



Rapport de visite :

Du 1 au 11 avril 2019 - 1^{ère} visite

Centre hospitalier spécialisé

Pierre Jamet à Albi

(Tarn)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont visité du 1^{er} au 11 avril 2019 le centre hospitalier spécialisé (CHS) Pierre Jamet d'Albi, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) chargé d'une mission de service public en santé mentale pour le Nord du département du Tarn. Ce territoire comprend trois secteurs de psychiatrie générale et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Le CHS dépend de la fondation Bon Sauveur d'Alby qui exerce ses activités dans les secteurs médico-social (91 lits, 190 places) et le secteur sanitaire (247 lits, 198 places) et développe ses compétences dans quatre domaines : la psychiatrie, l'addictologie, le dépistage et la prise en charge du handicap, et les troubles de la communication.

Le CHS (247 lits, 198 places) regroupe sept entités ; seules les trois premières ont fait l'objet du contrôle :

- un centre d'accueil permanent spécialisé (CAPS) qui assure un rôle de régulateur, d'orientation et de permanence de prise en charge de la crise d'urgence ;
- un pôle d'hospitalisation adulte ;
- un pôle infanto-juvénile ;
- un pôle de prise en charge ambulatoire adulte ;
- une unité de psycho-oncologie ;
- une clinique d'addictologie ;
- une unité pour malades difficiles (UMD).

L'hôpital a, en 2007, fait le choix d'une organisation intersectorielle, présentant l'avantage de permettre la création de filières et une mutualisation des lits d'hospitalisation. Cependant, un retour progressif à une cohérence de secteur – afin d'assurer la continuité des parcours des patients en permettant notamment des hospitalisations programmées depuis les CMP – déjà entamé depuis 2018 pour les unités d'hospitalisation accueillant des patients en soins libres devrait s'achever à l'horizon 2022. Le projet d'établissement en cours modifie l'organisation de l'offre de soins ; il prévoit notamment la création de quatre-vingt-cinq lits, regroupant les unités sectorisées, une unité d'admission pour les patients hospitalisés sans consentement et une unité d'évaluation et d'orientation post urgence de quinze places en remplacement des lits du CAPS (2022) ainsi que la construction d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) à vocation régionale de quinze lits (2021).

Au moment de la visite, l'établissement compte, outre le CAPS, huit unités d'hospitalisation en psychiatrie générale adulte (162 lits au total), une unité de gérontopsychiatrie, une unité de psychogériatrie, un hôpital de jour et une unité de pédopsychiatrie.

La file active de l'établissement (hospitalisation et ambulatoire) s'établissait, en 2018, à 11 207 patients. Cette même année, 1 545 personnes ont été hospitalisées à temps complet dont 294 sans leur consentement, soit 19 % d'entre elles.

L'organisation de la prise en charge psychiatrique des patients est de qualité et témoigne de l'existence d'une réflexion active sur le sens du soin. Si plusieurs recommandations du rapport provisoire portaient sur l'intervention des médecins somaticiens, les éléments transmis par la direction de l'établissement permettent de penser qu'elles ont été rapidement prises en compte. L'isolement et la contention font l'objet d'une vraie réflexion institutionnelle, d'une grande attention protocolaire et d'un suivi attentif qui ont conduit à une diminution de ces pratiques.

La notification des décisions, des droits et des voies de recours est effectuée sans tarder et avec rigueur par des cadres formés. Les supports utilisés et les documents remis fournissent aux patients une information complète sur leur statut et les recours dont ils disposent. Les informations générales sont nombreuses, très complètes, largement diffusées et facilement accessibles tant sur le site internet que dans les documents remis aux patients et ceux affichés dans les unités.

Les restrictions aux droits et libertés des patients (en dehors de la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement, cf. *infra*) sont limitées, jamais systématiques mais toujours motivées par l'état clinique. La question de la sexualité est réfléchiée de façon institutionnelle. Les biens des patients sont à la fois protégés et accessibles.

Si la liberté d'aller et venir au sein des unités est garantie, la liberté de sortir de l'unité en revanche n'est nullement acquise. Les patients en soins sans consentement sont systématiquement admis en unité fermée et, selon une note de service de février 2018, ne sont pas autorisés à sortir sans accompagnement de l'unité, même dans l'enceinte de l'établissement, par exemple pour aller à la cafétéria. Afin d'échapper à cette doctrine restrictive qu'il s'est lui-même imposée, le centre hospitalier met en place des « *programmes de soins hospitaliers* » permettant aux psychiatres d'accorder par de simples consignes les autorisations de sortie sollicitées par les patients qui demeurent hospitalisés à temps complet. Les recommandations émises dans le rapport provisoire sur ces questions ont suscité une réflexion institutionnelle selon les éléments transmis le 12 février 2020 par la direction de l'établissement.

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

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 41

Le linge des patients peut être lavé gratuitement par la blanchisserie de l'établissement.

BONNE PRATIQUE 2 48

Au sein du service CAPS, une chambre avec salle d'eau et salon attenant permet des hospitalisations de qualité pour les adolescents.

BONNE PRATIQUE 3 57

L'atelier du médicament propose une information personnalisée sur les traitements et leurs effets secondaires en s'adaptant aux demandes des patients.

BONNE PRATIQUE 4 60

Les membres du comité éthique visitent les services de l'établissement intervenant dans la prise en charge des patients, ce qui permet une réflexion complète et des recommandations concrètes et ancrées dans le quotidien de l'hospitalisation.

BONNE PRATIQUE 5 62

L'intervention d'une équipe mobile de psychogériatrie destinée à permettre le maintien à domicile des personnes âgées et qui assure un suivi des patients orientés en établissements spécialisés doit être soulignée. Pour assurer la pérennité de son intervention, cette équipe devrait être confortée par l'apport de moyens adaptés aux exigences et au succès de l'entreprise.

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 17

Il est inadmissible que des patients en soins libres soient hospitalisés dans des unités fermées.

RECOMMANDATION 2 26

L'assistance d'un avocat étant obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, les frais d'avocat doivent être pris en charge par le tribunal quand bien même les ressources du patient dépassent les barèmes de l'aide juridictionnelle.

RECOMMANDATION 4 32

Il doit être mis fin à la pratique dite des « programmes de soins hospitaliers » qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, sans que soient abandonnés les aménagements de l'hospitalisation complète rendus possibles par l'article L. 3211-11-1 du même code.

RECOMMANDATION 5 35

Le CGLPL rappelle que le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui-seul justifier la privation de la liberté à l'intérieur de l'établissement. La liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement doit faire l'objet d'une réflexion dans le cadre du nouveau projet d'établissement et

de la construction d'un bâtiment de quatre-vingt-cinq lits regroupant les unités d'hospitalisation de l'hôpital.

RECOMMANDATION 6 36

Les *points phone* des unités doivent garantir la confidentialité des conversations.

RECOMMANDATION 7 49

La réflexion sur la filière d'urgence psychiatrique avec passage aux urgences de l'hôpital d'Albi doit se poursuivre afin d'assurer sécurité et qualité des soins.

RECOMMANDATION 8 50

Les conditions d'exercice du personnel du service de psychiatrie intersectorielle et de liaison ne sont actuellement pas acceptables. Les deux établissements hospitaliers doivent en repenser le schéma.

RECOMMANDATION 9 53

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un accès à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre d'appeler un soignant à tout moment. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière seul ; il doit pouvoir s'orienter dans le temps grâce à une horloge. Un double accès à la chambre doit être prévu. Les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme chambre d'hébergement.

RECOMMANDATION 10 56

Un examen somatique systématique doit suivre toute mesure de placement en isolement et de mise sous contention.

RECOMMANDATION 11 65

L'offre de soins, dont les possibilités d'hospitalisation en pédopsychiatrie, ne doit pas être interrompue pendant les vacances scolaires.

RECOMMANDATION 12 67

Tous les patients doivent bénéficier d'un égal accès aux activités thérapeutiques quels que soient leur statut ou leur lieu d'hospitalisation.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 16

Les efforts doivent être poursuivis et intensifiés pour réduire la proportion de procédure de soins en péril imminent, qui doit conserver un caractère dérogatoire. L'établissement doit notamment poursuivre la recherche de tiers et procéder, le cas échéant, à la modification du statut de l'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 2 23

La procédure mise en œuvre par l'établissement pour assurer la confidentialité des hospitalisations doit être portée à la connaissance des patients parmi les droits mentionnés dans le livret d'accueil et la notice d'information.

RECO PRISE EN COMPTE 3 33

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit recueillir, au terme d'une audition, l'avis du patient lorsqu'il est appelé à prononcer une évaluation médicale relative au maintien de soins sans consentement au-delà d'une durée d'un an.

RECO PRISE EN COMPTE 4 37

Le libre choix du médecin doit être évoqué dans le temps de l'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 5 45

L'établissement doit impérativement organiser sa permanence médicale afin de permettre la réalisation de l'examen médical somatique indispensable dans les 24 heures qui suivent toute décision d'hospitalisation psychiatrique, quel que soit l'âge des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 6 48

La porte d'accès à l'espace adolescent doit être équipée d'un verrou de confort afin d'empêcher les intrusions depuis le couloir du service.

RECO PRISE EN COMPTE 7 57

La distribution des traitements doit se faire individuellement dans un lieu fermé afin de préserver la confidentialité de cet acte et permettre de recueillir et répondre aux interrogations.

RECO PRISE EN COMPTE 8 59

Les victimes de violences survenues dans l'établissement doivent être informées de leurs droits et un accompagnement doit leur être proposé pour les exercer.

RECO PRISE EN COMPTE 9 64

Le CHS doit organiser la prise en charge somatique des mineurs au sein de l'établissement.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	4
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE	9
2. LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 L'établissement est un acteur historique de la psychiatrie tarnaise.....	11
2.2 Le projet d'établissement 2017-2021, qui emporte une réorganisation importante de l'hôpital et des investissements conséquents, s'appuie sur des budgets dont l'équilibre demeure fragile.....	12
2.3 Les ressources humaines, adaptées aux besoins, font l'objet d'une gestion attentive.....	13
3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS	16
3.1 Les patients en soins sans consentement, majoritairement admis sur décision du directeur en péril imminent ou à la demande d'un tiers en urgence, sont systématiquement hospitalisés dans une unité fermée	16
3.2 La notification des droits est effectuée sans tarder et avec rigueur, permettant aux patients de disposer d'une information complète sur leur statut et les recours dont ils disposent.....	17
3.3 Les informations générales sont nombreuses, très complètes, largement diffusées et facilement accessibles	18
3.4 Les requêtes ou plaintes des patients, relativement peu nombreuses, sont traitées avec diligence et rigueur	19
3.5 Les représentants des usagers, bien intégrés dans le fonctionnement de l'établissement, sont actifs et écoutés.....	20
3.6 La désignation des personnes de confiance, bien que prévue dans les procédures, est inégalement appropriée par les soignants	20
3.7 L'absence d'implication de certains représentants religieux limite l'accès aux cultes à la seule religion catholique	21
3.8 Les mesures de protection juridique sont gérées avec attention.....	22
3.9 Bien que non évoquée dans les différents supports relatifs aux droits des patients, la confidentialité de l'hospitalisation fait l'objet d'une réelle vigilance	23
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	25
4.1 Le droit au recours est susceptible d'être entravé par la situation financière des patients	25
4.2 La commission départementale des soins psychiatriques exerce la mission de contrôle qui lui est impartie	27

4.5	Le collège des professionnels de santé émet les avis requis par la législation mais les modalités de son fonctionnement restent floues.....	32
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	34
5.3	Le port du pyjama n'est pas imposé dans les unités.....	37
5.4	Le libre choix du médecin n'est le plus souvent pas réalisable.....	37
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	38
6.1	Les conditions d'hébergement sont globalement positives.....	38
6.2	Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes.....	40
6.3	La qualité des repas et la variété des régimes font l'objet d'une grande attention	41
6.4	Les patients peuvent conserver leurs biens de façon sécurisée et y accéder facilement	41
6.5	La liberté des patients à vivre leur sexualité fait l'objet d'une réflexion institutionnelle qui doit encore trouver sa traduction pratique	42
7.	LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE.....	43
7.1	l'absence de sectorisation pour les hospitalisations impacte fortement les projets et les parcours de soins	43
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES	47
8.1	le centre d'accueil permanent spécialisé (CAPS) est le lieu de la majorité des admissions de jour comme de nuit malgré une présence médicale discontinue et des locaux exigus	47
8.2	Les pratiques d'isolement et de contention sont étroitement surveillées.....	51
8.3	la pharmacie est impliquée dans l'information des patients et la formation des professionnels.....	56
8.4	La délivrance des traitements ne respecte pas le principe de la confidentialité.....	57
8.5	Les événements indésirables, notamment les faits de violence, sont signalés et traités de manière pertinente au niveau institutionnel mais l'accompagnement individuel des victimes est insuffisant.....	57
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	61
9.1	Les personnes détenues ne sont pas systématiquement hébergées en chambre d'isolement.....	61
9.3	les soins proposés en pédopsychiatrie sont essentiellement ambulatoires, les rares hospitalisations se déroulent dans des locaux ouverts.....	62
9.4	L'existence de rares activités occupationnelles ne remplace pas les activités thérapeutiques peu accessibles aux patients hospitalisés sans consentement	65
10.	CONCLUSION.....	68

Rapport

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Dominique Bataillard ; contrôleure,
- Mathieu Boidé ; contrôleur,
- Matthieu Clouzeau ; contrôleur,
- Annick Morel ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet, rattaché à la fondation Bon Sauveur d'Alby, du lundi 1^{er} au jeudi 11 avril 2019. La visite avait été annoncée la semaine précédant le début de la mission à la direction du centre hospitalier.

1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement, situé 1 rue Lavazière à Albi, le lundi 1^{er} avril à 10h30 ; ils l'ont quitté le 11 avril à 14h30. Une visite de nuit a été organisée le mardi 9 avril.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par le secrétaire général de la fondation. Il a ensuite été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont le directeur, le président du conseil d'administration, le secrétaire général, l'attachée de direction, le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), la responsable qualité, la responsable des droits des patients, le directeur des soins, des médecins chef de pôle et des cadres supérieurs de santé. Le directeur a, par la suite, fait une brève présentation de la fondation Bon Sauveur d'Alby et du fonctionnement du centre hospitalier spécialisé (CHS) Pierre Jamet.

Le cabinet du préfet du Tarn, le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) d'Albi ont été informés de la visite.

Les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) chargé d'examiner la situation des patients hospitalisés en soins sans consentement dans l'établissement.

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

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

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

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

Une réunion de restitution s'est tenue le 11 avril 2019 à 13h30 devant une petite centaine de personnes, l'ensemble des salariés de la fondation Bon Sauveur y ayant été convié par le directeur.

Un rapport provisoire de visite a été adressé le 8 janvier 2020 au chef d'établissement, à la préfecture du Tarn, au président et au procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Albi, ainsi qu'à la délégation départementale du Tarn de l'agence régionale de santé Occitanie.

Seul le directeur du centre hospitalier a, par un courrier du 12 février 2020, adressé ses observations au CGLPL ; elles sont intégrées au présent rapport définitif.

2. LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT EST UN ACTEUR HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE TARNAISE

La fondation Bon Sauveur d'Alby poursuit l'œuvre de la communauté des sœurs du Bon Sauveur qui avait créé à Albi en 1832 un établissement pour sourds et un établissement pour malades mentaux en 1835. Reconnue d'utilité publique, la fondation exerce ses activités dans le secteur médico-social (91 lits, 190 places) et le secteur sanitaire (247 lits, 198 places) et développe ses compétences dans quatre domaines : la psychiatrie, l'addictologie, le dépistage et la prise en charge du handicap, et les troubles de la communication.

Situé au cœur d'Albi sur une emprise de 34 hectares, le centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet est un établissement de santé privée d'intérêt collectif (ESPIC) chargé de la mission de service public en santé mentale pour le Nord du département du Tarn. Ce territoire comprend trois secteurs de psychiatrie générale et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

L'hôpital a, en 2007, fait le choix d'une organisation intersectorielle, présentant l'avantage de permettre la création de filières et une mutualisation des lits d'hospitalisation.

Le CHS regroupe sept entités ; seules les trois premières ont fait l'objet du contrôle :

- un centre d'accueil permanent spécialisé (CAPS) qui assure un rôle de régulateur, d'orientation et de permanence de prise en charge de la crise d'urgence ;
- un pôle d'hospitalisation adulte ;
- un pôle infanto-juvénile ;
- un pôle de prise en charge ambulatoire adulte ;
- une unité de psycho-oncologie ;
- une clinique d'addictologie ;
- une unité pour malades difficiles (UMD).

Au moment de la visite, l'établissement compte, outre le CAPS, huit unités d'hospitalisation en psychiatrie générale adulte (162 lits au total), une unité de gérontopsychiatrie, une unité de psychogériatrie, un hôpital de jour et une unité de pédopsychiatrie. Deux unités fermées (Saint Jean et Saint Bernard) accueillent essentiellement des patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement ; deux autres unités fermées (Sainte Anne et UJAAD¹) accueillent principalement des patients chroniques en soins libres. Les autres unités sont supposément ouvertes (cf. § 5.1) et n'accueillent théoriquement que des patients en soins libres ; elles peuvent cependant héberger des patients en « programme de soins hospitaliers » (cf. § 4.4.2).

L'offre de soins hospitalière est complétée en ambulatoire pour les adultes par :

- vingt centres médico-psychologiques (CMP, trois pivots et huit secondaires) ;
- huit hôpitaux de jour (HJ) ;
- treize centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

La file active de l'établissement (hospitalisation et ambulatoire) s'établissait, en 2018, à 11 207 patients. Cette même année, 1 545 personnes ont été hospitalisées à temps complet dont 294 sans leur consentement, soit 19 % d'entre elles.

¹ Unité pour jeunes adultes autistes déficitaires

2.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2017-2021, QUI EMPORTE UNE REORGANISATION IMPORTANTE DE L'HOPITAL ET DES INVESTISSEMENTS CONSEQUENTS, S'APPUIE SUR DES BUDGETS DONT L'EQUILIBRE DEMEURE FRAGILE

2.2.1 Le projet d'établissement

Le projet d'établissement en cours comporte sur le versant hospitalier plusieurs axes structurants et doit conduire à une modification de l'organisation de l'offre de soins (*cf. infra*). Il s'appuie essentiellement sur :

- le retour progressif à une cohérence de secteur – afin d'assurer la continuité des parcours des patients en permettant notamment des hospitalisations programmées depuis les CMP – déjà entamé depuis 2018 pour les unités d'hospitalisation accueillant des patients en soins libres ;
- le transfert des urgences psychiatriques à l'hôpital général d'Albi, qui conduira à renforcer l'infirmier de liaison déjà en place aux urgences par la présence d'un psychiatre le jour et d'une astreinte médicale la nuit (2021) ;
- la création de quatre-vingt-cinq lits, regroupant les unités sectorisées, une unité d'admission pour les patients hospitalisés sans consentement et une unité d'évaluation et d'orientation post urgence de quinze places en remplacement des lits du CAPS (2022) ;
- la construction d'une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) à vocation régionale de quinze lits (2021) ;
- le transfert au secteur médico-social de la prise en charge des patients souffrant de troubles autistiques par la création d'une nouvelle aile de douze places à la maison d'accueil spécialisée (MAS) (2020) ;
- la restructuration de la filière de réhabilitation avec une unité d'hospitalisation de seize lits (unité de réhabilitation psycho-sociale), la création d'une équipe mobile et d'un espace de transition de quatre places au sein de l'unité (réalisé en 2019).

2.2.2 Le budget

Si les comptes de la fondation sont déficitaires depuis plus de dix ans, en raison notamment de la location immobilière d'une maison de retraite et du retraitement comptable de la subvention reçue pour la construction de l'UMD, l'équilibre d'exploitation est atteint depuis 2015 pour l'ensemble des établissements « conventionnés » (sanitaire et médico-sociaux), gérés par le Bon Sauveur.

Tel est le cas du CHS dont le budget pèse, avec plus 60 millions d'euros en 2019, pour 84 % dans les moyens de fonctionnement de la fondation. A l'intérieur de cette enveloppe, les structures d'hospitalisation absorbent 62 % du budget de la psychiatrie adulte et 13 % de celui de la pédopsychiatrie.

Le déficit structurel du CHS avait antérieurement conduit l'agence régionale de santé (ARS) à imposer à la fondation un plan de retour à l'équilibre qui s'est traduit depuis 2015 par la fermeture de quarante-huit lits (fermeture de l'unité Saint Luc, diminution de cinq lits de l'unité Dolto, reconversion de l'unité de réhabilitation, restructuration de la psychogériatrie avec le développement des équipes de liaison, fermeture d'une unité de psychogériatrie) ainsi que du laboratoire du sommeil.

La baisse des dépenses de personnel, induite par ces restructurations, a permis, avec la diminution des charges sociales en lieu et place du crédit d'impôt taxe sur les salaires (CITS), de compenser les incidences financières de l'avenant à la convention collective FEHAP², intervenu en 2017 (revalorisation de la valeur du point et mesures catégorielles). Dans un contexte de stagnation, voire de diminution de la dotation annuelle de financement (DAF), cet « effet de ciseaux », propre aux établissements psychiatriques (progression des charges de personnel et stagnation des financements de l'assurance maladie), n'a pas créé de déficit au CHS Pierre Jamet. Le projet d'établissement prévoit des investissements importants d'ici 2022 : la construction de l'USIP et la création d'un bâtiment de quatre-vingt-cinq lits sont estimées à 16,8 millions d'euros : en l'absence de subvention accordée, leur financement serait assuré, pour partie, par l'emprunt, autorisé par le désendettement de la fondation depuis 2013 et, pour partie, par un prélèvement sur le fonds de roulement.

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES, ADAPTEES AUX BESOINS, FONT L'OBJET D'UNE GESTION ATTENTIVE

2.3.1 Effectifs et recrutement

En 2019, sur les 1 117 salariés rémunérés par la fondation Bon Sauveur, 884, soit près de 80 %, sont employés au CHS. Plus de la moitié sont des personnels soignants ou médico-techniques et 217 d'entre eux travaillent dans les unités intra hospitalières (hors UMD, personnes âgées et addictologie), soit 35 % (36,9 % des équivalents temps plein-ETP) des effectifs de l'établissement spécialisé. Tous les postes sont pourvus, sauf un tiers de poste de psychomotricien. L'effectif, composé de femmes à 70 %, est globalement stable sur 3 ans et très majoritairement (90 %) employé en CDI.

En 2019, les mêmes unités hospitalières comptent treize médecins (10,66 en ETP) sur les quarante-sept praticiens (26,71 ETP) employés par l'hôpital : huit étaient psychiatres, quatre généralistes, l'un était interne. Aucun médecin n'était praticien associé et aucun poste n'était vacant. Dans un avenir proche, le recrutement de nouveaux médecins constitue un défi majeur. Dix-huit praticiens sur les quarante-sept en poste au CHS ont actuellement plus de 60 ans. Trois départs étaient annoncés en 2019.

Le recrutement et la gestion des effectifs médicaux et non médicaux sont effectués par la direction des ressources humaines (DRH), sur la base d'une analyse faite par la direction des soins pour ce qui est des soignants. Une infirmière assure à la DRH la bonne liaison entre cette direction et celle des soins, garantissant l'écoute des besoins soignants des unités.

La fondation qui gère un institut de formation en soins infirmiers recrute les soignants en CDD de 3 à 6 mois, période pendant laquelle les nouveaux arrivants sont affectés dans une unité dite de remplacement : les agents peuvent être ainsi amenés à « tourner » selon les besoins dans plusieurs services. Deux campagnes annuelles mettent au « mouvement » les postes vacants, permettant aux titulaires de changer d'affectation et aux nouveaux embauchés de trouver un poste choisi.

En ce qui concerne les médecins – dont les départs ont affecté l'organisation des soins somatiques et, sévèrement à partir de mars 2018, la prise en charge psychiatrique intra hospitalière – la direction mise sur l'attractivité de l'hôpital pour les jeunes internes : six postes d'internes étaient pourvus en 2019.

² FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés et non lucratifs

2.3.2 Organisation et gestion

L'ensemble des unités fait l'objet d'effectifs cibles (minimum et maximum) selon la nature de l'hospitalisation : soins sans consentement, soins libres, unités « semi-contenantes » pour les patients au long cours. Dans la première, les infirmiers sont majoritaires, les aides-soignants n'étant présents que la nuit.

Les services sont organisés uniformément en trois équipes de soignants, sous la responsabilité d'un cadre de santé dans la journée (8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h30). La nuit, un cadre spécifiquement affecté à ce poste est mutualisé entre plusieurs unités : 6h-14h ; 13h30-21h30 ; 21h15-6h15. Deux postes dits de journée (8h-16h ; 8h-17h30) viennent renforcer les équipes de certaines unités, notamment les services fermés. Théoriquement, les effectifs attribués intègrent les données d'absentéisme de courte durée (3,86 % en 2018, 4,16 % en 2017), accidents du travail, maternité ainsi que les congés. En cas d'absences simultanées conduisant à des effectifs inférieurs aux effectifs requis, il est d'abord fait appel à la solidarité des unités ayant la même fonction, avec l'appui des cadres coordonnateurs (*cf. infra*), à celle des autres, puis au volontariat d'agents au repos. La DRH dispose en outre, au niveau central, d'un petit volant (trois à quatre personnes) de remplacement : le recours à l'intérim est exceptionnel.

L'absentéisme, « différentiel » selon les unités, est attentivement suivi par la DRH pour y apporter les réponses adaptées. Il en est de même de la mobilité interne, conduisant à des actions correctives (titularisation plus rapide) pour stabiliser les équipes. Les évolutions de l'établissement qui découlent de son projet institutionnel sont intégrées dans une gestion humaine dynamique afin de prévoir les reclassements nécessaires.

La cohérence institutionnelle entre les unités est assurée par sept cadres supérieurs de santé, dits « coordonnateurs », positionnés en responsabilité de plusieurs d'entre elles : ils sont réunis chaque semaine par le directeur des soins. Ces coordonnateurs ont également la charge d'être référents pour l'ensemble de l'établissement dans certains domaines : contention, éducation à la santé, réhabilitation sociale, etc. Le cadre supérieur en charge du CAPS et des deux unités fermées, Saint Jean et Saint Bernard, est ainsi « bed-manager » pour les unités intra hospitalières et doit trouver des solutions pour les patients du CAPS en cas de sur occupation des filières d'hospitalisation. Cette organisation est complétée dans chaque unité par la désignation de soignants référents ou correspondants, plus spécifiquement aguerris à certains sujets (douleur, restauration, qualité, linge) : ainsi, le référent qualité dans les unités, souvent le cadre de santé, est chargé de mener les audits de la direction de la qualité.

2.3.3 Formation

L'accueil des nouveaux soignants (infirmiers, aides-soignants) fait l'objet d'une procédure précise et d'une formation spécifique dite de « consolidation des savoirs » d'une durée de 15 jours, intégrant des modules de gestion de la violence mais aussi des sessions relatives à l'isolement et à la contention.

Le plan de formation obéit à une logique stratégique, dirigée notamment vers le soutien au projet d'établissement et vers le développement des compétences. La formation OMEGA, mise en place depuis 2014 sur la base de trois sessions par an (quatorze personnes par session), a concerné depuis cette date 261 soignants (entre quarante et cinquante personnes chaque année), prioritairement ceux des unités d'hospitalisation, et s'appuie sur deux formateurs internes, médecin et cadre. Ainsi, lors de la visite du CGLPL, tous les infirmiers de Saint Bernard, hormis quatre d'entre eux inscrits en formation OMEGA pour 2019, en avaient bénéficié. Droits des

patients (deux sessions d'une journée), liberté d'aller et venir dans un établissement de santé, bientraitance, gestion de la violence, droits des personnes sans consentement (trente-huit personnes formées en 2016, quarante et une en 2017, vingt-deux en 2018) figurent également aux plans de formation de l'établissement depuis 2016 : les fréquentations des formations sont tracées et leur qualité évaluée chaque année.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, MAJORITAIREMENT ADMIS SUR DECISION DU DIRECTEUR EN PERIL IMMINENT OU A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENGE, SONT SYSTEMATIQUEMENT HOSPITALISES DANS UNE UNITE FERMEE

Selon les statistiques fournies par le centre hospitalier, le nombre de décisions de soins sans consentement (SSC), tous statuts confondus, a diminué en 2018 par rapport à 2017 (340 mesures en 2018 pour 365 en 2017, soit une baisse de 6,8 %)³. En nombre de patients hospitalisés, ceci représente environ 19 % des hospitalisations chaque année.

Parmi les SSC, les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ont plus rapidement diminué, passant de 70 décisions en 2017 à 59 en 2018, soit -15,7%. En valeur relative, les SPDRE représentaient ainsi 17 % des mesures en 2018, contre 24 % en 2017.

Les soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SPDDE) ont diminué de 4,7 % entre 2017 et 2018 (soit respectivement 295 et 281 décisions). En valeur relative, la part des SPDDE a progressé, passant de 76 % à 83 % des mesures prises.

Au sein des SPDDE, la proportion des demandes « ordinaires » d'un tiers, avec deux certificats médicaux, demeure très minoritaire, cette procédure ne représentant que 17 % des SPDDE en 2018, soit 49 décisions.

Les soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), avec un seul certificat médical, constituent plus du tiers des situations (105 décisions en 2018, soit 37 % des SPDDE).

C'est donc la procédure des soins en péril imminent (SPI) qui est la plus couramment utilisée, représentant près de 45 % des SPDDE (127 décisions en 2018).

Selon les interlocuteurs interrogés, cette situation est en grande partie le fait des médecins du SMUR 81 qui ne seraient pas en mesure de rechercher un tiers susceptible de faire la demande de soins. Des contacts ont été pris par le service des droits du patients du CHS afin de sensibiliser le SMUR au caractère dérogatoire que constitue la procédure des SPI, la recherche d'un tiers devant être privilégiée, sans effet notable à ce jour.

Si l'établissement recherche systématiquement un tiers dans un deuxième temps, prend attache avec ce tiers quand il parvient à l'identifier et rend compte de l'état de ces démarches au juge des libertés et de la détention, il ne procède pas pour autant à un changement de statut du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Les efforts doivent être poursuivis et intensifiés pour réduire la proportion de procédure de soins en péril imminent, qui doit conserver un caractère dérogatoire. L'établissement doit notamment poursuivre la recherche de tiers et procéder, le cas échéant, à la modification du statut de l'hospitalisation.

Dans ses observations au rapport provisoire le directeur précise : « L'établissement poursuit ses efforts pour réduire la proportion des procédures de soins en péril imminent. La recherche du tiers est faite systématiquement dans les 24 h 00 et transmise au JLD. A la connaissance de

l'établissement, la modification du statut de l'hospitalisation de SPI en SDT n'est pas prévue dans la législation ». Au courrier adressé par la direction est joint un tableau de l'évolution du nombre de soins sans consentement ces huit dernières années ; si elles restent majoritaires, les procédures de soins pour péril imminent sont en baisse en 2019 (42 % des SPDDE).

Tous les patients admis en SSC sont systématiquement hospitalisés dans une unité fermée ou « semi-contenante ». Ce choix, qui n'est imposé par aucun texte légal, est toutefois tempéré par des règles de vie relativement souples (cf. § 5.2) et par l'instauration de « programmes de soins hospitaliers » pouvant offrir des possibilités de sortie de l'unité (cf. § 4.4.2).

Des patients en soins libres peuvent également être admis dans des unités fermées, soit par choix thérapeutique, soit faute de disponibilité en unité ouverte, même si la seconde hypothèse est en principe prohibée depuis une note du directeur datée du 9 novembre 2018 (cf. § 5.1). Un « *document d'information et de recueil du consentement du patient en hospitalisation librement consentie dans une unité contenant* » est alors établi par le psychiatre et signé par le patient, qui mentionne :

« J'ai reçu oralement toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt de mon hospitalisation en service contenant ainsi que les bénéfices attendus. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension des informations. J'ai disposé d'un délai suffisant entre les informations reçues et mon consentement. En foi de quoi, j'accepte librement mon orientation en secteur contenant en concertation avec le médecin. »

Loin d'être marginale, cette situation ne concernait pas moins de cinq patients sur trente dans les seules unités Saint Jean et Saint Bernard le jour du contrôle.

RECOMMANDATION 1

Il est inadmissible que des patients en soins libres soient hospitalisés dans des unités fermées.

Le directeur écrit dans ses observations : « *L'établissement a pris conscience de la recommandation. A cet effet, la reconstruction des unités d'admission (mises en service en janvier 2022) aboutira à ce qu'aucun patient en soin libre ne soit hospitalisé en unité fermée* ».

3.2 LA NOTIFICATION DES DROITS EST EFFECTUEE SANS TARDER ET AVEC RIGUEUR, PERMETTANT AUX PATIENTS DE DISPOSER D'UNE INFORMATION COMPLETE SUR LEUR STATUT ET LES RECOURS DONT ILS DISPOSENT

La notification formelle de la décision d'admission en hospitalisation sans consentement et des droits, transmise par le service du droit des patients, est effectuée sans délai par les cadres de proximité de l'unité d'accueil ou, à défaut, par le cadre d'astreinte. Il en est de même lorsque d'autres documents doivent être notifiés aux patients : convocations devant le JLD ; ordonnances du JLD ; décisions mensuelles de maintien ; décisions modifiant la forme de la prise en charge, etc.

Ceci s'effectue en règle générale dans le bureau du cadre le jour même ou le lendemain de l'admission. Les patients sont appelés à signer l'arrêté préfectoral ou la décision du directeur et se voient remettre un formulaire d'information, qu'ils signent également, précisant leurs droits et les voies de recours. Lorsque l'un d'eux n'est pas en état de comprendre ou refuse de signer, deux infirmiers en attestent en signant le document. Une nouvelle présentation est effectuée

une fois que le patient est plus réceptif, les formulaires ayant été modifiés pour prévoir cette deuxième présentation.

La notice d'information sur les droits et voies de recours est claire et complète, mentionnant bien les adresses postales des autorités concernées (juge des libertés et de la détention, commission départementale des soins psychiatriques, cour d'appel, contrôleur général des lieux de privation de liberté - CGLPL). Ces adresses figurent également dans le livret d'accueil remis à tout nouvel arrivant (à l'exception de celle du CGLPL) et sont affichées dans les unités. Le formulaire mentionne également la possibilité de faire des observations en écrivant au directeur de l'établissement.

Une copie de l'arrêté préfectoral ou de la décision du directeur de l'établissement, du formulaire d'information et des certificats médicaux sont remises au patient par le cadre, qui prend le temps d'en expliquer la portée au patient. Le service des droits des patients a mis en place des formations pour les cadres et soignants sur la réglementation et les droits des patients en soins sans consentement. La responsable du service des droits des patients est très accessible et n'hésite pas à se déplacer dans les unités pour répondre aux questions des soignants comme des patients.

Un modèle type de demande de mainlevée est à la disposition des patients, à recopier ou à compléter.

Pour les patients ne comprenant pas la langue française, l'établissement a recensé les membres de son personnel pratiquant des langues étrangères pouvant être sollicités aux fins de faciliter la notification des droits.

Enfin, le tuteur d'une personne admise en SSC se voit systématiquement adresser par le bureau des admissions et sorties un courrier l'informant de cette hospitalisation et des voies et modalités de recours.

3.3 LES INFORMATIONS GENERALES SONT NOMBREUSES, TRES COMPLETES, LARGEMENT DIFFUSEES ET FACILEMENT ACCESSIBLES

Les supports de communication sur les différentes informations utiles aux patients quant aux règles applicables au sein de l'établissement et dans chaque unité sont nombreux.

Outre le site internet, riche en informations mais peu accessible aux patients en soins sans consentement, le livret d'accueil remis à chaque patient est complet et facilement compréhensible. Ce fascicule de quarante-huit pages joliment illustrées aborde de façon très pédagogique l'ensemble des sujets relatifs aux droits des patients : consentement aux soins, voies de recours, désignation de la personne de confiance, accès au dossier médical, protection des données informatiques, directives anticipées, représentant des usagers, plaintes et réclamations, participation des patients à la vie de l'établissement, comité d'éthique, etc.

Les règles générales de vie sont également mentionnées, de même que les conditions de visites, les activités proposées, l'organisation du culte, le service social, etc.

Enfin, les différentes chartes signées par l'établissement figurent en annexe (charte de la personne hospitalisée, charte de la laïcité, charte Romain Jacob relative à la personnalisation du parcours de santé pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap ou de grande fragilité, charte du bon usage des ressources informatique, contrat d'engagement pour lutter contre la douleur, etc.).

Les règles de vie quotidienne de la « filière contenant » sont reprises et précisées dans un document de deux pages en format A4, affiché dans les unités concernées, qui liste de façon très lisible (avec des pictogrammes) les questions relatives aux sorties, à l'accès à la cafétéria, au téléphone, à la télévision, à la conservation des boissons et aliments, au tabac, au respect des locaux, à l'hygiène corporelle, aux visites, aux repas, à la prise de photographies et vidéo et à la sécurité des biens du patients.

Un document intitulé « *règlement intérieur à l'attention des usagers et de leur entourage* », daté du 31 juillet 2018 et énonçant certaines règles de vie au sein des unités, est remis à chaque patient lors de son arrivée. Il est également affiché dans chaque unité.

Le formulaire d'information des patients admis en SSC, précisant les droits et voies de recours (avec les adresses des organismes compétents), en plus d'être remis à chaque patient est également affiché dans les unités.

Il a également été constaté, dans la plupart des unités, l'affichage d'informations sur le rôle et la composition de la commission des usagers (CDU) (avec les coordonnées des associations représentant ces derniers qui y siègent) et de la charte institutionnelle de bientraitance.

Une affiche relative à la prévention de la violence, rappelle, en six langues, l'aggravation prévue par le code pénal des peines réprimant les injures menaces et violences perpétrées à l'encontre des personnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions.

Les modalités d'exercice du culte sont affichées, mais elles ne portent que sur l'aumônerie catholique (cf. § 3.7).

Enfin, si les activités et thérapies médiatisées proposées aux patients sont mentionnées sur des affichettes, ces informations ne donnent pas lieu à une actualisation permettant de connaître le programme hebdomadaire ou quotidien de chacun des patients.

Il a été porté à la connaissance des contrôleurs qu'une réflexion est engagée, à l'initiative des représentants des usagers siégeant à la CDU, visant à améliorer encore l'accueil des personnes en situation de handicap, en retravaillant chaque document pour le rendre « *facile à lire et à comprendre* » (FALC), grâce à un langage simplifié, une mise en page allégée et le recours à des pictogrammes. Le recensement des documents concernés est en cours.

3.4 LES REQUETES OU PLAINTES DES PATIENTS, RELATIVEMENT PEU NOMBREUSES, SONT TRAITÉES AVEC DILIGENCE ET RIGUEUR

Le service des droits des patients tient le registre des plaintes et réclamations et en rend compte chaque année à la CDU.

Les modalités de signalement d'une telle requête sont précisées dans le livret d'accueil et affichées dans les unités. Elles sont volontairement très souples et peu formalistes pour les rendre accessibles à tous. Le patient peut ainsi exprimer sa doléance soit oralement auprès du cadre de proximité, soit par téléphone auprès de la responsable du service des droits des patients, soit par courrier ou mail auprès du directeur ou de la CDU. Certaines requêtes donnent également lieu à rédaction d'une fiche d'événement indésirable ou sont exprimées à travers le questionnaire de satisfaction.

Quel que soit le mode de saisine, la responsable du service des droits des patients prend dans un premier temps attache avec la personne ayant porté réclamation pour préciser, voire résoudre la difficulté. Si la requête est écrite, un accusé de réception est systématiquement envoyé, dans

un délai moyen de deux jours. La réponse circonstanciée est ensuite adressée, dans un délai moyen inférieur à sept jours s'il n'y a pas lieu de recourir à une médiation.

En 2018, soixante-dix-sept réclamations ou plaintes ont été recensées (contre quatre-vingt-quatorze en 2017), dont quarante émanant de patients, vingt de l'entourage, trois de représentants légaux et quatorze des agents de l'établissement.

Dans la plupart des cas, l'intervention de la responsable du service des droits des patients permet de résoudre la difficulté, une seule plainte ayant donné lieu à sollicitation de la CDU et aucune médiation n'ayant été nécessaire.

Les principaux motifs évoqués sont un défaut d'information (seize plaintes ou réclamations), des problématiques de sécurité ou relations entre patients (treize), la prise en charge médicale (onze) ou l'organisation de la sortie (onze).

Les représentants des usagers à la CDU s'estiment parfaitement informés et associés au traitement de ces réclamations, saluant la qualité de leur instruction par la responsable du service des droits des patients.

3.5 LES REPRESENTANTS DES USAGERS, BIEN INTEGRES DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT, SONT ACTIFS ET ECOUTES

Trois associations siègent à la commission des usagers : l'UNAFAM⁴, qui a deux sièges de titulaires, l'ADAPEI⁵ 81 et l'Association des Paralysés de France qui se partagent les deux sièges de suppléants. Une des représentantes de l'UNAFAM est également vice-présidente de la CDU.

Pour permettre une meilleure représentativité des usagers, le choix a été fait que les suppléants participent aux instances au même titre que les titulaires.

Outre la CDU, les représentants des usagers siègent au comité d'éthique, au comité de vie sociale et au conseil d'administration de l'établissement. Ils sont également parties prenantes de plusieurs instances de réflexion comme le comité de lutte contre la douleur ou le groupe bientraitance.

L'ensemble des interlocuteurs rencontrés confirme que les représentants des usagers jouent un rôle actif et que leurs positions et propositions sont écoutées et prises en compte.

Si ces associations ne tiennent pas de permanence au sein de l'établissement, faute de bénévoles, elles y sont très impliquées et bénéficient d'un accès facile aux responsables du CHS.

Le rôle des représentants des usagers est évoqué dans le livret d'accueil. Les coordonnées des associations sont largement diffusées par voie d'affichage dans les unités et au service des droits des patients, ainsi que sur le site internet du Bon Sauveur. Des dépliants « *d'informations à l'entourage des patients hospitalisés* », disponibles dans la salle où peuvent être accueillies les visites avec enfants, reprennent également ces informations.

3.6 LA DESIGNATION DES PERSONNES DE CONFIANCE, BIEN QUE PREVUE DANS LES PROCEDURES, EST INEGALEMENT APPROPRIEE PAR LES SOIGNANTS

Le recueil du souhait du patient quant à la désignation d'une personne de confiance incombe aux soignants lors de la procédure d'accueil dans l'unité.

⁴ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

⁵ Union départementale des associations de parents d'enfants inadaptés et de leurs amis

Une notice d'information et un formulaire de désignation/révocation existent. Une attestation relative à l'information du patient, signée par celui-ci et par le soignant, doit en principe être renseignée (avec remise d'un exemplaire au patient). Le sujet est mentionné dans le livret d'accueil et prévu dans les procédures d'admission.

Pourtant, il a été constaté que la désignation de la personne de confiance demeure une démarche inégalement appropriée par les équipes soignantes, qui font parfois des confusions avec le tiers à prévenir ou le représentant légal.

Les informations communiquées lors du contrôle quant au nombre de personnes de confiance désignées par unité se sont ainsi révélées inexactes, les écarts très importants dans les taux de désignation ne pouvant s'expliquer seulement par la chronicité plus ou moins importante des patients ou la proportion de personnes sous protection juridique.

Conscient des marges de progrès en la matière, le service des droits des patients a intégré ce point dans les formations prodiguées aux équipes soignantes sur les droits des usagers. Le service qualité va procéder à une modification du logiciel Cortexte® pour tracer le refus du patient de désigner une personne de confiance et va intégrer le sujet dans les indicateurs de suivi.

L'exercice du droit de vote est organisé et assuré L'exercice du droit de vote figure au rang des droits rappelés tant dans le livret d'accueil que dans la « *notice d'information des patients admis en soins psychiatriques sans consentement* » remise à chacun et affichée dans les unités.

A l'approche de chaque scrutin, le service des droits des patients diffuse une note d'information et fait procéder à un affichage au sein des unités informant les patients des modalités d'organisation du vote.

Il est demandé aux équipes soignantes de réaliser le recensement des patients désireux de faire usage de leur droit de vote et qui ne pourraient pas bénéficier de permission de sortie pour se rendre à l'urne. Un recoupement est fait avec les informations figurant dans les dossiers administratifs quant aux éventuelles décisions de justice de déchéance de ce droit.

Les pièces nécessaires à l'établissement des procurations sont regroupées, au besoin avec l'aide du service des droits des patients et des assistants de service social.

Le commissariat d'Albi se déplace dans l'établissement pour établir les procurations.

Malgré cela, la participation des patients aux scrutins demeure marginale selon les informations recueillies.

3.7 L'ABSENCE D'IMPLICATION DE CERTAINS REPRESENTANTS RELIGIEUX LIMITE L'ACCES AUX CULTES A LA SEULE RELIGION CATHOLIQUE

La notice d'information remise aux patients mentionne leur droit de se livrer aux activités religieuses de leur choix. Le livret d'accueil donne les informations pratiques sur l'action de l'aumônerie, avec coordonnées téléphoniques. Un affichage est également présent dans les unités.

L'aumônerie catholique est bien implantée et dynamique, avec deux salariés de la fondation à mi-temps et un prêtre référent. Elle bénéficie de vastes et agréables locaux sur le site du CHS (à côté de l'unité Charles Brault). Des messes sont célébrées chaque semaine à l'oratoire de l'aumônerie et, pour les grands offices (Pâques, Noël, etc.), dans la chapelle du Bon Sauveur. Les patients en soins sans consentement sont parfois accompagnés par des soignants pour participer à ces offices.



L'oratoire de l'aumônerie catholique

Les représentants de l'aumônerie et le prêtre se rendent une fois par semaine dans chaque unité, dans un salon mis à disposition. Ils peuvent ainsi rencontrer et donner la communion aux patients en unité fermée ou ne pouvant se déplacer. Les patients peuvent également les appeler ou solliciter un entretien en dehors de ces permanences.

Mais le culte catholique est, de fait, le seul ayant une activité dans l'établissement. En effet, si les aumôniers disposent bien des coordonnées de représentants d'autres religions, qu'ils peuvent au besoin communiquer aux patients, ces représentants ne sont, jusqu'à présent, pas intervenus au sein du CHS.

Les aumôniers catholiques organisent pour les patients d'autres religions qui le souhaitent des temps d'échanges et de réflexion œcuméniques.

3.8 LES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE SONT GERÉES AVEC ATTENTION

Les patients bénéficiant déjà d'une mesure de protection juridique sont recensés par les soignants lors de leur admission. Les assistants de service social dédiés à l'intra hospitalier informent alors aussitôt par courriel le représentant légal. Un courrier lui est en parallèle adressé par le bureau des admissions, avec mention des voies de recours (cf. § 3.2).

Les assistants de service social participent aux réunions cliniques hebdomadaires dans les unités, ce qui leur permet de repérer, en lien avec les équipes soignantes, les patients pour lesquels la mise en place d'une protection juridique serait nécessaire.

Le partenariat avec le juge des tutelles du tribunal d'Albi a été présenté comme très bon ; celui avec le juge des tutelles du tribunal de Castres, dont dépendent un certain nombre de patients, mériterait d'être développé pour une plus grande réactivité.

Les psychiatres du service acceptent de réaliser gratuitement les expertises nécessaires pour la constitution du dossier de demande de mesure de protection.

Les représentants légaux sont informés de l'évolution de la situation d'hospitalisation (changement de statut, mise en place de programmes de soins, etc.) et sont régulièrement présents aux audiences du juge des libertés et de la détention.

Aucune difficulté particulière n'a été évoquée dans l'implication des représentants légaux, qu'ils soient familiaux ou associatifs (UDAF⁶, AT 81 et APAJH), y compris dans la mise à disposition des fonds nécessaires aux achats quotidiens des patients.

⁶ UDAF : union départementale des associations familiales ; AT 81 association tutélaire des majeurs protégés ;

3.9 BIEN QUE NON EVOQUEE DANS LES DIFFERENTS SUPPORTS RELATIFS AUX DROITS DES PATIENTS, LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION FAIT L'OBJET D'UNE REELLE VIGILANCE

La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas abordée dans le livret d'accueil ni dans les notices d'information remises aux patients. Seule la charte de la personne hospitalisée (en annexe du livret et affichée dans les unités) en fait état.

Toutefois, en pratique, cette confidentialité est assurée : la volonté du patient de conserver l'anonymat quant à son hospitalisation est recueillie par les soignants au moment de l'admission et mentionnée dans le logiciel Cortexte.

Dès lors qu'il fait usage de ce droit, la fiche du patient n'est alors plus visible par les agents chargés de l'accueil physique ou téléphonique.

Par ailleurs, si un service de police ou de gendarmerie interroge l'établissement sur la présence d'un patient, l'appel est systématiquement orienté vers la responsable du service des droits des patients (ou, en son absence, vers le secrétaire général). Celle-ci sollicite une saisine par courriel avant de communiquer le moindre renseignement afin de vérifier la réalité et le cadre juridique de la demande.

Si quelqu'un, se présentant comme un patient en extra hospitalier ou comme un ex-patient, appelle pour demander des éléments sur son propre traitement, des questions lui sont posées pour s'assurer de sa réelle identité avant de lui donner réponse.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La procédure mise en œuvre par l'établissement pour assurer la confidentialité des hospitalisations doit être portée à la connaissance des patients parmi les droits mentionnés dans le livret d'accueil et la notice d'information.

Sur ce point, le directeur annonce dans ses observations : « *L'établissement a élaboré des précisions qui vont être intégrées dans le livret d'accueil patient dont la diffusion est prévue durant le 1^{er} trimestre 2020* ».

L'accès au dossier médical est assuré et les demandes traitées avec célérité.

Si le droit d'accès au dossier médical n'est pas repris dans la notice d'information des patients admis en soins sans consentement, il est en revanche mentionné dans le livret d'accueil qui en détaille les modalités pratiques d'exercice.

Le patient doit formuler une demande écrite auprès du directeur de l'établissement ou faire état de son souhait auprès du cadre de l'unité. Le service des droits des patients remet alors un formulaire à compléter et, au besoin, accompagne le patient dans sa démarche.

Les formulaires de demande sont simples et accessibles ; ils précisent le coût de la démarche (0,18 € HT par page), le type de pièces souhaitées (extrait ou copie intégrale), les modalités de communication (envoi à domicile, envoi à un médecin de son choix, retrait du dossier, remise assortie d'un entretien avec un médecin de l'hôpital).

Une mention attire l'attention du demandeur sur les précautions à prendre s'agissant du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical, notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, etc.).

APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés

Le service des droits des patients adresse aussitôt un accusé de réception, puis instruit la demande avec diligence puisque le délai moyen de réponse est de neuf jours (pour les dossiers de moins de cinq ans) et de seize jours (pour les dossiers de plus de cinq ans) après réception des éléments.

Sur les deux dernières années, 133 demandes ont été recensées (73 en 2017, 60 en 2018), dont 69 % émanent de patients, 29 % de parents ou ayant-droits et 2 % de représentants légaux.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LE DROIT AU RECOURS EST SUSCEPTIBLE D'ETRE ENTRAVE PAR LA SITUATION FINANCIERE DES PATIENTS

La décision d'admission en soins sans consentement (SSC) comme le formulaire de notification des droits des patients mentionnent, notamment, la possibilité dont ces derniers disposent de saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) ainsi, le cas échéant, que la cour d'appel.

Par ailleurs, les patients admis en SSC sont informés, lors de la notification de la décision ordonnant ces soins, de la saisine automatique du JLD et de leur comparution devant ce juge au plus tard le douzième jour de leur hospitalisation complète, ainsi que du rôle de ce dernier.

Conformément à la convention passée le 4 janvier 2017 avec le président et le procureur de la République du tribunal de grande instance (TGI) d'Albi, le préfet du Tarn et l'agence régionale de santé Occitanie, le CHS Pierre Jamet organise en ses locaux deux audiences hebdomadaires du JLD : la première, le lundi, concerne les patients hospitalisés au sein de l'unité pour malades difficiles (UMD) attachée à l'établissement et se déroule dans une salle située dans cette unité ; la seconde intervient, le jeudi, dans une salle spécialement aménagée du centre hospitalier, pour les patients qui y sont hospitalisés.

L'intervention depuis 2017 d'un même magistrat – sauf périodes de congés, formation ou maladie durant lesquelles il est remplacé, le cas échéant par le président du TGI – permet une connaissance affinée non seulement de la procédure mais également du fonctionnement de l'établissement et de certains patients y bénéficiant d'une prise en charge au long cours. Ce d'autant que le JLD entretient par ailleurs des échanges réguliers avec l'établissement, en particulier lors de réunions annuelles auxquelles participent, d'une part, différents agents du CHS, dont les médecins et les cadre de santé intervenant au sein des unités d'hospitalisation ainsi que les personnes en charge de la tenue et du suivi des dossiers des personnes en SSC et, d'autre part, des représentants des services de l'ARS Occitanie et de la préfecture du Tarn ainsi qu'un représentant du procureur de la République.

Le JLD siège en tenue civile. Les locaux qui lui sont affectés sur l'emprise du CHS, convenablement indiqués, incluent une salle d'attente (où, parmi divers affichages, figure la liste des avocats inscrit au barreau d'Albi), une salle mise à la disposition des avocats pour leurs entretiens avec les patients et la salle d'audience en elle-même.



Salle d'attente



Salle des avocats



Salle d'audience

Cette configuration répond aux exigences de confidentialité, notamment exigée par les entretiens des patients avec leur avocat, et de publicité des audiences – sauf hypothèse de huis-clos sollicité par le justiciable, qui est systématiquement interrogé sur ce point par le JLD lorsque du public est présent dans la salle.

S'il est octroyé dans la majeure partie des cas, le bénéfice de l'aide juridictionnelle (AJ) n'est pas automatique, la personne responsable du bureau d'aide juridictionnelle près le TGI d'Albi le refusant lorsqu'elle a connaissance, du fait de procédures antérieures impliquant la même personne ou pour toute autre raison, d'un état de fortune suffisant du patient concerné. Selon les informations communiquées, une protestation des avocats auprès du chef de juridiction, intervenue en fin d'année 2017, était censée aboutir à une convention tacite selon laquelle l'AJ doit être accordée dès lors que la demande en est faite au plus tard le jour de l'audience, au regard de la seule convocation à comparaître. Toutefois, selon d'autres informations, les agents du bureau d'aide juridictionnelle ne se considèrent pas liés par un tel engagement ; et son responsable envisagerait d'exiger à l'avenir le dépôt, préalable à l'audience, d'un dossier comprenant les justificatifs relatifs à la situation financière de la personne, à peine d'irrecevabilité de la demande d'AJ.

RECOMMANDATION 2

L'assistance d'un avocat étant obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, les frais d'avocat doivent être pris en charge par le tribunal quand bien même les ressources du patient dépassent les barèmes de l'aide juridictionnelle.

Les mandataires de justice, et les tiers ayant éventuellement demandé l'hospitalisation, sont avisés de l'audience et une copie de l'ordonnance du juge leur est ensuite notifiée.

Le déroulement de l'audience, à laquelle participe régulièrement – mais pas automatiquement, au regret du magistrat – un représentant de l'établissement est adapté à la situation particulière des justiciables concernés, auxquels les informations et explications requises sont apportées de façon appropriée à leur état clinique. Les patients y sont conduits par le cadre de l'unité au sein

de laquelle ils sont hospitalisés. Ce cadre demeure dans la salle d'attente jusqu'à ce que l'audition par le juge prenne fin.

Après avoir rappelé la procédure, ce dernier expose au patient qu'il est saisi d'une demande de prolongation de la mesure de soins sans consentement et l'interroge à cet égard. Le cas échéant, il reformule son interrogation. Après quelques échanges avec le patient, il propose la parole au représentant de l'établissement puis la donne à l'avocat pour ses observations. Il suspend ensuite l'audience le temps du délibéré ; puis rappelle les parties pour rendre sa décision, l'expliquer au patient – auquel il rappelle le droit d'appel – et la notifier.

Si le patient est absent, refuse d'attendre la fin du délibéré ou de recevoir notification de l'ordonnance, il est raccompagné dans son unité d'hospitalisation et cette notification lui est faite ultérieurement, par le cadre de santé ou par le service des droits des patients.

Des informations communiquées, il ressort qu'en 2018, sur un total de 323 dossiers audiencés (dont 120 concernaient des personnes en SDRE), quinze patients n'ont pu être présentés au JLD en raison d'une contre-indication médicale (dont deux admis en SDRE) ; cependant que neuf patients ont refusé de comparaître devant ce juge (dont cinq personnes en SDRE parmi lesquelles trois étaient hospitalisées à l'UMD).

Durant la même période, le JLD – qui a également été saisi à seize reprises de demandes de mainlevée engagées par les patients – a prononcé vingt-deux mainlevées, dont six concernant des personnes en SDRE. En 2017, seules cinq mainlevées avaient été prononcées pour 300 dossiers enrôlés.

Le taux d'appel est bas, tant en 2017 (quatre occurrences) qu'en 2018 (sept dossiers) ; et la cour d'appel n'a pas prononcé de mainlevée durant ces deux années.

Pour l'essentiel, les mainlevées prononcées en 2018 se fondent sur le constat de certificats médicaux insuffisamment circonstanciés. Le juge a également retenu des irrégularités tenant à l'absence de justificatif indiquant la notification au patient des droits qui lui sont reconnus, l'absence ou la présentation tardive de la décision ordonnant les soins sans consentement, l'information tardive de l'hospitalisation complète au représentant légal ou la mise en place de soins pour péril imminent sans recherche d'un tiers.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE LA MISSION DE CONTROLE QUI LUI EST IMPARTIE

La composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Tarn est conforme aux dispositions de l'article L. 3223-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure au 25 mars 2011 : ainsi, elle réunit deux psychiatres, un généraliste, un magistrat et deux représentants d'associations.

Des rapports d'activité établis annuellement par cette commission pour les années 2016 à 2018, il ressort qu'elle se réunit au moins trois fois par an et réalise une visite annuelle dans chacun des deux établissements relevant de sa compétence.

A l'occasion de ses réunions, ses membres examinent une centaine de dossiers de patients en SSC et répondent aux courriers dont la commission est saisie. Et lors de leurs visites d'établissements, ils reçoivent les patients qui en font la demande (trois à cinq personnes à chaque fois). Les dates de ces réunions sont annoncées par voie d'affichage dans les unités.

La CDSP intervient également, le cas échéant, auprès de médecins relativement à la situation de leurs patients. En outre, elle vise les registres de la loi et s'efforce, enfin, d'analyser les données

statistiques qu'elle tient à jour s'agissant des mesures de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

4.3 LA TENUE DES REGISTRES DE LA LOI PATIT D'UNE DEFAILLANCE ORGANISATIONNELLE

Les registres utilisés par l'établissement sont dûment datés et paraphés lors de leur ouverture. Compte tenu de la durée de certains SSC dispensés par l'établissement, plusieurs registres sont en cours au jour du contrôle, qu'il s'agisse de ceux consacrés aux soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) ou de ceux relatifs aux soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

La tenue de ces registres a été attribuée, d'une part, au bureau des admissions et des sorties (BAS) pour ce qui concerne les SDDE et, d'autre part, à une personne dite « référente SDRE » pour les soins ordonnés par l'autorité préfectorale.

Or, les fonctions de « référent SDRE », hiérarchiquement attachées au secrétariat général de l'établissement (et fonctionnellement à la responsable du service droits des patients) quand le BAS est placé sous l'autorité d'une chef de service distincte, sont assurées par une seule personne qui n'y est affectée qu'à mi-temps. Cette organisation ne permet pas à cet agent, qui doit assurer le suivi des dossiers de l'ensemble des personnes en SDRE dans l'établissement – qu'elles soient admises sur le site du CHS, sur celui de l'UMD ou en programme de soins – d'assumer la charge de travail correspondant dans le temps de travail qui lui est imparti. Et l'intervention ponctuelle, en son absence, de la responsable du service droits des patients ou du secrétaire général de l'établissement ne permet pas de pallier cette limite, dont les conséquences sont particulièrement visibles à l'examen des registres.

Ainsi, ceux relatifs aux patients en SDDE, dont la tenue est alternativement assurée par l'ensemble des agents du BAS, sont globalement bien tenus : convenablement renseignés au regard des exigences fixées par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique (hormis quelques oublis ponctuels et à l'exception de la mention de date de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 du même code), ces registres sont à jour et complétés de copies de l'ensemble des certificats et avis médicaux intéressant le patient.

En revanche, ceux relatifs aux patients en SDRE ne sont pas à jour et les mentions qui y sont portées sont moins nombreuses. De fait, la « référente SDRE » accorde sa priorité, durant ses heures de présence, à tenir les échéanciers relatifs aux procédures dont elle est chargée, à faire le lien avec l'ARS Occitanie et la préfecture du Tarn pour l'envoi des certificats médicaux et le suivi des arrêtés préfectoraux et, enfin, à renseigner les différents tableaux de bord statistiques mis en place par l'établissement. Sa capacité à dégager le temps nécessaire à la bonne tenue, en temps réel, des registres qui lui sont confiés est donc largement contrainte par ces tâches, rapportée au temps de travail dont elle dispose ; et s'avère par suite fonction de l'importance de la file active de procédures dont elle est chargée. Il en ressort un registre renseigné *a minima*, qui ne mentionne notamment pas les éventuels programmes de soins non plus que les comparutions devant le JLD.

Aucun élément pertinent n'a été évoqué pour justifier le maintien de cette organisation – dont les limites sont manifestes – et l'absence de renfort en personnel spécialement formé pour le suivi des procédures de SDRE – dont le besoin l'est tout autant. En tout état de cause, l'établissement doit remédier aux lacunes constatées dans la tenue de ces registres – ce quand bien même les deux services concernés conservent, pour chaque patient en SSC, un dossier complet comprenant l'ensemble des pièces administratives et médicales qui fondent la mesure.

RECOMMANDATION 3

Les registres de la loi doivent être renseignés et tenus à jour de manière rigoureuse ; l'établissement doit se doter d'une organisation interne efficace pour ce faire.

La direction de l'établissement annonce dans ses conclusions qu'une réflexion va être engagée sur ce point.

Par ailleurs, tous les registres contrôlés portent mention des contrôles effectués, annuellement, par la CDSP, le JLD et le procureur de la République, bien qu'aucun commentaire particulier n'accompagne ces visas.

Au demeurant, les relations entre l'établissement et ces dernières autorités sont régulières : selon les informations communiquées, des réunions communes, au moins annuelles, sont organisées avec le JLD, le procureur de la République et des représentants de l'ARS Occitanie et de la préfecture du Tarn.

4.4 S'IL EST RELATIVEMENT PRECOCE ET FREQUENT, L'AMENAGEMENT DE LA MESURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT MECONNAIT LE PLUS SOUVENT LES GARANTIES PREVUES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Alors que le CHS Pierre Jamet a fait le choix d'une approche sécuritaire de la prise en charge qu'il propose aux patients en SSC qui sont nécessairement hospitalisés en unités fermées, des règles de vie relativement souples (cf. § 5.1), des sorties de courte durée puis des « programmes de soins hospitaliers », censés offrir des possibilités de sortie régulières de l'unité, voire des « programmes de soins ambulatoires », alternatifs à l'hospitalisation complète, sont mis en œuvre de façon aussi fréquente que précoce.

Ce faisant, l'établissement revendique une prise en charge adaptée à l'état clinique des patients, évolutive et tendant à la levée de l'hospitalisation complète aussi rapidement que possible. Mais ces mesures ne sont pas toutes conformes aux prescriptions du code de la santé publique et leur examen concret révèle une pratique dévoyée de la notion de programme de soins.

4.4.1 Les autorisations de sortie de courte durée

Aussi rapidement que leur état clinique le permet, les patients admis en SSC peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée – accompagnées de moins de douze heures ou non accompagnées de moins de quarante-huit heures – telles que les prévoient les dispositions de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique.

Pour ce faire, l'établissement a mis en place deux protocoles fixant les procédures à suivre, d'une part, pour les patients admis en SDDE et, d'autre part, pour ceux admis en SDRE.

Nonobstant les difficultés précédemment signalées s'agissant du suivi administratif de ces derniers patients (voir *supra*, § 4.3), aucun obstacle n'a été rapporté aux contrôleurs dans la mise en œuvre de ces procédures, qu'il s'agisse du recueil des certificats médicaux requis ou des relations entre l'établissement et les services préfectoraux pour ce qui concerne les patients admis en SDRE. Selon les informations communiquées, le CHS bénéficie pour ces derniers d'interlocuteurs identifiés tant au niveau de l'ARS Occitanie qu'à celui de la préfecture du Tarn et les autorisations de sortie sont délivrées sous réserve du respect d'un délai de prévenance de quarante-huit heures, sauf hypothèses d'urgence qui ne posent pas, non plus, de difficulté. Et,

de fait, le contrôle n'a pas permis d'objectiver d'éventuels refus préfectoraux opposés à de telles demandes de sortie.

Pourtant, l'examen des registres de la loi fait apparaître qu'il est manifestement moins souvent recouru à ces autorisations de sortie de courte durée qu'à des autorisations médicales délivrées au titre de « *programmes de soins hospitaliers* » que l'établissement a imaginés.

4.4.2 Les programmes de soins

Afin d'échapper à la doctrine de « portes fermées » qu'il s'est lui-même imposée pour la prise en charge des patients en SSC sans pour autant mettre en œuvre les procédures d'autorisations de sortie visées ci-dessus, le centre hospitalier met en place des « *programmes de soins hospitaliers* » au titre desquels les psychiatres accordent, au jour le jour, sans établissement formel d'un certificat mais par de simples consignes versées au dossier médical informatisé, les autorisations de sortie sollicitées par les patients, qui demeurent hospitalisés dans l'établissement.

Au jour du contrôle, vingt-neuf des quatre-vingt-deux programmes de soins en cours sont des programmes dits « hospitaliers », dont huit concernent des patients en SDRE. Les autres bénéficient d'une prise en charge hors de l'établissement, au titre de programmes de soins dits « ambulatoires ». Pour l'ensemble de ces personnes, une décision du directeur ou du représentant de l'Etat a modifié les modalités de la prise en charge : tous les patients concernés sont donc juridiquement regardés comme n'étant plus en situation d'hospitalisation complète.

Mais, alors que les « *programmes de soins ambulatoires* » supposent des modalités de prise en charge hors de l'établissement (retour au domicile, suivi en CMP ou à l'hôpital de jour, etc.) tout en réservant la possibilité, en cas de besoin résultant de l'état du patient, d'une hospitalisation de courte durée d'un maximum de cinq jours, les « *programmes de soins hospitaliers* » maintiennent principalement le patient dans l'établissement : ces programmes, qui sont tous rédigés de manière identique, prévoient en effet que le patient « *peut bénéficier de sorties du service pour effectuer des démarches personnelles, les jours, horaires et durées étant définis en fonction des démarches à effectuer, ainsi que 48 heures minimum consécutives par semaine hors de l'établissement* » et que « *chacune de ces sorties est susceptible d'être annulée si l'état clinique du patient le justifie, sans remettre pour autant en cause le présent programme de soins* ».

Or, d'une part, le minimum requis de quarante-huit heures hebdomadaires passées hors de l'établissement n'est pas suffisant pour établir un programme de soins au sens du 2° de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique. En effet, ces dispositions législatives prévoient la possibilité de SSC « *sous toute autre forme [que l'hospitalisation complète], pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile (...) et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiels ou des séjours de courte durée à temps complet dans un établissement (...)* » : il s'en infère qu'un programme de soins ne peut prévoir de séjour à temps complet dans un établissement hospitalier qu'au titre d'une courte durée. Autrement dit, le patient bénéficiant d'un programme de soins doit être pris en charge pour l'essentiel en dehors de l'établissement (de manière ambulatoire), ses éventuels séjours à temps complet dans l'établissement devant être minoritaires dans leur durée. Une durée hebdomadaire de sortie de l'établissement de quarante-huit heures est donc manifestement insuffisante à ce titre. A cet égard, l'établissement se prévaut d'une correspondance de l'ARS Midi-Pyrénées du 20 avril 2015 commentant un arrêt de la Cour de cassation du 4 mars 2015. Toutefois, ce courrier, qui est dénué de toute portée réglementaire, propose une analyse de cette décision juridictionnelle qui

ne correspond ni au sens ni à la portée de celle-ci et qui n'apparaît pas non plus conforme aux dispositions précédemment citées du code de la santé publique.

D'autre part, l'analyse détaillée de plusieurs des « *programmes de soins hospitaliers* » en cours durant le contrôle fait apparaître que, si certains des patients concernés bénéficient effectivement d'une autorisation de sortie hebdomadaire d'une cinquantaine d'heures (par exemple, du vendredi matin au dimanche après-midi), la majorité d'entre eux ne passe aucune nuit à l'extérieur de l'établissement mais n'est autorisée qu'à effectuer des sorties de très courte durée, en journée et bien souvent dans l'enceinte de l'établissement uniquement, notamment pour se rendre à la cafétéria. D'autres peuvent, certes, être autorisés à se rendre à l'extérieur, pour quelques achats, un rendez-vous médical ou une rencontre familiale, mais ces sorties sont elles aussi limitées à quelques heures et les patients restent, en réalité, hospitalisés à temps complet – y compris, le cas échéant, en unités fermées. Certains de ces patients peuvent même faire l'objet de mesures d'isolement sans que la forme de leur prise en charge soit modifiée. Pourtant, le III de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique pose clairement le principe selon lequel les patients bénéficiant de programmes de soins ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de contrainte.

Ainsi, à tous égards, la pratique du CHS Pierre Jamet consistant à mettre en œuvre des « *programmes de soins hospitaliers* » constitue un abus de langage et un dévoiement de la notion de programme de soins. Il s'agit en réalité de programmes de sorties mis en place au fil de l'hospitalisation complète en fonction de l'état clinique des patients et de leur situation matérielle, sociale ou familiale (existence ou non d'un logement, présence de la famille, etc.). Ces sorties, qui ne sont pas même définies dans le document qui sert de fondement à la mesure, ne font l'objet d'aucun traçage, n'étant mentionnées qu'en tant que consignes médicales au dossier informatisé des patients concernés – lequel n'est accessible qu'aux soignants.

Si cette pratique a l'avantage apparent d'assouplir l'hospitalisation complète de ces patients, elle a pour conséquence, d'une part, de conférer au psychiatre un pouvoir décisionnel dénué de toute motivation et de possibilité de recours et, d'autre part, de faire *de facto* échapper la situation des patients concernés à tout contrôle, notamment celui du juge des libertés et de la détention, alors même que ces patients demeurent en hospitalisation complète. Si là n'est manifestement pas l'objectif recherché par l'établissement, ce constat s'impose tant s'agissant de la saisine automatique de ce juge dans les douze premiers jours de l'hospitalisation complète qu'après six mois de celle-ci⁷. Certes, les patients concernés conservent la possibilité de saisir ce magistrat d'une demande de mainlevée – avec une petite probabilité de succès⁸ – mais ces garanties ne sont pas équivalentes.

⁷ Dès lors qu'un programme de soins est mis en place, soit le juge n'est pas saisi par le directeur d'établissement, soit ce magistrat, auquel la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient est communiquée, considère que le directeur s'est désisté de sa demande de maintien de la mesure d'hospitalisation complète.

⁸ Si leur avocat soulève expressément le moyen, le JLD considérant qu'il ne lui appartient pas de le faire d'office. La visite du CGLPL a permis de constater une situation de ce type : à l'occasion d'une première demande de mainlevée engagée par un patient en SDDE, le JLD a donné satisfaction à ce dernier en constatant que l'intéressé, qui protestait de ne pouvoir jamais quitter l'établissement malgré le « programme de soins hospitaliers » dont il était censé bénéficier, devait être regardé comme ayant fait l'objet d'une réintégration en hospitalisation complète sans que les règles régissant une telle procédure soient respectées, ce qui a porté atteinte à ses droits. Ayant fait l'objet, le jour même de cette ordonnance, d'une nouvelle mesure d'hospitalisation et, quelques temps après, d'un nouveau « programme de soins hospitaliers », le même patient a de nouveau saisi le juge d'une demande de mainlevée, que le JLD, qui n'a pas été saisi de la même argumentation lors de cette seconde requête, a cette fois-ci rejetée au regard

Or, les assouplissements ainsi recherchés par l'établissement dans les prises en charge en hospitalisation complète qu'il propose peuvent être atteints, d'une part, par un changement de paradigme relativement à l'hospitalisation des patients en SSC, dont rien n'exige l'enfermement en unités fermées et, d'autre part, par la pratique des autorisations de courte durée telles qu'elles sont prévues par le code de la santé publique.

N'apparaît ainsi pas opérant l'argument selon lequel la pratique des « *programmes de soins hospitaliers* » s'expliquerait par la difficulté que rencontre l'établissement pour mettre en place ce qu'il qualifie de « *programmes de soins ambulatoires* », c'est-à-dire de programmes de soins conformes à la lettre de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, en raison de l'encombrement des établissements extra hospitaliers locaux, hôpitaux de jour et centres médico-psychologiques en particulier. Et, dans la mesure où aucune difficulté n'a été objectivée, ou même rapportée, s'agissant de la procédure de délivrance des autorisations de sortie de courte durée, que ce soit par le directeur de l'établissement ou par le représentant de l'Etat, la justification sur ce terrain de la pratique des « *programmes de soins hospitaliers* » n'apparaît pas plus convaincante.

RECOMMANDATION 4

Il doit être mis fin à la pratique dite des « *programmes de soins hospitaliers* » qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, sans que soient abandonnés les aménagements de l'hospitalisation complète rendus possibles par l'article L. 3211-11-1 du même code.

Le directeur du CHS note dans ses observations que : « *L'établissement participe aux travaux de la HAS sur les recommandations de bonnes pratiques des programmes de soins hospitaliers. Il s'engage à mettre en place ces recommandations dès leur publication. L'établissement prend en compte cette recommandation et l'inscrit à l'ordre du jour d'une CME au cours du 1^{er} semestre 2020* ».

4.5 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EMET LES AVIS REQUIS PAR LA LEGISLATION MAIS LES MODALITES DE SON FONCTIONNEMENT RESTENT FLOUES

Le collège prévu par l'article L. 3211-9 du code de la santé publique est convoqué par le directeur de l'établissement conformément aux dispositions de ce code.

Si elle est toujours régulière pour comprendre deux psychiatres et un représentant de l'équipe soignante en charge du patient, la composition de ce collège n'est pas fixe puisqu'elle varie en fonction de l'unité d'hospitalisation de ce dernier.

Les contrôleurs n'ayant, durant leur visite, pas été amenés à assister à l'une de ces réunions et les avis du collège qu'ils ont pu consulter ne comportant aucune mention utile à cet égard, il ne leur a pas été possible d'objectiver les modalités du fonctionnement de ce collège des professionnels de santé ni de vérifier, en particulier, qu'une réunion physique de ses membres

des nécessités de soins de la personne. Le magistrat a toutefois mentionné dans son dispositif, en caractères gras, qu'il « *rappelle que tout programme de soins nécessite la sortie du patient de l'établissement au minimum 48 heures consécutives par semaine* ».

est systématique et que le patient concerné est effectivement entendu lorsque son avis doit être recueilli.

RECO PRISE EN COMPTE 3

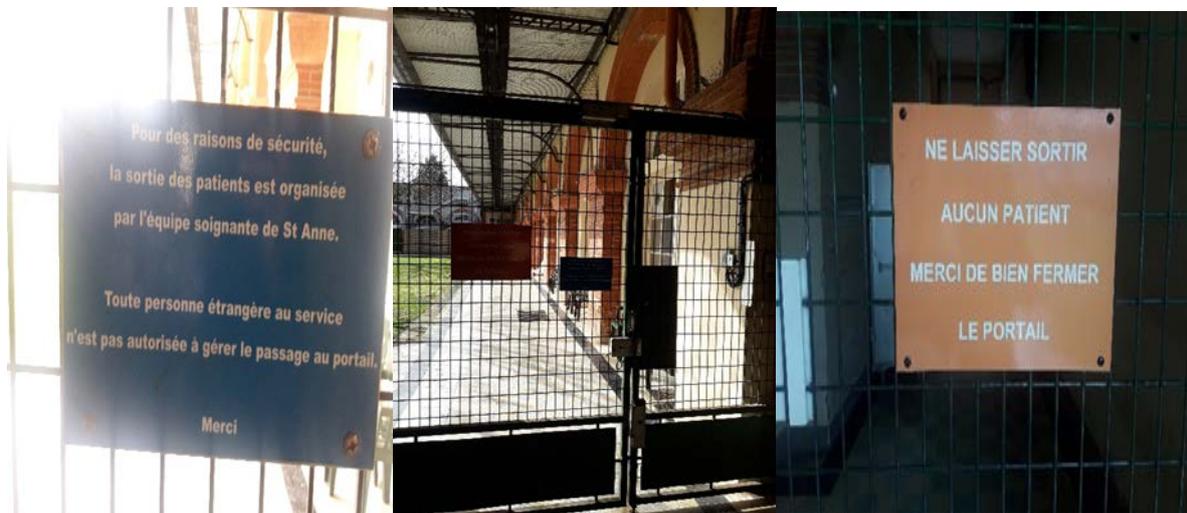
Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit recueillir, au terme d'une audition, l'avis du patient lorsqu'il est appelé à prononcer une évaluation médicale relative au maintien de soins sans consentement au-delà d'une durée d'un an.

Dans ses observations le directeur précise : « *L'établissement met en place, début 2020, une procédure de l'organisation du collège qui prévoit l'avis systématique du patient* ».

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR A L'INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT EST LIMITEE POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT MAIS AUSSI POUR LES PATIENTS AU LONG COURS

Le CHS Pierre Jamet se présente d'un point de vue architectural comme un établissement ouvert sur deux des trois rues qui le longe : aucun mur ne l'enserme et les allées et venues des patients ne font l'objet d'aucune surveillance par un poste de garde ou de sécurité. La cafétéria, accessible à certains patients, donne sur la cour centrale d'où on peut rejoindre les deux sorties. En revanche, toutes les unités, celles où séjournent les personnes en soins libres (centre de psychogériatrie germain Cassan, Sainte Anne notamment) comme celles qui accueillent des patients en SSC (Saint Jean et Saint Bernard) y sont sécurisées par un triple système : caméra de surveillance, doubles portes, digicodes.



Accès à l'unité Sainte Anne

A Sainte Anne, des panneaux soulignent que par mesure de sécurité, la sortie des patients ne peut s'organiser que par les soignants. En gérontopsychiatrie, les patients ne disposent pas du code d'accès, à l'inverse de leur famille, et sont toujours accompagnés par des soignants lors de leur sortie de l'unité. Ces deux unités peuvent être considérées comme fermées, non pas en raison du statut des patients qui y séjournent mais en raison de la nature des pathologies dont ils souffrent (désorientation, risques de chutes, etc.). Il en est de même à l'UJAAD où sont hospitalisés des patients présentant des troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle, tous en soins libres au moment du contrôle, mais dont les portes sont fermées en raison de l'état clinique des patients.

Pour les unités dites « fermées » (Saint Jean et Saint Bernard), après que des fugues ont été constatées depuis la cafétéria, deux décisions récentes ont conduit à différencier les régimes de liberté à l'intérieur de l'établissement selon le statut des patients :

- la première du 8 février 2018 (note signée du directeur et du président de la CME) met fin à une pratique antérieure « libérale » qui autorisait l'accès à la cafétéria à des patients en SSC non accompagnés. Pour les personnes en SDRE, une évaluation médicale est désormais obligatoire pour s'y rendre accompagné par un soignant. Pour les sorties de l'unité non accompagnées, ce sont les « *programmes de soins hospitaliers* » qui en permettent l'accès (cf. § 4.4.2). Les patients en SDDE, soumis à la même évaluation

médicale pour les sorties accompagnées, peuvent également y aller non accompagnés s'ils sont « couverts » par un certificat médical et une autorisation du directeur ;

- une seconde note du 8 novembre 2018 (note de service 112 du directeur) rappelle que les unités fermées ne peuvent accueillir que des patients en soins sans consentement. L'admission de patients en soins libres, qui ne peut être qu'exceptionnelle, est soumise à une procédure contraignante : certificat médical, formulaire de consentement du patient, validation par le directeur. Ce que ne précise pas la procédure, c'est la possibilité pour un patient ayant accepté l'hospitalisation « contenante » de se rétracter.

RECOMMANDATION 5

Le CGLPL rappelle que le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui-seul justifier la privation de la liberté à l'intérieur de l'établissement. La liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement doit faire l'objet d'une réflexion dans le cadre du nouveau projet d'établissement et de la construction d'un bâtiment de quatre-vingt-cinq lits regroupant les unités d'hospitalisation de l'hôpital.

La direction de l'établissement note dans ses observations : « *Le nouveau bâtiment permettra de garantir la liberté d'aller et venir à l'intérieur du bâtiment quel que soit le statut du patient* ».

5.2 L'AUTONOMIE DU PATIENT DANS LA GESTION DE SA VIE QUOTIDIENNE EST RESPECTEE

A l'intérieur des unités, quelles qu'elles soient, une grande liberté préside à la vie quotidienne des patients et les pratiques sont marquées par le respect de l'autonomie des personnes. Les restrictions imposées aux patients dans leur vie quotidienne, y compris pour des motifs médicaux, sont rares et motivées.

Les patients peuvent accéder à leur chambre quand ils le veulent (à l'exception des patients dont les chambres sont situées au premier étage de l'unité Sainte Anne), hors le temps de leur nettoyage par les agents des services hospitaliers (ASH) le matin, ainsi qu'aux parties communes 24h sur 24 et notamment aux cours intérieures des unités. Les denrées périssables y sont interdites.

Dans toutes les unités, le principe est l'autorisation de conserver son téléphone, son ordinateur (même si dans certaines unités comme à Sainte Anne peu de patients en ont les moyens ou la capacité) ou sa chaîne stéréo, sauf si un abus peut être nuisible au patient ou à son entourage immédiat. A Saint Jean, la semaine du contrôle, un seul patient s'était vu retirer son téléphone portable la nuit ; à Saint Bernard, aucun. Une salle équipée d'un ordinateur est accessible aux patients de Saint Jean et de Saint Bernard sur demande aux soignants. Un *point phone* gratuit, qui en général ne ménage pas l'intimité, peut recevoir des appels et permettre d'appeler sous réserve de la disponibilité des soignants qui doivent composer les numéros sortants depuis leur poste et passer les communications au *point phone*. Sainte Anne dispose dans le bureau infirmier d'un téléphone sans fil pour les patients sans facturation aucune.

RECOMMANDATION 6

Les *points phone* des unités doivent garantir la confidentialité des conversations.

Le directeur de l'établissement annonce dans ses observations que les *points phone* seront déplacés d'ici la fin du 1^{er} trimestre 2020.

Le courrier qui arrive quotidiennement par le vaguemestre ne fait l'objet d'aucune surveillance : les timbres sont à la charge du patient pour les courriers personnels. A Sainte Anne, l'hôpital peut affranchir pour les patients très démunis. Les courriers au JLD, à la CDSP, au CGLPL, au délégué du Défenseur des droits sont affranchis gratuitement par le service des droits des patients qui peut en outre fournir de quoi écrire si le patient est dépourvu de « matériel ».

Les postes de télévision sont placés dans les pièces communes (en général deux par unités) : leur accès se fait à la demande, quand bien même les soignants détiennent les télécommandes. Si les règlements intérieurs des unités, en prévoient l'extinction vers 22h30, une grande tolérance est observée dans l'application de la règle. A Saint Bernard où les postes ont été détériorés par le passé, ils sont « protégés » par des vitres en plexiglass. L'hôpital a installé un téléviseur dans la chambre d'une patiente de Saint Jean alitée pour raison médicale. Dans la même unité, une autre patiente « chronique » s'est achetée son propre poste de télévision.

Les visites des familles sont autorisées tous les jours dans l'après-midi (de 14h15 à 18h15 ou 18h30) mais une tolérance accompagne ces horaires officiels pour tenir compte des contraintes spécifiques des familles. Les visites peuvent se dérouler dans les chambres, dans les parties communes de l'unité ou à la cafétéria si le patient peut sortir sans être accompagné. Un salon des familles, situé à l'entrée des unités Saint Jean et Saint Bernard et accessible à toutes les unités, permet d'accueillir les enfants : il a été fort peu utilisé la semaine de la visite des contrôleurs. Les contrôleurs n'ont relevé, en outre, aucune interdiction médicale aux visites de familles dans aucune des unités.



Salon des familles pour l'ensemble des unités

Les restrictions imposées aux fumeurs ne sont pratiquées que pour des raisons budgétaires par les familles et les tuteurs, qui peuvent alimenter un « fonds des pensionnaires » permettant aux soignants d'acheter les cigarettes pour les patients qui ne peuvent sortir (achats par les soignants mardi et vendredi). L'accès aux cours intérieures des unités n'est jamais fermé à Saint Jean et Saint Bernard, y compris la nuit.

Les repas collectifs, dont les horaires sont imposés (selon les unités entre 8h/8h30, 11h30/12h30 ; 18h15/19h), font l'objet d'une grande attention : les soignants, qui prennent leur repas avec les patients, disposent les tables, ou en surveillent la configuration, en fonction des personnes et de leur état clinique. L'instauration de deux services à chacun des repas (trois à

l'UJAAD : un premier pour les patients les plus déficitaires et deux repas thérapeutiques ensuite) permet aux patients les plus fragiles de se rendre au premier d'entre eux (les patients sont moins nombreux) dans le calme. Pour le second service, les patients se placent comme ils le veulent autour des tables de quatre à Saint Jean et Saint Bernard ; à Sainte Anne, ce sont les soignants qui composent les tables. Les plats sont servis à l'assiette sauf pour les régimes spécifiques présentés en barquettes individuelles. Les couverts sont en inox ; les serviettes de table en tissu sont changées à chaque repas. Les patients contribuent à débarrasser les tables de leurs assiettes et couverts, sauf impossibilité.

5.3 LE PORT DU PYJAMA N'EST PAS IMPOSE DANS LES UNITES

Dans les différents services visités et hors chambre d'isolement, le port du pyjama ne fait pas l'objet de prescription systématique ou d'obligation.

En dehors de rares exceptions relevant du choix de la personne, il n'a pas été vu de patients en pyjama déambulant dans les unités ou à l'extérieur.

Dans les chambres d'isolement, le patient est mis en pyjama à l'arrivée et très rapidement, selon l'état clinique et la demande, retrouve un accès à ses vêtements. Dans ses observations le directeur du CHS précise que depuis la visite, « le comité éthique de la Fondation a rédigé une recommandation sur la non-systématisation du port du pyjama ».

5.4 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN N'EST LE PLUS SOUVENT PAS REALISABLE

Le libre choix du médecin, s'il est théoriquement possible, est limité par l'organisation des soins par filière et par un effectif médical parfois réduit à un seul médecin par service. Le changement de psychiatre supposerait bien souvent un changement de service ; selon les informations recueillies, les demandes sont très rares.

Pour les soins somatiques il est clairement annoncé que le choix du médecin n'est pas proposé et que le patient n'a pas le choix de son médecin même pour des soins programmés. Le rendez-vous est donné en fonction des disponibilités et des plages horaires.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le libre choix du médecin doit être évoqué dans le temps de l'hospitalisation.

Dans ses observations le directeur précise que : « *Le libre choix du médecin est évoqué dans le nouveau livret d'accueil* ».

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT GLOBALEMENT POSITIVES

L'accès à la plupart des unités fermées (Saint Bernard, Saint Jean, Sainte Anne, UJAAD) est particulièrement contrôlé (cf. § 5.1) et parfois même difficile à trouver ; ces unités construites autour d'une cour intérieure manquent d'ouverture sur le reste de l'hôpital comme sur l'extérieur ; or, comme l'a souligné une soignante lors de la visite, « *l'enfermement architectural peut créer un enfermement psychique* ».



Sas d'accès à l'unité Saint Jean

Cependant, bien que la plupart des bâtiments soient anciens et pas nécessairement adaptés à l'accueil de patients souffrants de troubles psychiatriques, les conditions d'hébergement sont globalement satisfaisantes. Les unités sont pour l'essentiel rénovées, dans un bon état d'entretien et de maintenance et disposent de parties communes suffisamment vastes et en nombre adapté à la prise en charge des patients.

Toutes les chambres (pour la plupart situées au rez-de-chaussée) sont individuelles, dotées de sanitaires (lavabo, douche, wc) et d'équipements qui permettent la sécurité et le confort des patients. Chaque chambre dispose d'une armoire pouvant fermer à clef, d'un bouton d'appel et d'un verrou de confort. Le mobilier est adapté et en bon état.

Afin d'éviter les fugues, à Saint Bernard, Saint Jean et Sainte Anne, les fenêtres du rez-de-chaussée qui donnent sur la rue et non sur la cour intérieure sont barreaudées – parfois même dotées d'un caillebotis complémentaire – ce qui leur confère un aspect particulièrement carcéral.



Chambres de Saint Jean et Sainte Anne

Les chambres sont peu personnalisées et décorées par les patients, tout comme l'ensemble des locaux communs qui manquent de confort et de convivialité. A titre d'exemple, au jour du contrôle, la cadre de santé de l'UJAAD avait sollicité, depuis plus de dix mois, de la direction l'acquisition de canapés pour équiper les trois chambres d'apaisement de l'unité mais était toujours sans nouvelles de sa requête. Or, l'équipement de ces pièces n'est guère propice à l'apaisement.

Sur ce point, le directeur écrit dans ses observations : « *les besoins de matériel médical et de mobiliers pour les patients sont intégrés dans le budget soin. Les priorités sont validées par les cadres coordonnateurs des soins et le Directeur des Soins. Pour 2019, l'équipement de la chambre d'apaisement de l'UJAAD a bien été pris en compte à hauteur de 1 000 €. La livraison des mobiliers s'effectue courant 2^{ème} semestre* ».



Deux chambres « d'apaisement » de l'UJAAD



Salles de télévision de Saint Jean et de l'UJAAD

Les cours des unités sont vastes, plantées d'arbres et bien équipées.



Cours de l'UJAAD et de Saint Jean

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES

Comme indiqué *supra*, toutes les chambres sont dotées de sanitaires équipés d'une douche ; par ailleurs, les unités disposent de salles de bains avec baignoire accessibles aux patients à la demande. Des réserves de produits d'hygiène – gel douche, protections périodiques, dentifrice, rasoirs, mousse à raser, etc. – sont disponibles pour les patients qui en sont dépourvus.

La présence sur le site d'une blanchisserie favorise le bon déroulement de la prestation de fourniture, de renouvellement et de lavage du linge nécessaire à la fonction d'hébergement intra hospitalière. Les linges de lit et de toilette sales sont collectés quotidiennement. L'entretien du linge personnel des patients est à la charge du patient lui-même ou de son entourage. Cependant, si le patient est seul ou dans une situation sociale difficile, cette prestation est assurée gratuitement par la blanchisserie. Trois unités accueillant des patients en soins libres sont par ailleurs dotées de machines à laver. Un questionnaire d'évaluation de la prestation linge est envoyé trimestriellement aux unités afin de répondre au mieux aux besoins.

Beaucoup d'unités assurent également, *a minima*, une fonction de vestiaire pour fournir des vêtements aux patients qui arrivent dans un état de dénuement total.

BONNE PRATIQUE 1

Le linge des patients peut être lavé gratuitement par la blanchisserie de l'établissement.

6.3 LA QUALITE DES REPAS ET LA VARIETE DES REGIMES FONT L'OBJET D'UNE GRANDE ATTENTION

Les repas sont produits sur le site du centre hospitalier par une cuisine centrale rattachée à la direction des services économiques, logistiques et informatiques. Elle fonctionne sept jours sur sept avec une quarantaine d'agents placés sous la responsabilité d'un chef de cuisine. Les repas sont produits pour les patients hospitalisés sur les différents sites de la fondation, et également pour les unités de soins ambulatoires pour le repas du midi, ainsi que pour deux clients extérieurs : un groupe scolaire situé à proximité et une maison de retraite. La cuisine produit 840 000 repas par an.

L'acheminement est assuré en liaison froide, le réchauffement est effectué dans les unités avant les repas.

L'élaboration des menus s'effectue avec l'aide d'une diététicienne, rattachée à la cuisine centrale ; outre les régimes spécifiques, elle prend en compte les aversions qui sont saisies sur Cortexte® dans les unités. La commission « menus », à laquelle participent des soignants des unités, se réunit une fois par trimestre ; des tests de qualité, auxquels contribuent des patients volontaires, sont organisés mensuellement dans les services afin d'ajuster au mieux les menus proposés aux goûts des malades. Les menus sont également adaptés aux zones concernées, les plats servis en gérontologie sont différents de ceux proposés aux enfants.

La cuisine centrale dispose d'une légumerie, d'une boucherie et d'une pâtisserie. Elle peut ainsi fournir des gâteaux d'anniversaire aux unités qui la sollicite et proposer des pâtisseries tous les dimanches. Des repas à thème sont régulièrement organisés et les fêtes font l'objet d'un menu particulier. La cuisine prépare également les pique-niques commandés par les unités et fournit en denrées alimentaires les ateliers cuisine organisés par ces dernières.

Les contrôleurs ont tout au long de la visite recueilli des témoignages positifs de patients relatifs à la qualité et à la quantité des repas. C'est également ce qu'il ressort de l'analyse des questionnaires de sortie, 90 % des patients jugent la qualité des repas bonne ou très bonne.

6.4 LES PATIENTS PEUVENT CONSERVER LEURS BIENS DE FAÇON SECURISEE ET Y ACCEDER FACILEMENT

L'inventaire contradictoire des biens à l'arrivée dans les unités est effectué par le personnel de l'unité, lors des formalités d'entrée. Un exemplaire papier de cet inventaire est remis au patient, un autre est conservé dans son dossier au bureau des admissions et le troisième dans un des casiers métalliques sécurisés (un par chambre) fermés à clé situé dans le bureau infirmier. Selon les informations fournies, seuls les objets dangereux sont retirés (couteaux, rasoirs, alcool et stupéfiants, etc.). Les autres effets personnels peuvent être conservés, notamment dans les armoires des chambres qui ferment à clé.

Les patients peuvent conserver des sommes d'argent – sous leur responsabilité – et des petites sommes (inférieures à 50 euros) sont parfois conservées dans les casiers individuels du bureau infirmier, accessibles à la demande. Argent, cartes bancaires et chèquiers peuvent être déposés au « bureau des biens et fonds des pensionnaires » situé à proximité du bureau des entrées, qui fait office de « banque » des patients. L'ensemble des patients et pensionnaires de la fondation

(hors UMD) peut y ouvrir un compte sur lequel les tuteurs éventuels effectuent mensuellement leurs virements. Un guichet est ouvert pour tout renseignement et pour les dépôts de valeurs du lundi au vendredi de 8h à 18h et le samedi de 8h à 12h ; pour le retrait d'argent du lundi au vendredi de 8h30 à 11h30.

6.5 LA LIBERTE DES PATIENTS A VIVRE LEUR SEXUALITE FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE QUI DOIT ENCORE TROUVER SA TRADUCTION PRATIQUE

La question de la sexualité des patients est largement prise en compte par l'établissement. Un groupe de travail dénommé VASI (vie affective et sexuelle en institution) composé de soignants existe depuis plusieurs années. Il se réunit trois à six fois par an et travaille à l'élaboration de préconisations en matière de sexualité, de vulnérabilité et de consentement et d'actions de formation sur ce thème. Au moment du contrôle, ce groupe intervient dans le cadre de la formation spécifique dite de « consolidation des savoirs » (cf. § 2.3.3).

L'établissement dispose également d'une mallette qui propose un programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle auprès des personnes déficitaires mais, au moment du contrôle, elle n'est pas utilisée faute de personnel formé à son usage.

Les travaux du groupe VASI demeurent cependant à l'état de chantier au moment du contrôle et aucune doctrine n'est véritablement élaborée. L'action menée par les équipes soignantes dans ce domaine privilégie le caractère pragmatique et l'approche individualisée, avec une concertation si nécessaire en réunion d'équipe pluridisciplinaire pour les situations posant difficulté dans la vie de l'unité. La vigilance des soignants porte principalement sur la protection des personnes vulnérables, ou rendues vulnérables par leur pathologie ou l'effet des traitements, contre des relations sexuelles non consenties et la prévention des risques associés, comme les maladies sexuellement transmissibles. Cependant toutes les unités ne disposent pas de préservatifs et ils ne sont jamais en accès libre.

7. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE

7.1 L'ABSENCE DE SECTORISATION POUR LES HOSPITALISATIONS IMPACTE FORTEMENT LES PROJETS ET LES PARCOURS DE SOINS

7.1.1 L'organisation générale

Comme il a déjà été indiqué *supra*, l'établissement dans son projet médical de 2007 a fait le choix d'une organisation polaire des soins psychiatriques : un pôle unique d'hospitalisation adulte appelé « pôle intersectoriel intra hospitalier » a été créé tandis que l'ensemble des structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) étaient regroupées au sein d'un pôle de prise en charge ambulatoire adulte.

L'ensemble des hospitalisations adultes des trois secteurs que couvrent la fondation Bon Sauveur relève du même pôle et les soins psychiatriques sont organisés selon cinq filières :

- l'admission et la liaison avec le CAPS et la psychiatrie de liaison ;
- la filière dite « ouverte » ;
- la filière fermée avec essentiellement les unités Saint Jean et Saint Bernard ;
- la filière réhabilitation et du spectre autistique ;
- la filière « personnes âgées » et troubles psychopathologiques.

Le rapport d'activité 2017 du chef de pôle des soins intra hospitaliers met en évidence les limites de cette organisation et dénonce l'existence de clivages entre intra et extra hospitalier entravant la fluidité du parcours du patient. L'orientation vers des structures de soins type hôpitaux de jour s'avérant souvent difficile du fait des changements d'équipe de soins.

En conséquence, le retour au principe de la sectorisation pour les hospitalisations adultes en soins libres a été décidée en juillet 2018 avec la répartition suivante : unité Charles Brault pour les hospitalisations du secteur 3 et unité Jean Du Coudray pour celles du secteur 1 et 2. Les services Saint Jean, St Bernard et CAPS restent des unités intersectorielles. Saint Jean et Saint Bernard gardent leur spécificité d'unités fermées ayant vocation à recevoir les patients hospitalisés en soins sans consentement quel que soit leur secteur d'origine.

7.1.2 La prise en charge dans l'unité

Si le principe de l'infirmier référent n'est pas systématiquement retenu, l'accueil et le suivi d'une hospitalisation sont souvent marqués par une prise en charge individualisée « par affinité ».

Les réunions cliniques sont hebdomadaires, avec participation de l'ensemble des intervenants, ergothérapeutes, psychologues, art-thérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs sportifs selon la présence de ces professionnels dans les services.

Il existe dans tous les services des réunions de synthèse cliniques selon les situations et le besoin.

Les professionnels ont accès à des séances d'analyse de la pratique ou des supervisions selon un choix fait en équipe.

Les réunions de fonctionnement sont organisées, selon les services, plusieurs fois par an (trois fois par an au centre de psychogériatrie Germain Cassan).

Les familles sont associées au projet de soins des patients et les médecins sont très accessibles pour des rendez-vous individuels et des rencontres avec les familles. Dans certains services, un travail avec les familles sous forme de consultation ou d'entretien avec le patient est systématiquement proposé.

Le lien se fait avec l'extra hospitalier par l'intermédiaire des assistants de service social et de l'ergothérapeute dans le service de gérontopsychiatrie et avec l'équipe de mobile afin de préparer et consolider les retours à domicile rapides.

Dans les unités fermées, les liens avec les CMP se font une fois par semaine entre cadres de proximité afin d'envisager les sorties programmées.

Le centre de psychogériatrie Germain Cassan s'inscrit dans la filière gériatrique avec une cinquantaine de partenaires extérieurs.

Dans les unités fermées, la période d'observation ne comporte pas de mesures de restriction systématiques mais reste adaptée à la clinique du patient quel que soit son statut d'hospitalisation.

Le passage quasi systématique par l'unité du CAPS fournit une première observation du comportement de la personne hospitalisée et permet le plus souvent une prise en charge adaptée à la clinique du patient tout en préfigurant le projet de soins élaboré en équipe après les entretiens avec le ou les médecins psychiatres présents quotidiennement dans les services.

De nombreuses sorties accompagnées sont organisées par des soignants soit pour se rendre dans des autres lieux de soins pour des activités thérapeutiques (cf. § 9.4.2) soit pour des sorties permettant d'effectuer des achats personnels ou des formalités administratives.

7.1.3 La sismothérapie

Une activité de sismothérapie est pratiquée au sein du CHS. Elle est organisée dans les locaux de l'UMD mais possiblement accessible à l'ensemble des patients hospitalisés en fonction des indications médicales. Une consultation de pré anesthésie est réalisée pour chaque indication et un médecin anesthésiste assiste au traitement administré par un médecin psychiatre.

Un protocole précise les différentes étapes de la prise en charge et recueille le consentement du patient.

En 2018, 297 actes de sismothérapie ont été pratiqués sur 27 patients dont 4 en soins sans consentement.

La réalisation de ce type de thérapie nécessite pour chaque séance une anesthésie générale et le recueil du consentement libre, c'est-à-dire en l'absence de contrainte, et éclairé, c'est-à-dire précédé par une information. Cette information est apportée lors de la consultation pré anesthésie avec la remise d'un document explicatif. Les contrôleurs s'interrogent sur la validité du consentement à une telle thérapie pour des patients hospitalisés sans leur consentement.

7.1.4 Le personnel et les locaux

Depuis quelques mois les activités de soins somatiques ont été regroupées dans un même lieu doté d'un secrétariat et de plusieurs bureaux médicaux permettant les soins de médecine générale et l'accueil des spécialistes consultant sur le site.

Ce service fait partie du pôle intersectoriel intra hospitalier. Il est situé près de l'entrée de l'hôpital, bien identifié et facilement accessible, les locaux sont spacieux, bien aménagés et équipés de panneaux d'affichage proposant des actions de prévention et annonçant les heures

de présence des différents médecins. Le secrétariat gère l'accueil, prend les rendez-vous des médecins – sur appel des infirmiers des unités et sur prescription du médecin psychiatre – et enregistre les actes.

Seuls les patients en soins libres sont reçus sur rendez-vous le matin, les après-midi étant réservés aux visites dans les services.

La consultation est préférentiellement proposée dans le service de médecine générale mais le passage d'un médecin dans les services fermés ou en cas d'impossibilité de déplacement du patient se fait, à tour de rôle, l'après-midi sauf urgence. Il n'y a pas de médecin référent par service.

Le motif de la consultation est demandé et le choix du médecin n'est pas proposé. Les rendez-vous sont donnés selon les disponibilités et les plages horaires de consultations.

L'effectif médical comprend quatre médecins généralistes pour 2,85 ETP selon la répartition suivante : un médecin sur un ETP, un médecin sur 0,75 ETP, un médecin sur 0,60 ETP et un médecin sur 0,5 ETP. De plus un des médecins effectue 0,25 ETP à l'UMD.

7.1.5 Le fonctionnement

Le service est ouvert cinq jours sur sept de 9h à 22h.

La permanence des soins se fait sous forme d'astreinte opérationnelle de 17h à 22h la nuit et de 9h à 22h les week-ends et jours fériés. En dehors de ces créneaux et en cas d'urgence vitale la demande passe par le numéro d'urgence 15.

Les médecins généralistes de l'établissement interviennent dans toutes les unités sauf en pédopsychiatrie (cf. § 9.3). Par ailleurs, dans les services de gériatrie, seuls des soins demandés sur le temps de l'astreinte médicale sont assurés par les médecins généralistes de l'établissement ; en dehors de ces temps d'astreinte, ils sont assurés par les trois gériatres et un médecin généraliste libéral.

Il n'y a pas de visite systématique lorsqu'un patient est admis à l'établissement, qu'il soit en soins libres ou sans consentement, qu'il passe par le CAPS ou qu'il entre directement dans un service. Les médecins généralistes ne dispensent de soins somatiques à l'établissement que sur demande des psychiatres. Il n'existe pas d'examen systématique à l'admission. De même, la réalisation d'un électrocardiogramme n'est pas systématique bien que cela réponde à une recommandation de bonne pratique dans le cadre de la prescription et d'association de certains psychotropes.

RECO PRISE EN COMPTE 5

L'établissement doit impérativement organiser sa permanence médicale afin de permettre la réalisation de l'examen médical somatique indispensable dans les 24 heures qui suivent toute décision d'hospitalisation psychiatrique, quel que soit l'âge des patients.

Le directeur annonce dans ses observations : « *Aujourd'hui, tous les patients en soins sans consentement sont vus systématiquement par le médecin généraliste. La nouvelle organisation (début 2022) fera que tous les patients non programmés passeront par les urgences de l'hôpital général. Un nouveau projet de prise en charge somatique est en cours d'étude* ».

Une convention existe entre l'hôpital général d'Albi et l'hôpital psychiatrique pour les examens biologiques et la radiologie.

Les rendez-vous pour les consultations de spécialistes n'intervenant pas sur le site du CHS sont pris au centre hospitalier général ; les patients y sont accompagnés par le personnel soignant du service d'hospitalisation, par les familles ou un ambulancier.

Les bilans biologiques sont effectués dans les services d'hospitalisation et adressés au laboratoire de l'hôpital d'Albi. Les résultats sont adressés par voie informatique au médecin prescripteur et au service d'hospitalisation.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

8.1 LE CENTRE D'ACCUEIL PERMANENT SPECIALISE (CAPS) EST LE LIEU DE LA MAJORITE DES ADMISSIONS DE JOUR COMME DE NUIT MALGRE UNE PRESENCE MEDICALE DISCONTINUE ET DES LOCAUX EXIGUS

Le service du CAPS est ouvert depuis 1989. Proche de l'entrée de l'hôpital, il est situé au premier étage d'un bâtiment, la pharmacie occupant le rez-de-chaussée. Il fermera en 2021 avec le transfert des urgences psychiatriques à l'hôpital général d'Albi.



Bâtiment abritant le CAPS

8.1.1 Les effectifs

Ouverte 24h sur 24, l'unité fonctionne avec trois infirmiers en poste matin et après-midi, une aide-soignante et une ASH à la journée. Il n'y a ni temps d'assistante sociale, ni temps de psychologue dans le service. Le cadre de proximité est présent à temps plein et les psychiatres assurent une présence de 9h à 17h, cinq jours sur sept.

La permanence des soins repose sur les deux tours d'astreinte opérationnelle organisés sur l'ensemble de l'établissement :

- celle des psychiatres (3 ETP) de 17h à 9h les jours de semaines et 24h sur 24 les week-ends et les jours fériés ;
- celle des médecins généralistes (0,33 ETP) de 17h à 22h les jours de semaine et de 9h à 22h les week-ends et jours fériés.

En semaine l'équipe infirmière du matin est constituée par deux ETP d'infirmiers – auquel s'ajoute l'ETP de l'infirmier de liaison de 9h à 17h – et l'équipe de l'après-midi de trois ETP d'infirmiers.

Les week-ends et jours fériés les équipes du matin et de l'après-midi sont composées de trois ETP d'infirmiers.

8.1.2 Les locaux

Pour accéder au service il est nécessaire de s'identifier au rez-de-chaussée par le biais d'un visiophone, puis d'utiliser un ascenseur équipé d'une caméra pour atteindre le 1^{er} étage.

Le hall d'entrée permet de distinguer deux espaces : un s'ouvrant vers le secrétariat avec des bureaux de consultation et une salle d'attente ; et un espace donnant accès à la porte d'entrée du service.

La porte blindée, surmontée d'une caméra, donne accès au CAPS au moyen d'une sonnette et d'un système de carte pour le personnel. Elle doit être ouverte par un membre de l'équipe soignante mais permet la sortie sans restriction.

Le service, exigü, comprend un îlot central vitré doté de trois pièces (dont la pharmacie du service) réservé aux soignants et aux activités de soins. Joutant cet espace, un bureau de consultation médicale permet un temps plus confidentiel. L'espace d'accueil comprend deux chambres d'isolement qui font face à l'îlot central, trois chambres avec salle d'eau, et un espace adolescent composé d'une chambre avec cabinet de toilette et un salon attenant à la chambre avec poste de télévision, fauteuils, table, etc.

Cet espace prioritairement réservé aux hospitalisations d'adolescents ne dispose pas de verrou de sécurité et se trouve ainsi exposé aux intrusions pouvant venir des patients adultes hospitalisés dans cette unité.

BONNE PRATIQUE 2

Au sein du service CAPS, une chambre avec salle d'eau et salon attenant permet des hospitalisations de qualité pour les adolescents.

RECO PRISE EN COMPTE 6

La porte d'accès à l'espace adolescent doit être équipée d'un verrou de confort afin d'empêcher les intrusions depuis le couloir du service.

Dans ses observations le directeur précise que le verrou de confort est en place.

La salle de repas pour les patients fait également office de salle de télévision. D'aménagement très spartiate, elle communique avec la cuisine et la salle de détente du personnel. Un fumoir bien aéré est installé à l'une des extrémités du couloir ; à l'autre, se trouve une salle d'attente qui se transforme, rarement aux dires des soignants, en chambre avec un ou deux brancards lorsqu'il y a sur occupation. Un système de vidéosurveillance balaie les différents espaces et les chambres d'isolement. Les écrans ne sont activés que sur prescription médicale et ne sont pas visibles depuis le couloir de circulation.

L'organisation des lieux vise au maximum de fonctionnalité mais elle ne peut faire oublier l'étroitesse et la sensation d'enfermement.

8.1.3 Les circuits d'admission au CHS

La majorité des admissions passent par le CAPS. Depuis 2007 l'établissement a fait le choix de gérer les hospitalisations en psychiatrie en ignorant le principe de la sectorisation et a conféré ainsi au CAPS un rôle pivot dans les différents mouvements du public accueilli.

Depuis le 1^{er} juillet 2018, le retour à l'orientation des hospitalisations en fonction de la sectorisation s'effectue progressivement et favorise les entrées directes pour les admissions en soins libres après accord entre médecins exerçant dans les structures externes et les unités de secteur.

Mais le CAPS, service porte de l'hôpital psychiatrique, reste le passage « obligé » pour la grande majorité des admissions en unité d'hospitalisation psychiatrique adulte et pour certaines hospitalisations en pédopsychiatrie.

Les patients peuvent se présenter spontanément, être orientés par leur médecin, par les centres médico-psychologiques, l'équipe de psychiatrie de liaison, par le centre 15 *via* les pompiers ou une ambulance privée sans passer par les urgences médicales de l'hôpital d'Albi. Ainsi les ivresses aiguës peuvent être directement orientées vers ce service bien que cela ne soit pas la vocation des services psychiatriques.

Une ligne téléphonique directe entre le CAPS et le SAMU permet des échanges entre professionnels et des partages d'information rapidement.

Les patients sont alors accueillis par l'équipe du CAPS avec parfois des retours vers les urgences pour des problématiques somatiques. Ces situations sont plus rares depuis la création du poste d'infirmier de liaison mais restent préoccupantes pour la sécurité des patients.

RECOMMANDATION 7

La réflexion sur la filière d'urgence psychiatrique avec passage aux urgences de l'hôpital d'Albi doit se poursuivre afin d'assurer sécurité et qualité des soins.

Ce service accueille également, souvent en chambre d'isolement, les situations de crise survenant au cours d'une hospitalisation dans les unités d'hospitalisation pour une prise en charge courte, le temps de l'épisode clastique, avec un retour dans le service d'origine une fois l'apaisement obtenu.

Une adolescente a pu ainsi bénéficier de l'espace adolescent pendant plusieurs mois, en hospitalisation séquentielle au cours d'épisodes de crise, tout en étant suivie par le secteur de pédopsychiatrie et en alternant également des temps en service d'entrée adulte par défaut de place ou par décision médicale devant une situation clinique nécessitant un lieu fermé.

Le week-end, la nuit et après 17h, toutes les entrées quelle que soit leur provenance passent par le CAPS. Dans ces cas, le psychiatre d'astreinte est appelé.

La réalisation de l'examen somatique indispensable et obligatoire avant toute hospitalisation en psychiatrie n'est pas systématique (*cf.* § 7.1.2)

Le service de psychiatrie de liaison à l'hôpital d'Albi a été créé en 2014 avec un temps infirmier et quelques heures de temps médical. Un bureau au niveau des urgences avait alors été mis à la disposition de cette petite équipe. Mais très rapidement, l'usage de ce bureau est devenu impossible et au jour de la visite, l'installation se résumait à un coin de table située dans le bureau de la cadre du service des urgences, entre le radiateur et la porte d'entrée.

Actuellement, le service est rattaché au CAPS et se compose uniquement d'un temps infirmier qui est opérationnel de 9h à 21h, sept jours sur sept. Lorsque l'infirmier n'est pas mobilisé pour une situation aux urgences ou en réanimation au centre hospitalier d'Albi, il renforce l'effectif de l'équipe du CAPS.

Il se déplace aux urgences de l'hôpital général d'Albi à la demande des urgentistes et des médecins du service de réanimation. L'infirmier émet un avis, après avoir si besoin contacté téléphoniquement le psychiatre en poste au CAPS ou d'astreinte. La décision d'hospitaliser en psychiatrie est alors prise par le médecin urgentiste ou le médecin réanimateur. Le cas échéant, le patient est transféré et accueilli au CAPS.

Lorsque ce service est sollicité de 9h à 21h, c'est un infirmier de l'équipe du CAPS qui se déplace au service d'urgence ou de réanimation.

Les médecins psychiatres se déplacent exceptionnellement au centre hospitalier d'Albi, tout en restant disponibles pour un conseil, une orientation à la demande de l'infirmier de psychiatrie de liaison ou des médecins des service d'urgence et de réanimation. Les prescriptions médicamenteuses se font alors par les médecins des urgences ou de réanimation.

En semaine, les demandes d'avis psychiatriques émanant des services autres que les urgences et la réanimation sont prises en charge par les psychiatres du centre médico-psychologique d'Albi.

Des projets de psychiatrie de liaison au sein des urgences avec des locaux adaptés ne semblent pas très formalisés même si la date de 2021 est annoncée comme possible.

RECOMMANDATION 8

Les conditions d'exercice du personnel du service de psychiatrie intersectorielle et de liaison ne sont actuellement pas acceptables. Les deux établissements hospitaliers doivent en repenser le schéma.

Le directeur note dans ses observations : « *L'établissement assure de façon différenciée la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général et la psychiatrie de liaison. En ce qui concerne la psychiatrie de liaison, elle est assurée par un psychiatre qui passe dans les services autres qu'urgences et réanimation, deux fois par semaine. Ce fonctionnement paraît satisfaisant pour les deux établissements. Dans le cas de la réorganisation, les activités d'urgences psychiatriques et de psychiatrie de liaison seront assurées par une seule et même équipe et les conditions d'exercice sont en cours de définition* ».

Les entrées directes dans les services de psychiatrie générale ou de pédopsychiatrie. Quelques rares hospitalisations, échappent à ce circuit du lundi au vendredi. Il s'agit d'une entente directe en provenance des structures de soins des secteurs pour des patients suivis, et sans passage par le CAPS.

La grande majorité des adolescents accueillis dans l'unité Dolto effectuent également une entrée directe dans l'unité de pédopsychiatrie car elle résulte le plus souvent d'un travail de préparation en amont par les équipes de secteur ou l'équipe mobile de pédopsychiatrie.

8.1.4 La prise en charge au CAPS

L'activité de soin est orientée selon deux axes : le traitement de la crise et l'évaluation de la demande d'hospitalisation avant de se terminer par une décision d'orientation.

La présence médicale psychiatrique est continue en journée, de 9h à 17h et repose ensuite sur l'astreinte psychiatrique de l'établissement. Les week-ends et jours fériés, l'astreinte médicale psychiatrique répond aux demandes et se déplace. Les patients sont vus quotidiennement voire plus.

Les soins se font au lit du patient et dans le bureau de consultation ; il est également possible d'utiliser les salles de consultation qui se trouvent en dehors du service près du secrétariat.

Le constat a été fait à plusieurs reprises, au cours de la visite, de la grande présence et disponibilité des soignants auprès des patients par la pratique d'échanges ou entretiens dans les différents lieux même parfois dans le fumoir.

Si les visites sont limitées surtout du fait de l'étroitesse des lieux, elles restent possibles et autorisées en fonction de l'état de la personne.

L'activité est très intense dans l'îlot central, avec une atmosphère de salle d'aiguillage symbolisée par des grands tableaux où s'inscrivent à la fois, en temps réel, les disponibilités en lits des différents services de l'établissement et sur d'autres les occupations des chambres de l'unité et des orientations proposées et attendues des personnes accueillies.

Le cadre, très présent, recherche et organise les transferts dans les différents services d'admission dès que l'état du patient le permet et dès que le médecin donne son accord.

C'est le service qui accueille qui vient chercher le patient à pied ou avec la voiture du service ; selon les situations, il peut être fait appel à des ambulances extérieures en fonction de l'état clinique du patient.

Il existe des conventions avec trois établissements privés qui peuvent également recevoir des patients selon les indications : la clinique de Beaupuy, qui est autorisée à accueillir des patients en soins sans consentement sauf les SDRE, la clinique de Marigny à Saint-Loup-Cammas et la clinique de Castelviel à Castelamuron, pour les addictions.

Les patients en soins sans consentement sont rapidement orientés dans les services fermés et les différentes démarches sont effectuées par les infirmiers ou le cadre de ces unités.

8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT ETROITEMENT SURVEILLEES

8.2.1 Les chambres d'isolement

Hors UMD, l'établissement dispose de huit chambres d'isolement (CI) dont le descriptif figure dans le rapport annuel rendant compte des pratiques de contention et d'isolement (*cf. infra*) : deux au CAPS, quatre dans les unités d'admission fermées, Saint Jean et Saint Bernard, une dans chacune des unités dites « semi-contenantes », accueillant des patients au long cours, l'UJAAD et Sainte Anne. Au CAPS, à Saint Bernard et à Saint Jean, ces chambres peuvent être utilisées comme des chambres d'hébergement (porte ouverte) dans les périodes de sur occupation, ce qui n'était pas le cas lors de la visite des contrôleurs. Au CAPS, il peut aussi arriver que la chambre du patient soit réattribuée pendant le temps de l'isolement.

Trois espaces d'apaisement (porte laissée ouverte) existent également à Sainte Anne et à l'UJAAD, et un autre dans l'unité de psychogériatrie. Dans la première unité, un canapé y est installé ainsi que plusieurs « poufs » dits poires (microbilles). Un placard, toujours accessible sous médiation, renferme une chaîne hi-fi qui diffuse de la musique en continu (en sourdine).



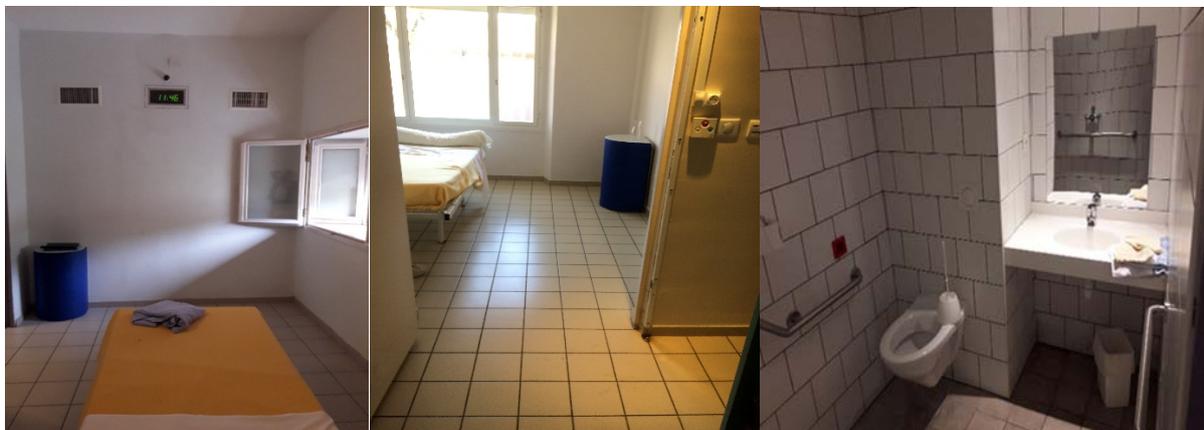
Salle d'apaisement à Sainte Anne

Si les CI sont de surface variable (entre 13,45 m² et 9 m²), elles présentent des caractéristiques similaires. Situées à proximité des bureaux infirmiers, elles sont dotées d'une fenêtre, d'une horloge murale (parfois sans date du jour), d'un sas, d'un dispositif d'appel, hors à Sainte Anne et à l'UJAAD, et d'une vidéosurveillance reliée au bureau infirmier.

Placée dans un espace relativement protégé des allers et venues des patients dans le bureau infirmier, la surveillance par vidéo n'est pas toujours continue. Dans certaines unités, les chambres sont reliées à une salle d'eau (équipée d'un lavabo, d'une douche et de wc) – mais celle-ci peut être rendue inaccessible par fermeture de la porte – ; d'autres en sont démunies. Seuls les appels aux soignants ou la disposition d'un seau/urinal permettent d'aller aux toilettes. Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière, ni d'ouvrir seul la fenêtre pour l'aération. Aucune n'a de double entrée.

Les chambres d'isolement sont toutes meublées d'un unique lit scellé au sol mais les lits, autorisant une position allongée, tête relevée, n'équipent encore que cinq chambres sur huit, en dépit d'une installation progressive. Un plot en mousse est parfois présent.

Les repas sont servis sur un chariot roulant lorsque le patient est calme ou sur le plot lorsqu'il y en a. Les couverts en plastique peuvent être remplacés par des couverts en inox dans certaines unités (Saint Bernard) et sur prescription médicale.



Chambres d'isolement à Saint Jean et Saint Bernard et salle d'eau à Saint Jean



Chambre d'isolement à Sainte Anne

RECOMMANDATION 9

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un accès à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre d'appeler un soignant à tout moment. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière seul ; il doit pouvoir s'orienter dans le temps grâce à une horloge. Un double accès à la chambre doit être prévu. Les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme chambre d'hébergement.

Dans ses observations au rapport provisoire le directeur précise : « *La mise en conformité des chambres d'isolement se fait progressivement. A la mise en service du nouveau bâtiment, toutes les chambres répondront aux recommandations (2022-2023). Une réflexion est en cours sur le développement des espaces d'apaisement et la réduction du nombre de chambres d'isolement. Les chambres d'isolement sont occupées en chambre d'hébergement uniquement au CAPS lorsqu'il est en saturation. Le nouveau bâtiment prévoit une unité de 15 lits* ».

8.2.2 Des procédures connues et un dispositif d'observation des pratiques opérationnel

L'isolement et la contention, « *mesures d'exception mises en œuvre en dernier recours* », font l'objet de fiches de procédures actualisées (novembre et décembre 2018), conformes aux recommandations de la HAS, opérationnelles et pratiques. Des annexes guident les médecins psychiatres et les soignants dans leurs prescriptions informatiques et les suivis à opérer et à tracer dans le dossier médical informatisé du patient (logiciel Cortexte®). Les décisions médicales de placement en isolement doivent être réévaluées 12h après l'entrée en isolement puis toutes les 24h, celles de contention initiale à 6h. Néanmoins, le système permet aux médecins des paramètres plus courts : cette fonctionnalité est très peu utilisée. Les surveillances soignantes doivent s'exercer toutes les heures pour la mise en isolement et tous les quarts d'heures pour les contentions. Une *check-list* doit être remplie à l'entrée et la sortie pour s'assurer du respect des procédures, notamment celles de l'information du patient à l'entrée en isolement et de

l'entretien de « ressenti » à la sortie. Pour ce dernier point, selon les observations des contrôleurs, le contenu de l'entretien qui peut être porté en observation est rarement détaillé.

L'informatisation du dossier patient a permis celle du registre de la contention et d'isolement depuis 2016 et, depuis 2018, sa transmission à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). La direction des droits des patients en propose une analyse mensuelle par unité aux médecins chefs lors de leur réunion avec la direction. Des indicateurs clés identifient les écarts des pratiques par rapport aux recommandations : certains concernant la contention sont portés en événements indésirables graves.

L'isolement et la contention font en outre l'objet depuis 2016 d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dont les progrès sont observés par des audits annuels sur la base de patients « traceurs ».

Parallèlement, l'institution sensibilise l'ensemble des soignants à ces thèmes et dispense une large formation sur les moyens de les réduire (formation OMEGA) (cf. § 2.3.3).

8.2.3 Un investissement institutionnel partagé

L'isolement et la contention font l'objet d'un rapport annuel, conformément à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique. Etabli sur la base du registre par le service des droits des patients, il est présenté à la CME, à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, à la CDU, au comité d'éthique et au conseil d'administration.

L'institution partage également son expérience avec celle de onze autres établissements de la région dans le cadre de la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale de psychiatrie (FERREPSY).

8.2.4 Des pratiques en régression

a) L'analyse du registre 2017-2018

L'analyse du registre 2017-2018, à partir des éléments fournis par l'établissement, doit faire l'objet de précautions :

- d'une part, l'enregistrement des données dans les unités peut avoir évolué d'une année sur l'autre (plus d'enregistrements plus fiables ou l'inverse) ;
- d'autre part, certaines valeurs très faibles peuvent varier d'une année sur l'autre, et faire apparaître des évolutions relatives très importantes.

Pour être significatifs, le nombre de mesures d'isolement et de contention et celui des patients concernés, devraient être rapportés à la file active de chaque unité pour chaque mois des années étudiées. Dans les unités semi-contenantes et compte tenu des durées de séjour, on peut néanmoins supposer que la file active mensuelle est la même chaque mois de chacune des années étudiées. Pour les unités d'admission, les comparaisons d'une année sur l'autre devraient tenir compte de l'augmentation des files actives (Saint Bernard) ou de leur légère diminution (CAPS, Saint Jean).

Enfin, dans certaines unités (Sainte Anne, UJAAD ou Saint Jean), des situations très spécifiques peuvent expliquer des durées d'isolement longues.

PROPOSITION 1

Afin de permettre aux équipes d'évoluer dans leurs pratiques, il serait intéressant de rapporter le nombre des mesures d'isolement et de contention et de patients concernés à la file active de chaque unité et de procéder lors des *staffs* de chaque unité à une analyse des données du registre, au moins de façon trimestrielle.

Le directeur note dans ses observations que : « *Les statistiques d'isolement et de contention font l'objet d'une présentation mensuelle aux médecins chefs par le directeur et aux cadres coordonnateurs de pôle par le directeur des soins* ».

i) L'isolement

Quoi qu'il en soit et avec les précautions méthodologiques signalées plus haut, le registre fait apparaître une baisse significative du nombre de mesures d'isolement en 2018 par rapport à 2017 dans les trois unités d'admission de l'établissement : -51 % au CAPS, -15 % à Saint Jean, -40 % à Saint Bernard. A Sainte Anne, la diminution des mesures d'isolement et des patients concernés apparaît plus tardivement à partir d'août 2018. L'arrivée d'une nouvelle cadre et l'installation progressive de verrous de confort dans les chambres de patients ont permis l'arrêt des « isollements de nuit », jusqu'alors fréquents pour « rassurer » certains patients perturbés par les possibles intrusions de certains autres.

En 2018, les durées moyennes de mises en isolement (nombre de mesures/nombre d'heures en isolement) sont d'un peu plus de 24h au CAPS (les durées de séjour y sont de 24h), de plus de 3 jours à Saint Jean, et de moins de 2 jours à Saint Bernard (les durées de séjours y sont de 22 jours dans les deux cas). Dans les unités semi-contenantes, les séjours en isolement dépassent légèrement la journée (28h à Sainte Anne, 35h à l'UJAAD).

En 2018, le registre signale qu'aucun patient n'a été isolé dans sa chambre et que quinze patients en soins libres sont mis en isolement plus de 2h au CAPS, sans transformation de leur statut (la HAS recommande la transformation du statut dans les 12h).

ii) La contention

De la même façon, en deux ans, le nombre d'heures de contention diminue dans quatre unités sur cinq : -73 % au CAPS où la mesure concerne en moyenne en 2018 un patient par mois, -4 % à Saint Jean, -8 % à Saint Bernard (en 2018, seize et dix-huit patients contentionnés durant l'année). Des écarts de durées moyennes de contention se notent entre les deux unités d'admission : elles sont à Saint Bernard et à Saint Jean respectivement de 4,5h et de 39h.

En 2018, les mesures ont touché deux patients à l'UJAAD (durée moyenne 1h), un à Sainte Anne (durée moyenne 25h). Dans ce service, l'emploi des moyens de contrainte serait aujourd'hui abandonné. Un patient porte une sorte de « gigoteuse » sur ses vêtements, pour l'empêcher de se déshabiller et de déambuler nu ; et une prescription « si besoin » de contention au fauteuil est faite pour éviter les chutes.

b) Les pratiques observées

Les décisions initiales de placement en isolement, ainsi que le souligne les analyses du registre, sont fréquemment de 24h et non de 12h en raison de l'absence de médecin la nuit.

Les évaluations somatiques sont faites par le psychiatre, il n'est jamais fait appel aux somaticiens en dépit des procédures qui prévoient leur intervention en cas de doute.

Les surveillances médicales et infirmières sont effectuées régulièrement et conformément aux recommandations.

L'analyse du registre ne reflète pas cependant les pratiques séquentielles des différentes unités. A Saint Bernard, dès le début de leur isolement, les patients peuvent sortir au moins six fois dans la journée, accompagnés par des infirmiers. L'assouplissement des isolements, qui intervient le plus souvent après 24h sur la base de l'observation des soignants, est progressif dans les deux unités d'admission, y compris pour les personnes détenues, et permet des sorties dans la cour.

Il n'y a pas de visite systématique pour les mises en chambres d'isolement ou l'utilisation des contentions ; les demandes se font uniquement sur prescription des psychiatres.

RECOMMANDATION 10

Un examen somatique systématique doit suivre toute mesure de placement en isolement et de mise sous contention.

La direction de l'établissement note dans ses observations que : « *L'examen somatique n'est pas systématique. Il se fait en fonction de l'état clinique du patient et de son accessibilité à cet examen. Ce point sera examiné dans le cadre du prochain projet somatique* ».

8.3 LA PHARMACIE EST IMPLIQUEE DANS L'INFORMATION DES PATIENTS ET LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Située au rez-de-chaussée du CAPS, la pharmacie occupe une position centrale dans l'établissement.

L'effectif est composé de 6,57 ETP dont deux pharmaciens, quatre préparateurs en pharmacie (3, 57 ETP) et une secrétaire.

Un pharmacien est présent sur le site pendant les heures d'ouverture de 8h à 17h ainsi que le samedi matin de 8h à 12h. Il existe une convention avec la pharmacie de l'hôpital général pour les médicaments à prescription réservée à certains spécialistes.

Le livret thérapeutique est disponible dans toutes les pharmacies des services.

Les médicaments personnels peuvent être utilisés en cas d'arrivée tardive.

Le pharmacien participe de manière active au réseau PIC (psychiatrie information communication) et s'implique dans la formation et l'information des personnels médicaux et infirmiers en proposant également des ateliers sur les médicaments et mise à disposition de supports didactiques dans chaque unité.

La conciliation des traitements médicamenteux est effective depuis un an (débutée en 2017) mais n'est pas encore tracée dans le dossier.

La prescription de NAP (neuroleptique à action prolongée) fait l'objet d'une surveillance et de rappel informatique à la date de la nouvelle prescription.

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit cinq fois par an.

19 808 ordonnances ont été vérifiées en 2017 et ont permis de retrouver quarante-quatre erreurs de prescription (toutes interceptées avant administration), une à la dispensation et onze à l'administration.

Les événements indésirables sont tracés dans le logiciel BlueMedi®.

Une préparatrice en pharmacie est formée à l'éducation thérapeutique et l'ARS a renouvelé en 2017 l'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique : « *vivre avec mon traitement médicamenteux* » pour une durée de quatre ans. Ce programme a été mis en place au CMP de Gaillac selon un calendrier bien défini ; quatre patients participent à cet atelier.

Sous forme de groupe de parole, à la demande des soignants, une préparatrice en pharmacie propose à l'USBP (unité accueillant uniquement des patients en soins libres) des séances d'informations, appelées « l'atelier du médicament », à partir des traitements des patients. Elle est accompagnée par un des soignants et utilise des supports du réseau PIC. L'intervention consiste à apporter des explications sur les effets des traitements à partir des symptômes et des effets secondaires mais toujours dans une logique de dialogue et de réponses aux questions des patients.

BONNE PRATIQUE 3

L'atelier du médicament propose une information personnalisée sur les traitements et leurs effets secondaires en s'adaptant aux demandes des patients.

8.4 LA DELIVRANCE DES TRAITEMENTS NE RESPECTE PAS LE PRINCIPE DE LA CONFIDENTIALITE

Dans tous les services, à l'exception du CAPS où les repas ne sont pas servis systématiquement dans la salle à manger, la distribution des traitements se fait à table au moment des repas.

Si un patient demande des explications, un entretien est proposé dans un second temps par l'infirmier dans un lieu plus tranquille.

Les traitements de nuit sont distribués au lit du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 7

La distribution des traitements doit se faire individuellement dans un lieu fermé afin de préserver la confidentialité de cet acte et permettre de recueillir et répondre aux interrogations.

Le directeur annonce dans ses observations que désormais : « *La distribution des médicaments est faite individuellement, en chambre, au lever et au coucher, ce qui permet de répondre aux interrogations des patients et de préserver la confidentialité* ».

8.5 LES EVENEMENTS INDESIRABLES, NOTAMMENT LES FAITS DE VIOLENCE, SONT SIGNALES ET TRAITES DE MANIERE PERTINENTE AU NIVEAU INSTITUTIONNEL MAIS L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL DES VICTIMES EST INSUFFISANT

Les faits de violence, qu'elle soit verbale ou physique, entre patients ou de la part de certains patients à l'égard des soignants, sont les événements indésirables relatifs à des relations interpersonnelles qui ont été le plus fréquemment déclarés dans l'établissement en 2018, avec 81 cas pour l'ensemble des unités, UMD comprise – ce qui représente 10,6 % du total des 768 déclarations recensées pour l'année. Soixante-sept de ces situations se rapportent à des faits de violence physique survenus tant en intra qu'en extra hospitalier ; les autres se rapportent à des situations de violence verbale. Chaque année, plusieurs de ces événements sont signalés sur la plate-forme nationale (sept en 2018, douze l'année précédente). Au 15 novembre 2018, ce

sont les unités Sainte Anne et l'UJAAD, ainsi que l'UMD, qui recensent le plus grand nombre de déclarations d'événements de violence, avec seize ou dix-sept cas chacune. La gravité de ces événements est cependant variable, le plus souvent qualifiée de moyenne à faible.

Par ailleurs, au 26 novembre 2018, le CHS recensait vingt et un signalements aux forces de l'ordre relatifs à des sorties non autorisées de patients en SSC, dont neuf étaient en programme de soins ambulatoires. En outre, ont également été signalées aux forces de l'ordre vingt-deux sorties sans autorisation de patients en soins libres.

Enfin, l'établissement recense tous les ans plusieurs décès, dont l'essentiel survient au centre de psychogériatrie Germain Cassan où est située la chambre mortuaire : vingt-six en 2016, vingt-deux en 2017, quinze en 2018 et deux au cours des trois premiers mois de 2019.

Quel que soit le type d'événement concerné, une procédure de recueil des fiches d'événements indésirables (FEI) est mise en œuvre avec efficacité : protocolisée et bien connue des équipes soignantes, qui bénéficient de formations et de démonstrations régulières à cet égard, son suivi est assuré par la responsable de la qualité, qui est également coordonnatrice des risques associés aux soins. Chaque FEI fait l'objet d'un traitement détaillé puis est reprise au titre des différents indicateurs qualité poursuivis par l'établissement. Pour les événements les plus graves, des comités de retour d'expérience (CREX) ou des réunions de morbi-mortalité (RMM) sont réunis. Une dizaine de CREX a ainsi été organisée en 2018, toutes selon la grille d'analyse ALARM qui suppose une approche systémique de l'événement pour aboutir à l'élaboration d'un plan d'action⁹.

Cependant, l'établissement entend se donner les moyens d'éviter les événements violents.

En premier lieu, le personnel soignant peut bénéficier, d'une part, d'une approche psychopathologique des motifs qui mènent à la violence dans le cadre de la formation de consolidation des savoirs qui est proposée aux infirmiers nouvellement recrutés ainsi que, d'autre part, d'une formation au programme de prévention et de gestion des situations de violence intitulé OMEGA. La plupart des infirmiers de l'établissement – à l'exception notable des cadres de santé et des jeunes diplômés – ont, selon les informations communiquées, bénéficié de ce programme de formation, qui est dispensé par deux médecins du CHS et qui inclut une analyse des pratiques. Sur ce point, le directeur précise dans ses observations : « *la formation est ouverte à l'ensemble des salariés y compris aux jeunes diplômés et aux cadres de santé. Le suivi des professionnels formés est assuré par le directeur des soins* ». Toutefois, selon les dires de certains professionnels, cette formation ne répond pas à toutes les hypothèses de violence qu'ils sont amenés à rencontrer, notamment lorsqu'aucun signe avant-coureur ne laisse présager la probabilité de violences. Ces témoignages préconisent, en complément du programme OMEGA, la reprise des formations de « self-sauvegarde » qui était auparavant proposées par l'établissement.

En deuxième lieu, l'établissement a mis en place une équipe d'intervention¹⁰, mobilisable à tout moment dans l'ensemble de l'établissement et composée de personnels volontaires spécialement formés (et majoritairement masculins), qui apporte son concours au personnel des

¹⁰ Composée par roulement de trois infirmiers, dont deux sont affectés en unités fermées, cette équipe peut être sollicitée à tout moment du jour, de la nuit ou des jours chômés. Ses membres demeurent dans leur service d'affectation mais sont mobilisables pour tout besoin de renfort par un simple appel sur un numéro d'urgence.

unités lorsqu'il doit faire face à une situation de crise nécessitant un renfort. L'institution de cette équipe a ainsi, notamment, mis fin à la pratique, qui pouvait survenir antérieurement, consistant à solliciter le concours des forces de l'ordre lors de crises violentes de patients survenant dans l'établissement, que les équipes concernées ne pouvaient contenir seules.

Enfin, l'année 2018 ayant été marquée par un nombre important d'autolyses (deux suicides et une tentative en intra hospitalier ; trois suicides de patients bénéficiant de soins ambulatoires), une attention particulière a été accordée au risque suicidaire des patients : outre les CREX organisés à la suite de chacun de ces événements, l'offre de formation a été renforcée à cet égard, la procédure de prise en charge du risque suicidaire a été intégrée au support d'évaluation des infirmiers et un projet de dispositif de recensement des patients à risque a été élaboré.

Il reste cependant, d'une part, que le contrôle n'a pas permis de mettre en évidence une quelconque procédure prévoyant d'apporter aux patients désireux de dénoncer des violences dont ils seraient victimes les informations relatives à leurs droits et les accompagnements dont ils pourraient éventuellement avoir besoin pour les exercer et, d'autre part, que le dispositif d'accompagnement proposé aux soignants victimes de violence, s'il existe, n'est pas plus protocolisé. Selon les informations recueillies, ce dispositif induit une offre de soutien médical et des réunions d'analyse des pratiques sous l'égide d'un psychologue extérieur à l'établissement, mais la fréquence de ces rencontres est jugée insuffisante par les soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les victimes de violences survenues dans l'établissement doivent être informées de leurs droits et un accompagnement doit leur être proposé pour les exercer.

La direction du CHS précise dans ses observations : « Pour le personnel, une procédure (jointe aux observations) a été mise en place. Une information à l'ensemble des salariés a été faite au personnel en présence d'un représentant du CGLPL. Pour les patients, une rencontre avec la responsable des droits des patients est organisée à la demande des soignants. Une procédure est en cours de rédaction ».

8.6 LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF ET S'ATTACHE A CONFRONTER SES ANALYSES AUX QUESTIONNEMENTS DE L'ENSEMBLE DES EQUIPES DE L'ETABLISSEMENT

Un comité d'éthique de neuf membres, ne comprenant aucun médecin à la date du contrôle, se réunit au moins trois fois par an, sans préjudice de la commission éthique installée au sein du conseil d'administration de la fondation, devant laquelle le comité rend compte.

Depuis 2017, le comité d'éthique organise des visites – autant que possible mensuelles – au sein des différentes unités de l'établissement afin de recueillir les questionnements et réflexions éthiques des professionnels qui y interviennent. Chaque visite est assurée par trois ou quatre membres du comité, dont un représentant des usagers dans la mesure du possible. Après avoir visité les unités d'hospitalisation et les équipes de soins ambulatoires en 2017 et en 2018, les membres du comité d'éthique s'attachent en 2019 à rencontrer le personnel technique de l'établissement (cuisines, blanchisserie, etc.).

Un bilan est systématiquement tiré de ces visites, puis discuté lors de la plus proche réunion du comité. Ses membres s'en nourrissent notamment pour alimenter leurs échanges avec les

établissements de la région qui participent, comme la fondation Bon Sauveur d'Alby, à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie.

Il en ressort des recommandations diversifiées, intéressant par exemple la privation des droits, l'enfermement, l'intimité et la sexualité des patients, le positionnement des soignants et le tutoiement ou encore le devenir des patients lors d'hospitalisations dites inadéquates.

Par ailleurs, le comité d'éthique dresse annuellement son bilan d'activité, qui est notamment présenté à la commission des usagers. Il participe en outre pleinement à la démarche de labellisation engagée par l'établissement dans le cadre de l'initiative Quality Rights de l'organisation mondiale de la santé (OMS).

BONNE PRATIQUE 4

Les membres du comité éthique visitent les services de l'établissement intervenant dans la prise en charge des patients, ce qui permet une réflexion complète et des recommandations concrètes et ancrées dans le quotidien de l'hospitalisation.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PERSONNES DETENUES NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT HEBERGEES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Une convention entre le CHS et la maison d'arrêt d'Albi relative à la prise en charge des personnes détenues était en cours de validation au moment de la visite. Une procédure interne intitulée « modalités d'hospitalisation d'un détenu de la maison d'arrêt » définit les règles d'admission et de retour de ces patients.

Les personnes détenues à la maison d'arrêt d'Albi sont prioritairement orientées vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse (Haute-Garonne) mais lorsque leur accueil dans cette unité est impossible – en raison notamment du manque de place et de l'urgence – elles sont hospitalisées dans l'une des deux unités fermées du CHS (Saint Bernard ou Saint Jean).

Le transfert du patient de la maison d'arrêt vers le CHS est assuré par l'administration pénitentiaire dans une ambulance privée. Selon les informations fournies, le patient est systématiquement menotté et parfois entravé pendant le transport ; une sédation est éventuellement décidée par le médecin de l'unité sanitaire en fonction du comportement de la personne détenue. Le retour vers la maison d'arrêt est également organisé par la prison mais dans un véhicule de l'administration pénitentiaire.

Les personnes détenues sont le plus souvent placées en chambre d'isolement à leur arrivée dans l'unité mais peuvent rapidement rejoindre une chambre classique si leur état de santé le permet ; un patient détenu hospitalisé pendant la nuit se promenait dès le lendemain matin dans les couloirs.

Les informations relatives à la situation pénale (prévenu, condamné) et aux droits des patients détenus sont transmises par la maison d'arrêt. Elles peuvent ainsi, le cas échéant, être autorisées à recevoir des visites et accéder au téléphone.

En 2017, vingt-trois personnes détenues ont été hospitalisées au CHS ; quatorze en 2018.

9.2 LA SPECIFICITE DU PUBLIC AGE EN PSYCHIATRIE EST PRISE EN COMPTE ET LE MAINTIEN A DOMICILE EST PRIVILEGIE GRACE NOTAMMENT A L'INTERVENTION D'UNE EQUIPE MOBILE QUI EST PLEBISCITEE

La psychiatrie du sujet âgé est prise en compte par l'établissement au travers de trois unités du centre psychogériatrique Germain Cassan et d'une équipe mobile, regroupées au sein du pôle Germain Cassan : deux unités d'hospitalisation sont consacrées à la psychogériatrie, d'une part, et à la gérontopsychiatrie, d'autre part, cependant que l'hôpital de jour et l'équipe mobile spécialisée, créée en 2017, se donnent pour vocation principale de permettre le maintien des patients à domicile.

Les deux unités d'hospitalisation comptent respectivement dix-huit et vingt lits, répartis dans autant de chambres individuelles équipées de sanitaires, tous occupés au jour du contrôle par des patients de 60 à 93 ans. Aucune chambre d'isolement n'est installée dans ces unités, qui sont librement accessibles mais dont la sortie est contingentée par un digicode pour la sécurité des patients qui y sont hospitalisés. Quelques cas de contention au fauteuil, ainsi que la pose nocturne de barres de lits, visant à éviter les chutes, sont les seuls moyens de contrainte recensés

dans ces unités, qui comptent chacune un médecin et n'accueillent que des patients en soins librement consentis.

L'hôpital de jour assure le suivi d'environ 110 patients lors du contrôle, quotidiennement accueillis par groupes de quinze à vingt-cinq personnes. La demande étant forte, une file d'attente de deux à trois mois est constatée, le délai de sortie (par retour au domicile ou orientation vers une unité d'hospitalisation) étant de plus d'un an. Intervenant en réseau avec l'équipe mobile spécialisée mais aussi les autres services, notamment extra hospitaliers, de l'établissement, l'hôpital de jour vise prioritairement le maintien à domicile des patients. La prise en charge consiste ainsi, pour l'essentiel, à procéder à l'évaluation des capacités de chaque patient et des risques le concernant afin d'apprécier la possibilité et les nécessités d'un maintien à domicile. Parmi les patients pris en charge par cette unité, certains peuvent avoir été orientés par l'équipe mobile.

Composée pour l'essentiel de huit postes d'infirmiers et d'un médecin référent, cette équipe intervient principalement à domicile, pour éviter l'hospitalisation de toute personne résidant sur le territoire relevant de la compétence du CHS qui lui serait signalée par un médecin généraliste (de son propre fait ou à la demande de la famille du patient). Travaillant en lien avec les deux unités d'hospitalisation dont elle partage l'un des cadres de santé et le médecin chef de pôle, cette équipe mobile entretient des relations avec une cinquantaine de partenaires extérieurs, de la filière gériatrique et de celle des aides à domicile essentiellement. Ses membres se déplacent à domicile afin de procéder à une évaluation de la situation des personnes et de leurs nécessités médico-sociales ; préconisent ensuite les actions qui leur paraissent nécessaires pour permettre le maintien de la personne à domicile ; et assurent un suivi. Par ailleurs, ils interviennent également pour préparer et permettre une sortie à domicile ou une sortie institutionnelle d'un patient hospitalisé dans l'établissement, ainsi que pour assurer le suivi d'une orientation d'un patient hospitalisé vers un établissement spécialisé (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, -EHPAD- par exemple).

Victime de son succès, l'équipe mobile doit faire face, au jour du contrôle, à un certain épuisement de ses membres, qui parcourent quotidiennement un vaste territoire et dont le nombre n'est plus suffisant pour faire face, dans un délai limité, aux sollicitations dont ils sont saisis. Le renforcement de cette équipe, de même que celui du soutien médical dont elle dispose, devrait donc être envisagé à court terme.

BONNE PRATIQUE 5

L'intervention d'une équipe mobile de psychogériatrie destinée à permettre le maintien à domicile des personnes âgées et qui assure un suivi des patients orientés en établissements spécialisés doit être soulignée. Pour assurer la pérennité de son intervention, cette équipe devrait être confortée par l'apport de moyens adaptés aux exigences et au succès de l'entreprise.

9.3 LES SOINS PROPOSES EN PEDOPSYCHIATRIE SONT ESSENTIELLEMENT AMBULATOIRES, LES RARES HOSPITALISATIONS SE DEROULENT DANS DES LOCAUX OUVERTS

Les locaux accueillants les différents services de pédopsychiatrie ont été refaits à neuf récemment et se situent en dehors de l'enceinte du centre hospitalier Pierre Jamet, en face de l'entrée principale.

Pour 2017, la file active est de 2 404 patients dont 48 patients hospitalisés à temps complet soit 2 % de la file active. L'activité est donc essentiellement ambulatoire.

9.3.1 L'activité du secteur de pédopsychiatrie s'articule autour de l'équipe mobile de pédopsychiatrie créée en 2009

C'est l'une des portes d'entrée des différentes prises en charge.

Son activité est déclenchée par des appels de la famille, des institutions, des médecins, des services de pédiatrie, le plus souvent face à des situations de crise. L'équipe mobile est sollicitée en première ligne, elle se mobilise, se déplace au domicile dans les 48h et rencontre les parents dans un premiers temps en proposant une rencontre avec l'adolescent ; elle peut intervenir plusieurs fois, parfois jusqu'à cinq reprises avant de proposer un projet de soins, une orientation et éventuellement une hospitalisation.

En moyenne, sur cinq hospitalisations, quatre sont préprogrammées avec l'intervention de l'équipe mobile de pédopsychiatrie et une hospitalisation fait suite à un passage au service d'urgence psychiatrique (CAPS).

9.3.2 Les soins proposés en pédopsychiatrie

La prise en charge psychiatrique et l'organisation des différentes unités reposent sur un projet de service régulièrement remanié. Au moment de la visite des contrôleurs, le chef de pôle en fonction depuis de nombreuses années préparait son départ en retraite. La passation de responsabilités se faisait avec un praticien en poste depuis plusieurs années dans un climat de réflexion et de concertation orchestré par de nombreuses réunions et rencontres relatives au nouveau projet de service.

La prise en charge est très large et diversifiée selon les tranches d'âge : de la prise en charge néo natale avec des accueils mère/bébé ; des lieux pour les petits et les moyens puis les adolescents. Toutes ces facettes de la prise en charge sont regroupées dans un bâtiment d'un seul niveau à l'architecture ouverte et permettant les passages d'une structure à l'autre de manière très libre et non contraignante. Les rencontres avec les patients se font au fil des couloirs et des salles d'activités. Il émane de cette unité une grande sensation de fluidité et d'écoute.

L'écoute dynamique et décroisonnée facilite les passages entre les différents types de prise en charge.

Tous les professionnels rencontrés parlent de leur activité avec enthousiasme.

Il existe également une prise en charge très spécifique dans le cadre de la périnatalité avec de la guidance parentale.

Les portes sont ouvertes dans toutes les structures de soins au moment de la visite.

9.3.3 L'unité d'hospitalisation complète Dolto

a) L'arrivée dans l'unité Dolto

L'unité Dolto est située hors les murs du Bon Sauveur sur le site du futur hôpital projet 2022.

Il s'agit d'un bâtiment comprenant deux étages ressemblant plus à une maison d'habitation qu'à un centre hospitalier, dont une partie, anciennement un internat, reçoit l'hôpital de jour avec un accès direct depuis la rue. L'extension de cet ancien internat abrite le service d'hospitalisation complète qui comporte des salles d'entretien, des lieux de vie, cuisine, salle à manger, plusieurs

salles d'activités et cinq chambres possédant toutes un cabinet de toilette avec wc et un verrou de confort.

Le service est ouvert. Les locaux sont propres, clairs, accueillants et décorés. Les patients y circulent librement, interpellant facilement les intervenants et les visiteurs.

A leur arrivée, les jeunes patients sont accueillis par les infirmiers après avoir été accompagnés par leurs parents en passant par l'entrée principale située sur le côté rue au niveau de l'hôpital de jour. Si l'hospitalisation fait suite à un passage par le CAPS, les patients sont pris en charge par les infirmiers du service depuis le CAPS.

La seule mesure restrictive systématique porte sur l'usage du téléphone portable qui est déposé dans un casier situé dans l'office infirmier. Il est consultable deux fois par semaine, à la demande du patient et en présence d'un soignant.

Si l'usage du tabac est toléré avec un maximum de cinq cigarettes par jour avec l'avis des parents et une autorisation écrite, il existe un atelier d'éducation à la santé qui a élaboré une série d'affiches exposées sur les murs des couloirs et des lieux de passage décrivant les méfaits du tabac.

Les activités sont variées, accompagnées par les infirmiers, psychologues, éducateurs. Il existe des temps scolaires et l'accès à l'informatique est possible.

b) Le temps de l'hospitalisation

La plupart des hospitalisations relèvent des soins libres avec la double autorisation parentale.

L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement, mais les hospitalisations de mineurs en chambre d'isolement en service adulte sont très rares car l'espace réservé aux mineurs au CAPS est parfois utilisé quand l'état de ces derniers nécessite un espace plus contenant dans l'attente d'une alliance thérapeutique permettant un retour dans l'unité Dolto.

La période d'observation se passe plutôt dans cet espace au CAPS et dans la prise en charge initiale faite par l'équipe de liaison de pédopsychiatrie.

Les nombreuses activités dont des activités sportives (piscine et gymnase) alternent avec les soins et suivis psychothérapeutiques individuels ou en groupe.

Un groupe de parole est également proposé.

Il n'y a pas de médecin somaticien ou de pédiatre dans le service ; l'accès aux soins somatiques pour les patients mineurs ne passe pas par le biais du CHS : les médecins du secteur adulte refusant de se déplacer sur ce lieu d'hospitalisation au prétexte qu'ils n'ont pas compétence en pédiatrie.

En cas de nécessité ou d'urgence le patient est conduit aux urgences pédiatriques du centre hospitalier d'Albi.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Le CHS doit organiser la prise en charge somatique des mineurs au sein de l'établissement.

Le directeur annonce dans ses observations que : « *Les médecins somaticiens doivent prendre en charge les mineurs depuis le 1^{er} janvier 2020 suite à la mise en place du pôle transversal spécialisé* ».

c) La continuité des soins

L'ARS dans l'organisation départementale des hospitalisations des mineurs impose une fermeture des deux services accueillants les mineurs de 12 à 18 ans dans le département du Tarn pendant les vacances scolaires : le service Dolto et le service Horizon Ados de l'hôpital de Lavaur. Ainsi les deux services ont une obligation de fermeture un mois durant l'été et la moitié du temps des petites vacances soit huit semaines par an. Elle impose également la continuité des soins et donc la coordination entre les deux services. La fermeture de l'hospitalisation complète est liée à un effectif insuffisant pour fonctionner 365 jours par an.

Pendant ces périodes de fermeture, les patients dont l'état de santé nécessite la poursuite d'une hospitalisation prolongée sont orientés vers l'unité restant ouverte.

Cette obligation de fermeture met à mal les projets de soins et les prises en charge de jeunes patients dont les pathologies ne sont pas nécessairement en phase avec les calendriers des vacances.

RECOMMANDATION 11

L'offre de soins, dont les possibilités d'hospitalisation en pédopsychiatrie, ne doit pas être interrompue pendant les vacances scolaires.

Le directeur note dans ses observations : « L'Agence Régionale de Santé a été saisie à plusieurs reprises sur les difficultés d'hospitalisation et d'articulation entre les deux acteurs de la pédopsychiatrie du département. L'établissement est en attente de réponse dans le cadre du projet territorial de santé mentale ».

9.4 L'EXISTENCE DE RARES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES NE REMPLACE PAS LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES PEU ACCESSIBLES AUX PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT

9.4.1 Les activités occupationnelles

Outre la télévision, quelques activités sont organisées dans les unités fermées et ouvertes : tennis de table, baby-foot, soins esthétiques, lecture, dessin, jeux de société, etc.

Cependant, ces activités sont à l'initiative des membres de l'équipe paramédicale, leur réalisation dépend de la disponibilité des soignants, de leur charge de travail ainsi que de l'effectif présent.

Au CHS, la plupart des activités proposées aux patients en SSC se font sur prescription médicale. A Saint Jean par exemple, il est en théorie proposé dans l'unité, sur prescription médicale, une activité cuisine un vendredi sur deux (pour quatre patients maximum), une activité lecture deux fois par semaine et un jeu des couleurs une semaine sur deux.

L'accès à la bibliothèque et même à la cafétéria nécessite une prescription médicale et un accompagnement par un soignant sauf pour certains patients en « programme de soins hospitaliers » (cf. § 4.4.2).

9.4.2 Les activités thérapeutiques

Ces activités sont centralisées dans des services spécifiques et sont peu accessibles aux patients hospitalisés en service fermé.

a) Les activités thérapeutiques en dehors des unités

Les activités médiatisées thérapeutiques sont nombreuses mais essentiellement organisées en filière de soins dans l'unité de réhabilitation psychosociale (UPSB) de Sainte Claire et dans le service des thérapies médiatisées.

i) Le service de réhabilitation psychosociale

L'unité de seize lits, dont un espace d'autonomie de quatre places, est exclusivement orientée sur la réhabilitation psychosociale accueillant des personnes en soins libres mais également des patients en programme de soins dit « hospitaliers » (trois au moment de la visite dont deux en soins à la demande d'un tiers et un en soins sur décision du représentant de l'Etat).

L'accès à cette unité se fait sur demande médicale, souvent après une hospitalisation plus ou moins longue dans une unité d'entrée fermée. Plusieurs entretiens, des rencontres visites de service sont organisés afin d'étayer la demande. L'équipe mobile de cette unité prend en charge cette demande et rencontre les différents partenaires.

Dans cette unité de réhabilitation psychosociale l'hospitalisation se déroule en trois étapes :

- des temps de thérapies médiatisées dont l'axe de travail est défini par le médecin prescripteur mais l'atelier déterminé par l'équipe soignante ;
- un passage dans l'espace d'autonomie avec quatre lits et un programme intensif d'activités médiatisées ;
- un retour à domicile ou dans des structures médico-sociales en s'appuyant sur une équipe mobile composée de 2,5 ETP d'infirmiers pour assurer le suivi des patients stabilisés, prévenir les ré hospitalisations et apporter un soutien aux aidants.

La prise en charge dans l'espace d'autonomie, en permettant une resocialisation douce et progressive avec des soins de réhabilitation sur un mode intensif, est un outil essentiellement proposé aux patients en soins libres.

ii) Le service des thérapies médiatisées

Ce service ouvert depuis 2015 reçoit entre 150 à 180 patients par semaine dont 85 % provenant de l'intra hospitalier. Ces patients sont pris en charge par trois infirmiers formés en art-thérapie. Les patients ont des activités individuelles mais participent également à des réalisations collectives : rédaction et publication d'une gazette tous les trois mois, *La gazette des thérapies médiatisées* consultable sur le site internet de l'établissement, création d'un char participant au défilé du carnaval de la ville d'Albi, etc.

Quelques patients en soins sans consentement ou en « *programme de soins hospitaliers* » participent aux activités du service et viennent accompagnés par des infirmiers. Au moment de la visite, six patients de Saint Jean et trois de Saint Anne bénéficiaient d'activités au sein de ce service.

b) Les activités thérapeutiques dans les unités

i) Les activités médiatisées

Les infirmiers du service des thérapies médiatisées interviennent dans les services fermés de Saint Jean, Saint Bernard et Sainte Anne pour les patients hospitalisés dans ces unités.

Toujours sur prescription médicale, seul ou en groupe, ces activités utilisent les supports habituels : peinture, dessin, terre, collage, etc. Elles concernent souvent un petit nombre de

patients : au moment de la visite, aucun patient en SSC n'était pris en charge par les infirmiers art-thérapeutes dans le service Saint Bernard.

ii) Les activités sportives

Deux éducateurs sportifs à temps plein proposent des activités sportives à la piscine ou au gymnase. Les activités peuvent se faire seul ou en groupe, toujours sur prescription médicale et avec un certificat médical réalisé par le médecin généraliste confirmant l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité proposée. De même les éducateurs sportifs interviennent sur prescription médicale dans les services fermés et animent des activités pétanque, tennis de table, badminton et renforcement musculaire. Au moment de la visite, quatre patients de Saint Bernard étaient inscrits aux activités sportives organisées au sein de l'unité mais aucun à celles se déroulant à l'extérieur.

iii) Les sorties thérapeutiques

Les sorties accompagnées par les soignants pour effectuer des démarches, des achats ou simplement pour évaluer la capacité à l'autonomie font également partie des activités autant occupationnelles que thérapeutiques et sont décrites comme éléments des projets de soins.

RECOMMANDATION 12

Tous les patients doivent bénéficier d'un égal accès aux activités thérapeutiques quels que soient leur statut ou leur lieu d'hospitalisation.

La direction note dans ses observations : « *des activités thérapeutiques sont organisées dans les services* », mais ne fournit aucune information complémentaire.

10. CONCLUSION

Soucieux des droits des patients dont l'information est complète, attentif à une prise en charge de qualité dans les unités, préoccupé de façon institutionnelle par les pratiques d'isolement et de contention dont la fréquence observée a été réduite, l'établissement qui a un ambitieux projet de réhabilitation doit le saisir comme une opportunité pour améliorer la prise en charge des patients. Les limites à la liberté d'aller et venir des patients, notamment ceux hospitalisés sans leur consentement, doivent notamment être interrogées ; et les pratiques relatives aux programmes de soins dits hospitaliers et l'accès aux activités doivent être améliorés.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr