte de l'unité et une seconde partie arborée et avec de la pelouse, mais séparée par un portillon qui est souvent fermé pour « *raisons de sécurité pour éviter les fugues* ».

### RECOMMANDATION 12

Les unités doivent comporter des espaces de vie différenciés, au moins une salle d'activité, une pièce permettant de recevoir sa famille dans l'intimité. L'accès au jardin doit être permis à tout moment.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que dans l'attente de la réalisation du schéma immobilier, des solutions visant à améliorer l'accueil des familles et les espaces de vie seront recherchés. Les conditions d'accès au jardin seront analysées dans le cadre de la réflexion générale sur la nécessité et la proportionnalité des contraintes pouvant être imposées aux patients ; cette réflexion sera intégrée dans celle qui sera menée pour compléter le projet médico-soignant.*

Aucune unité ne prévoit que le patient puisse s'enfermer dans sa chambre pour plus d'intimité, ou refermer derrière lui quand il la quitte.

### RECOMMANDATION 13

Afin de préserver l'intimité et la sécurité des patients, les portes des chambres doivent être équipées d'un système leur permettant de s'enfermer dans leur chambre et de refermer derrière eux lorsqu'ils en sortent.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que des solutions seront recherchées, dans une démarche participative avec les unités d'hospitalisation, pour définir le cahier des charges des dispositifs à installer sur les portes des chambres dans le but de préserver l'intimité et la sécurité des patients.*

Le mobilier des chambres est très variable d'une unité à l'autre ; il comporte outre le lit, des placards qu'on peut doter de cadenas (unité Rimbaud) ou de serrure ; quelques patients ont la clef mais la majorité des placards n'ont plus de clef et c'est le soignant qui peut seul ouvrir et fermer ce placard. Complet dans certaines unités (SIRA par exemple), le mobilier est lacunaire dans d'autres (pas de table dans certaines chambres à l'unité Erable, pas de chaise et pas de table de nuit dans les unités Claudel, Lautréamont, Ambans).



Salle unique de vie d'une unité (Prunier)



Chambre individuelle, unité SIRA

Enfin, les chambres des unités ne sont pas équipées de système d'appel (sonnette ou bouton d'alarme), ce qui, compte-tenu des chambres à l'étage, pose un problème de sécurité pour les patients.

#### RECOMMANDATION 14

Chaque chambre doit être équipée d'une table, d'une chaise, d'un chevet et d'un bouton d'alarme ou d'appel.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que l'équipement des chambres sera contrôlé et mis à niveau et des dispositifs d'appel malades seront installés. Il devra également prévoir la possibilité de conserver des valeurs personnelles en toute sécurité ; cette réflexion sera intégrée dans celle qui sera menée pour compléter le projet médico-soignant. La mise en place de cet équipement fera l'objet d'une réflexion sur la définition du besoin des services à finaliser pour décembre 2020.*

La surveillance des patients semble être réalisée à l'aide de micros placés dans toutes les chambres avec une écoute possible au niveau de la salle de soins (unités Oliviers, Claudel, Lautréamont, Ambans, Merisiers et Pruniers). Le CGLPL rappelle que l'écoute de personnes à leur insu dans une chambre n'est pas autorisée par la loi et que le respect de l'intimité des personnes amène à recommander la suppression de tous ces micros.

#### RECOMMANDATION 15

La loi ne permet pas l'installation de micros permettant d'écouter à leur insu, les personnes hospitalisées dans un établissement de santé.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que les soignants concernés considèrent qu'il s'agit d'un outil de travail permettant de faciliter la surveillance des patients dont ils ont la charge. Aussi dans l'attente de la mise en place d'un dispositif d'appels malades, ces unités informeront oralement et par voie d'affichage les patients de l'utilisation de ce dispositif en mentionnant les informations suivantes : « l'équipe soignante de nuit (22h – 6h) met en place un dispositif d'écoute installé dans les chambres de l'unité afin de pouvoir intervenir si une personne souhaite faire appel à elle. »*

Le contrôle général maintient sa recommandation et conseille à l'établissement de faire valider sa pratique par le procureur de la république du tribunal judiciaire d'Agen.

Dans toutes les unités, les patients ne peuvent aérer leur chambre qu'en ouvrant la fenêtre sur 15 cm, celle-ci étant bloquée à l'aide d'un verrou.

Les stores électriques extérieurs sont commandés de l'intérieur de la chambre et fonctionnent. Une occultation posée sur la vitre à mi-hauteur au rez-de-chaussée permet de protéger les patients de la vue extérieure.

## 6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES A L'EXCEPTION DE CELLES DES CHAMBRES D'ISOLEMENT

A l'exception de celles des unités Rimbaud et Lauriers, les chambres simples et doubles disposent toutes d'une salle d'eau se fermant de l'intérieur avec un lavabo, un miroir, un WC et une

douche ; les patients des trois chambres non équipées de l'unité Rimbaud et de l'unité Laurier utilisent les douches et les toilettes communes sur le palier.

Les locaux sont lavés tous les jours par un agent des services hospitaliers (ASH) et sont globalement propres compte-tenu de la vétusté de certains équipements.

Dans la plupart des unités, les rasoirs, coupe-ongles, pince à épiler, bouteilles de parfum et d'après-rasage sont rangés dans un local et sont donnés au moment de la toilette.

Les unités disposent d'un stock de vêtements de rechange pour dépanner qui proviennent de dépôts du personnel.



*Vestiaire de dépannage*



*Rangement des objets de toilette*

Les draps sont changés chaque semaine et plus si nécessaire et les serviettes de toilette tous les jours.

Les vêtements sont nettoyés par la famille, par un prestataire privé (après marquage du linge) avec des prix différents selon la prestation (2,80 euros pour une robe, 1,60 euro pour un pantalon, 5 euros pour un manteau) ou par la laverie de l'établissement à laquelle on ne peut se rendre que les fins de semaine accompagné par un membre du personnel ; cette laverie comporte deux machines à laver/sécher fonctionnant avec des jetons (4,50 € les deux jetons).

Des kits d'hygiène sont à disposition ; à défaut le matériel d'hygiène manquant est fourni.

Un coiffeur est ouvert sur la placette les lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 12h et de 13h à 16h ; le shampoing, la coupe et le brushing sont gratuits.

## BONNE PRATIQUE 1

Tous les patients bénéficient d'un shampoing et d'une coupe gratuite chez le coiffeur.

### 6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT RETIRES DE FAÇON SYSTEMATIQUE ET LES PERSONNES SOUS TUTELLE FONT L'OBJET DE RESTRICTIONS NON BASEES SUR LA CLINIQUE

#### 6.3.1 Gestion des biens applicable à tous les patients

Lors de l'inventaire effectué à l'entrée du patient dans l'unité, tout objet considéré comme coupant et dangereux (ciseaux, cordon et ceinture pour les personnes suicidaires, produit contenant de l'alcool, produits d'hygiène corporelle à l'unité Rimbaud) est retiré de manière systématique. Ces objets peuvent être remis au patient de manière ponctuelle le matin (pour se

parfumer, se raser) et sont ensuite ranger dans le casier nominatif situé dans le bureau des soignants ou dans une armoire de la salle de bains collective.

#### RECOMMANDATION 16

Le retrait d'objets appartenant au patient ne peut être systématique mais adapté à son état clinique.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'établissement va actualiser la procédure de dépôt des biens et des valeurs en tenant compte de la nécessité de préserver l'autonomie des patients y compris s'ils sont placés sous mesure de protection, des liens à renforcer avec les organismes mandataires judiciaires à la protection des majeurs, et de la possibilité de disposer d'équipements permettant aux patients de conserver des valeurs personnelles en toute sécurité.***

Dans toutes les unités sauf Lauriers, Erables et quelques patients à Rimbaud, les patients disposent de leur clé de placard ce qui leur permet de conserver des valeurs personnelles en toute sécurité.

Une certaine somme d'argent peut être conservée par les patients dans les unités Claudel, Lautréamont ou encore Oliviers, mais la plupart d'entre elles n'autorisent pas le patient à garder des sommes importantes. L'argent, les cartes bancaires, chéquiers et objets de valeur que la personne ne souhaite pas conserver, sont placés dans le coffre de la régie de l'établissement situé au BDE contre un reçu de dépôt distinguant l'argent, les valeurs et les biens. Les patients peuvent demander, grâce à un formulaire, à récupérer leurs biens pour une sortie par exemple. Au bout de trois semaines, la régie informe l'unité que les biens qui se trouvent au coffre vont être transférés à la trésorerie d'Agen. La procédure de retrait ne pouvant ensuite être faite que de manière hebdomadaire, les unités peuvent demander que les biens soient conservés au sein de l'établissement notamment pour les patients faisant l'objet d'une sortie temporaire ou définitive prochaine. Ainsi, tous les mardis, une personne de la régie se rend au trésor public pour déposer ou retirer des biens et un formulaire est alors complété. Il peut arriver qu'un patient s'y rende directement pour retirer ses biens ; dans ce cas la régie lui transmet le formulaire nécessaire au retrait.

#### 6.3.2 Les spécificités applicables aux patients sous tutelle

Les patients sous protection juridique n'ont pas accès à leur argent dans les mêmes conditions que les autres patients. L'association Amicale, gérant l'AmiCash, fait office de banque des patients depuis quelques années. Le petit comptoir de retrait est ouvert le mardi et le jeudi de 10h à 11h30 et le mardi uniquement en période de vacances scolaires. Ce comptoir permet aux patients sous tutelle de venir retirer de l'argent. Le tuteur décide, conjointement avec les soignants de l'unité, de la somme dont le patient a besoin pour la semaine. Les soignants envoient ensuite à AmiCash, le jeudi au plus tard, un bon de retrait pour que la somme soit remise au patient le mardi suivant. Si les soignants estiment que le patient n'est pas en capacité de gérer son argent seul, l'un d'eux se rend à l'AmiCash pour faire le retrait et deux soignants signent à la place du patient si celui-ci est en incapacité de signer. La somme maximale qui peut être retirée est de 80 euros. Ainsi, il n'est pas rare que des patients et des soignants doivent anticiper longtemps à l'avance une sortie prolongée.



La boutique de l'établissement est gérée par l'entreprise *Codia 47* et pratique également un traitement différencié pour les patients sous tutelle : pour que le patient puisse acheter une boisson ou un objet à la boutique, son tuteur doit envoyer un mail à la boutique et aux soignants mentionnant la somme mise à disposition et ce à quoi elle doit servir. La nature de l'achat est souvent très précise : produits de toilette, boisson, carte postale, etc. Si le patient a le droit à une boisson chaude ou froide, un jeton de couleur bleu ou rouge lui est donné pour qu'il utilise l'un des deux distributeurs. Ces jetons sont également utilisables à la laverie de l'hôpital. Les soignants, qui estiment que le patient n'est pas en mesure de gérer sa consommation de café seul, récupèrent les jetons et les lui donnent au compte-gouttes. La facture détaillée des achats est ensuite transmise au tuteur. Au jour de la visite, une dizaine de patients étaient concernés par ce système.

Une demande de fonds exceptionnelle est adressée au tuteur deux fois par an pour que la personne protégée puisse s'acheter quelques vêtements ou à l'occasion de son anniversaire.

### RECOMMANDATION 17

Les patients sous protection juridique doivent pouvoir disposer comme ils le souhaitent de l'argent mis à leur disposition.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire**, la directrice indique que s'agissant du service mandataire de l'établissement, vingt-et-une personnes admises dans l'établissement sont suivies : six personnes hospitalisées disposent d'un compte ouvert dans une banque de leur choix (avec carte de retrait) et sept autres personnes hospitalisées ont une autonomie limitée ou une incapacité à gérer des sommes d'argent. De façon générale, les besoins des majeurs protégés et leur capacité à gérer l'argent de vie quotidienne sont réévalués régulièrement lors de synthèse ou d'échanges entre professionnels intervenant dans leur prise en charge médicale ou sociale.*

#### 6.4 LES REPAS, SUPERVISES AU PLAN DIETETIQUE, SE DEROULENT DANS DES ESPACES PEU CONVIVIAUX

Les repas du midi et du soir sont préparés en cuisine centrale du GHT, au sein du CHD. Ils sont remis en température dans l'office de chaque unité. Une procédure en place permet la gestion des repas avec une réactivité à la demi-journée, voire immédiate pour l'heure du déjeuner, et la mise en place effective à +24h (en semaine) des régimes particuliers, sur prescription médicale ou par choix des patients. Pour les week-ends, des « stocks tampon » de repas particuliers (mixés, sans sel, diabétiques) sont disponibles.

Une diététicienne supervise l'élaboration des menus et le suivi des régimes particuliers. Elle réunit une fois par mois une commission des menus où chaque unité est représentée par une aide-soignante.

Les salles à manger des unités pour adultes sont généralement peu conviviales, parfois étroites ou bruyantes. Les repas ne sont jamais pris dans les chambres sauf exception majeure.

Les petits déjeuners sont pris entre 8h et 8h30, les patients peuvent s'y présenter à leur rythme. Dans les unités pour entrants, il y a un seul service à 12h et 19h, alors que dans les unités de patients au long cours, deux services sont réalisés : à 11h30 pour les personnes devant être

accompagnées et surveillées (risques de fausse route et troubles du comportement), puis à 12h pour les autres patients.



*Distribution d'un repas en unité*



*Office d'une unité*

Les patients se placent librement autour des tables, mais chacun a ses habitudes. Ils y disposent d'assiettes, verres et couverts ; l'entrée et le dessert sont servis individuellement, le plat principal est servi sur chaque table dans la « barquette quatre portions » issue de la cuisine et réchauffée sur place, sans effort autre de présentation. Les repas sont parfois pris sur la terrasse des unités, à l'initiative des soignants. Le personnel surveille le déroulement des repas sans y participer ni s'asseoir auprès des patients. Seuls les repas de Noël et du nouvel An sont l'occasion d'un repas partagé.

Un goûter est prévu à 16h, mais diffère dans son contenu suivant les unités : le plus fréquemment, il s'agit d'une simple boisson avec du pain et les éventuels reliquats de dessert, les gâteaux ayant été retirés pour des raisons diététiques selon les soignants. Dans quelques rares unités, une collation plus consistante est proposée. A l'unité Rimbaud, le choix de l'équipe soignante, après avis de la diététicienne, a été d'acheter sur le budget de chaque patient des madeleines (identiques pour tous) et des boissons, sans que le choix des patients ne prévaille véritablement dans cette organisation. Une tisane est proposée par l'équipe du soir, entre 22h et 23h selon les unités. Les menus sont affichés, mais parfois seulement le menu du jour.

Aucune nourriture personnelle ne peut être apportée ni conservée par les patients dans l'unité. Les produits non périssables apportés par les proches sont gardés dans l'office et distribués aux personnes.

Les patients se plaignent peu de la qualité gustative des repas, mais plusieurs regrettent la composition spartiate des goûters. Cependant, dans le rapport d'analyse des questionnaires de sortie, le repas apparaît comme un motif d'insatisfaction pour les patients.

Un atelier cuisine est conduit une fois par mois à l'unité Rimbaud. Le repas y est réalisé à la cafétéria.

Dans les unités des pôles adolescents et enfants, les repas thérapeutiques sont pratiqués systématiquement, les membres de l'équipe mangeant avec les patients et faisant du repas un temps de la prise en charge. La qualité et la quantité sont adaptées aux âges des patients. A l'unité Mozart accueillant les adolescents, les plats sont présentés hors des barquettes et souvent agrémentés de quelques fines herbes cultivées dans le jardin de l'unité.

Des ateliers repas sont réalisés chaque semaine avec les patients dans la cuisine des unités, avec élaboration du menu, courses, réalisation et consommation communes.

## 7. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

### 7.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LES ADMISSIONS SONT PEU ORGANISEES

#### 7.1.1 La prise en charge aux urgences du CH d'Agen et de Marmande.

Le CH de la Candélie ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission s'effectue soit par les urgences du CH d'Agen, de Villeneuve-sur-Lot ou de Marmande soit par des entrées directes dans les services d'admission. **Les personnes en soins sans consentement (SSC) qui transitent par les urgences, bénéficient d'un examen somatique initial.**

Le CHD assure les soins psychiatriques aux urgences d'Agen et de Villeneuve-sur-Lot mais pas ceux de Marmande.

Il n'existe pas au sein du territoire de santé, de dispositif formalisé de réponse aux urgences psychiatriques tel que voulu par l'article L 3221-5-1 du code de la santé publique.

#### PROPOSITION 1

L'agence régionale de santé doit concevoir, au sein du territoire de santé, un dispositif formalisé 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.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que le dispositif existe à travers une équipe dédiée du CHD permettant le transport pour l'admissions ou la réintégration des patients en soins sans consentement, et que des conventions de coopérations sont conclues avec les trois établissements autorisés à accueillir des urgences.***

***Dans ses observations du 5 décembre 2019 répondant au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS précise le dispositif actuel et ajoute qu'afin de renforcer le service intersectoriel de régulation des admissions, le schéma régional de santé 2018-2023 prévoit a création d'un centre de crise adulte départemental. Les démarches auprès de l'établissement ont été engagées par les services de la délégation départementale du Lot-et-Garonne pour créer ce centre.***

Le contrôle général recommande une formalisation de ces dispositifs prévoyant le rôle de chacun des professionnels (urgentistes, psychiatres, infirmiers, ambulanciers, forces de l'ordre, etc) , de chacun des établissements ou structures et les modalités de travail au sein du parcours du patient depuis le domicile jusqu'à l'admission ou son retour à domicile. Aucun document d'organisation spécifique n'a en effet pu être fourni aux contrôleurs lors de la visite.

Le CH de la Candélie est présent aux urgences du CH d'Agen par l'intermédiaire d'une équipe de psychiatrie de liaison constituée d'un psychiatre présent tous les matins du lundi au vendredi et d'un infirmier de psychiatrie présent 24h/24.

Une convention relative à l'exercice d'une psychiatrie de liaison et d'urgences au centre hospitalier général d'Agen a été passée entre les deux établissements en juin 1996. Cette convention associait alors, l'urgence psychiatrique au sein du CH d'Agen, le CMP, la psychiatrie de liaison et le pôle d'accueil et d'écoute au sein du CHD La Candélie. Elle définissait un temps de psychiatre, d'IDE et un nombre de lits aux urgences. Des avenants ont été signés en octobre 1997,

août 2000, août 2002, avril 2004, août 2005, septembre 2006, juillet 2017. A ce jour, la présence infirmière est stabilisée à raison d'un seul infirmier de psychiatrie présent 24h/24 et d'un médecin le matin du lundi au vendredi.

Les patients en SSC, en cas d'agitation, 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 ou le médecin alors disponible se rend aux urgences à toute proximité pour voir le patient. Les urgences du centre hospitalier général (CHG) disposent de sept boxes fermés, trois places en zone d'attente, trois boxes de réanimation et six lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ; la chambre dite de surveillance renforcée est une pièce fermée avec du matériel médical et le mobilier standard de box d'urgence. Si le patient est agité, il est amené directement dans cette chambre.

L'inventaire des effets personnels et des biens est effectué par un soignant des urgences.

L'examen somatique est donc effectué avant toute admission ou examen psychiatrique. Les observations des infirmiers de psychiatrie sont consignées à la fois dans le logiciel Cortexte (du CHD) et sur le logiciel « Terminal urgence » du service des urgences.

Les urgences du CH d'Agen sont fréquentées par une moyenne de cent passages par jour, dont huit font l'objet d'une demande d'avis psychiatrique, quatre relevant d'une consultation avec le psychiatre. La demande d'avis de psychiatrie de liaison est faible, autour d'une demande par jour en moyenne.



*Arrivée des ambulances aux urgences*



*Bureau de psychiatrie*

Les psychiatres et infirmiers de psychiatrie disposent de deux bureaux et d'une salle d'attente située devant ces bureaux mais ouverte sur un lieu de circulation. Il n'y a plus de chambre d'apaisement ni box ou lits d'UHCD dédiés à la psychiatrie.

### RECOMMANDATION 18

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

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice souligne que les recommandations de la société francophone de médecine d'urgence indiquent qu'une spécialisation excessive des zones et des salles de soins n'est pas bonne, et que la polyvalence, la flexibilité et l'adaptabilité des locaux est un objectif majeur.*

Le contrôle général maintient sa recommandation.

L'organisation propre au service des urgences conduit le praticien des urgences à décider l'isolement ou l'installation de contentions pour des patients, sans solliciter la validation du psychiatre. Aucun protocole n'indique qui décide d'une contention sur un patient de psychiatrie, ses modalités de renouvellement et de surveillance. Or conformément aux recommandations de l'agence nationale d'accréditations et d'évaluation en santé (ANAES) et de la fédération hospitalière de France (FHF) de 2004 relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires, et la loi de 2016 sur l'isolement et la contention complétée par les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de 2016, l'isolement et la contention d'un patient de psychiatrie doivent être décidés par un médecin psychiatre. S'il s'agit d'un médecin d'une autre spécialité, il doit faire valider sa décision dans l'heure suivant la mesure par un psychiatre.

### RECOMMANDATION 19

Les décisions de mises de matériels de contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doivent être validées par un médecin psychiatre.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice souligne que la Cour de cassation a indiqué dans un arrêt du 7 novembre 2019 que les garanties légales s'appliquant aux établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement ne s'imposent pas aux services d'urgence d'un centre hospitalier.*

Le contrôle général maintient sa recommandation dans la mesure où la Cour de cassation s'est prononcée sur un accès au juge des libertés et de la détention mais n'a pas invalidé les recommandations relatives aux pratiques de contentions et leurs nécessaires traçabilités et validations psychiatriques.

Les urgentistes tracent leurs décisions de contention sur le logiciel des urgences dans le dossier patient, mais il n'y a pas d'analyse possible des mesures prises. Aucune durée de contention n'est connue ; le cadre de santé indique qu'elles ne dépassent jamais quelques heures, car les patients en SSC sont prioritairement et rapidement pris en charge par le CHD. Il n'y a aucune traçabilité de la surveillance infirmière. Les IDE de psychiatrie installent les contentions décidées par l'urgentiste. La contention dans l'ambulance entre les urgences et le CHD n'est pas décidée de manière formelle sur le dossier médical du patient.

## RECOMMANDATION 20

La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

La présence du médecin durant seulement quatre demi-journées par semaine ne permet pas un accès au psychiatre en permanence.

Les locaux du service des urgences du CH sont bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques, mais sont moins favorables à l'accueil de patients relevant de psychiatrie, car la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambre d'apaisement ou box sans hyperstimulation ni matériel fragile).

L'organisation de l'accès aux soins de psychiatrie aux urgences est ainsi ce jour peu lisible et un protocole actualisé devra préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

## RECOMMANDATION 21

Un protocole actualisé doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

Pour autant, le médecin psychiatre et l'infirmier de psychiatrie assistent au *staff* des urgences tous les matins et les patients les concernant sont abordés en premier pour les libérer ensuite.

## BONNE PRATIQUE 2

Le médecin psychiatre et l'IDE de psychiatrie participe chaque matin au *staff* des urgences.

Aucun patient n'est attaché au moment du contrôle ni se trouve en attente d'une place en psychiatrie.

### 7.1.2 La prise en charge au SIRA du CHD

Le service intersectoriel de régulation des admissions (SIRA) compte douze places en chambre individuelle et une chambre d'isolement qui est identique aux autres unités de l'établissement. Deux médecins gèrent le service et les urgences du CH, aidés d'un troisième pour les remplacements de congés, affecté à la clinique.

Un projet médical a été écrit en 2013 mais n'a jamais été mis en œuvre.

L'effectif soignant est ici supérieur aux autres unités d'admission (vingt-cinq ETP d'IDE et aides-soignants) et en permanence quatre infirmiers et aides-soignants sont présents auprès des patients. Les infirmiers font ainsi à la fois les entretiens avec les médecins et les entretiens infirmiers.

Les trois quarts des entrées s'effectuent depuis les urgences d'Agen, de Villeneuve-sur-Lot ou de Marmande, où les patients ont été examinés par un urgentiste, parfois par un psychiatre, mais plus souvent seulement l'IDE de psychiatrie. Les autres sont orientés par les CMP ou peuvent être amenés par les équipes d'EPS depuis le domicile lorsque les patients sont en SDRE.

Les patients en soins libres comme en SSC peuvent être admis au SIRA ; au moment du contrôle 20 % étaient en SSC. Les séjours sont prévus pour être d'au maximum quatre jours et ce délai est

respecté. A l'issue de cette période d'évaluation et d'orientation 30 % des patients retournent en suivi ambulatoire et 70 % sont hospitalisés.

La prise en charge au SIRA est particulière dans la mesure où, dans cette unité fermée, les patients sont vus chaque jour par le psychiatre ; une réunion clinique est également tenue chaque matin. L'ASH participe aux transmissions du matin mais pas aux réunions cliniques.

Pour autant, si les soins psychiatriques sont nettement accentués, les restrictions de liberté sont paradoxalement plus importantes dans cette unité que dans le reste des unités d'admission. Le téléphone et toute communication sont interdits durant les vingt-quatre premières heures, la porte de l'unité est toujours fermée ainsi que le grand jardin de l'unité. Les patients n'ont ainsi accès, à l'extérieur, qu'à une petite place goudronnée de 30 m<sup>2</sup> entourée de grillage, sans allumettes.



*Salle de vie du SIRA*



*Cour extérieure du SIRA*

Pour gérer la sécurité des patients et la surveillance nécessaire, l'équipe a mis en place une échelle RUD (risque urgence dangerosité) ; si le risque est élevé (niveau 6 à 7/7), l'échelle de surveillance est renforcée : par exemple, la chambre du patient peut être fermée pour lui être inaccessible afin qu'il soit surveillé en permanence dans l'espace de vie collectif. La chambre d'isolement peut également être utilisée en surveillance porte ouverte.

La contention n'est presque jamais utilisée et le service ne dispose que d'un jeu.

Depuis l'ouverture de l'unité il y a six ans, l'équipe ne rapporte aucun suicide ni agression de soignants.

### 7.1.3 L'admission au sein des unités

L'hospitalisation dans une des unités de l'établissement n'est pas régulée à l'échelle de l'établissement mais lors des quelques réunions de certains pôles. Les patients arrivent principalement dans les services depuis les urgences ou le SIRA, et parfois depuis un CMP ou un établissement médico-social pour une hospitalisation séquentielle, par exemple.

Une fois admis au sein du CH, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre ou le praticien de garde 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 ne sont pas examinés systématiquement par un somaticien à l'admission.

## RECOMMANDATION 22

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.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire**, la directrice indique que la circulaire du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge précise que l'examen peut être réalisé par tout médecin, y compris un interne, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève conformément aux dispositions de l'article R 6153-3 du CSP.*

Le contrôle général rappelle l'intitulé exact de l'article L3211-2-2 du CSP : « Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical... ». Le CGLPL fait de cette article une lecture avec la distinction entre le médecin réalisant l'examen somatique et le psychiatre prenant en charge le patient ; cette pratique est d'ailleurs majoritairement organisée de la sorte en France. La recommandation est donc maintenue.

## 7.2 LES PRISES EN CHARGE EN SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DESORGANISEES

### 7.2.1 Le dispositif ambulatoire

L'établissement a particulièrement développé ses structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques) de façon à apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation, en articulation avec les services d'hospitalisation complète.

Il dispose également depuis avril 2016, d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD) permettant d'y dispenser des soins médicaux et paramédicaux quotidiens, la délivrance des traitements, la réalisation d'entretiens, le développement de l'autonomie et de la réinsertion sociale. L'HAD intervient en amont comme en aval de l'hospitalisation en constituant une étape relais avec un retour à domicile, une prise en charge par un réseau de soins, ou par un service de soins infirmiers à domicile, en partenariat avec tous les intervenants extérieurs. Ce service prend actuellement en charge quatorze patients pour huit places financées, avec 0,5 ETP de psychiatre (mais en partie vacant), 6 ETP d'IDE, 0,1 ETP de cadre, 0,5 ETP de secrétaire, 0,5 ETP de psychologue et 0,4 ETP d'assistante sociale. Il dispose de trois véhicules et est installé dans des locaux du CH avec les surfaces adaptées. Des personnes en soins sans consentement en programme de soins peuvent bénéficier de cette HAD. L'équipe pluridisciplinaire se réunit chaque semaine pour une réunion de synthèse ; l'IDE se rend au domicile de la personne une ou deux fois par jour, éventuellement accompagné de l'assistante sociale. Des entretiens conjoints psychologue-IDE sont possibles en début de prise en charge. La nuit et le week-end les patients suivis par l'HAD peuvent appeler directement l'IDE de psychiatrie présent aux urgences générales du CH d'Agen. Les patients qui entrent dans le dispositif se voient remettre un livret d'accueil spécifique à l'HAD qui contient un règlement intérieur et un formulaire de désignation d'une personne de confiance.



### 7.2.2 Le projet de soins et les pratiques

Quatre pôles ont élaboré un projet de pôle (le pôle Vallée-du-Lot, les deux pôles enfants et adolescents, le pôle ADDIMED), mais ils ne sont pas encore validés par la direction de l'établissement et les autres projets de pôles ne sont pas élaborés. Aucune des unités d'hospitalisation complète adultes ne dispose d'un projet médico-soignant formalisé qui serait de nature à fédérer les équipes autour des modalités de prise en charge.

Les patients ne disposent pas d'un projet de soins individualisé et selon les unités, les modalités et le rythme des entretiens sont très variables : si dans les unités Merisiers et Pruniers, les patients sont vus une fois par semaine au cours d'un entretien avec le médecin et un IDE ou bien par le psychologue, ailleurs il n'y a pas de régularité des entretiens médicaux, au mieux les patients sont reçus à la demande, mais dès lors ceux qui ne demandent rien sont rarement vus, ou bien en fonction des urgences et des signalements de l'équipe. L'absence de médecins dans certaines unités plusieurs demi-journées dans la semaine crée un manque de continuité des soins qui se manifeste particulièrement au moment des admissions et des sorties en programme de soins, qui peuvent être ainsi retardées par l'absence d'un médecin.

La diversité des pratiques règne également pour le traçage des entretiens infirmiers dans les dossiers des patients. Il n'existe pas d'infirmier référent, sauf à l'unité Erables et en gérontopsychiatrie.

Les soins comportent encore des injections forcées de psychotropes en prescription « si besoin », réalisées sans la présence du médecin, ceci dans de nombreuses unités.

#### RECOMMANDATION 23

Les traitements par injection effectués sans le consentement du patient et sans la présence du médecin psychiatre en « si besoin » sont proscrits.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les injections forcées en si besoin sans le consentement du patient présentant une agitation non maîtrisée et ou en urgence peuvent faire l'objet de protocole d'urgence validés par les responsables médicaux.***

Le contrôle général rappelle que le consentement à tout traitement est encadré par l'article L1111-4 du CSP : « (...) Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. (...) Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. (...) Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. (...).

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.(...) ».

Cet article est repris sur le versant déontologique par l'article R 4127-36 : « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut,

la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un *majeur protégé* sont définies à l'article R. 4127-42. »

Le conseil national de l'ordre des médecins rappelle, sur son site internet, que le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement est pour un médecin une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire.

En vertu de ces textes, l'administration d'un traitement per os ou injectable n'est pas possible sans le consentement obtenu du patient par le médecin prescripteur. La mention si besoin n'est ainsi possible que pour des traitements donnés avec l'accord du patient ou sur sa demande, sur la base d'une prescription préalable du médecin ou d'un protocole médical validé. Il est illégal de permettre par exemple une injection « si besoin » de Loxapac « *si agitation ou refus de traitement* » dans la mesure où si le patient refuse un traitement, seul le médecin est habilité à examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

Seules les trois unités de patients au long cours et l'unité des adolescents organisent des réunions soignants/soignés, avec des périodicités fixées sauf pour l'unité Lauriers qui a fait sa première réunion soignants/soignés mais peine encore à en assurer la périodicité.

Dans plusieurs unités, le temps des transmissions inter-équipes tous les jours, matin et soir, constitue le principal temps d'échange entre soignants. Réunissant toute l'équipe pluridisciplinaire, les réunions cliniques n'existent que dans cinq unités adultes, et avec des périodicités variées de tous les jours à tous les quinze jours ou tous les deux mois. Les réunions de synthèse consacrées à un patient, et associant son mandataire de justice s'il s'agit d'un majeur protégé (dont l'invitation doit être systématisée), ont lieu ponctuellement dans deux unités de patients au long cours, afin de travailler le projet de sortie. Une seule unité pour adultes organise une réunion trimestrielle de fonctionnement. Cette faiblesse des temps de réflexion en équipe pluridisciplinaire, non soutenue par l'existence d'un projet médico-soignant, explique en bonne partie l'absence de projets de soins individualisés.

#### RECOMMANDATION 24

Les patients doivent bénéficier d'un projet de soin individualisé, construit et suivi grâce à des réunions cliniques régulières et pluridisciplinaires.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que la formalisation du projet de soins individualisé et les temps de réunions cliniques à généraliser seront intégrés dans la réflexion à mener pour la mise à jour du projet médico-soignant.***

#### 7.2.3 La place des proches et de la famille

Les familles et proches des patients sont reçus quand elles en font la demande par le psychiatre et l'assistante sociale, les représentants des familles n'ayant pas rapporté aux contrôleurs de difficultés en ce sens. Ce n'est que dans les unités de pédopsychiatrie et de psychogériatrie que les familles sont associées au projet de soins.

#### 7.2.4 Les patients au long cours

Selon les données fournies par l'observatoire des populations long cours de Nouvelle-Aquitaine, le CHD accueillait en 2017, 102 patients au long cours, soit 6 % des patients hospitalisés à temps plein (83 patients en 2018), dont 39 patients depuis moins de 5 ans, 28 patients de 5 à 10 ans et 32 patients depuis plus de 10 ans. 18 de ces patients étaient admis en SDRE, 13 en SDT et 5 en SDTPI. La moitié d'entre eux disposaient d'une orientation de la commission des droits de l'autonomie (CDAPH) en foyer de vie (23,53 %), en MAS (19,61 %), en foyer d'accueil médicalisé FAM (2,94 %), en établissement et service d'aide par le travail ESAT/foyer d'hébergement (0,98 %). Quinze d'entre eux avaient pu bénéficier d'une sortie en 2017 au domicile avec accompagnement (46,67 %), en EHPAD (40 %), en MAS (6,67 %) et en foyer de vie (6,67 %). La comparaison entre les orientations de la CDAPH vers une MAS ou un foyer de vie, et les sorties effectives vers ces structures fait clairement apparaître la difficulté d'accès vers celles-ci pour des personnes avec un long parcours d'hospitalisation psychiatrique.

Chaque pôle s'est doté d'une unité de patients au long cours, afin de travailler les perspectives de sortie vers le médico-social et l'établissement a ouvert une maison d'accueil spécialisée (MAS) sur le site qui a accueilli certains patients au long cours. Ces unités avaient chacune leur fonctionnement et leurs relations avec les établissements médico-sociaux du territoire. C'est pourquoi une réflexion portée par la commission médicale d'établissement a fait émerger le projet, officialisé en janvier 2019, d'une **fédération des trois unités de patients au long cours**, fédération qui n'a pas pour l'instant le statut d'un pôle. Les objectifs sont une meilleure connaissance des patients au long cours, des réponses plus adaptées (chambres d'apaisement, lits d'accueil de rupture, démarche de réhabilitation psychosociale avec accent sur le maintien des acquis), la constitution d'un interlocuteur unique des établissements médico-sociaux (un médecin, un cadre de santé, une psychologue, une assistante sociale), la formation des soignants notamment sur les troubles du neuro-développement et la déficience intellectuelle, le recours à des ressources expertes pour les troubles somatiques en lien avec le dispositif Handisanté (cf. § 7.5.1).

La mise en place de cette fédération peine néanmoins à s'articuler avec la démarche de réhabilitation psychosociale portée par le pôle Perspectives (cf. § 7.3).

#### 7.2.5 Le libre choix du médecin et l'accès au dossier médical

Dans la grande majorité des unités, le libre choix du médecin n'est pas effectif, du fait du faible nombre de médecins par unité (fréquemment un seul). Mais même dans une unité disposant de deux médecins, un patient s'est vu refuser sa demande de changement de médecin. Dans certains cas, c'est le patient qui est changé d'unité. Dans une seule unité, il a été précisé aux contrôleurs que le changement de médecin était possible et que cela était déjà arrivé.

Pour les quelques patients demandant à consulter leur dossier médical, la demande est adressée par écrit au directeur. La consultation se fait au bureau des entrées ou dans l'unité. En 2017, selon le rapport de la commission des usagers, cinquante-cinq patients ou familles ont demandé l'accès à leur dossier médical (quarante-sept dossiers de moins de cinq ans, huit dossiers de plus de cinq ans). Le délai moyen d'accès aux dossiers de moins de cinq ans est de cinq jours, ce qui est inférieur au délai légal.

### 7.3 L'ACCES AUX ACTIVITES OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES EST INSUFFISANT

Le pôle Perspectives est depuis 2016 le service de réhabilitation psychosociale pour l'intra hospitalier de l'établissement. Une équipe étoffée (un médecin, un cadre de santé, un neuropsychologue, quatre IDE, 2,3 ETP de psychomotricien, un ergothérapeute, un aide-soignant, un éducateur spécialisé, un animateur, un aide médico-psychologique, une coiffeuse) organise avec l'appui d'intervenants extérieurs, d'artistes et d'associations culturelles et sportives des ateliers thérapeutiques (poterie, peinture, mosaïque, yoga, écriture, musique, esthétique, cuisine, sport, nouvelles technologies de l'information et de la communication NTIC) et des soins de réhabilitation psychosociale, ouverts sur prescription médicale à toutes les unités d'hospitalisation complète et de jour et aux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les ateliers ont lieu au centre d'activités de la place Tosquelles, mais également dans certaines unités. Le pôle est labellisé par l'ARS comme centre de proximité de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, et a mis en place une équipe mobile d'évaluation en réhabilitation (EMER) qui intervient en intra hospitalier et sur le territoire.

L'articulation entre le pôle Perspectives et les unités d'hospitalisation est encore en construction. L'équipe du pôle Perspectives perçoit une disparité dans les prescriptions médicales, certaines avec des objectifs fixés et d'autres non. Et dans les unités, en particulier celles accueillant des patients au long cours, les soignants ont exprimé le sentiment que les patients avec un versant déficitaire n'accédaient pas aisément aux activités intersectorielles gérées par le pôle Perspectives qui orienterait son action vers des patients en phase d'entrée dans la maladie mentale, dans une approche des soins en réhabilitation psychosociale tournés vers l'insertion sociale.



*Salle de sport*



*Terrain de football*

Il apparaît en effet que le pôle Perspectives oscille entre deux approches : si le projet du service réhabilitation prévoit la « possibilité d'agir aussi avec des patients institutionnalisés », la plaquette de présentation de l'équipe EMER précise que la déficience intellectuelle est un critère d'exclusion. Il conviendrait de permettre un véritable accès aux soins de réhabilitation psychosociale et aux ateliers thérapeutiques à tous les patients après évaluation et prescription. Les patients qui accèdent aux ateliers thérapeutiques peuvent selon les cas s'y rendre seuls, ou accompagnés par des soignants (mais le manque de personnel dans les unités peut mettre en difficulté ces accompagnements), ou bien accompagnés par un appel téléphonique entre l'unité et l'atelier à l'arrivée et au départ. Le statut d'hospitalisation en soins sans consentement ne fait pas obstacle à l'accès à ces ateliers. Dans la semaine du 24 au 28 juin 2019, huit ateliers ont tenu un total de trente séances, avec 199 patients, certains ayant pu participer à plusieurs séances.

Ces données ne permettent pas de connaître le nombre de patients accueillis pas les ateliers. La répartition entre les pôles fait apparaître une présence équivalente des patients des trois pôles sectorisés, mais ne donne pas d'information sur l'origine des patients par unité.

Quelques unités mettent elles-mêmes en place des activités thérapeutiques sur prescription médicale, notamment du sport, de l'équithérapie, de la médiation animale.

### RECOMMANDATION 25

Un véritable accès aux soins de réhabilitation psychosociale et aux activités thérapeutiques doit être garanti à tous les patients disposant d'une prescription médicale et après évaluation.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice rappelle les objectifs de ces dispositifs sans répondre aux problèmes d'accès réel à ceux-ci.***

Les contrôleurs ont pu observer que les activités occupationnelles dans les unités étaient peu nombreuses et aléatoires. Les soignants expliquent la faible occurrence des activités par le manque de personnel. Les courettes et jardins des unités accueillent baby-foot ou table de ping-pong, celle-ci pas toujours déployée, ou encore panier de basket-ball mais les contrôleurs n'ont pas vu d'utilisation de ces équipements ; quelques jeux de société existent dans les unités mais ne sont souvent sortis que le week-end. A l'unité Rimbaud, quelques activités sont réalisées dans l'unité, certaines de façon régulière une fois par mois : cuisine, marche avec un groupe de six patients et deux soignants, d'autres activités de façon irrégulière en fonction de la disponibilité des soignants, et ouvertes à tous les patients : sport dans le jardin intérieur, peinture, socio-esthétique. Les activités n'ont pas lieu l'été par manque de personnel. A l'unité Lauriers « *c'est très informel et en fonction des centres d'intérêt des patients* » (loto, dessin, échecs). Les soignants sont porteurs d'activités ou de sorties, par exemple dans le cadre d'un « club des supporters » de l'équipe de rugby voisine : les patients assistent aux matchs et fréquentent les joueurs (nombreuses photos affichées dans l'unité).

L'impression dominante est celle d'un grand ennui des patients, dans des unités dont l'unique poste de télévision est allumé tout au long de la journée.

#### 7.4 L'ACCES AUX TRAITEMENTS BENEFICIE D'UNE ATTENTION PARTICULIERE

La pharmacie est gérée de manière mutualisée avec le centre hospitalier d'Agen par une équipe de six pharmaciens dont un ETP est actuellement affecté au CH La Candélie.

Cinq préparateurs en pharmacie et 0,3 ETP de cadre complètent le personnel au sein de l'établissement. Il n'y a pas d'interne ni d'externe. Un temps de pharmacien supplémentaire est actuellement non réalisé du fait d'un praticien en longue maladie.

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

Le contrôle des prescriptions est total et réactif, grâce à l'accès aux logiciels sur les deux sites hospitaliers par l'ensemble des pharmaciens. Ces prescriptions font l'objet de différents niveaux de validation : validé, avis, mesure ou refus de dispensation. Pour les trois derniers niveaux, un message est adressé au praticien avec copie au cadre et au médecin référent

Sur toutes les prescriptions contrôlées, 1 % impose un contact avec le praticien et neuf refus de prescription sont rapportés par an sur un total de 200 signalements.

Par ailleurs, un suivi dans le temps de la prescription des neuroleptiques à libération prolongée ainsi que des médicaments endocriniens a été mis en place grâce à un tableur *Excel*.

Le pharmacien projette de former les cinq préparateurs en pharmacie à la conciliation pharmaceutique.

La pharmacie à usage interne (PUI) livre chaque semaine les médicaments dans les unités et les infirmiers préparent chaque nuit les piluliers du lendemain. Les préparateurs réalisent les semainiers (sept jours) pour soixante-dix patients du CH (patients de longs séjours).



*Stockage au sein de la pharmacie*



*Armoire sécurisée de continuité*

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 petit chariot et avec la prescription permettant une ultime vérification lors de la dispensation. Les patients font ainsi une file indienne dans le couloir, tous à la même heure, couloir où il n'y a pas de banc. La dispensation s'effectue parfois à table, dans deux unités d'admission (unités Rimbaud et Ambans).

Cette dispensation reste pourtant un soin essentiel dans la prise en charge du patient, un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit une à deux fois par an, présidée par le pharmacien. Cette réunion est souvent greffée dans la suite de la CME ce qui permet une assiduité appréciable des médecins, puisqu'une dizaine dont les généralistes y participent.

Afin de permettre l'accès aux médicaments pendant les moments de fermeture de la pharmacie (nuit et weekend), une « armoire sécurisée de continuité des soins » a été installée dans un local spécifique, sécurisée par un digicode et déclenchée grâce au code agent du soignant.

### BONNE PRATIQUE 3

Une armoire sécurisée de continuité des soins permet un accès aux médicaments pour les services pendant les moments de fermeture de la pharmacie.

## 7.5 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES N'EST PAS GARANTI

### 7.5.1 Le bloc médico-technique / Handisanté 47

Le bloc médico-technique est installé au centre de l'établissement. Il dispose de locaux récents et bien équipés et propose des consultations de médecine générale, cardiologie, dermatologie,

gynécologie, neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, diététiques, des soins dentaires ; la radiographie, la kinésithérapie, la pédicurie, les examens biologiques et les électroencéphalogrammes. En 2017, 5 186 consultations et examens ont été réalisés.



Accès



Accueil

Outre des IDE et une secrétaire médicale, trois médecins généralistes assurent une présence totale de trois jours par semaine (horaires de journée), il n'y a pas de somaticien de garde ni d'astreinte, ce qui ne permet pas une continuité des soins somatiques. Il n'est pas systématiquement fait appel au médecin généraliste de l'établissement lorsqu'un patient est entrant (cf. §7.1). En cas d'urgence, et quand aucun généraliste n'est présent, il est fait appel au centre 15. Les patients sont vus par le médecin généraliste au bloc médico-technique et celui-ci ne se rend pas dans les unités sauf cas très particulier de patient ne pouvant se déplacer, il ne voit pas les patients lors des placements en isolement (cf. § 8), il n'est pas associé à l'élaboration du projet individualisé de soins du patient.

Les patients accèdent sans difficultés et avec des délais courts aux rendez-vous des spécialités. Les patients en soins sans consentement doivent être accompagnés d'un soignant de leur unité d'origine. Les soins de kinésithérapie souffrent du temps limité d'intervention de kinésithérapie, un seul jour par semaine, ce qui ne répond pas aux besoins. Les contrôleurs ont ainsi pu constater que plusieurs patients présentant des indications urgentes de rééducation en kinésithérapie (AVC, tétraplégie) ne pouvaient accéder de façon suffisante à des séances de kinésithérapie ; les équipes sont alors contraintes de rechercher des kinésithérapeutes en ville et d'y accompagner les patients.

Le bloc médico-technique déploie quelques actions d'éducation à la santé (mois sans tabac, distribution de préservatifs, plaquette sur l'activité physique) mais non relayées par les soignants des unités d'hospitalisation.

Depuis mars 2018, le bloc médico-technique est le support du service Handisanté 47, qui offre un accès aux soins somatiques pour les personnes handicapées du département, en particulier les personnes avec déficience intellectuelle, autisme, troubles du comportement, et plus généralement avec des troubles empêchant le suivi médical dans le circuit de droit commun, qui nécessitent une préparation et un accompagnement particulier des examens et des soins.

### 7.5.2 Les soins en addictologie

Les patients bénéficient d'une prise en charge en addictologie par l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) pour des problématiques d'addiction à l'alcool, au tabac et aux autres

produits. L'ELSA intervient à la demande des services et travaille en lien avec le réseau de soin addictologique extra hospitalier. Au près des patients, elle évalue l'usage ou la dépendance aux produits, la motivation au changement. Elle aide à la prise en compte des phénomènes de manque. Elle propose une orientation après l'hospitalisation. Elle soutient les équipes soignantes dans l'accompagnement des patients concernés. Au cours de l'année 2018, l'ELSA a vu 281 patients adressés par la psychiatrie, sans qu'il soit possible de distinguer les patients adressés par les CMP des patients adressés par les unités d'hospitalisation.

### 7.5.3 L'accès aux services de l'hôpital général

Le bloc médico-technique coordonne les demandes de consultations spécialisées à l'hôpital d'Agen. Celui-ci impose la présence permanente des soignants du CHS lors de consultations ou d'hospitalisations de patients en SDRE, ce qui désorganise les plannings dans les unités.

Des soignants dans les unités notent que les sorties d'hospitalisation des patients du CHS (que les soignants de l'hôpital général nomment les « *candéliens* ») sont plus rapides que pour le reste de la population, et que des soins de suite lourds leur incombent alors.

Quelques exemples de difficultés de coordination avec l'hôpital général ont été cités aux contrôleurs, tel ce patient souffrant d'une fracture complexe et douloureuse qui a attendu quatre jours pour son intervention chirurgicale parce que l'anesthésiste exigeait que ce soit l'équipe du CHS qui prenne contact directement avec le tuteur.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'accès aux soins somatiques sera intégré à la réflexion qui sera menée dans le cadre de l'actualisation du projet médical.***



## 8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

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

L'établissement répertorie **quinze chambres d'isolement** (CI) à raison d'une chambre dans chacune des unités Claudel, Lautréamont, Rimbaud, Ambans, Erables, Merisiers, Lauriers, Oliviers, Pruniers, gérontopsy 1 et gérontopsy 2, SIRA, Dali, Ado, et centre d'accueil départemental de semaine (CADS). A l'unité Erables, la chambre d'isolement a été transformée en chambre d'hospitalisation pour un patient spécifique pour lequel aucune autre chambre n'est adaptée.

En 2018, trois CI ont été fermées, une en réhabilitation psychosociale et deux dans les secteurs d'hospitalisation au long cours.

Toutes les chambres d'isolement en psychiatrie adulte sont semblables dans leur conception : l'entrée s'effectue par un sas qui constitue également la salle d'eau sur la droite avec douche, wc et lavabo avec miroir (sauf celle d'une unité où la salle d'eau a une porte donnant sur la chambre directement). Une porte avec œilleton (et parfois un deuxième œilleton plus bas pour voir une personne couchée par terre) donne alors sur la chambre où ne se trouve qu'un lit en mousse recouvert de plastique bleu ou gris.



*Chambre d'isolement unité SIRA à gauche et Lauriers à droite*

Les chambres n'ont aucun bouton d'appel, ni interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière. Les patients ont à leur disposition pour remplacer les toilettes (pourtant juste à proximité), un seau hygiénique avec couvercle sans anse, avec quelques feuilles de papier à terre.

Le seau est vidé au moins une fois par jour, mais pas forcément plus souvent comme l'ont constaté les contrôleurs. Il est utilisé quel que soit le degré d'aisance dans la mobilité des personnes et par exemple aussi pour des personnes très âgées ne pouvant s'accroupir sans difficulté.

Un pouf de plastique bleu fait office de tablette et cinq gobelets en plastique y sont posés rempli d'eau. La personne ne peut se laver les mains, faute de point d'eau.



*Salle d'eau d'une CI dans le sas d'entrée*

Un second accès à la chambre peut se faire par une porte latérale qui dispose également d'un œilleton. La chambre comporte parfois un fauteuil en mousse (unité Rimbaud). Les fenêtres ne peuvent pas s'ouvrir pour aérer. A l'unité Lautréamont l'odeur de la chambre était nauséabonde. Il n'y a pas partout une horloge pour se repérer dans le temps (unité Rimbaud par exemple). Il n'y a pas toujours un drap et une couverture. Le patient est systématiquement en pyjama voire nu s'il présente un risque de suicide.



*CI des unités de géro-psycho- (en haut à gauche), Merisiers (en haut à droite), Ambans (en bas à gauche) et Rimbaud (en bas à droite)*

Les stores extérieurs sont commandés depuis l'extérieur de la chambre. Lorsque la chambre est située au rez-de-chaussée, un film opacifie la vitre et protège de la vue extérieure ; la vitre comporte alors des barreaux.

Malgré l'absence d'ouverture possible de la fenêtre, les patients sont amenés à fumer dans la chambre (Ambans, Merisiers, Lautréamont par exemple) ; certaines chambres auraient des trappes d'aération. Quelques chambres disposent de la climatisation (unité SIRA par exemple).

Les repas sont pris sur une tablette installée dans la salle d'eau attenante, parfois dans la chambre, parfois dans la salle à manger avec les autres patients. Les couverts sont alors en plastique.

### RECOMMANDATION 26

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, 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, cela afin de respecter la dignité des personnes. L'usage du pyjama ne peut y être systématique.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que des travaux seront conduits avec une échéance fixée à janvier 2020 ; il s'agit de***

*mettre en place un dispositif d'appel, la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière par la personne, de compléter l'équipement des chambres (pendules, sièges) et le changement des fenêtres permettant de disposer d'une aération. Pour le reste, une réflexion médico soignante sera menée pour le premier semestre 2020 pour définir les mesures d'adaptation des locaux et l'usage du pyjama. En outre, à partir de septembre 2019, des pyjamas anti-suicide en textile déchirable ont été testés pour permettre un déploiement à toutes les unités.*

***Dans ses observations du 5 décembre 2019 répondant au rapport provisoire***, le directeur général de l'ARS indique que sous l'impulsion de ses services, l'établissement va réaliser un schéma directeur immobilier prenant en compte notamment l'amélioration des conditions de prise en charge dans les chambres d'isolement. Le plan d'actions de l'établissement prévoit d'ores et déjà la réalisation de travaux pour janvier 2020 avec la mise en place d'un dispositif d'appel, la possibilité d'allumer ou d'éteindre la lumière par la personne en chambre d'isolement, de compléter l'équipement des chambres et de changer les fenêtres afin de permettre de disposer d'une aération.

L'hébergement des personnes détenues s'effectue systématiquement en CI, dans celles qui disposent de barreaux à la fenêtre.

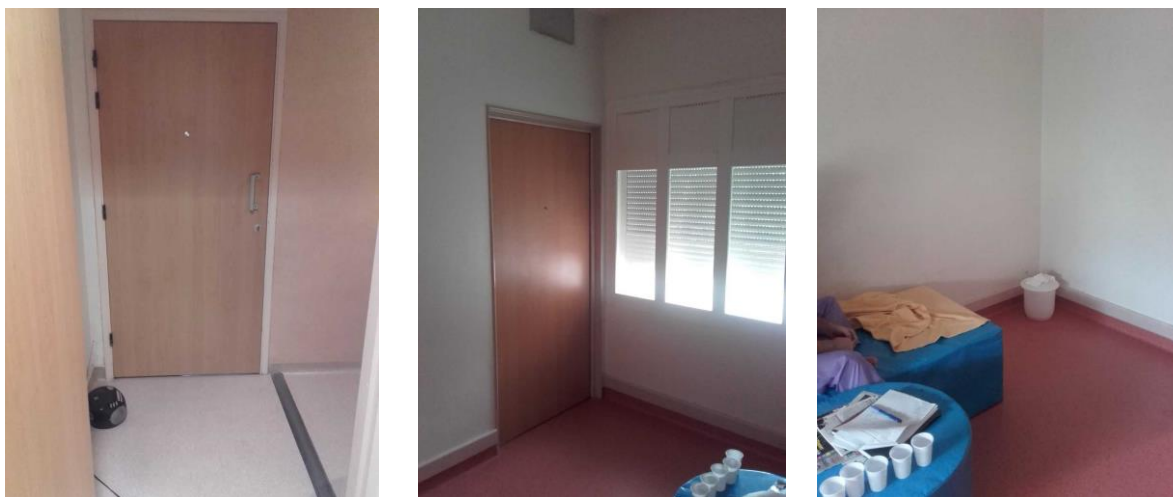
Au regard des conditions sus décrites d'indignité de cet hébergement, sans accès aux toilettes, sans mobilier ni ouverture de fenêtre, les contrôleurs estiment que l'hospitalisation de personnes détenues en vertu de l'article D398 du CPP ne respecte pas la dignité des personnes et doit être prohibée.

#### RECOMMANDATION 27

L'hospitalisation de personnes détenues au CHD La Candélie ne respecte pas la dignité des personnes et doit être prohibée.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire***, la directrice indique que les détenus sont systématiquement hospitalisés en chambre d'isolement. Ceci étant, une procédure a été mise en place permettant au psychiatre de formuler une demande de sortie des détenus des chambres d'isolement. L'hospitalisation des personnes détenues sera intégrée dans la réflexion qui sera menée pour respecter les recommandations de l'HAS relatives aux chambres d'isolement et celle visant à compléter le projet médico-soignant.

***Le CGLPL rappelle que le placement en chambre d'isolement est une mesure de dernier recours*** lors d'une situation de crise, décidée uniquement par un psychiatre. De ce fait, il ne peut y avoir d'hospitalisation systématique d'une personne en CI sur la seule base de son statut de personne détenue et seul le psychiatre peut décider de l'y placer ou non, sur des considérations cliniques, sans avoir à formuler une « demande de sortie ».



*Chambre d'isolement hébergeant une personnes détenue*

La chambre d'hospitalisation du patient est conservée lors de l'entrée du patient en CI. Parfois, des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement lorsque l'unité d'origine n'a plus de place dans sa propre CI ou n'en dispose pas.

## 8.2 L'ISOLEMENT N'EST PAS TOUJOURS UN DERNIER RECOURS MAIS L'USAGE DE LA CONTENTION EST TRES FAIBLE

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

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens renseignent le dossier informatique des patients du logiciel Cortexte. Un « *protocole de placement d'un patient en chambre d'isolement* », et un « *protocole de mise en œuvre d'une contention physique passive de la personne âgée* » sont à disposition des soignants sur le logiciel Norméa depuis mars 2018. Ces protocoles mentionnent les spécificités médicales et réglementaires actualisées de toute mesure d'isolement, mais ces spécificités ne sont pas respectées.

Ainsi les patients ne bénéficient jamais de deux visites médicales par vingt-quatre heures, rarement d'une tous les jours ; les renouvellements de mesure ne sont pas toujours couplés d'une visite auprès du patient ; les mesures décidées par un interne ou un non-psychiatre ne sont pas toujours validées formellement par un psychiatre. Enfin la surveillance est certes tracée mais n'est qu'un contrôle visuel à l'œilleton et non par le contact physique toutes les heures avec la personne isolée. Les personnes placées en CI ne bénéficient pas non plus d'un examen somatique par un somaticien, sauf sur demande expresse du psychiatre.

### RECOMMANDATION 28

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen par un psychiatre deux fois par jour, ainsi que d'un examen par un généraliste.

*Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les protocoles en place mentionnent ces obligations mais une évaluation doit être menée pour connaître les écarts entre les recommandations et la réalité des pratiques. La*

directrice demande également le remplacement « d'examen par un généraliste » par « examen somatique » ; le contrôle général recommande quant à lui un examen réalisé par un spécialiste en médecine générale ou en médecine interne même s'il ne méconnaît pas la compétence d'un psychiatre à réaliser un examen somatique standard.

Par ailleurs, il n'y a presque jamais d'isolement en chambre normale.

Un rapport annuel rendant compte des pratiques de contention et d'admission en chambre d'isolement a été réalisé en 2018 sur les chiffres 2017. Il rapporte que le recueil s'est amélioré mais reste encore non exhaustif car de nombreuses mesures ne sont pas arrêtées dans l'application, ou même, pas tracées.

Ainsi en 2018, 163 patients auraient eu 444 mesures d'isolement, allant de 0,67 heure à 1 822 heures, dont deux hors CI, et dont 16 concernant les personnes détenues. Ces patients étaient pour 56 hospitalisés au pôle Agen-Albret, pour 24 au pôle Garonne-et-Confluent, pour 34 au pôle Vallée-du-lot, pour 11 en géro-psi, pour 15 en psychiatrie infanto-juvénile, pour 23 au SIRA et pour 1 en service de réhabilitation. Les durées moyennes de mesure oscillaient entre 0,8 heure (CADS) et 218 heures (pôle Garonne). Le pourcentage de patient ayant eu une mesure d'isolement par rapport au nombre total de personnes en SSC variait de 4,5 % au SIRA à 27,3 % au pôle Agen-Albret, 13,3 % au pôle Garonne-et-Confluent et 16,3 % au pôle Vallée-du-Lot.

Néanmoins les jours PMSI d'isolement montraient quant à eux des chiffres supérieurs principalement au pôle Garonne où le nombre de patient recensés en isolement était de 40 (versus 24 déclarés), et le nombre au pôle Vallée-du-lot de 45 (versus 34 déclarés).

Les chiffres 2017 n'étaient pas encore exploitables. Le recueil des contentions n'était pas encore qualifié de fiable en 2017.

Le rapport indique que deux actions ont démarré en 2019 : la mise en place d'un espace Snoezelen en géro-psi, et l'essai de kits de protection (pyjamas déchirables en papier à usage unique) pour les personnes suicidaires qui doivent être isolées. Néanmoins d'autres actions sont souhaitées : fiabiliser les données de recueil de la pratique, déployer les formations Omega, évaluer la mise en place du protocole de placement d'un patient en chambre d'isolement, mettre en place une analyse de pratique notamment sur la pertinence des décisions en utilisant la méthode du patient traceur.

Un groupe de travail « pratiques d'isolement et de contention » a été mis en place ; pluridisciplinaire, il a sollicité un représentant des usagers pour participer aux réunions en 2018. Les missions de ce groupe sont décrites et visent à améliorer les pratiques. En 2018, trois CI ont été fermées : une en réhabilitation psychosociale et deux dans des secteurs d'hospitalisation au long cours. Enfin, la mise en place d'un espace d'apaisement est en expérimentation.

L'établissement indique avoir surtout investi la formation de la prévention des violences par le programme Omega depuis 2017. Cette formation vise à développer des aptitudes chez les professionnels pour assurer la sécurité des intervenants et adopter les modes d'intervention les plus adaptés en situation d'agressivité.

En 2017, sur 594 EI déclarés, 47 ont été liés à une pratique d'isolement soit 7 %. En 2018, 28 signalements relatifs à des situations d'isolement ont été recensés parmi les 604 EI déclarés soit 4 %.

Par ailleurs, les contrôleurs ont été informés dans plusieurs unités, de la pratique non écrite mais encore réelle de mise à nu de patients dans le cadre de la prévention du suicide en chambre d'isolement, sans drap (unité Claudel, Lautréamont, géro-psi, etc.).

### RECO PRISE EN COMPTE 15

La mise à nu de patient est proscrite quel que soit l'état clinique.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que la mise à nu en chambre d'isolement n'est plus pratiquée. Le protocole de mise en CI a été mis à jour en mentionnant cette règle et il est préconisé l'utilisation de pyjama anti suicide en cas de risque suicidaire.*

Enfin, les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, ne sont pas signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement (cf.§5.1).

### RECO PRISE EN COMPTE 16

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

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire,** la directrice indique que le protocole de placement en CI prévoit cette information ; une évaluation sera menée pour connaître les écarts entre les recommandations et la réalité des pratiques.*

## 8.3 LE REGISTRE N'EST PAS RIGOREUSEMENT RENSEIGNE ET N'EST PAS EXPLOITE

La pratique de l'isolement et de la contention n'est pas encore vraiment analysée en termes de file active et de pratique générale 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 encore plusieurs médecins de l'établissement ne tracent pas les mesures et certains ne maîtrisent pas encore l'outil informatique.

**Avec ces réserves et une sous-estimation probable de la pratique, l'analyse du registre mis en place montre, sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2019, les chiffres suivants.**

**Unité Claudel :** Sur une file active de quatre-vingt-neuf patients présents et entrés dans le service, onze (**12,4 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de vingt mesures pour des durées allant de 17 à 216 heures (moyenne de 77 heures soit 3 jours par mesure). Un patient a eu une contention associée à l'isolement et un patient a eu une contention sans isolement, soit **18,2 %** des patients placés en isolement ou contention ; la durée de ces contentions était de 6 et 16 heures par mesure (moyenne de 11 heures). Une mesure d'isolement a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres.

**Unité Lautréamont :** Sur une file active de quatre-vingt-huit patients présents et entrés dans le service, quinze (**17 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de vingt-trois mesures pour des durées allant de 2 à 1 915 heures (moyenne de 148 heures soit 65 jours par mesure mais ramenée à 67 heures en ôtant le cas exceptionnel d'isolement de 1 915 heures). Une mesure de contention est indiquée sans isolement en chambre d'isolement et est donc reconsidérée comme en isolement (durée de six heures). Six patients ont eu une contention associée lors de sept mesures soit **40 % des patients placés en isolement** ; la durée de ces contentions allait de 6 à 32

heures par mesure (moyenne de 14 heures). Une mesure d'isolement a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres, celle de 1915 heures.

**Unité Rimbaud :** Sur une file active de vingt-cinq patients présents et entrés dans le service, sept (28 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de vingt et une mesures pour des durées allant de 0,12 à 1 493 heures (moyenne de 262 heures soit **11 jours par mesure**). Un patient sur les sept placés en isolement a eu une contention associée lors de dix-neuf mesures. La durée de ces contentions allait de 6 à 31 heures par mesure (moyenne de 11 heures). Quatre mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (57 %).

**Unité Ambans :** Sur une file active de quatre-vingt-onze patients présents et entrés dans le service, quatorze (15,4 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de vingt-trois mesures pour des durées allant de 1 à 747 heures (moyenne de 75 heures soit trois jours par mesure). Deux patients sur les quatorze ont eu une contention de 6 et 24 heures sans isolement mentionné dans le registre. Cinq mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (36 %).

**Unité Erables :** Sur une file active de dix-huit patients présents et entrés dans le service, trois (17 %) ont été placés en chambre d'isolement pour deux, 13h et 20h chaque mesure, en soins libres. Un troisième patient est indiqué avoir eu une contention sans isolement mais en chambre d'isolement de 6 heures en soins libres.

**Unité Merisiers :** Sur une file active de soixante-douze patients présents et entrés dans le service, dix (14 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de quatorze mesures pour des durées allant de 24 à 1 080 heures (moyenne de 210 heures soit **9 jours par mesure**). Deux patients sur les dix placés en isolement ont eu une contention associée lors de deux mesures. La durée de ces contentions était de six heures par mesure. Deux mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres.

**Unité Lauriers :** Sur une file active de vingt patients présents et entrés dans le service, deux (10 %) ont été déclarés placés en chambre d'isolement lors de deux mesures l'une de 24 heures l'autre sans durée indiquée. Aucun n'a eu une contention associée. Or un patient de ce service est en isolement permanent sans être déclaré en tant que tel.

**Unité Oliviers :** Sur une file active de quatre-vingt-douze patients présents et entrés dans le service, treize (14 %) ont été placés en isolement lors de vingt-deux mesures pour des durées allant de 5 à 197 heures (moyenne de 55 heures par mesure). Huit patients sur les treize placés en isolement ont eu une contention associée lors de vingt-quatre mesures. La durée de ces contentions allait de 3 à 30 heures par mesure (moyenne estimée à 17 heures par mesure). **Cinq mesures de contention n'ont pas de durées mentionnées.** Un patient a été isolé en soins libres.

**Unité Pruniers :** Sur une file active de soixante-dix-huit patients présents et entrés dans le service, vingt (26 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de seize mesures pour des durées allant de 11 à 167 heures (moyenne de 43 heures par mesure). Sept patients sur les vingt placés en isolement ont eu une contention associée lors de treize mesures. La durée de ces contentions allait de 2 à 30 heures par mesure (mais **sept des treize mesures n'ont pas de durée indiquée**). Cinq mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Sur ces treize mesures de contention mal renseignées, cinq sont indiquées faite en gériatrie-psycho geriatrie et neuf hors CI.

**Unité Dali :** Sur une file active de vingt-huit patients présents et entrés dans le service, trois (11 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de trois mesures pour des durées allant de 2

à 696 heures (moyenne de 239 heures par mesure). Aucun patient n'a eu une contention associée. Deux mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres.

**Unité SIRA:** Sur une file active de 355 patients présents et entrés dans le service, 14(4 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de dix mesures pour des durées allant de 10 à 80 heures (moyenne de 28 heures par mesure). Huit patients sur les dix placés en isolement ont eu une contention associée lors de neuf mesures. La durée de ces contentions allait de 6 à 25 heures par mesure (moyenne de 10 heures). Une mesure d'isolement a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres (24 heures).

**Unité Gerontopsy1 :** Sur une file active de soixante-six patients présents et entrés dans le service, deux (3 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de deux mesures pour des durées de 18 et 21 heures. Aucun patient n'a eu une contention associée. Une mesure d'isolement a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres (21 heures). Un patient a été isolé hors CI.

**Unité Gerontopsy 2 :** Sur une file active de quatre-vingts patients présents et entrés dans le service, dix-huit (22,5 %) ont été placés en isolement lors de dix-neuf mesures pour des durées de 5 à 95 heures. Onze patients (61%) ont eu une contention associée lors de mesures allant de 6 à 792 heures. Neuf mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Deux mesures d'isolement ont été faites hors CI.

**L'analyse du registre n'est actuellement pas facile et peu fiable au regard des mauvais renseignements enregistrés dans le logiciel.** Il conviendra de reprendre une analyse similaire une fois la traçabilité des mesures d'isolement et de contention stabilisée et exhaustive par service. Les contentions doivent également faire l'objet d'une mention concernant l'isolement dans le logiciel Cortexte et la traçabilité des mesures doit également être exhaustive.

**L'ensemble de ces chiffres montre cependant des pratiques d'isolement assez habituelles, associées peu souvent à des contentions.** Des décisions d'isolement sont prises pour des patients en soins libres mais moins de douze heures. Plusieurs durées longues d'isolement ne peuvent néanmoins correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité. Quelques patients placés en CI ont été rencontrés par les contrôleurs et l'obligation d'un isolement n'apparaissait pas clairement, un patient étant par exemple rencontré l'après-midi avec les autres dans le jardin intérieur, sans agressivité alors qu'il était enfermé toutes les nuits (unité Ambans).

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 17

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que la tenue du registre doit être améliorée en terme d'exhaustivité et en terme de qualité des informations recensées. En effet des prescriptions de contentions sont erronées et les informations concernant l'unité Lautréamont sont inexactes. L'établissement s'est mobilisé pour***



*sensibiliser les intervenants sur la nécessité de saisir toutes les informations. Une nouvelle version de l'application Cortexte attendue pour début 2020 prévoit de fiabiliser le recueil des prescriptions. L'analyse trimestrielle du registre de chaque pôle sera mise en place au début de l'année 2020 pour le 4<sup>ème</sup> trimestre 2019 et un calendrier sera fixé pour chaque trimestre suivant. Ces analyses seront également présentées au cours des réunions des instances de l'établissement. Le CGLPL prend acte de ces engagements.*

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LES UNITES DE GERONTOPSYCHIATRIE N'OFFRENT PAS UN ACCES AUX SOINS DE PSYCHIATRIE

Les deux unités de géronto-psychiatrie, « SGP1 » et « SGP2 », sont intégrées au pôle Perspectives. Elles peuvent accueillir trente-trois patients provenant de tout le département qui n'ont pas d'antécédents lourds en psychiatrie ou qui sont suivis en ambulatoire. Les deux unités sont situées dans l'enceinte de l'hôpital et sont fermées.

#### 9.1.1 Le profil des patients accueillis

Au jour de la visite, vingt-neuf patients étaient hospitalisés : seize dans l'unité SGP1 et treize dans l'unité SGP2. Tous les patients étaient âgés de plus de 65 ans, critère requis pour intégrer l'unité sauf exception médicale (pendant la visite une patiente de 45 ans était hospitalisée car atteinte de la maladie d'Alzheimer). Les deux unités n'accueillent cependant pas des profils identiques. A l'unité SGP1, ce sont principalement des patients atteints de grande dépression, de bipolarité ou d'idées suicidaires ; à SGP2 les patients sont essentiellement des personnes âgées démentes et grabataires et, selon le personnel rencontré, atteintes de troubles du comportement liés à l'âge plus qu'à une maladie psychiatrique. Lors de la visite, les patients ont pu constater la présence d'un patient atteint d'une cyphose dorsale importante hospitalisé « *un mois pour porter une minerve par ailleurs non prescrite finalement par le médecin avant son départ en congés* ». Les soins de nursing sont également beaucoup plus conséquents qu'au sein de l'unité SGP1, et quasiment indispensables pour la totalité des patients. L'agressivité est également plus présente à SGP2, qu'elle soit envers les soignants ou entre patients.

Selon les membres du service, au moins cinq des treize patients ne relèveraient pas de la psychiatrie, ce serait le cas d'environ quatre patients à SGP1. Une volonté d'axer le travail du personnel sur de la prévention en EHPAD, l'augmentation des consultations en CMP, le développement de l'ambulatoire et la fermeture d'une des deux unités ont été exprimés. La présence d'un grand nombre de patients ne relevant pas d'une prise en charge psychiatrique hospitalière pose en effet question dans un service de psychiatrie.

#### 9.1.2 L'admission

Les lieux de provenance des patients sont variés : le domicile, l'EHPAD, la MARPA, une résidence autonomie. La décision d'admission dans l'une des deux unités est prise par l'un des deux médecins gériatres présents dans les services. Un questionnaire de pré-admission vierge est rempli par le médecin traitant ou la structure d'envoi, selon la cadre supérieure, la procédure est connue et correctement utilisée. Les médecins de l'hôpital évaluent ensuite la pertinence d'une hospitalisation et peuvent rendre visite au patient directement. Selon les soignants, les fiches d'admission exagèreraient la pathologie pour assurer une hospitalisation, par ailleurs peu refusée par les praticiens. L'unité SGP2 a pour vocation de n'accueillir que des patients nécessitant une semaine d'hospitalisation. Ainsi, les patients de SGP2 sont souvent en séjour de rupture depuis leur EHPAD ou leur domicile et la majorité des entrées seraient programmées. Une fois la semaine écoulée, les patients rentrent dans leur lieu d'origine. Si une seconde hospitalisation est nécessaire alors ils seront accueillis à SGP2 pour quatre semaines. La durée moyenne de séjour à SGP1 est quant à elle d'environ cinquante jours. Peu de mouvements sont réalisés entre les deux unités.

Lors de leur arrivée dans l'unité, les patients ne sont pas reçus par un médecin psychiatre mais par le médecin gériatre de l'unité, ils sont orientés vers l'un des six lits dits « de crise » identifiés dans chacune des deux unités : ce sont les lits en chambre individuelle en priorité, tous situés à l'étage. Les certificats médicaux des patients en soins sous contrainte sont faits par des médecins psychiatres des unités adultes ou par le psychiatre de garde. La plupart du temps les patients ne sont pas en capacité de signer la décision d'admission, deux soignants attestent alors par leur signature de cette incapacité et une copie est laissée au patient. Les examens spécialisés sont effectués au bloc médical et dès stabilisation du patient, l'assistante sociale le rencontre, ainsi que ses proches pour penser l'après et identifier les besoins.

### RECOMMANDATION 29

L'organisation du pôle de géro-psi-chiatrie doit être repensée afin que les unités n'admettent que des patients présentant des maladies psychiatriques. La pertinence de l'hospitalisation ne peut être décidée que par un médecin psychiatre.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'organisation de la gérontopsychiatrie sera intégrée à la réflexion qui sera menée dans le cadre de l'actualisation du projet médical.***

#### 9.1.3 Les locaux

Les locaux des deux bâtiments sont similaires, hormis le fait que l'escalier d'accès à l'étage est situé au milieu de la pièce à SGP2. Les deux bâtiments peuvent communiquer entre eux.

Les locaux sont dépourvus de salon de visite et de salle d'activité. Seul un petit jardin avec un préau et un plus grand jardin permettent aux patients de sortir de la salle principale. Le petit jardin comporte des tables en plastique, des chaises, un cendrier, et des bacs de fleurs. A l'intérieur, un espace dédié aux repas ainsi qu'une grande salle avec un poste de télévision composent les lieux communs. Un espace Snoezelen et une balnéothérapie sont installées en SGP1 mais accessibles aux deux unités ; cependant peu de soignants sont formés à leur usage.

SPG1 compte dix-sept lits tandis que SGP2 en compte seize et une chambre d'isolement (cf. § 8). Dans les deux unités, le rez-de-chaussée comprend deux chambres doubles dotées d'oxygène mais qui ne permettent pas une circulation aisée en fauteuil roulant. A SGP1, l'étage comprend treize chambres simples, à SGP2 il compte quatre chambres doubles et quatre chambres simples. Une quinzaine de lit type Alzheimer ont été installés, les soignants installent les demi-barrières pour tous.

Toutes les chambres comprennent un bureau, une ou deux chaises, un placard par patient, et une table de chevet par lit, aucune chambre ne comporte de bouton d'appel (cf. § 6). Lors de la visite, de nombreux éléments étaient cependant manquants dans les chambres. Toutes les chambres sont dotées d'une salle d'eau adaptée avec toilettes. Selon les chambres, ces salles d'eau sont de tailles variables ne permettant pas toujours une circulation aisée pour une personne âgée. Les fenêtres peuvent être ouvertes sur une dizaine de centimètres et les chambres du bas sont dotées de brise-vue. Les locaux sont propres et les draps changés au moins deux fois par semaine.

Un ascenseur est installé mais n'est accessible qu'avec l'aide des soignants qui en connaissent le code. La climatisation et le chauffage se font au sol à SGP2 tandis qu'à SGP1 le système est installé uniquement dans le couloir obligeant ainsi les patients à laisser leur porte de chambre ouverte.

#### 9.1.4 Le personnel

Malgré des pathologies demandant des soins de nursing quotidiens au sein de l'unité SGP2, cette dernière n'est pas mieux dotée en personnel que les autres unités de l'hôpital. Un médecin gériatre est présent dans l'unité SGP2 les mardis matin pour le *staff* et parfois certains après-midi, à SGP1 le médecin gériatre est présent tous les jours une demi-journée. Aucun médecin psychiatre ne se rend dans l'unité ni ne participe aux réunions internes, les patients sont vus à la demande du gériatre. Une cadre supérieure de pôle est à temps plein, tout comme la cadre de SGP1. A SGP2, aucun cadre n'est présent depuis le mois de janvier 2019. Les deux unités comptent trois soignants durant la journée (dont un infirmier au minimum) et deux la nuit. 1,5 ETP d'assistante sociale (sur le pôle), un psychologue à 0,5 ETP, un neuropsychologue à temps plein et une psychomotricienne qui intervient le mercredi matin à SGP1.

A leur arrivée, les soignants sont doublés pendant quelques jours selon leur expérience préalable et des formations spécifiques leur sont proposées : troubles psycho-comportementaux, maladie d'Alzheimer ; ces formations sont ouvertes à toute personne travaillant dans le service.

Aucune réunion soignants-soignés n'est organisée. Selon les soignants, il arrive régulièrement que des personnes hospitalisées ne rencontrent pas de psychiatre pendant leur séjour.

Une équipe mobile composée de deux infirmiers et d'un médecin est également en place, elle n'opèrerait plus depuis plusieurs mois à la suite de l'absence de médecin et d'un infirmier. Cette équipe pouvait être contactée à tout moment par un EHPAD par le biais d'un imprimé, l'équipe s'entretenait ensuite avec le personnel et pouvait conduire une visite sur place si besoin, le but étant d'éviter une hospitalisation.

Tous les mardis matin, le personnel, sauf les aides-soignants et le psychiatre, tiennent une réunion de *staff* pour faire le point sur les cas particuliers. La famille ou le représentant légal sont associés aux soins et rencontrent régulièrement l'assistante sociale et les membres de l'équipe soignante et médicale. Les familles peuvent également être associés aux réunions de synthèses portant sur un patient en particulier. A l'unité SGP2 un soignant référent est désigné, il assiste aux synthèses et est l'interlocuteur privilégié de la famille.

#### RECO PRISE EN COMPTE 18

Les patients hospitalisés en service de psychiatrie doivent bénéficier d'un examen par un psychiatre lors de leur séjour. Le personnel de l'unité SGP2 doit être adapté quantitativement aux besoins des patients.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que cinq lits ont été provisoirement supprimés ; le ratio soignant soigné se situe désormais au niveau du ratio préconisé pour les unités cognitivo-comportementales et permet de répondre aux besoins des patients.***

#### 9.1.5 La vie quotidienne

Quasiment aucune activité ne rythme la vie des unités. Seule la télévision commune ainsi que quelques jeux, coloriages et magazines permettent aux patients de passer le temps, « *ici on attend* » a déclaré une patiente. Aucune règle de vie propre aux unités n'a été écrite. Les patients ont accès à leur tabac, à leur briquet en fonction du protocole et à leur téléphone portable ; s'ils n'en possèdent pas, celui de l'unité peut leur être prêté. A l'identique des unités adultes, les

objets coupants ou considérés comme dangereux sont retirés. Les patients ne possèdent pas la clé de leur placard.

De manière systématique, aucun patient en soins sous contrainte ne peut sortir seul de l'unité. Au vu du manque de personnel, cette mesure empêche *de facto* un grand nombre de patients d'avoir accès aux espaces communs de l'hôpital sans que cela ne soit justifié par un médecin psychiatre.

Les repas se prennent en commun, beaucoup de patients de l'unité SGP2 nécessitent une aide, ce qui ne permet pas aux soignants de manger avec eux. Dans les deux unités, aucun repas thérapeutique n'est organisé. Le goûter est en libre-service à SGP1. Une tisane est offerte le soir aux patients.



*Salle de vie de l'unité de gérontopsychiatrie et patio*

Aucune visite en chambre n'est autorisée ; SGP1 offre la possibilité de recevoir des visites dans le petit jardin mais les enfants ne sont pas admis. A SGP2, les mineurs peuvent être reçus dans le bureau infirmier mais les visites se font dans la salle commune uniquement.

Des affiches indiquent la possibilité d'accéder aux cultes ainsi que les permanences de l'UNAFAM. Enfin, l'unité SGP2 restreint l'accès aux chambres aux patients pendant la journée pour éviter que ces derniers ne chutent. Pour se rendre à l'étage, les patients doivent systématiquement demander à un soignant de leur ouvrir la porte de l'escalier. Un système de détection sonore a été installé mais n'est enclenché que la nuit ; lorsqu'un bruit est enregistré, une lumière s'éclaire dans la salle à manger mais n'indique pas la provenance. Une ronde toutes les trois heures est faite la nuit.

### RECOMMANDATION 30

Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir sortir de l'unité, sauf restriction médicale décidée par un médecin psychiatre. A l'unité SGP2, l'accès aux chambres par les patients doit être plus souple et évalué de manière individuelle.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que les limitations de déplacements des patients de gérontopsychiatrie seront intégrées à la réflexion qui sera menée dans le cadre de l'actualisation du projet médical et dans le cadre du schéma immobilier.***

### 9.1.6 Sortie de l'unité

L'assistante sociale et l'équipe soignante travaillent le projet de sortie dès l'arrivée et tout au long du séjour avec les familles ou les représentants légaux. La plupart des patients font l'objet d'une orientation vers un EHPAD après leur hospitalisation. Des conventions ont été établies avec certains EHPAD du département permettant un lien direct entre assistantes sociales. Dans le cas où la famille refuserait l'option proposée, un retour à domicile est mis en place avec un étayage minimum. L'hôpital a signé un partenariat avec la plate-forme territoriale d'appui avec laquelle elle communique pendant l'hospitalisation. Au retour du patient à domicile, la plate-forme rend visite à la personne et décide du type d'intervention.

Toutefois, le nombre de places en unités protégées dans les EHPAD n'est pas en adéquation avec les besoins ; l'absence de médecin psychiatre pour établir les certificats médicaux ainsi que le refus de plus en plus fréquent d'EHPAD de reprendre leurs résidents après une hospitalisation, retardent des sorties. Au jour de la visite, l'attente d'orientation la plus longue était de trois mois, en lien avec la mise en place d'une mesure de protection juridique.

#### RECOMMANDATION 31

Les sorties des patients de l'unité ne doivent pas être retardées par l'absence de médecin psychiatre en capacité de produire un certificat médical.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que le manque de temps médical pénalise la fluidité des parcours.***

## 9.2 LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE EST SCINDEE EN DEUX POLES SANS COHERENCE GLOBALE

La psychiatrie infanto-juvénile du CHD est scindée en deux pôles selon les âges. Un pôle infanto-juvénile exerce son activité auprès des enfants jusqu'à 12 ans, et un autre pôle s'adresse aux adolescents de 12 à 18 ans, les deux pôles assurant leurs missions sur tout le département. Cette organisation résulte des choix médicaux qui ont prévalu au moment de la restructuration de l'activité ambulatoire à destination des adolescents dans le département. Elle ne facilite pas l'articulation entre les deux pôles.

Le pôle infanto-juvénile est organisé en trois CMP pivots et cinq CMP annexes, quatre hôpitaux de jour (59 places), 160 places de CATTP, 7 places d'hospitalisation complète (cf. ci-dessous). Il a pris en charge 1 761 enfants en 2018 : 1 613 en ambulatoire, 115 à temps partiel et 33 à temps complet, en stabilité par rapport aux années précédentes.

Le pôle adolescents est organisé à partir du réseau de coordination médico-social de la prise en charge des adolescents en difficulté (RESEDA). Celui-ci s'organise sur trois CMP, un hôpital de jour de dix places et l'unité d'hospitalisation complète Mozart. RESEDA a pour vocation de centraliser toutes les demandes de prise en charge des adolescents (12 à 20 ans) du Lot-et-Garonne, de coordonner les réponses et de structurer le partenariat du pôle avec tous les acteurs de la prise en charge des adolescents : convention avec l'éducation nationale, accord technique avec l'aide sociale à l'enfance, partenariats avec les établissements et services médico-sociaux. Il s'articule également avec la maison des adolescents d'Agen. En 2018, Ce pôle a pris en charge 1 761 patients : 1 555 en ambulatoire, 104 à temps partiel et 102 en hospitalisation complète, en augmentation par rapport aux années précédentes en particulier pour l'hôpital de jour (33,3 %) qui a développé son activité dans de nouveaux locaux et pour l'ambulatoire (3,5 %).

Le contrôle a porté sur la prise en charge en hospitalisation complète.

### 9.2.1 Le centre d'accueil départemental de semaine (CADS)

Le CADS assure une hospitalisation complète de semaine, avec sortie des enfants le week-end dans leurs familles ou familles d'accueil. Il est ouvert du lundi 8h au vendredi 14h30, il dessert la totalité du département du Lot-et-Garonne. Le CADS dispose de sept lits pour des patients de 6 à 12 ans, avec dérogation possible à partir de 4 ans. En 2018, la file active était de trente-trois patients, la DMS de trois jours, la DMH de vingt-cinq jours, le taux d'occupation était de 41,06 %. Au jour de la visite des contrôleurs, cinq patients sont présents dans l'unité, dont un sur ordonnance de placement provisoire par un juge des enfants.

L'équipe est composée de 0,3 ETP de praticien hospitalier, 4 ETP d'IDE (100 %) de jour (plus une de nuit), 3,8 ETP d'éducateurs spécialisés et moniteurs-éducateurs, 0,6 ETP de cadre de santé, 0,5 ETP de psychologue, 0,1 ETP de psychomotricienne, 0,2 ETP d'assistante sociale. L'équipe de nuit dédiée est remplacée si nécessaire par l'équipe de jour, et complétée par un aide-soignant partagé avec l'unité Mozart pour adolescents.

Les locaux ont été entièrement refaits en 2016 et sont situés à l'extérieur de l'enceinte du CHS, mais à sa proximité, dans une enceinte close, l'unité étant elle-même fermée à clé. L'unité est de plain-pied, en très bon état, bien équipée, conviviale et lumineuse. Elle dispose d'un patio couvert qui sépare la partie hébergement de la partie activité, et d'un grand jardin clos. Les toilettes et les deux salles de bains sont extérieures aux chambres, lesquelles sont ouvertes au moment de la visite.

Les patients sont pris en charge dans le cadre d'hospitalisations programmées d'une durée de trois semaines. Les admissions sont programmées avec un délai d'un mois ; elles sont précédées d'une consultation de pré-admission. Au jour de la visite des contrôleurs, il n'y a pas de liste d'attente. Les patients sont adressés essentiellement par les CMP et hôpitaux de jour en lien avec les familles, et peu par les structures médico-sociales : instituts médico-éducatifs (IME), services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD). Il y a quelques hospitalisations hors département/hors secteur. Les indications sont larges, allant des épisodes psychotiques aux épisodes dépressifs sévères ou d'angoisses aigus jusqu'aux troubles du spectre autistique.

Un infirmier ou éducateur référent est désigné pour chaque patient, des réunions pluri professionnelles hebdomadaires sont le lieu d'élaboration de la prise en charge, et le projet de soins est co-construit avec les familles. L'équipe bénéficie d'une supervision par un psychologue extérieur à l'établissement.

De nombreuses activités thérapeutiques sont réalisées par l'équipe soignante au sein de l'unité et structurent le temps d'hospitalisation des enfants qui ne sont pas scolarisés pendant cette période, comme des exercices de motricité (une salle équipée), de concentration sur du travail de type scolaire, des activités créatives, des contes dans une « pièce douce » dédiée.

Une pièce d'apaisement est installée dans l'unité. Elle est située à l'entrée de la partie nuit. Il n'y a pas de sas, un œillette est installé dans la porte pleine, la fenêtre ne s'ouvre pas et le vitrage est flouté à mi-hauteur, les volets roulants sont commandés manuellement par une manivelle absente de la chambre, le chauffage est protégé, la lumière est commandée de l'extérieur. La pièce est équipée d'un matelas épais en mousse dense. Il n'y a pas de WC ou de salle de bains attenante. Elle n'est pas occupée lors de la visite des contrôleurs.

Les soignants expliquent qu'un protocole a été élaboré pour prendre en charge les situations d'agitation extrême d'un patient, et que la pièce d'apaisement peut être utilisée sur proposition des soignants ou sur demande du patient, les portes restant ouvertes. Un enfant ayant fait observer que la pièce résonnait trop pour y crier à son aise, des « pièges à son » ont été installés au plafond, ainsi qu'un variateur lumineux sur le plafonnier.

Cette pièce n'est dite utilisée en chambre d'isolement qu'en dernier recours : le patient est d'abord accompagné par un soignant dans sa chambre ou dans la « pièce douce » de la partie activité, en maintenant une proximité physique contenante. Si le patient ne parvient pas à se calmer, il est conduit dans la pièce d'apaisement, le soignant y reste avec lui, porte ouverte. Ce n'est que si ces différentes étapes ne permettent pas de faire céder l'agitation que le médecin est appelé et peut décider la mise en chambre d'isolement. Le patient y est placé portant ses vêtements usuels mais sans chaussures. A la sortie de l'isolement, la situation est reprise avec le patient. Cette procédure a permis de réduire fortement le recours à l'isolement (un isolement d'une heure en 2018, un isolement de trente minutes en 2019), et l'équipe souhaite remettre au travail sa réflexion sur l'usage de la pièce d'apaisement.

### 9.2.2 L'unité Mozart pour adolescents

L'unité Mozart prend en charge des patients adolescents de 12 à 18 ans du département du Lot-et-Garonne et dispose de neuf lits. En 2018, la file active était de 102 patients, la DMS de 9 jours, la DMH de 28 jours, le taux d'occupation était de 96,71 %.

Au jour de la visite des contrôleurs, neuf patients sont présents dans l'unité, dont deux en SDRE, aucun sur ordonnance de placement provisoire par un juge des enfants.

#### a) Le personnel

L'équipe est composée d'1 ETP de pédopsychiatre, 1 ETP de cadre de santé, 1 ETP de secrétaire médicale, 1 ETP de psychologue clinicienne, 0,3 ETP d'assistante sociale, 12,5 ETP d'infirmiers, 4,5 ETP d'aides-soignants, 2 ETP d'éducateurs spécialisés, 2 ETP d'aides-médico-psychologiques, 2,5 ETP d'ASH. Les équipes du matin et de l'après-midi sont composées de quatre personnes. L'équipe de nuit (présence de deux personnes chaque nuit) est dédiée à l'unité et ses absences sont compensées par l'équipe de jour. Ses membres participent aux réunions de l'unité quand ils le souhaitent. Un médecin est présent chaque jour de semaine dans l'unité. L'équipe bénéficie de six séances annuelles de supervision par un psychologue extérieur à l'établissement, la présence y est devenue obligatoire pour tous les membres de l'équipe.

#### b) Les locaux

L'unité, de plain-pied, est située sur la partie opposée de la route qui longe l'enceinte du CHD, elle est fermée à clé. L'infrastructure est de conception récente, en bon état, lumineuse, propre. Une première partie à gauche de l'entrée est constituée de bureaux administratifs et médicaux, ainsi que d'une salle de réunion qui permet également l'accueil des familles pour les visites. On accède à la partie hospitalisation par une porte à droite, également fermée à clé. Un couloir dessert d'abord les pièces de vie et d'activités ainsi que le bureau de l'équipe soignante, puis la chambre d'apaisement et les chambres, lesquelles sont ouvertes au moment de la visite. Sur le côté du bâtiment opposé à la rue, les pièces de vie et le bureau donnent sur une terrasse couverte et un grand jardin clos, lui-même doté de locaux annexes.

Les chambres sont toutes individuelles, équipées d'une salle d'eau avec WC. Les miroirs y ont été retirés, une salle de bain supplémentaire en est équipée. Les chambres sont ouvertes et d'accès



libre pour chaque patient, mais interdites d'accès aux autres patients. Les patients ne disposent pas de la clé de leur placard, qu'ils doivent demander aux soignants.

### c) Le séjour

Les admissions sont préparées en amont avec les partenaires demandeurs et les familles puis validées par un psychiatre de l'unité ; elles peuvent également s'effectuer en urgence *via* le SIRA. Huit lits sont en principe destinés à des hospitalisations programmées et séquentielles, le neuvième est affecté aux hospitalisations en urgence. Les indications sont larges, allant des troubles du comportement évoluant dans un contexte d'organisation psychopathologique, des troubles graves de la personnalité, des troubles anxieux et dépressifs, des conduites à risque mettant en danger l'intégrité physique et psychologique de l'adolescent, des troubles des conduites alimentaires et addictives jusqu'aux états psychotiques aigus.

L'augmentation de la demande d'hospitalisation est gérée en maintenant des patients adolescents au SIRA qui sont cependant suivis par les médecins de l'unité Mozart. Il n'y a donc pas de sur occupation de l'unité, et il nous a été affirmé que les hospitalisations n'étaient jamais écourtées pour laisser entrer un nouveau patient.

A l'issue du séjour, la sortie est préparée avec les équipes extra hospitalières dans le cadre du RESEDA, et avec les familles.

Chaque nouvel entrant est vu par l'interne en psychiatrie qui réalise également un examen somatique. Une « période de séparation initiale de 48h » est imposée au patient et à ses proches. Le projet médico-soignant n'est pas formalisé. Des réunions pluri professionnelles hebdomadaires sont le lieu d'élaboration de la prise en charge, et le projet de soins est co-construit avec les familles.

Des réunions soignants/soignés hebdomadaires sont l'occasion pour les adolescents d'adresser (parfois en rédigeant un courrier) des demandes collectives de dérogation aux règles de vie de l'unité.

Les activités au sein de l'unité et à l'extérieur sont proposées aux patients sur évaluation de l'équipe et des séjours thérapeutiques sont de nouveau organisés depuis deux ans. Les activités extérieures sont développées et privilégiées, la règle étant d'en assurer au moins une par jour : sport et piscine, bibliothèque, spectacles en soirée. La participation des patients en SDRE à ces activités extérieures est facilitée par l'établissement hebdomadaire de demandes de sortie accompagnée, pour chaque patient, chaque jour de la semaine suivante.

Les programmes de soins sont largement utilisés pour les patients admis en SDRE : sur les neuf patients admis en SDRE et prolongés au-delà de 24h en 2018, sept ont bénéficié d'un programme de soins, avec retour dans leur milieu d'origine et suivi en consultation.

Les soins en addictologie sont assurés par l'équipe de liaison en addictologie (ELSA) de l'établissement ; ils sont si nécessaires initiés pendant l'hospitalisation pour être poursuivis après la sortie, en lien avec la consultation mineurs du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'Agen.

Un livret d'accueil destiné aux familles et aux patients ainsi que des règles de vie spécifiques à l'unité, sont remis à l'admission des patients. Les règles de vie précisent l'interdiction du téléphone portable (qui n'est remis que lorsque le patient sort de l'unité pour se rendre à l'école, par exemple), des ordinateurs portables et tablettes, de l'usage des réseaux sociaux sur l'ordinateur de l'unité, du tabac, des relations sexuelles et du flirt. L'usage du tabac a fait débat

au sein de l'équipe, mais l'interdiction a prévalu sans qu'il soit jamais envisagé d'adapter des décisions individualisées prenant en compte l'avis des titulaires de l'autorité parentale.

### RECOMMANDATION 32

Le retrait des téléphones, tablettes, ordinateurs personnels ne doit pas être systématique mais uniquement décidé par le psychiatre sur des considérations cliniques propres à chaque patient.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'unité va s'inscrire dans la démarche de réflexion générale sur la nécessité et la proportionnalité des contraintes pouvant être imposées aux patients avec pour objectif de définir des règles de vie de l'unité.***

L'information et la notification des droits des patients en SSC sont réalisées par la cadre de proximité ou en son absence par la secrétaire médicale en présence d'un soignant, qui prend le temps de lire et d'expliquer les documents au jeune patient. Aucune des deux n'a reçu de formation spécifique. La venue de la CDSP est affichée dans l'unité.

L'accès à la terrasse et au jardin clos de l'unité n'est possible qu'en présence d'un membre de l'équipe soignante. Cette restriction est justifiée de la part des soignants par les risques d'exposition des patients aux trafics de produits illicites, accrus du fait de la proximité de l'unité d'hospitalisation en addictologie. La directrice indique dans ses observations du 28 novembre 2019 que l'accès au jardin facilite les fugues et que la route située à côté est dangereuse.

Il reste que cette mesure restreint drastiquement l'accès à l'air libre.

### RECOMMANDATION 33

L'accès à la terrasse et au jardin clos ne doit être restreint que sur évaluation clinique de chaque patient, et décision du psychiatre.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que l'unité va intégrer l'accès à la terrasse et au jardin dans la démarche de réflexion à mener sur la recommandation.***

Les sorties sans autorisation sont en revanche gérées sans dramatisation excessive, à partir de l'analyse selon laquelle « *la fugue est liée à l'adolescence* » : le patient est recherché par les soignants et les EPS, et dans la majorité des cas retrouvé dans les environs de l'unité.

#### *d) Les mesures d'isolement*

L'unité dispose d'une chambre d'isolement nommée chambre d'apaisement, qui n'est pas occupée lors de la visite des contrôleurs. On y accède par un sas, un œilleton est présent dans la porte pleine entre le sas et la chambre, et un autre œilleton est disposé dans le mur mitoyen avec le bureau de l'équipe soignante. La fenêtre ne s'ouvre pas mais une ventilation est en place, les volets roulants et la lumière sont commandés de l'extérieur, il n'y a pas de bouton d'appel, pas d'horloge. La pièce est équipée d'un matelas épais en mousse dense. Il n'y a pas de WC ni de salle d'eau attenante et donc aucun accès à l'eau ; un seau hygiénique sans anse est disposé dans la chambre. L'ensemble est propre mais froid, en rien propice à l'apaisement. Selon le personnel encadrant l'unité, cette chambre est peu utilisée, pour des temps très courts, et la plupart du temps la porte reste ouverte et le seau est retiré.

Quant à son utilisation officielle en chambre d'isolement, le registre de l'isolement porte la trace de cinq patients placés en isolement entre le 9 janvier et le 9 mai 2019, pour des durées s'échelonnant de 1h à 3h (trois occurrences), 6h (une occurrence) à 24h (une occurrence). Un seul de ces patients est en SDRE, le patient isolé pendant 24h était en soins libres.

#### RECOMMANDATION 34

Une réflexion doit être engagée au sein de l'unité des adolescents pour formaliser les modalités d'un espace non fermé propice à l'apaisement.

***Dans ses observations du 28 novembre 2019 répondant au rapport provisoire, la directrice indique que la réflexion de l'unité sur la chambre d'apaisement sera intégrée à la réflexion médico-soignante relative aux pratiques d'isolement.***

### 9.3 LES PATIENTS DETENUS SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACES EN CHAMBRES D'ISOLEMENT ET SONT SOUMIS A DES CONDITIONS D'HOSPITALISATION INDIGNES

Les personnes détenues sont hospitalisées au titre de l'article L3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D 398 du code de procédure pénale ou de l'article L 122-1 du code pénal (irresponsabilité pénale).

La plupart d'entre elles proviennent de la maison d'arrêt d'Agen mais des patients détenus de l'autre établissement pénitentiaire du département du Lot-et-Garonne, le centre de détention d'Eysses, situé dans la commune de Villeneuve-sur-Lot, peuvent également être admis.

Ces patients arrivent directement – deux soignants assurent le transport en ambulance jusqu'au CHD – ou via les urgences de l'hôpital général. Les hospitalisations sont décidées en cas d'urgence ou en attente de place disponible à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Bordeaux. A l'issue, les patients sont redirigés vers leur établissement pénitentiaire de provenance ou transférés à l'UHSA ; d'autres restent hospitalisés après avoir fait l'objet d'une levée d'écrou sur place.

Pour le premier semestre de l'année 2019, l'établissement a admis quinze personnes détenues, lors de trente-sept séjours. Ces chiffres montrent une nette augmentation de l'activité, puisque, pour l'ensemble de l'année 2018, avaient été comptabilisés dix-neuf patients détenus lors de trente séjours.

Les séjours durent de quelques jours à quelques semaines. Certains patients font des séjours multiples : quatre séjours pour l'un d'entre eux, respectivement pendant 18, 26, 10 et 43 jours, soit une durée totale de 97 jours, dans les unités SIRA, Claudel, Lautréamont et Rimbaud ; lors de son dernier séjour, entre le 12 mai et le 24 juin 2019, cette personne a été déplacée d'unité à six reprises.

Les patients détenus sont exclusivement placés dans des unités dotées d'une chambre d'isolement. Six unités ont reçu des patients détenus pendant le premier semestre de l'année 2019 : SIRA, Claudel, Lautréamont, Pruniers, Oliviers, Merisiers et Rimbaud. Au moment du contrôle, deux patients détenus étaient respectivement dans les unités Oliviers et Merisiers.

Le placement en chambre d'isolement est systématique à l'arrivée et le maintien y est effectif durant toute l'hospitalisation, quel que soit l'état clinique de la personne et son évolution en cours de séjour. Cette pratique n'est pas conforme aux dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (instruction

ministérielle n° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre) : « *l'isolement ou la contention des personnes détenues, au seul motif de leur statut juridique, sont à proscrire.* »

### RECOMMANDATION 35

Conformément aux dispositions légales, le placement en chambre d'isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours.

Durant le contrôle, les deux personnes détenues présentes portaient en chambre d'isolement un pyjama déchirable anti-suicide.

Toute ouverture d'une chambre d'isolement occupée par un patient détenu s'effectue en présence d'un membre de l'équipe de prévention et de sécurité. Sauf demande urgente, les ouvertures sont programmées au moment des repas et du goûter du milieu d'après-midi, les visites des soignants et l'entretien médical devant se faire à cette occasion.

Du fait de cette limitation de l'ouverture de la chambre, le patient détenu ne peut aller aux toilettes quand il le souhaite, raison pour laquelle un seau hygiénique et du papier toilette lui sont laissés dans la chambre ; pour la même raison, des revues peuvent être laissées dans la chambre et à un poste de radio est branché dans le sas afin d'affronter l'ennui.

A l'occasion d'une séquence d'ouverture, des sorties de la chambre peuvent être organisées, sous la surveillance de l'agent EPS, pour permettre à la personne de faire sa toilette le matin, de partager son repas avec les autres patients de l'unité ou de se rendre dans la cour extérieure, notamment pour fumer une cigarette. Quand il n'est pas ainsi autorisé à sortir de la chambre d'isolement, le patient fumeur consomme sa cigarette à l'intérieur et y prend ses repas, assis sur son lit et assiette posée sur le pouf avec des couverts en plastique.

En outre, il est quasiment impossible pour un patient détenu de recevoir la visite d'un proche même si le principe contraire est affirmé : de fait, aucune visite ne s'organise en raison de l'attente de permis de visite validé par la préfecture ou de la pusillanimité des équipes soignantes qui invoquent des exigences de sécurité qu'elles estiment impossibles à satisfaire. En revanche, la possibilité de téléphoner est facilitée, les soignants prêtant au patient détenu un téléphone sans fil de l'unité.

Les contrôleurs ont eu un entretien avec une personne détenue juste avant qu'elle ne soit reconduite en maison d'arrêt au terme de quinze jours d'hospitalisation dans ces conditions. Malgré son appréhension à retrouver le milieu carcéral, cette dernière s'est dit soulagée de quitter l'hôpital tant ses conditions de vie et ses droits y étaient dégradées.

### RECOMMANDATION 36

En application des dispositions réglementaires, le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient et dans le respect de sa dignité. Le séjour d'un patient détenu doit être proscrit dans les conditions d'hospitalisation aujourd'hui en vigueur.

A la fin du séjour, le personnel pénitentiaire, en général deux agents, assure le retour de la personne à la maison d'arrêt. Il se rend jusqu'à la porte de la chambre d'isolement où les menottes sont placées aux poignets du patient détenu, qui est ensuite escorté jusqu'à sa sortie par le fond de l'unité pour éviter le regard des autres patients. Selon les indications recueillies, il arrive que des entraves soient aussi posées aux pieds de la personne.

## 10. CONCLUSION

Le contrôle de la prise en charge des personnes en soins sans consentement au sein du centre hospitalier La Candélie d'Agen/Pont-du-Casse s'est déroulé dans une ambiance sereine et constructive, même si, dans beaucoup d'unités de soins, le personnel a semblé abandonné à lui-même dans des pratiques anciennes.

**Le fonctionnement actuel reste ainsi marqué par des restrictions de liberté et atteintes à la dignité** entrées dans le quotidien des soignants qui ne les voient plus. Ce sont surtout les conditions de placement en isolement qui ont marqué les contrôleurs, avec des chambres indignes, un nonaccès à l'eau et aux toilettes, des patients encore mis à nu dans quelques services, l'absence d'examen quotidien systématique par le psychiatre, une surveillance infirmière aléatoire, l'absence d'analyse de la pratique à l'échelle de l'établissement malgré des mesures qui ne sont pas de dernier recours.

Parallèlement à ces mesures indignes, les restrictions de liberté tout au long de la prise en charge en hospitalisation sont souvent systématiques et sans lien avec l'état clinique du patient. L'enfermement dans les unités est presque généralisé, l'accès au jardin extérieur aléatoire, les retraits de téléphones, tablettes informatiques, ordinateurs, cordon de recharge, tabac, encore trop systématiques.

**A ces restrictions s'ajoute une organisation actuelle de la prise en charge qui affecte l'accès aux soins** : les locaux sont inadaptés avec des services sur deux étages dans toutes les unités (sauf au SIRA), l'absence de salle d'activité, de salon de visite, de bureaux de consultation en nombre suffisant. Il y a peu de chambres individuelles, aucun bouton d'appel ni verrou de confort, un mobilier souvent minimaliste et un parc non valorisé pour la prise en charge.

Le projet d'établissement ne comporte surtout aucun projet médical ni médico-soignant et plus généralement, pas de réflexion médicale partagée faisant consensus à l'échelle de l'établissement. Il n'y a d'ailleurs plus de comité d'éthique depuis cinq ans.

La gestion budgétaire a amené des mesures impactant l'organisation des soins comme le non-remplacement des soignants malades par des intérimaires ou des heures supplémentaires rémunérées, le renouvellement excessif de CDD, la non-embauche de médecin intérimaire et une absence d'investissements immobiliers planifiés. Par ailleurs, la mise à niveau de l'extra hospitalier s'est faite, en termes d'offre de soins, au détriment de l'intra hospitalier.

Si la logique de parcours du patient parvient à se mettre en place avec les unités d'admission et de long séjour en psychiatrie adulte, on observe une psychiatrie infanto-juvénile qui est séparée en deux pôles sans continuité de la prise en charge, et un problème en gérontopsychiatrie avec de nombreux patients relevant d'autres prises en charge et qui ne sont jamais examinés par un psychiatre.

Certains pôles n'ont pas de réelle réunion clinique, pas de projet de soin formalisé, peu de réunions de synthèse, peu de réunions soignants-soignés. Les soins comportent encore des injections forcées de psychotropes en prescription « *si besoin* », réalisées sans la présence du médecin.

La continuité des soins est assurée pour la nuit de manière efficace mais pas celle de la journée dans les pôles où il ne reste plus qu'un médecin par pôle en période de maladie ou de congés et le nombre de demi-journées sans médecin reste important dans certains services.

La présence de soignants auprès des patients est insuffisante quasi partout, avec des effectifs en permanence au seuil de sécurité, ce qui sous-entend un fonctionnement en mode dégradé permanent et même pour une part sensible des jours et nuits, en dessous du seuil de sécurité.

Les activités thérapeutiques, peu développées, ne sont pas intégrées dans le projet de soins.

**Enfin, l'établissement a une culture pauvre dans l'approche du patient sujet de droit.**

L'information donnée aux patients est très maigre avec un livret d'accueil peu distribué, un règlement intérieur non donné ni affiché, des règles de vie que dans quelques unités et souvent restrictives de liberté.

La notification des droits est faite mais la copie est rarement laissée au patient ; les décisions de SSC en SDT arrivant de nuit ou le week-end sont prises le lendemain ou le lundi avec décisions antidatées par la direction.

Le registre de la loi ne comporte pas toutes les mentions légales prévues par le code de la santé publique et est renseigné avec deux mois de retard.

L'établissement est ainsi confronté à l'absence de politique médico-soignante permettant une modernisation des pratiques qui restent ce jour anciennes et sur certains aspects, sources de maltraitance institutionnelle. Ces pratiques doivent être réinterrogées en pluridisciplinarité, et les soignants doivent être mis en capacité d'exercer leur mission dans des conditions professionnelles normales, afin d'apporter des soins respectueux des droits fondamentaux des patients.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)