



Rapport de visite :

9 au 13 septembre 2019 – 1^{ère} visite

Pôle de psychiatrie du centre
hospitalier de Mont-de-Marsan

(Landes)

SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du pôle de psychiatrie du centre hospitalier (CH) de Mont-de-Marsan (Landes) du 9 au 13 septembre 2019.

Le CH est compétent sur trois des quatre secteurs de psychiatrie adultes du département des Landes (Est, Nord et Sud) et sur un intersecteur de pédopsychiatrie. Les patients en soins sans consentement (SSC) du secteur Ouest – qui dépendent du centre hospitalier de Dax – sont hospitalisés, en première intention, au CH de Mont-de-Marsan ; une fois leur état clinique stabilisé, ils sont éventuellement orientés vers l'unité de psychiatrie générale du pôle de psychiatrie du CH de Dax¹.

Le pôle de psychiatrie adultes est localisé sur le site de Sainte-Anne situé à proximité du centre-ville, sur un vaste terrain de soixante hectares. Il comporte huit unités d'hospitalisation ; une unité d'hospitalisation pour adolescents, également située sur ce site, est administrativement rattachée au pôle mère-enfant et pédopsychiatrie. L'hospitalisation à temps complet est désectorisée depuis 2007. Les unités sont organisées en fonction du profil clinique des patients et du mode d'hospitalisation, libre ou sans consentement ; deux unités fermées accueillent exclusivement des patients en SSC.

Outre ces unités d'hospitalisation à temps complet, le pôle de psychiatrie adultes compte, en extra hospitalier, vingt-deux centres médico-psychologiques (CMP), trois hôpitaux de jour et quatre centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) répartis sur l'ensemble des secteurs de compétence.

Enfin, l'établissement dispose depuis juin 2018 d'un centre d'accueil psychiatrique ouvert H24 (CAP 24) au sein du service d'accueil des urgences de l'hôpital.

L'établissement recense 2 037 séjours en hospitalisation complète en psychiatrie adultes en 2018 dont 23,90 % en SSC. Les décisions de SSC prises par le directeur au titre du péril imminent (2° de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique) demeurent largement minoritaires et ne représentent que 15,59 % des mesures de SSC et conservent donc un caractère dérogatoire, contrairement à ce que le CGLPL constate trop souvent.

Si les évaluations somatiques et psychiatriques de première intention, ainsi que l'accueil et l'orientation des patients se sont améliorés avec l'ouverture du CAP 24, la prise en charge médicale des patients souffre d'un déficit de psychiatres. Seuls huit des quinze postes de médecins psychiatres sont pourvus ; au moment de la visite, quatre intérimaires pallient les sept postes restants. Cependant, la cheffe de pôle s'est attachée à ce qu'un médecin psychiatre titulaire de l'établissement soit référent dans chaque unité d'hospitalisation afin de compenser les difficultés liées à la valse des intérimaires pouvant donner lieu à des prises en charge parfois chaotiques.

Selon les chiffres du rapport annuel sur les mesures d'isolement et de contention et selon les propos recueillis, ces mesures semblent être utilisées avec modération (aucune chambre d'isolement occupée lors de la visite) mais le registre n'est pas le reflet des pratiques. En effet, des mesures d'isolement en chambre ordinaire ont fréquemment lieu dans la plupart des unités (porte des chambres fermées à clé la nuit notamment) mais ne sont, pour certaines d'entre elles,

¹ Cf. Rapport de visite du centre hospitalier de Dax-Côte d'Argent du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017 publié sur le site internet du CGLPL

enregistrées comme telles, dans le dossier des patients que dans deux unités ; dans les autres unités elles ne sont donc pas comptabilisées. Par ailleurs, les mesures d'isolement des patients détenus ne sont pas non plus comptabilisées alors même qu'ils passent leur séjour enfermés à clé dans une chambre et ne bénéficient que de rares sorties pour les repas et fumer une cigarette. Certaines mesures de mise sous contention ne sont pas non plus tracées dans les registres. Aucune véritable réflexion institutionnelle sur le recours à ce type de mesures n'a encore été mis en œuvre au sein de l'établissement.

Les notifications des décisions du directeur et l'information des patients en SSC sur leur statut et leurs droits sont parfois lacunaires et effectués plusieurs jours après l'admission et leurs modalités sont hétérogènes d'une unité à l'autre. Cette situation n'est pas compensée par les informations du livret d'accueil qui ne contient aucune information utile aux patients en SSC et qui par ailleurs n'est pas toujours disponible dans les unités.

Les patients, enfermés dans la très grande majorité des unités, s'y ennuiant. Seules trois unités sur neuf sont ouvertes ; même dans les unités ouvertes, la fermeture des portes se fait très tôt, dès 17h30 parfois. Par ailleurs, les chambres dans de très nombreuses unités ne sont pas accessibles aux patients tout ou partie de la journée. Le principe de la liberté de l'usage du téléphone portable personnel, sauf contre-indication médicale cliniquement justifiée, n'est pas garanti dans l'ensemble des unités d'hospitalisation de l'établissement. La participation aux activités thérapeutiques proposées par le CATTP est faible et l'absence de psychomotricien, d'ergothérapeute et de psychologue ne facilite pas l'organisation d'activités dans les unités.

Les conditions de vie dans la plupart des unités sont aussi dégradées par la vétusté et l'inadaptation des locaux (chambre à l'étage, chambres doubles, absence de sanitaires dans la plupart des chambres, mobilier rudimentaire, etc.). Au-delà de la vétusté des unités, des pratiques professionnelles conduisent à enfermer des patients dans des chambres en leur laissant un seau pour faire leurs besoins ou à leur faire revêtir en permanence un pyjama déchirable de l'hôpital.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 35

Le déplacement du JLD dans les unités pour rencontrer les patients ne pouvant se déplacer, et ce quel que soit le motif de l'empêchement, garantit les droits des personnes hospitalisées.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 15

Les informations transmises par le DIM relatives à l'activité en soins sans consentement doivent être plus précises.

RECOMMANDATION 2 17

Le livret d'accueil doit être complété et mis à jour.
Il doit être remis à chaque patient dès son arrivée dans l'unité et à tout le moins dès que son état lui permet d'en comprendre le contenu.

RECOMMANDATION 3 18

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique (CSP) et afin de permettre une notification au patient de la mesure et de ses droits dans un bref délai, la décision d'admission doit être prise et signée du directeur ou de son délégataire dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

RECOMMANDATION 4 20

Les décisions du directeur doivent être davantage motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. De même, les arrêtés du préfet doivent être joints au courrier de notification.

La procédure de notification, qui doit être identique pour tous les patients en soins sans consentement, mérite d'être revue afin que soient clairement énoncés, outre toutes les voies de recours, l'ensemble des droits édictés à l'article L.3211 du CSP.

Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement devraient être affichées dans les unités accompagnées des coordonnées des autorités et institutions pouvant être saisies par le patient ou avec lesquelles il peut communiquer.

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise au patient tant lors de son admission que tout au long de son hospitalisation.

RECOMMANDATION 5 21

Les équipes de renfort appelées pour intervenir auprès d'un patient doivent être composées exclusivement de personnel soignant dûment formé.

RECOMMANDATION 6 22

L'affiche présentant la composition de la commission des usagers doit être mise à jour

RECOMMANDATION 7	23
La commission des usagers devrait se rendre régulièrement dans les unités d'hospitalisation et assurer une permanence hebdomadaire sur le site de Sainte-Anne de façon à permettre aux patients de la rencontrer.	
RECOMMANDATION 8	24
Les équipes soignantes des unités de psychiatries doivent être informées de l'existence du comité d'éthique et invitées à lui proposer des sujets de réflexion.	
RECOMMANDATION 9	24
A l'admission, il doit être remis systématiquement au patient une notice explicative complète sur la désignation d'une personne de confiance. Il conviendrait que l'hôpital prenne des dispositions pour s'assurer de l'information de la personne désignée ; cette tâche ne peut être laissée à la charge du patient, qui vient d'être hospitalisé pour des problèmes psychiatriques et n'est donc pas dans des dispositions lui permettant d'en assumer la responsabilité.	
RECOMMANDATION 10	25
Des informations complètes sur les modalités d'accès aux différents cultes doivent être mises à la disposition des patients.	
RECOMMANDATION 11	27
Les visites et réunions de la CDSP doivent impérativement être organisées afin que les droits et la dignité des personnes en soins sans consentement soient à nouveau garantis.	
RECOMMANDATION 12	28
Les livres de la loi doivent être tenus avec davantage de rigueur et mentionner, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part. Une formation aux lois des 5 juillet 2011 et 27 septembre 2013 doit être mise en place pour les agents du bureau des entrées.	
RECOMMANDATION 13	29
Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.	
RECOMMANDATION 14	32
Dans le respect des dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient et recueille ses observations à l'occasion d'une réunion effective de ses membres, que l'avis découlant de cette évaluation soit motivé et communiqué au patient, que le collège se réunisse pour tous les patients en soins sans consentement depuis une durée d'un an, non seulement ceux en hospitalisation complète mais également ceux en programme de soins.	
RECOMMANDATION 15	36
Les autorités énoncées à l'article L.3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au centre hospitalier de Mont-de-Marsan afin de vérifier la régularité des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et signer les livres de la loi.	
RECOMMANDATION 16	37
La liberté d'aller et venir doit être la règle ; les restrictions doivent être individuelles et dûment motivées par l'état clinique des patients.	

RECOMMANDATION 17	38
Les patients doivent pouvoir regagner leur chambre le matin et l'après-midi, notamment pour faire la sieste s'ils le désirent.	
RECOMMANDATION 18	39
Le port du pyjama ne doit jamais être décidé pour des motifs sécuritaires mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques et le port d'un vêtement personnel confortable doit être privilégié.	
RECOMMANDATION 19	40
L'accès au téléphone portable doit être posé comme principe auquel il ne peut être dérogé que sur avis médical au regard de l'état clinique du patient. L'hôpital doit par ailleurs garantir aux patients un accès suffisant à un poste téléphonique dans des conditions garantissant la confidentialité des conversations.	
RECOMMANDATION 20	42
L'hôpital doit mener une réflexion institutionnelle sur les questions en lien avec la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles mais aussi les impératifs de santé publique.	
RECOMMANDATION 21	44
Toutes les chambres doivent être équipées de boutons d'appel, de verrous de confort et du mobilier nécessaire à des conditions de vie satisfaisantes.	
RECOMMANDATION 22	45
Chaque patient doit disposer dans sa chambre d'un placard fermant à clé.	
RECOMMANDATION 23	49
Il convient de pourvoir les postes vacants de médecin psychiatre afin d'assurer une plus grande stabilité dans la prise en charge médicale.	
RECOMMANDATION 24	49
Durant la garde, le médecin doit communiquer directement par téléphone avec les équipes soignantes du site de Sainte-Anne, sans passer par l'intermédiaire de l'IDE du CAP 24.	
RECOMMANDATION 25	53
Il convient de réorganiser complètement les lieux dits de convivialité (cafétéria et bibliothèque) en les indiquant par une signalétique précise, en les rénovant et en développant un réel projet de lieux-relais. La bibliothèque doit être prise en charge par un personnel formé à cet effet.	
RECOMMANDATION 26	54
Les injections ne peuvent être prescrites que par le médecin psychiatre après avoir tenté d'obtenir le consentement du patient à un traitement médicamenteux. Les prescriptions « <i>si besoin</i> » doivent être proscrites.	
RECOMMANDATION 27	54
Les modalités d'administration des traitements médicamenteux doivent permettre de respecter la confidentialité des soins.	
RECOMMANDATION 28	55
La décision de recourir à l'électroconvulsivothérapie doit être prise de manière collégiale, comme cela peut être le cas pour d'autres traitements particulièrement invasifs et dans un contexte permettant de recueillir le consentement libre et éclairé de la personne concernée et de son entourage.	

RECOMMANDATION 29	56
Un examen somatique systématique doit suivre toute mesure de placement en isolement et de mise sous contention.	
RECOMMANDATION 30	58
Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès libre à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre de joindre 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. Enfin, les chambres doivent être équipées de lits adaptés ; table et siège doivent être mis à disposition pour les repas.	
RECOMMANDATION 31	58
Le port de pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il doit être décidé par le psychiatre, le cas échéant, sur des considérations cliniques individuelles.	
RECOMMANDATION 32	60
Le centre hospitalier doit engager une réflexion sur le recours aux mesures d'isolement et de contention. Il doit également harmoniser les recueils de données concernant ces mesures, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative grâce à la mise en place d'un registre conforme aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.	
RECOMMANDATION 33	64
Les modalités de transport d'un patient détenu par les soignants depuis l'établissement pénitentiaire doivent être adaptées à l'état clinique de celui-ci.	
RECOMMANDATION 34	64
Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.	

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	64
Le rapport provisoire recommandait qu'un protocole d'admission des patients détenus soit signé entre le centre hospitalier et le centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan qui devait transmettre les informations nécessaires au respect des droits des patients ; les droits relatifs aux communications avec l'extérieur (visite, téléphone, courrier) doivent être garantis pendant l'hospitalisation. Le directeur indique dans sa réponse au rapport provisoire que ce protocole a été rédigé et validé par les équipes du Centre Pénitentiaire et de l'ARS DT40 ; il e a adressé copie au CGLPL.	

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	12
2.2 la situation financière de l'établissement se caractérise par un déficit structurel du budget.....	13
2.3 Les ressources humaines paramédicales sont adaptées aux besoins mais l'établissement manque de médecins psychiatres	13
2.4 A l'inverse de la tendance nationale, les patients admis en soins sans consentement selon la procédure du péril imminent sont en faible pourcentage	14
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	16
3.1 L'information orale est régulièrement donnée mais les écrits, parfois insuffisants, erronés ou tardifs, ne sont pas toujours remis aux patients	16
3.2 Les événements indésirables sont correctement traités par la commission des usagers mais le comité d'éthique est méconnu du pôle de psychiatrie	20
3.3 La personne de confiance, très rarement désignée, n'est pas informée de sa désignation	24
3.4 L'accès au vote est organisé et efficient.....	24
3.5 L'accès aux cultes est insuffisamment expliqué aux patients.....	25
3.6 La protection juridique est efficacement gérée par les assistantes sociales	25
3.7 La confidentialité sur la présence, connue des équipes soignantes, ne fait pas l'objet d'une procédure formelle	25
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	27
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'assure plus son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes hospitalisées	27
4.2 La tenue du registre de la loi connaît quelques retards et omissions, et n'est pas en tous points conforme aux prescriptions légales.....	27
4.3 Les sorties, rapidement accordées, participent de la préparation à la sortie travaillée avec la famille et l'extra hospitalier ; les programmes de soins se déroulent exclusivement en ambulatoire mais la situation des patients échappe à l'avis du collège des professionnels de santé	29
4.4 Dans le cadre du contrôle exercé par le JLD, tous les patients sont rencontrés, le juge se rendant dans les unités pour s'entretenir avec ceux qui ne peuvent se déplacer	33
4.5 Les autres contrôles sont inexistants	36

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	37
5.1 La liberté d’aller et venir est restreinte y compris pour les patients en soins libres	37
5.2 les restrictions de la vie quotidienne sont nombreuses.....	38
5.3 Les communications avec l’extérieur sont souples mais l’utilisation du téléphone portable doit être protocolisée	39
5.4 La question de la sexualité des patients n’est pas abordée par la plupart des équipes soignantes	42
6. LES CONDITIONS DE VIE.....	43
6.1 La plupart des unités d’hospitalisation sont vétustes et les chambres ne disposent pas d’équipements suffisants	43
6.2 Les conditions d’hygiène sont satisfaisantes.....	44
6.4 La restauration ne pose pas de difficulté	45
7. L’ACCES AUX SOINS.....	47
7.1 La création du CAP 24 a pour but d’éviter les hospitalisations non justifiées et de réduire les pertes de chances.....	47
7.2 L’accès aux soins psychiatriques est inégal d’une unité à l’autre	48
7.3 Les traitements sont généralement discutés et expliqués mais des « si besoin » perdurent.....	53
7.4 La prise en charge somatique est assurée mais les somaticiens ne surveillent pas systématiquement les mesures de contention	55
8. L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION	57
8.1 Les conditions de vie en chambre d’isolement sont indignes.....	57
8.2 Les mesures d’isolement et de contention sont insuffisamment tracées	58
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	61
9.1 Une unité unique, Bastide, accueille désormais les adolescents en crise ou en réhabilitation	61
9.2 Les personnes détenues sont systématiquement placées en isolement.....	62
10. CONCLUSION.....	65

Rapport

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, chef de mission ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Bénédicte Piana ;
- Marie Pinot ;
- Dominique Secouet ;
- Cédric de Torcy.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Mont-de-Marsan (Landes) du 9 au 13 septembre 2019.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés sur le site de l'établissement situé 782 avenue de Nonères, à Mont-de-Marsan le 9 septembre 2019 à 15h. Ils l'ont quitté le 13 septembre à 12h.

Une réunion de présentation de la mission s'est tenue devant une trentaine de personnes dont le directeur adjoint en charge du pôle de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, le médecin en charge du département d'information médicale (DIM), des médecins chefs de pôle, des cadres supérieurs de santé et des représentants des usagers, etc.

Le directeur de cabinet du préfet des Landes, le président et le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Mont-de-Marsan ont été informés de la visite. Les contrôleurs ont rencontré au cours de leur visite le juge des libertés et de la détention (JLD).

Des affiches annonçant la visite ont été apposées dans les unités d'hospitalisation et les locaux administratifs. Une salle de réunion a été mise à la disposition des contrôleurs et l'ensemble des documents sollicités a été communiqué.

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

Une réunion de fin de visite s'est tenue le 13 septembre à 11h en présence d'un public sensiblement identique à celui ayant assisté à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire de visite a été adressé le 27 octobre 2020 au chef d'établissement, à la préfecture des Landes, au président et au procureur de la République près le tribunal judiciaire de Mont-de-Marsan, ainsi qu'à l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine.

Le président du tribunal judiciaire de Mont-de-Marsan a, par un courrier du 3 décembre 2020, adressé ses observations au CGLPL. Selon les termes de son courrier, ces observations sont formulées dans la continuité d'une réunion organisée à l'initiative du magistrat avec « *le directeur du pôle de psychiatrie et le chef de l'équipe de médecins psychiatres, dans le but d'affiner les pratiques locales en vigueur* ». Elles sont intégrées au présent rapport définitif.

Le directeur du centre hospitalier, dans un courrier du 3 février 2021, formule quelques remarques de détail prises en compte dans le corps du présent rapport et indique : « *nous projetons dès à*

présent de reprendre l'ensemble des recommandations en respectant un calendrier précis : l'objectif est de travailler 14 des 35 recommandations sur l'année 2021, 18 entre 2021 et 2023 et 2 à l'horizon 2025. » Il confirme en outre la réunion de travail avec les autorités judiciaires « pour échanger sur nos pratiques locales et les faire évoluer dans le cadre des évolutions réglementaires et des recommandations que vous listez. »

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER EST UN ACTEUR MAJEUR DE L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DES LANDES

Le centre hospitalier (CH) de Mont-de-Marsan est issu des fusions successives de plusieurs établissements : l'hôpital Layné qui développait une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) avec l'hôpital Nouvelle où était principalement réalisée une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée et, depuis 2000, l'hôpital Sainte-Anne, établissement spécialisé en psychiatrie. Cet établissement appartient, depuis juillet 2016, au groupement hospitalier de territoire des Landes avec le CH de Dax, le CH de Saint-Sever et celui de Morcenx.

L'établissement compte six pôles :

- pôle de gériatrie – SSR - médecine physique et de réadaptation ;
- pôle de psychiatrie adultes ;
- pôle mère-enfant et pédopsychiatrie ;
- pôle bloc anesthésie-chirurgie ;
- pôle urgences-plateau technique et cellule parcours patient ;
- pôle de spécialités médicales et oncologie.

Sa capacité actuelle est de 315 lits de MCO, 201 lits de psychiatrie et 110 lits de SSR, 80 lits de soins de longue durée ; il gère également des structures médico-sociales (218 places d'EHPAD²).

Le pôle de psychiatrie adultes est localisé sur le site de Sainte-Anne situé à proximité du centre-ville, sur un vaste terrain de soixante hectares.

Le CH est compétent sur trois des quatre secteurs de psychiatrie adultes du département des Landes (Est, Nord et Sud) et sur un intersecteur de pédopsychiatrie. Les patients en soins sans consentement (SSC) du secteur Ouest – qui dépendent du centre hospitalier de Dax – sont hospitalisés, en première intention, au CH de Mont-de-Marsan ; une fois leur état clinique stabilisé, ils sont éventuellement orientés vers l'unité de psychiatrie générale du pôle de psychiatrie du CH de Dax³.

Le pôle de psychiatrie adultes comporte huit unités d'hospitalisation ; une unité d'hospitalisation pour adolescents, située sur le site Sainte-Anne, est administrativement rattachée au pôle mère-enfant et pédopsychiatrie. L'hospitalisation à temps complet est déssectorisée depuis 2007. Les unités sont organisées en fonction du profil clinique des patients et du mode d'hospitalisation, libre ou sans consentement :

- deux unités d'admission et de court séjour de vingt-et-un lits chacune accueillent pour l'une les patients en SSC (Passerelle, unité fermée) et l'autre, les patients en soins libres (SL) (Traversée, unité ouverte) ;
- deux unités d'hospitalisations post aiguës : Aïrial (vingt-cinq lits, unité ouverte dont une partie peut être fermée) : patients en SSC et en SL. L'unité Fournière (trente lits) accueille exclusivement des patients en SSC et notamment tous ceux admis sur décision du

² EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

³ Cf. Rapport de visite du centre hospitalier de Dax-Côte d'Argent du 27 novembre au 1^{er} décembre 2017 publié sur le site internet du CGLPL

représentant de l'état (SDRE) même en phase d'admission ; les patients détenus du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan y sont hospitalisés (cf. § 9.2)⁴ ;

- deux unités fermées de long séjour pour patients déficitaires : Aria (vingt-quatre lits) et Sonatine (vingt-neuf lits). Au moment de la visite, un projet de création d'une maison d'accueil spécialisé (MAS), de soixante-cinq lits, destinée à recevoir notamment les patients hospitalisés dans ces unités est en cours d'avancement. Le terrain a été acquis, l'ouverture envisagée pour 2021⁵ ;
- une unité de réadaptation psychosociale de vingt et un lits : Pastourelle, unité ouverte ;
- une unité fermée de courts séjours pour personnes âgées présentant des troubles psychiatriques aigus : Caravelle (dix-huit lits) ;
- une unité fermée d'hospitalisation pour adolescents, Bastide, compte six lits d'admission et six lits de réhabilitation (cf. § 9.1).

Outre ces unités d'hospitalisation à temps complet, le pôle de psychiatrie adultes compte, en extra hospitalier, vingt-deux centres médico-psychologiques (CMP), trois hôpitaux de jour et quatre centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) répartis sur l'ensemble des secteurs de compétence.

Enfin, l'établissement dispose depuis juin 2018 d'un centre d'accueil psychiatrique ouvert H24 (CAP 24) au sein du service d'accueil des urgences de l'hôpital (cf. § 7.1).

2.2 LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT SE CARACTERISE PAR UN DEFICIT STRUCTUREL DU BUDGET

Pour l'année 2018, le budget de fonctionnement du CH s'établit à 190 M€. La dotation annuelle de financement (DAF) du pôle de psychiatrie en 2018 s'élève à 30 M€, en légère baisse par rapport aux deux années précédentes.

Le déficit global de l'établissement pour l'année 2018 est de 2,2 millions d'euros.

Un plan de retour progressif à l'équilibre et une aide ponctuelle sur investissements pour les dix ans à venir sont en cours de négociation avec l'agence régionale de santé (ARS) au moment de la visite.

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES PARAMEDICALES SONT ADAPTEES AUX BESOINS MAIS L'ETABLISSEMENT MANQUE DE MEDECINS PSYCHIATRES

Au 31 décembre 2018, le centre hospitalier employait 267 médecins et 2 471 agents, dont 1 830 soignants, tous statuts confondus.

Le pôle de psychiatrie adultes compte quinze postes de médecins psychiatres ; au moment de la visite, seuls huit postes de praticien hospitalier sont pourvus et l'établissement fait appel à quatre intérimaires pour assurer la prise en charge des patients (cf. § 7.2.1).

L'établissement n'a pas fourni aux contrôleurs les effectifs de personnels non médicaux pour l'ensemble du pôle de psychiatrie adultes – extra hospitalier compris – ; seuls les chiffres concernant les unités intra hospitalières ont été communiqués.

⁴ Postérieurement à la visite, le nombre de lits des unités Airal et Fournière et a été ramené à 24. Le personnel correspondant à ces diminutions de places est redéployé sur les nouveaux services extra hospitaliers PRISM (Pôle de Rétablissement et d'insertion en Santé Mentale) et Maison Transitionnelle.

⁵ Lors de la réponse du directeur, le projet était en phase démarrage et son achèvement était prévu pour la fin 2022.

Au moment de la visite, outre une cadre supérieure de pôle à temps complet et huit cadres de santé pour 7,5 ETP⁶, le personnel soignant compte 99,54 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (102 agents et 4 postes vacants), 81,7 ETP d'aides-soignants (AS) (87 agents et 1 poste vacant) et 24,02 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH) (25 agents et 1 poste vacant). Selon les informations fournies, le ratio soignants-soignés est favorable dans le département et l'établissement ne rencontre pas de difficulté de recrutement de personnel pour ce type de postes ; un *turn-over* important au sein des unités est déploré sans qu'aucun chiffre précis n'ait été communiqué. Aucun bilan social n'a été établi pour l'année 2018.

Les unités font l'objet d'effectifs cibles variés selon la nature de l'hospitalisation : admissions, soins post aigus, longs séjours de patients déficitaires, etc.

Le plan de formation 2019 proposé aux agents intègre des propositions propres à la psychiatrie ; il prévoit que le centre hospitalier maintiendra en 2019 les actions prioritaires de formation dont l'un des objectifs est « *d'aider les personnels soignants exerçant en psychiatrie à gérer les situations conflictuelles verbales et physiques et permettre aux professionnels de mieux gérer l'agressivité dans les services de soins* ». Figurent notamment dans les actions prioritaires du pôle de psychiatrie, l'organisation d'une formation sur la prévention du risque suicidaire. Cependant, les agents des unités de soins en psychiatrie n'ont bénéficié d'aucune formation relative aux droits des patients hospitalisés en soins sans consentement ni aux procédures d'isolement et de contention.

2.4 A L'INVERSE DE LA TENDANCE NATIONALE, LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA PROCEDURE DU PERIL IMMINENT SONT EN FAIBLE POURCENTAGE

En 2018, en hospitalisation complète, la file active en psychiatrie adultes était de 1 124 patients et de 55 patients en psychiatrie de l'adolescent.

Selon les informations communiquées par le département d'information médicale (DIM), l'établissement recense 2 037 séjours en hospitalisation complète en psychiatrie adultes en 2018 (en légère hausse par rapport à l'année précédente : 1 932 séjours) dont 23,90 % en SSC (20,31 % en 2017).

Parmi les décisions de SSC édictées en 2018, le nombre de celles émanant d'un représentant de l'Etat (SDRE) est en augmentation sur un an : 59 séjours en 2018 contre 49 en 2017, ce qui représente une augmentation de plus de 20 %. Le nombre de séjours de patients admis en soins sur décisions du directeur d'établissement (SDDE) est quant à lui également en hausse durant la période envisagée, passant de 338 en 2017 à 404 l'année suivante.

Bien qu'en très nette augmentation (+ 75 %) en 2018 par rapport à l'année précédente, les décisions de SSC prises par le directeur d'établissement au titre du péril imminent (2° de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique) demeurent largement minoritaires et ne représentent que 15,59 % des mesures de SSC. Les informations fournies par le DIM ne permettent pas de calculer le nombre de mesures prises au titre de l'urgence (article L. 3212-3 du même code), celles-ci étant intégrées sans distinguo à celles résultant d'une demande de tiers classique.

⁶ ETP : équivalent temps plein

RECOMMANDATION 1

Les informations transmises par le DIM relatives à l'activité en soins sans consentement doivent être plus précises.

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

3.1 L'INFORMATION ORALE EST REGULIEREMENT DONNEE MAIS LES ECRITS, PARFOIS INSUFFISANTS, ERRONES OU TARDIFS, NE SONT PAS TOUJOURS REMIS AUX PATIENTS

3.1.1 Information générale sur leurs droits

a) Le livret d'accueil

Chaque unité dispose de livrets d'accueil de l'établissement⁷ destinés à être remis aux patients à leur arrivée. La dernière page de ce livret, présentée sous forme de pochette, comprend plusieurs fiches : questionnaire de sortie ; présentation, liste des membres et coordonnées du secrétariat de la commission des usagers ; contrat d'engagement pour lutter contre la douleur ; livret d'accueil « psychiatrie ».

Ce dernier document de huit pages présente l'hôpital Sainte-Anne et les secteurs de psychiatrie montois et rappelle brièvement le déroulement et l'organisation pratique du séjour ainsi que les recommandations aux patients et visiteurs. S'il décrit les différents modes de prise en charge et mentionne les droits spécifiques des patients et de leur famille liés aux soins sans consentement, le contenu de ce livret apparaît très succinct en ce qu'il n'évoque que l'hospitalisation et non les soins, ne distingue donc pas pour les soins sans consentement les différentes formes de prise en charge pas plus qu'il ne différencie les modes d'« hospitalisations à la demande d'un tiers » (avec deux certificats médicaux, en urgence ou en cas de péril imminent). Certains termes ne sont plus d'actualité comme celui d'hospitalisation « d'office » ou « sous contrainte » ; quelques expressions sont susceptibles de prêter à confusion telles « décision de l'autorité de police pour les hospitalisations d'office » ou encore « sortie d'essai accordée par un psychiatre » sans référence à la décision du directeur de l'établissement. Enfin, la liste des droits spécifiques aux soins sans consentement présente une erreur (saisine du juge d'instance) et plusieurs omissions : droit pour le patient hospitalisé de saisir la commission des usagers, droit d'informer le CGLPL, droit du patient de faire valoir ses observations avant chaque décision de maintien des soins sans consentement ou de nouvelle forme de prise en charge, coordonnées des différentes institutions auxquelles peut s'adresser un patient contestant la mesure prise à son endroit.

La remise de ce livret au patient lors de son arrivée varie selon les unités mais est dans l'ensemble peu pratiquée. Dans celles recevant majoritairement des patients en soins sans consentement, cette remise est loin d'être systématique, certains soignants reconnaissant oublier de le faire en l'absence de demande expresse du patient, d'autres indiquant avoir découvert l'existence de ce document à l'occasion de la visite des contrôleurs et donc ne l'avoir jamais donné au patient. Dans une unité des livrets d'accueil sont déposés dans le hall à destination des familles. Dans une autre les soignants

⁷ Outre une présentation du centre hospitalier de Mont de Marsan et de ces quatre sites (Layné, Nouvelle, Sainte-Anne, Lesbazeilles) le livret d'accueil décrit les formalités d'admission ainsi que le déroulement et l'organisation pratique du séjour, donne certains renseignements quant aux droits du patient hospitalisé (personne de confiance, confidentialité du séjour, accès au dossier médical, directives anticipées relatives à la fin de vie, traitement des données, accès à la commission des usagers [encore malencontreusement dénommée CRUQPEC], charte de la personne hospitalisée), énonce les démarches qualité mises en œuvre pour la sécurité, la prévention et l'accompagnement des patients, liste des aides et services disponibles (visiteurs, bibliothèque, associations diverses, culte et hospitalisation à domicile) et formule des recommandations destinées aux patients et aux visiteurs en termes de tabac, d'hygiène, d'utilisation des téléphones portables, de consignes de sécurité en cas d'incendie.

ont indiqué qu'à l'avenir ils mettraient ces livrets dans les chambres des patients. Dans l'unité de pédopsychiatrie, le livret d'accueil de l'établissement est remplacé par un livret d'accueil spécifique.

RECOMMANDATION 2

Le livret d'accueil doit être complété et mis à jour.

Il doit être remis à chaque patient dès son arrivée dans l'unité et à tout le moins dès que son état lui permet d'en comprendre le contenu.

b) Le règlement intérieur

Le règlement intérieur, dont la dernière version a été finalisée en août 2018, définit les règles de fonctionnement concernant l'organisation administrative et médicale, les dispositions relatives aux personnels médicaux et non médicaux et aux usagers. Il rappelle les droits et devoirs des patients et usagers, les droits et obligations des personnels, les conditions règlementaires de travail et les dispositions concernant les règles de conduite dans l'établissement et les règles internes relatives à la sécurité, la gestion des risques, la communication. La section 3 de ce règlement intérieur, établi pour l'ensemble du centre hospitalier de Mont-de-Marsan, édicte des dispositions particulières à certains usagers parmi lesquels « *les malades mentaux* » (article 71 page 44).

Dans certaines unités – minoritaires – un extrait de ce règlement est affiché mais non actualisé.

Les soignants savent pouvoir trouver ce règlement intérieur sur le site intranet de l'établissement mais précisent n'avoir jamais reçu de demande de patient en ce sens.

c) Les règles de vie dans les unités

Un document intitulé « *règlement intérieur* » décrit les règles de vie dans les pavillons. Commun à certaines unités (Caravelle – Traversée – Pastourelle et Passerelle qui dispose en plus de « *règles de fonctionnement* » spécifiques), il est en revanche distinct pour les unités Aerial, Aria, Sonatine et celle dite « unité sécurisée Fournière », dont la formulation est très impérative. Dans l'ensemble ces documents sont assez détaillés⁸, mais peu lisibles pour les patients. Ils sont élaborés par les cadres des unités, sans que les patients ni les soignants ne soient associés à leur rédaction (ce que certains d'entre eux ont indiqué regretter).

Ces règles de fonctionnement sont toujours expliquées au patient lors de son arrivée dans le service ; un exemplaire est affiché dans le hall de l'unité (le plus souvent sur une vitre du bureau des infirmiers) ; dans une unité le document « *vos règles de vie à l'hôpital* » est placardé sur la porte de certaines chambres, côté intérieur.

L'unité de pédopsychiatrie dispose d'un livret d'accueil qui ne fait pas l'objet d'un affichage mais est remis aux mineurs lors de leur arrivée dans le « secteur de crise » ; pour ceux admis dans le secteur « réhabilitation », le fonctionnement de l'unité et les règles de vie leur sont expliquées verbalement à défaut de support papier.

⁸ Les règles de vie portent en général sur la chambre, les effets personnels, les traitements médicamenteux, le téléphone et la télévision, les horaires de lever et coucher – de repas – de visite – d'autorisations de sortie – d'ouverture et de fermeture des portes de l'unité, les produits et objets interdits, les objets de valeur, la circulation dans l'établissement et quelques autres prestations (courrier, entretien du linge).

3.1.2 Information sur leurs droits spécifiques

A l'arrivée d'un patient admis sans son consentement (le plus souvent à l'unité Passerelle en provenance des urgences (CAP 24), parfois directement dans une autre unité), son dossier est transmis au bureau des entrées qui vérifie la conformité des documents et procède si besoin aux régularisations utiles après contact avec le service concerné par l'erreur ou avec le tiers. La décision d'admission à la demande d'un tiers ou en péril imminent est ensuite préparée par un agent du bureau des entrées et soumise, avec le document de notification, à la signature du directeur de pôle ou de son délégataire. Pour les admissions avant 18h, la signature intervient dans la journée et est en général notifiée le lendemain dans l'après-midi ; en revanche pour les admissions après fermeture du bureau des entrées (soit 18h), la décision n'est préparée et signée que le lendemain, ou le premier jour ouvrable après le week-end, tout en étant datée du jour de l'admission sans précision de l'heure et donc de la prise d'effet de la mesure.

Pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, l'arrêté du préfet – qu'il soit à l'origine de la mesure ou pris après arrêté provisoire du maire (dans un délai qui n'excède pas 24 heures) est adressé par l'ARS au bureau des entrées qui le transmet dans l'unité.

Dès avant la notification de la décision d'admission, le patient est informé de son statut d'hospitalisation, des raisons de celle-ci et de l'objectif de la mesure par l'équipe du CAP 24 (les urgences) puis par le psychiatre de l'unité lors d'un entretien médical qui se déroule toujours en présence d'un soignant. A ce stade cependant, peu d'informations sur leurs droits sont données aux patients admis sans leur consentement, celles-ci n'étant véritablement faites qu'à l'occasion de la notification de la décision administrative d'admission.

Ainsi pour les patients admis sur arrêté provisoire du maire (lequel ne donne pas lieu à notification) ou ceux arrivés en fin d'après-midi ou au cours d'un week-end dans le cadre de soins sur décision du directeur, l'information sur leur statut et leurs droits peut ne leur être donnée qu'avec un décalage de plusieurs heures voire de quelques jours.

RECOMMANDATION 3

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique (CSP) et afin de permettre une notification au patient de la mesure et de ses droits dans un bref délai, la décision d'admission doit être prise et signée du directeur ou de son délégataire dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

Le président du tribunal judiciaire écrit dans ses observations au rapport provisoire : « *il a pu être constaté au cours des audiences que les décisions d'admission ne portent parfois pas la signature du directeur ou de son délégataire, point visé en recommandation n°3, en raison d'une organisation interne sur laquelle la direction s'est engagée à travailler pour permettre le plein respect des dispositions de l'article L.3211-3 du CSP* ».

La notification de la décision d'admission, comme celle de toutes les décisions ultérieures, est faite par les infirmiers au moyen d'un document signé du directeur, distinct selon la procédure d'admission bien qu'établis tous deux par le bureau des entrées. A l'examen de ces documents, il apparaît qu'ils ne permettent pas une information complète du patient sur sa situation juridique, les raisons qui motivent la mesure, ses droits et les voies de recours qui lui sont ouvertes dans la mesure où :

- pour les patients en SDDE, la décision d'admission jointe au document de notification est peu motivée, se limitant à viser le ou les certificats médicaux sans en reprendre les termes caractérisant la nature des troubles psychiques et l'absence de consentement aux soins ; l'information sur les droits ne précise pas les coordonnées des autorités ou institutions pouvant être saisies par le patient et omet les droits de vote et de culte comme celui de prendre connaissance du règlement intérieur ;
- pour les patients en SDRE, le courrier du directeur se limite à informer le patient de la date de la mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, sans que l'arrêté ne soit joint, et donc sans preuve de sa remise au patient, alors que cet arrêté expose les motifs de l'admission et les voies de recours lesquels ne sont pas repris dans la notification ; le document vise ensuite l'article L.3211-3 du code de la santé publique listant les droits dont dispose le patient mais sans en reprendre *in extenso* les termes, et sans mentionner les coordonnées des autorités ou institutions pouvant être saisies par le patient ;
- aucun espace n'est prévu sur la notification ou l'accusé de réception pour le recueil des observations du patient ; les certificats initiaux comme ceux établis postérieurement à l'admission, lesquels ne sont d'ailleurs pas remis au patient, ne précisent pas davantage qu'il a été informé de sa prise en charge, de ses droits et des voies de recours et a pu faire valoir ses observations.

L'accusé de réception « *du mode de placement au CH Sainte-Anne* » pour les SDRE, « *de la décision du directeur et du courrier informant des différents recours possibles* » pour les SDRE, est signé du patient ; en cas de refus ou d'impossibilité pour le patient de signer, il est émargé par deux soignants. Si le patient est en phase aiguë, la notification peut être reportée, cette notification différée n'étant pas tracée et rarement pratiquée aux dires des soignants rencontrés ; certains infirmiers précisent profiter de la convocation devant le JLD pour réexpliquer au patient son statut et ses droits ; d'autres infirmiers indiquent au contraire attendre que le patient soit en état de comprendre pour leur notifier la décision et ses droits, pratique qui retarde anormalement ladite notification.

Selon les soignants – qui paraissent relativement au fait des droits des patients aidés en cela, à défaut de formation spécifique, par le travail d'information fait par les cadres de santé et les documents établis par ces derniers à leur attention – la notification est le moment d'expliquer aux patients leur mode d'hospitalisation et leurs droits dont ils leur donnent lecture. Tous admettent en revanche ne remettre les documents (décision d'admission, notification des droits) que si le patient en fait la demande, copie en étant toujours classée dans son dossier. Toutefois, l'absence de remise au patient des documents concernant sa prise en charge (décisions, certificats médicaux) et d'affichage des droits du patient en soins sans consentement dans les unités, peut expliquer le sentiment exprimé par bon nombre de patients de « *ne pas avoir reçu d'information sur leur situation* ».

Certains soignants ont fait part de leur difficulté face à des patients ne parlant pas ou parlant mal français ; en effet si la communication ne peut s'établir grâce à l'intervention de la famille, peu d'interprètes sont disponibles pour assurer la traduction et permettre une bonne communication.

RECOMMANDATION 4

Les décisions du directeur doivent être davantage motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. De même, les arrêtés du préfet doivent être joints au courrier de notification.

La procédure de notification, qui doit être identique pour tous les patients en soins sans consentement, mérite d'être revue afin que soient clairement énoncés, outre toutes les voies de recours, l'ensemble des droits édictés à l'article L.3211 du CSP.

Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement devraient être affichées dans les unités accompagnées des coordonnées des autorités et institutions pouvant être saisies par le patient ou avec lesquelles il peut communiquer.

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise au patient tant lors de son admission que tout au long de son hospitalisation.

Sur ce point, le président du tribunal judiciaire précise : « *concernant la procédure de notification de l'ensemble des droits des patients, le constat visé dans la recommandation n°4 a été également fait par la juridiction. La direction de l'hôpital s'est engagée à harmoniser cette procédure* ».

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT CORRECTEMENT TRAITES PAR LA COMMISSION DES USAGERS MAIS LE COMITE D'ETHIQUE EST MECONNU DU POLE DE PSYCHIATRIE

3.2.1 Faits de violence, incidents

L'appel à l'équipe de sécurité pour intervenir sur un patient agité est « *très rare* », notamment en raison de l'éloignement des bureaux PC sécurité⁹ : la plupart du temps, l'unité fait appel aux unités voisines par le biais des postes PTI¹⁰. Lorsque l'équipe de sécurité est appelée, la présence des agents a un effet dissuasif qui suffit à calmer le patient ; il a été déclaré aux contrôleurs que la participation des agents à la mise sous contention était « *très rare* ».

Il arrive également, « *de l'ordre de deux à trois fois par an* », qu'il fasse appel à l'équipe pour une intervention préventive, lorsque les soignants craignent une réaction violente de la part d'un patient. Les agents de sécurité sont aussi appelés parfois, « *très rarement* », pour des affaires de trafic de tabac ou de produits stupéfiants.

Le personnel n'a pas reçu de formation spécifique à ce type d'intervention.

L'équipe de sécurité n'est pas mentionnée dans les fiches du « *Manuel de procédures* » intitulées « *Mise sous contention physique* » et « *Mise en chambre d'isolement* ».

Les interventions de l'équipe de sécurité auprès d'un patient ne font pas l'objet d'une traçabilité spécifique. Selon un tableau qui a été remis aux contrôleurs, elle serait intervenue à quatre reprises en 2018 sur la demande d'une unité pour un patient agité ; les données du tableau ne permettent pas de connaître précisément l'action des agents de sécurité lors de ces interventions.

Les personnes enfermées dans leur chambre ne sont pas signalées à l'équipe de sécurité.

La gestion des violences n'a pas fait l'objet d'un protocole.

⁹ Cf. *infra* chap. 5.1

¹⁰ PTI : protection du travailleur isolé

RECOMMANDATION 5

Les équipes de renfort appelées pour intervenir auprès d'un patient doivent être composées exclusivement de personnel soignant dûment formé.

Les événements indésirables sont signalés par une fiche d'événement indésirable (FEI) qui peut être réalisée par les soignants, aides-soignants et cadres de santé. Le seuil de gravité est estimé de façon subjective par le déclarant puis re-coté par le « coordonnateur de la gestion des risques » à partir d'une échelle établie par la haute autorité de santé (HAS)¹¹ et allant de G1 « Mineure » à G5 « Catastrophique ». L'anonymat du déclarant est possible.

La FEI est réalisée en ligne sur l'intranet de l'établissement. Le cadre référent « qualité et gestion des risques » du pôle de psychiatrie n'y apporte pas systématiquement de réponse.

Tous les quinze jours, la directrice adjointe chargée de la qualité et gestion des risques réunit la « cellule de gestion des événements indésirables », composée du coordonnateur et des référents de chaque pôle, pour analyser les événements indésirables en présence des professionnels de santé impliqués et élaborer des actions à mener. Il a été évoqué un projet de récapitulatif des retours par un bulletin périodique.

Selon les informations tirées du rapport d'activité « *Gestion des risques* » de 2018, le nombre de déclarations d'événements indésirables associés aux soins (hors chute, infections nosocomiales, laboratoire) est en augmentation : 179 en 2018, 70 en 2017, 37 en 2016, 14 en 2015, 5 en 2014 et 7 en 2013.

Le rapport ne faisant pas de distinction entre les différents pôles, il n'est pas possible de connaître les différents types d'événements indésirables ni les niveaux de gravité pour l'unique pôle de psychiatrie adulte.

3.2.2 Requêtes et plaintes

Le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie ne comporte aucune information sur les démarches à conduire en cas de requête ou de plainte du patient.

La direction des usagers examine chaque mois l'ensemble des requêtes et plaintes des patients et les réponses formulées par les unités. Au sein du secrétariat de la direction générale, deux personnes attachées au suivi des patients s'intéressent notamment aux plaintes et réclamations.

Il a été remis aux contrôleurs un bilan des plaintes concernant des patients du pôle de psychiatrie. En 2018, six plaintes ont été relevées :

- une parente d'une patiente « *pense que [celle-ci] n'est pas bien prise en charge* » ;
- une parente d'un patient s'étonne que celui-ci « *soit sortant suite à la signature de demande d'HDT* » ;
- une patiente déclare avoir été « *rackettée par un autre patient* » ;
- une proche « *ne souhaite pas la visite de [la patiente] au domicile qui la fatigue* » ;
- une personne (patient ? proche ?) conteste un « *internement d'office estimé non justifié* » ;
- une proche « *trouve que [la patiente] est surmédicamentée* ».

¹¹ Ref. Guide méthodologique Compte Qualité, certification V2014 (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-01/20150113_brochure_cq_v2014_2015-01-15_12-23-17_976.pdf)

Les six dépôts de plainte ont été suivis de l'envoi d'un accusé de réception dans les trois jours. Aucun n'a entraîné de médiation et n'a été transmis à la cellule de gestion des événements indésirables.

Au cours du 1^{er} semestre 2019, huit plaintes ont été relevées :

- une patiente « *se plaint, entre autres, de fuite au plafond, de mégots qui traînent, etc...* » ;
- un patient « *souhaite changer de psychiatre* » ;
- une proche « *estime que l'on a expulsé [la patiente] de Sainte-Anne* » ;
- une patiente critique un « *suivi psy non conforme [à ses] attentes* » ;
- une proche demande la ré-hospitalisation de la patiente ;
- un aidant déclare un « *mauvais relationnel entre [lui] et infirmière* » ;
- une « *patiente confuse remet en cause la qualité des soins* » ;
- un proche se plaint que les « *clés du logement du patient ont été données à [un autre proche] et non [à lui]* ».

Les huit dépôts de plainte ont donné lieu à l'envoi d'un accusé de réception le jour-même pour les trois premiers, au bout de trois jours pour le sixième, de sept jours pour les quatrième et cinquième, vingt-cinq jours pour le septième et trente-neuf jours pour le huitième. Aucun n'a entraîné de médiation ; seule la troisième a été transmise à la cellule de gestion des événements indésirables.

3.2.3 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est composée, outre son président, des membres suivants : deux titulaires et deux suppléants, représentants des usagers, un représentant du conseil de surveillance, la directrice en charge des relations avec les usagers, une attachée patientèle, une représentante médico-sociale, une cellule qualité de trois personnes, deux représentants de la commission médicale d'établissement (CME), deux médiateurs médicaux, deux médiateurs paramédicaux, un représentant de la commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT), une représentante du personnel et des représentants de huit associations. Une affichette précise les coordonnées de la CDU et détaille sa composition, laquelle n'est pas à jour.

RECOMMANDATION 6

L'affiche présentant la composition de la commission des usagers doit être mise à jour

La CDU reçoit toutes les plaintes et une synthèse des événements indésirables. Le coordonnateur de la gestion des risques est membre de la CDU. Avant chaque réunion, les membres de la CDU sont invités à consulter le registre des réclamations ; ils ont également accès à la synthèse annuelle des placements en isolement et sous contention.

La CDU reçoit tous les comptes-rendus des médiations, sur lesquels elle émet un avis.

En revanche, elle n'analyse pas le bilan des questionnaires de satisfaction. Le bilan 2018 des questionnaires de sortie fait apparaître pour le pôle psychiatrie un taux de réponse très faible de 2 % (25 questionnaires retournés sur 1 381 sorties), identique à celui recensé en 2016 mais en baisse d'un point par rapport à 2017. Sept des vingt-cinq questionnaires retournés l'ont été par des patients hospitalisés en soins sans consentement. Aux questions portant sur la qualité de l'information donnée sur les modalités d'hospitalisation et sur les droits, sur l'attention et l'intérêt porté par le personnel, sur les contacts avec le médecin au cours de l'hospitalisation, la possibilité de se reposer dans de bonnes conditions, la grande majorité des personnes ayant répondu au questionnaire, sans distinction du mode d'hospitalisation (libre ou sans consentement), se

déclare satisfaite. La quasi-totalité des patients indique se sentir mieux ou beaucoup mieux par rapport au jour de l'admission.

Contrairement à ce que le CGLPL a pu observer dans certains établissements psychiatriques, il n'est pas organisé de permanence de la CDU sur le site de Sainte-Anne, qui permettrait aux patients de rencontrer un membre de la commission pour faire part d'une situation problématique. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, la CDU ne se rend jamais dans les unités d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 7

La commission des usagers devrait se rendre régulièrement dans les unités d'hospitalisation et assurer une permanence hebdomadaire sur le site de Sainte-Anne de façon à permettre aux patients de la rencontrer.

Les représentants des usagers ont le sentiment que la place des familles est insuffisante ; par exemple, elles ne seraient pas systématiquement informées des sorties de leurs proches.

Les soignants connaissent les différentes associations que les patients ou leur famille peuvent solliciter. Ils précisent ne pas hésiter à communiquer leurs coordonnées quand cela leur est demandé.

Selon les informations recueillies, ce sont principalement les familles qui se tournent vers ces associations, lesquelles ne se rendent guère dans l'établissement pour visiter les patients.

Le règlement intérieur de l'établissement utilise toujours l'ancienne appellation de la CDU : la CRUQPEC (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge)¹².

3.2.4 Le comité d'éthique

Il a été remis aux contrôleurs deux comptes-rendus de réunion du comité d'éthique du groupement hospitalier pour l'année 2017 :

- l'un, datant du 5 janvier 2017, évoquant sur deux pages les thèmes de réflexion suivant : « *la personne de confiance et les directives anticipées* », « *la saisine du comité d'éthique* » (constat que celle-ci « *reste faible* »), « *la prise en charge des migrants* », « *la vulnérabilité des patients* » ;
- l'autre, datant du 16 février 2017, faisant le constat qu'il a été destinataire d'une seule saisine en 2016 et élaborant des actions à conduire en 2017.

Aucun compte-rendu n'a été remis aux contrôleurs pour l'année 2018.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, au moment de la visite du CGLPL, le comité s'est réuni quatre fois :

- la réunion du 10 janvier a été essentiellement une réunion de reprise « *après plusieurs mois de mise en sommeil* » à la suite du départ du président précédent ;
- le 7 mars, il a été présenté au comité une étude réalisée par deux médecins des centres hospitaliers de Dax et de Mont-de-Marsan, portant sur « *L'évaluation des pratiques sur l'orientation et la prise en charge des patients traumatisés thoraciques en soins intensifs dans les établissements sans plateau technique de chirurgie thoracique* » ;
- le 18 avril, les membres du comité ont échangé sur la question de la responsabilité d'un agent qui procéderait à la réanimation d'un patient pour qui un ordre médical de non-réanimation a été posé ;

¹² Ref. Règlement intérieur du centre hospitalier de Mont-de-Marsan 2018, article 12

- le 9 mai, la réunion du comité a été l'occasion d'une présentation suivie d'échanges sur le thème « *Ethique, morale et droit* ».

A la lecture de ces rapports, il apparaît que le comité d'éthique du groupement hospitalier ne traite pas de questions de psychiatrie. Les soignants interrogés ont déclaré aux contrôleurs ne pas connaître l'existence de ce comité.

Le comité d'éthique peut être saisi par intranet.

Un représentant des usagers participe aux réunions du comité d'éthique.

RECOMMANDATION 8

Les équipes soignantes des unités de psychiatries doivent être informées de l'existence du comité d'éthique et invitées à lui proposer des sujets de réflexion.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE, TRES RAREMENT DESIGNEE, N'EST PAS INFORMEE DE SA DESIGNATION

Au moment de la visite du CGLPL, très peu de patients avaient désigné une personne de confiance ; les équipes soignantes semblent mal connaître cette fonction.

Le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie ne comporte aucune information sur la possibilité de désigner une personne de confiance.

Il a été présenté aux contrôleurs une notice d'information de quatre pages intitulée « *Désigner la personne de confiance* » ; selon les informations données aux contrôleurs, cette notice serait remise au patient arrivant de façon aléatoire. La quatrième page est un formulaire de désignation à faire remplir par le patient. L'hôpital ne prend pas à sa charge l'information de la personne désignée ; il est précisé dans le formulaire : « *Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de vous assurer de son accord par écrit* ».

RECOMMANDATION 9

A l'admission, il doit être remis systématiquement au patient une notice explicative complète sur la désignation d'une personne de confiance. Il conviendrait que l'hôpital prenne des dispositions pour s'assurer de l'information de la personne désignée ; cette tâche ne peut être laissée à la charge du patient, qui vient d'être hospitalisé pour des problèmes psychiatriques et n'est donc pas dans des dispositions lui permettant d'en assumer la responsabilité.

3.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE ET EFFICIENT

Il a été remis aux contrôleurs une note d'information en date du 10 avril 2019 précisant les modalités de vote par procuration pour les scrutins des élections européennes du 26 mai 2019, indiquant notamment qu'un agent du commissariat de police se déplacerait pour récupérer les procurations. Cette note était accompagnée d'un formulaire de certificat médical permettant au chef de service d'attester que l'état de santé d'un patient ne lui permettait pas de se déplacer pour l'établissement d'une procuration et qu'il serait présent dans le service à la date du scrutin.

Selon les déclarations données aux contrôleurs, les patients ont reçu une information orale et individuelle sur les démarches à conduire.

3.5 L'ACCES AUX CULTES EST INSUFFISAMMENT EXPLIQUE AUX PATIENTS

Autrefois, un aumônier catholique était en charge du site de Sainte-Anne à mi-temps et du site de Nouvelle pour l'autre mi-temps, tandis qu'un autre aumônier assurait un temps plein à Layné. Depuis cinq ans, seul un diacre à temps plein est en charge de l'ensemble des trois sites. Il se rend régulièrement dans les unités « Traversée », « Caravelle » et « Aïrial » et parfois « Bastide ». Il anime une célébration de la parole tous les vendredis à 16h30 ; parfois des patients s'y rendent accompagnés par des soignants.

Aucun autre culte n'est représenté. L'aumônier catholique détient les coordonnées de deux rabbins – un à Pau (Pyrénées-Atlantiques) et un à Bordeaux (Gironde) –, d'un imam de Mont-de-Marsan et d'un pasteur de Dax. Il n'a jamais reçu de demande de patients pour les rencontrer.

Malgré la demande de l'aumônier catholique, aucune information n'est affichée dans les unités concernant les possibilités de contacter un représentant de culte. La seule information contenue dans le livret d'accueil apparaît dans le chapitre « Vos droits et ceux de votre famille » sous la forme : « Pratiquer l'activité religieuse ou philosophique de votre choix ». Le règlement intérieur des unités stipule : « Il est possible de faire appel aux ministres des cultes et de les rencontrer. Des dispositions alimentaires spécifiques à la pratique religieuse peuvent être sollicitées. Vous avez la possibilité d'assister à une messe dans la chapelle de l'hôpital ». Certains soignants ont déclaré aux contrôleurs n'avoir aucune information sur le sujet.

RECOMMANDATION 10

Des informations complètes sur les modalités d'accès aux différents cultes doivent être mises à la disposition des patients.

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE EST EFFICACEMENT GERE PAR LES ASSISTANTES SOCIALES

La grande majorité des patients sont placés sous tutelle ou curatelle.

Il n'existe pas de service des tutelles.

Quatre assistantes sociales se partagent les neuf unités. Elles reçoivent les patients et leurs familles dans leurs bureaux et se déplacent dans les unités ; elles entretiennent des contacts avec les familles qui le demandent, par téléphone ou en les recevant dans leurs bureaux. Elles participent aux *staffs* des unités, ce qui leur permet d'échanger avec les équipes sur les situations des patients.

Elles peuvent repérer les patients qui auraient besoin d'une protection juridique, auquel cas elles s'adressent au procureur ou au juge des tutelles.

La majorité des tuteurs appartiennent à l'union départementale des associations familiales (UDAF) ; d'autres sont des tuteurs privés ou des membres de la famille du patient.

3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE, CONNUE DES EQUIPES SOIGNANTES, NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE PROCEDURE FORMELLE

Le règlement intérieur de l'établissement rappelle les règles concernant le respect du secret professionnel. Il y est notamment précisé :

- « En l'absence d'opposition du malade, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le code de déontologie médicale de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille » ;

- « à l'exception des mineurs, soumis à l'autorité parentale, les malades peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé » ;
- « pour les malades demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, ...) en sont avisés ».

En mars 2011, le comité d'éthique a élaboré une affichette destinée à être apposée dans les unités, exposant la charte de confidentialité de l'établissement, qui précise notamment que les professionnels du centre hospitalier s'engagent à « respecter le désir éventuel d'anonymat du patient » et à « ne pas communiquer d'informations à d'autres professionnels et à la famille sans l'accord du patient ».

Les soignants interrogés sur le sujet connaissaient et appliquaient ces directives ; en cas d'appel, ils prennent les directives du médecin avant de donner toute information.

Les contrôleurs n'ont pas eu connaissance d'une procédure permettant au standard téléphonique de réagir conformément à ces règles en cas d'appel.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) N'ASSURE PLUS SON ROLE DE GARANTE DES DROITS ET DE LA DIGNITE DES PERSONNES HOSPITALISEES

La dernière réunion de cette commission au CH de Mont-de-Marsan s'est tenue le 28 janvier 2018. Selon les termes du procès-verbal tenu à cette date (seul document communiqué), les membres de la CDSP, informés de la nouvelle réorganisation concernant la gestion des soins psychiatriques par le service régionalisé de la délégation départementale des Landes depuis le 15 septembre 2017, ont « émis les plus vives inquiétudes quant à la possibilité de tenir leur mission dans des conditions réglementaires satisfaisantes dès lors que les dossiers ne sont plus à leur disposition » et se sont interrogés « sur la participation ou non d'un représentant du secrétariat de l'ARS à leurs réunions ». De fait à cette date, la commission n'a pas été en mesure d'examiner les dossiers des patients sur la liste proposée par le secrétariat de la délégation départementale des Landes notamment parce que l'établissement n'a pu lui présenter les dossiers des patients relevant du secteur de Mont-de-Marsan.

Les membres de la commission ont en revanche pu consulter le registre d'isolement et de contention et conclu que « le logiciel utilisé est perfectible ». Ce procès-verbal ne mentionne pas l'audition de patients, alors que ceux-ci sont normalement avisés de la visite de cette commission.

Aucune réunion de la CDSP ne s'est tenue durant les huit premiers mois de 2019.

Les contrôleurs ont pris attache avec l'ARS de Bordeaux mais n'ont pu obtenir quelque information que ce soit sur le nouveau fonctionnement de la CDSP, faute de réponse à leur demande formulée par téléphone confirmée par courriel.

Tout laisse donc à penser que la CDSP n'a plus à ce jour d'activité au sein de l'établissement de Mont-de-Marsan.

RECOMMANDATION 11

Les visites et réunions de la CDSP doivent impérativement être organisées afin que les droits et la dignité des personnes en soins sans consentement soient à nouveau garantis.

4.2 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI CONNAIT QUELQUES RETARDS ET OMISSIONS, ET N'EST PAS EN TOUS POINTS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Les registres ou livres de la loi, l'un pour les SDRE, le second pour les SDDE, femmes et hommes confondus, sont tenus par les agents du bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission dans l'établissement. Ces registres portent le visa du maire sur la page de garde et sur les premiers et derniers folio. Ils sont visés sans observation par la CDSP à chacune de ses visites la dernière remontant au 28 janvier 2018, à l'exclusion de toute autre autorité.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné l'ensemble des admissions intervenues en SDRE courant 2018 et janvier 2019, et celles faites en SDDE durant la période du 1^{er} janvier 2019 au 12 septembre 2019.

Dans ces registres sont transcrits l'identité complète du patient, la date et la nature de l'admission, l'identité du tiers demandeur et sont reproduits les certificats médicaux initiaux, l'arrêté du maire

ou du préfet pour les SDRE, les certificats médicaux des 24 et 72 heures ainsi que l'avis motivé. En revanche sur la première page ne figurent pas : la décision d'admission du directeur pour les SDDE, l'arrêté du préfet en suite de l'arrêté provisoire du maire, la mesure de protection juridique ni les noms et coordonnées du mandataire, le changement de forme de prise en charge quand il y a lieu, la date de levée de la mesure, la date d'intervention du JLD. Sur les pages suivantes est certes mentionnée de façon manuscrite la date de l'audience du JLD sans toutefois que la décision ne soit reproduite ni que soient mentionnées les dates de notification des décisions prises et celle des droits et des voies de recours. La date des certificats médicaux ultérieurs (certificats mensuels) est bien notée mais sans reproduction desdits certificats ; la date des passages en programme de soins est indiquée mais sans copie du certificat médical et de la décision administrative ; de même en cas de levée de la mesure ou de transfert la décision du directeur ou l'arrêté du préfet ne sont pas reproduits.

Il apparaît donc que le registre, au demeurant parfois renseigné avec retard comme l'a démontré l'examen de plusieurs folios, ne répond pas aux exigences déclinées à l'article L3212-11 du CSP¹³ et ne permet pas d'avoir, notamment dans le cadre d'un contrôle, un aperçu rapide et complet de la situation et du suivi d'un patient.

A noter que les agents du bureau des entrées ont indiqué ne pas avoir reçu de formation spécifique malgré leur demande et ne pas avoir été associés à la mise en place de la loi, précisant toutefois avoir des réunions et mener des réflexions avec les cadres lesquels ont bénéficié de formation avec des juristes, ce qui leur facilite la tâche.

RECOMMANDATION 12

Les livres de la loi doivent être tenus avec davantage de rigueur et mentionner, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

Une formation aux lois des 5 juillet 2011 et 27 septembre 2013 doit être mise en place pour les agents du bureau des entrées.

Il résulte de l'examen des registres que comme les arrêtés et décisions d'admission, les certificats médicaux ne sont pas horodatés rendant impossible toute vérification quant au respect des délais ; les arrêtés préfectoraux, à la différence des décisions du directeur sont bien motivés (avec rappel des faits et des principaux symptômes) et comportent un rappel des voies de recours ; les certificats médicaux, y compris les mensuels, ne comportent aucune mention quant au recueil des observations du patient ; les certificats médicaux sont globalement bien circonstanciés sauf en ce qui concerne le « péril imminent » et « l'urgence ou péril grave d'atteinte à l'intégrité du patient » ;

¹³ **Article L.3212-11 du CSP** Sont transcrits ou reproduits dans les 24h : Noms, prénoms, profession, âge, domicile ; date admission ; noms, prénoms, profession et domicile du tiers demandeur ; date de délivrance des informations mentionnées aux a et b article L.3211-3 CSP [notifications décision admission et toutes décisions / notification des droits et voies de recours et garanties] ; le cas échéant, mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; avis et certificats médicaux ainsi que attestations ; la date et le dispositif des décisions rendues par le JLD ; la levée des mesures autre que celles mentionnées au 7° (décisions JLD) ; les décès

si les passages en programme de soins sont en général retranscrits dans le registre, le contenu dudit programme n'y figure cependant pas.

En revanche, pour les admissions en péril imminent, une attestation de recherche infructueuse figure dans ou en annexe du certificat médical ; pour les mesures de SPI et SDTU, les certificats des 24h et 72 heures sont rédigés par des médecins différents ; les arrêtés préfectoraux suite à un arrêté provisoire du maire sont toujours pris dans le 24 heures.

Il ressort enfin de l'examen des registres que les durées d'hospitalisations sont relativement brèves, tant pour les SPDRE (36 % n'excèdent pas un mois) que pour les SDDE (sur 113 mesures levées, 8 l'ont été dans les 24 heures, 25 à moins de 12 jours, 58 dans le mois de l'admission, 22 dans les deux mois de celle-ci) ; que pour les patients en SDDE la poursuite de la prise en charge après levée de la mesure de soins sans consentement se fait dans la majorité des cas avec un suivi en ambulatoire, les programmes de soins étant toutefois rares, plus occasionnellement avec un maintien en hospitalisation en soins libres ; pour les patients en SDRE en revanche le levée de la mesure d'hospitalisation complète s'accompagne souvent d'un programme de soins.

RECOMMANDATION 13

Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

4.3 LES SORTIES, RAPIDEMENT ACCORDEES, PARTICIPENT DE LA PREPARATION A LA SORTIE TRAVAILLEE AVEC LA FAMILLE ET L'EXTRA HOSPITALIER ; LES PROGRAMMES DE SOINS SE DEROULENT EXCLUSIVEMENT EN AMBULATOIRE MAIS LA SITUATION DES PATIENTS ECHAPPE A L'AVIS DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

4.3.1 Modalités des sorties de courtes durées, de levée de la mesure, des programmes de soins

a) Sorties de courtes durées

Les permissions de sortie, renseignées dans le dossier de chaque patient, ne sont pas répertoriées par les secrétaires médicales ou les agents du bureau des entrées. Leur chiffre sur une période donnée n'a donc pu être déterminé.

Les agents précités, les soignants et les cadres s'accordent pour indiquer que les sorties de courte durée sont nombreuses (surtout pour les patients qui reviennent après un précédent séjour) et délivrées assez rapidement après l'admission du patient, dès que son état est stabilisé. Ces autorisations de sortie peuvent être limitées à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement ; elles peuvent également permettre au patient de se rendre à l'extérieur (à titre d'exemple : retour ponctuel à domicile, démarches administratives, sortie en ville, participation à des activités extérieures culturelles ou sportives). Ces sorties de courte durée n'excédant pas 12 heures, sont toujours accompagnées (de soignants ou membre de la famille). Dans certains cas les IDE prennent sur eux de sortir dans le parc avec un patient même quand il n'y a pas de certificat médical. Des sorties non accompagnées, de moins de 48 heures, pour notamment un retour à domicile sont également accordées mais moins fréquemment.

Les décisions de sorties ne sont pas notifiées aux tiers par le bureau des entrées, mais ceux-ci tout comme les tuteurs en sont informés par les unités.

Au 10 septembre tous les patients de l'unité Fournière étaient autorisés à sortir du pavillon accompagnés ; aucun ne pouvait sortir seul ; dix-huit patients sur vingt-deux présents étaient autorisés à sortir accompagnés hors de l'établissement.

A l'unité Passerelle (unité d'admission ne comprenant que des patients en SSC) toutes les sorties, y compris à l'intérieur de l'établissement, sont accompagnées.

Quel que soit le statut du patient les certificats médicaux autorisant sa sortie hors de l'établissement font l'objet d'une décision du directeur. Pour les patients en SDRE, les certificats médicaux sont préalablement transmis à l'ARS pour avis du préfet. Dans ce dernier cas le préfet peut s'opposer à la sortie du patient, situation décrite comme très rare, les quelques refus (principalement pour les retours en famille de moins de 48 h) étant le plus souvent limités au cas où les certificats médicaux ne sont pas suffisamment précis. La réponse du préfet intervient à bref délai et est motivée en cas de refus. Concernant les sorties pour les activités, le sport et les visites à domicile, le préfet accepte des autorisations itératives sur une durée d'un mois.

b) Levée de la mesure

Pour les patients en SDRE, la levée de l'hospitalisation complète est quasiment toujours accompagnée d'un passage en programme de soins, auquel le préfet ne s'oppose pas comme l'ont démontré les dossiers examinés par les contrôleurs.

Pour les patients en SDDE, la mesure de soins sans consentement est souvent levée au profit d'une hospitalisation en soins libres ou d'un retour à domicile avec un encadrement ambulatoire.

Dans tous les cas, la levée de l'hospitalisation complète ou de la mesure de soins sans consentement est examinée en réunion de synthèse avec l'assistante sociale, le tuteur et la famille et est si besoin travaillée en articulation avec l'extra hospitalier et les différentes structures et institutions extérieures ; les soignants du secteur se déplacent dans l'unité pour rencontrer le patient afin d'assurer la continuité des soins ; dans les unités au longs cours, les patients sont accompagnés, avant leur sortie, dans les EHPAD, les foyers ou encore les appartements thérapeutiques.

Il a été précisé aux contrôleurs que le lien avec l'extra hospitalier de Mont-de-Marsan fonctionne bien (les IDE viennent au pôle et participent aux réunions de synthèse), les relations avec l'extra hospitalier de Dax étant en revanche plus difficiles.

Pendant les visites des familles l'équipe évalue si celles-ci peuvent être « ressource ou non ». Des réunions sont organisées avec le médecin, les IDE et les familles en présence ou non du patient selon les cas. A l'unité Passerelle les familles peuvent être intégrées aux séances de « psychoéducation » (vidéo et témoignages d'anciens patients sur les différentes pathologies), invitation qui ne se pratique pas à l'unité Fournière.

c) Programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont toujours établis dans le cadre d'un changement de forme de prise en charge du patient, c'est-à-dire après un temps d'hospitalisation complète.

Selon les informations recueillies au bureau des entrées, la politique actuelle du préfet concernant les patients en SDRE est de solliciter fréquemment un deuxième avis médical ; dans la quasi-totalité des cas, celui-ci confirme que l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire et le préfet ordonne la levée de la mesure. Il n'a jamais été recouru à la saisine du JLD.

Au 11 septembre 2019, cinq patients (dont un en SDRE) initialement hospitalisés à Fournière ou Aïrial sont suivis en PDS par l'hôpital de jour de Montfort ; dix-neuf patients initialement suivis par

l'unité Passerelle sont en PDS, treize sous le statut de SDT et six sous celui de SDRE (recueil d'information effectué auprès des secrétaires médicales).

Les contrôleurs ont examiné dix dossiers de patients en programme de soins pour lesquels la plus ancienne mesure de soins sans consentement date de mai 2014 pour les SDDE et de juin 2016 pour les SDRE. Le programme de soins le plus récent date du 9 septembre 2019 pour un patient admis en SDT le 25 septembre 2018, ayant bénéficié d'un premier programme de soins le 31 janvier 2019 suivi d'une réintégration le 18 août 2019 ; le plus ancien a été prononcé le 23 novembre 2016 pour un patient admis en SDRE le 24 juin 2016. Le délai de passage en programme de soins est très variable d'un patient à l'autre : entre deux et cinq mois pour quatre d'entre eux ; huit mois pour un autre ; quatorze et quinze mois pour deux patients ; vingt-quatre, trente-et-un et trente-quatre mois pour les trois derniers.

Les programmes de soins sont dans la grande majorité axés sur une prise en charge à domicile avec suivi régulier en CMP ou hospitalisation de jour à temps partiel (de trois fois par semaine à une fois par mois), soins ambulatoires, entretien infirmier et parfois activités au CATTP. Il n'est jamais prescrit de retour séquentiel dans une unité d'hospitalisation complète. Les certificats médicaux établis mensuellement au cours de cette prise en charge sont très fréquemment de simple copiés-collés ce qui ne peut qu'être déploré.

4.3.2 Modalités du collège des professionnels

La procédure de réunion du collège des professionnels de santé est gérée par les secrétaires médicales. Celles-ci avisent le médecin en charge du suivi qu'il y a « *un avis à rendre* », cherchent un second médecin parmi ceux présents le jour du collège et informent le cadre de l'unité accueillant le patient pour représenter l'équipe pluridisciplinaire. Les membres du collège ne font pas l'objet d'une convocation (aucun document de cette nature n'a été trouvé dans le dossier des patients pour lesquels le collège des professionnels est intervenu) ; le patient n'est pas d'avantage convoqué, mais rencontré séparément par chacun des médecins sauf lorsqu'il est bien connu, le patient n'étant dans ce cas pas vu par les médecins. Aux dires tant des secrétaires médicales que des cadres, le collège ne se réunit que très rarement, l'avis du collège étant rédigé par le médecin en charge du suivi (secrétaire du collège) après échange avec le second psychiatre. Cette évaluation des médecins est communiquée par les secrétaires médicales au cadre pour avis ce qui peut (mais rarement a-t-il été indiqué) donner lieu à une discussion avec le médecin. L'avis définitif est ensuite communiqué aux secrétaires médicales pour mise en forme puis au médecin pour signature. Cet avis n'est pas notifié au patient (aucune trace dans les dossiers), les secrétaires médicales indiquant « *qu'il lui est de toute façon communiqué lors de l'audience du JLD* ».

Les réunions du collège des professionnels de santé ne sont pas répertoriées de sorte que le nombre d'avis rendus au cours de l'année 2018 reste inconnu. En revanche, entre le 1^{er} janvier et le 10 septembre 2019 huit avis du collège ont été rendus pour des patients en SDRE (dont trois pour des patients « irresponsables pénaux ») et sept pour des patients en SDDE, tous en hospitalisation complète. Il est en effet apparu (notamment à l'examen des dossiers évoqués au chapitre précédent) que contrairement aux dispositions légales¹⁴ aucune réunion du collège n'est organisée

¹⁴ Article L 3212-7 alinéa 3 du CSP : Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce

et donc aucun avis émis pour les patients en programme de soins admis en soins sans consentement depuis plus d'un an.

L'examen de trois dossiers de patients pour lesquels un avis du collège a été rendu (respectivement les 19 décembre 2018 pour l'un, 28 décembre 2018 et 26 juin 2019 pour le deuxième (patient irresponsable pénal ; avis collège à 6 mois), 4 février 2019 pour le troisième) a mis en lumière que l'avis

- s'il indique les membres présents, ne mentionne en revanche pas les conditions de la réunion du collège, tel que le lieu, ne permettant pas de contrôler la réalité de la tenue du collège ;
- est dépourvu de toute motivation (seule une case – maintien en hospitalisation complète, maintien avec programme de soins ou levée de la mesure – est cochée) et ne donne aucun élément clinique justifiant la poursuite des soins et la nécessité du maintien d'une mesure sous contrainte ;
- ne rapporte pas les observations du patient, ne précise pas si celles-ci ont ou non été recueillies ni même si le patient a été vu par les membres du collège.

RECOMMANDATION 14

Dans le respect des dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient et recueille ses observations à l'occasion d'une réunion effective de ses membres, que l'avis découlant de cette évaluation soit motivé et communiqué au patient, que le collège se réunisse pour tous les patients en soins sans consentement depuis une durée d'un an, non seulement ceux en hospitalisation complète mais également ceux en programme de soins.

4.3.3 Difficultés d'accès aux prises en charge d'aval (médico-sociales, logements, CMP, etc.)

Il n'a pas été signalé de difficulté particulière sur ce point.

Il importe toutefois de noter que le projet d'établissement 2017-2021 prévoit : la création d'un hôpital de jour dans l'agglomération montoise et d'une unité d'hospitalisation à domicile en psychiatrie de cinq places adossée à l'hôpital de jour ; une réorganisation des CMP quant à l'accueil téléphonique et physique, augmentation du temps de présence des psychiatres, instauration d'une réunion type *staff* hebdomadaire interdisciplinaire ; transformation du pavillon Caravelle en une unité de psychiatrie du sujet âgé sous la responsabilité d'un psychiatre secondée par un gériatre ; création d'une Maison d'Accueil Spécialisée de soixante-cinq lits pour des personnes adultes handicapées présentant des déficiences mentales profondes (avec notamment des patients provenant des unités Sonatine et Aria) ; création d'un établissement et service d'aide par le travail pour quinze personnes qui permettra de resocialiser et responsabiliser des patients psychiatriques ayant des capacités cognitives suffisantes pour exercer une activité salariée encadrée.

collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

4.4 DANS LE CADRE DU CONTROLE EXERCE PAR LE JLD, TOUS LES PATIENTS SONT RENCONTRES, LE JUGE SE RENDANT DANS LES UNITES POUR S'ENTREtenir AVEC CEUX QUI NE PEUVENT SE DEPLACER

Les audiences du juge des libertés et de la détention – JLD – se tiennent, une à deux fois par semaine (lundi et jeudi), dans une salle spécifique, située au rez-de-chaussée du bâtiment administratif (appelé dans l'établissement « CMP ») à proximité immédiate du bureau des entrées, signalée à l'intérieur de ce bâtiment mais non à l'extérieur. Cette salle, meublée d'une grande table ovale et de chaises, est dotée d'un ordinateur relié à une imprimante située dans le local du bureau des entrées. Plusieurs salles, respectant toutes les conditions de confidentialité, sont mises à disposition des avocats pour rencontrer les patients avant l'audience.

Un vice-président du tribunal de grande instance de Mont-de-Marsan est en charge du service du JLD (tant pour les affaires pénales que civiles) auquel s'ajoutent – pour près de 50 % de son temps – d'autres activités juridictionnelles.

Dans ses observations au rapport provisoire, le président du tribunal judiciaire précise que le poste statutaire de JLD est vacant au sein de la juridiction depuis septembre 2020 ; les fonctions sont exercées trois quarts par le président et un quart par la vice-présidente.

4.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Une fois en possession de l'avis motivé (certificat médical établi entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour de l'admission pour lequel le JLD a exigé qu'il soit circonstancié), les agents du bureau des entrées préparent la saisine et l'adressent par voie dématérialisée au greffe du JLD accompagnée de toutes les pièces utiles du dossier et d'une attestation signée du patient concernant l'assistance de l'avocat (avocat choisi ou désigné d'office). Pour les SDRE, la saisine est faite directement par l'ARS, très souvent de nombreux jours avant la date prévisible de l'audience ce qui, selon le JLD, multiplie inutilement les échanges avant d'obtenir un dossier complet.

En retour, le greffe envoie la convocation pour l'audience, document qui est transmis à l'unité puis notifié au patient par un infirmier. Cette notification est l'occasion pour les soignants d'expliquer aux patients le rôle du juge et de les rassurer, cette convocation étant parfois source d'inquiétude (particulièrement pour les patients dont c'est le premier séjour à l'hôpital) ; il est ainsi expliqué au patient que « *le juge (nommé simplement « juge des libertés») n'a pas de pouvoir médical mais vérifie que la procédure a été respectée et s'assure que l'hospitalisation est justifiée* ». Une liste des avocats du barreau est à disposition dans le local infirmier mais n'est remise au patient qu'à sa demande.

La procédure susmentionnée est identique pour toutes les audiences du JLD qu'elles interviennent dans le cadre des saisines de plein droit (à douze jours, à six mois) ou lors de saisine facultative (par le patient, un parent, le tiers demandeur à la mesure, le tuteur ou le procureur de la République), cas au demeurant rarissimes.

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient est sous protection juridique, sont convoqués par le greffe du JLD.

4.4.2 Le déroulement de l'audience

Rares sont les patients qui refusent de se rendre à l'audience et tout aussi rares sont ceux empêchés pour raison médicale. Les patients sont conduits à l'audience par un ou deux infirmiers issus d'une équipe réservée aux accompagnements. Lorsque le patient ne peut se rendre à l'audience (pour

raison médicale, parce qu'il est en chambre d'isolement ou qu'il est « détenu »), le juge se déplace dans l'unité pour le rencontrer ; selon le JLD, cette pratique ne souffre pas d'exception et est bien acceptée de l'établissement, l'entretien se déroulant dans un local spécialement mis à disposition y compris pour les patients en chambre d'isolement. Toujours selon le JLD, « *il peut encore arriver que des patients (principalement de l'unité Passerelle) viennent à l'audience en pyjama* », situation décrite comme peu fréquente.

Avant le début de l'audience le JLD laisse à l'avocat (choisi ou désigné d'office) le temps nécessaire pour s'entretenir avec le patient. Avocat et patient entrent dans la salle (parfois le juge va les chercher dans le couloir) sans les infirmiers qui restent toujours à l'extérieur de la salle dont la porte est maintenue ouverte. Le juge et le greffier sont en civil.

L'établissement n'est pas représenté à l'audience. Les conclusions écrites du procureur de la République figurent au dossier que l'avocat peut consulter avant l'audience soit au greffe du JLD soit le plus souvent au bureau des entrées. S'il ne l'a déjà rencontré, le juge explique son rôle au patient, lui laisse la parole et lui pose différentes questions pour apprécier son état de santé, entend l'avocat sur la régularité de la procédure et sur le fond puis redonne la parole au patient s'il en manifeste le souhait. En présence de l'avocat et du patient le juge rédige les motifs et le dispositif de sa décision. Celle-ci, comme les voies de recours, est expliquée au patient et à l'avocat à qui une copie de la décision est remise. La décision est ensuite notifiée au directeur de l'établissement, au procureur de la République et à l'ARS. Lorsque à titre très exceptionnel – comme ce fut le cas lors de l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs du fait d'une panne d'imprimante – la décision ne peut être remise dès la fin de l'audience, la notification est faite au patient par un infirmier de l'unité.

Dans la quasi-totalité des cas l'avocat intervenant à l'audience est désigné d'office (dans le cadre d'une permanence du barreau), sa rémunération étant prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources et donc sans reste à charge pour le patient. Une attestation de fin de mission est délivrée par le greffe dès la fin de l'audience à l'avocat ayant assisté le patient. Une trentaine d'avocats (sur les soixante-six du barreau), tous volontaires, tournent sur cette permanence dite « pénale » à raison de trois avocats par semaine (un de permanence principale, un de permanence hospitalisation sans consentement, le troisième pour les gardes à vue et les commissions de discipline en maison d'arrêt). Aucune formation sur les soins sans consentement n'est organisée au sein du barreau de Mont-de-Marsan.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 12 septembre au cours de laquelle ont été examinés six dossiers dont une saisine de mainlevée par un patient en SDRE, une saisine à 6 mois pour un SDRE, les quatre autres saisines intervenant dans le cadre du contrôle à 12 jours pour des patients en SDDE. Dans un dossier le juge a ordonné une expertise ; toutes les autres décisions ont maintenu la mesure.

Quatre de ces patients ont été rencontrés fortuitement le lendemain par des contrôleurs et tous se sont déclarés satisfaits de l'audience au cours de laquelle « *ils ont pu s'exprimer* » et « *ont été écouté* ».

BONNE PRATIQUE 1

Le déplacement du JLD dans les unités pour rencontrer les patients ne pouvant se déplacer, et ce quel que soit le motif de l'empêchement, garantit les droits des personnes hospitalisées.

Dans ses observations le président du tribunal judiciaire écrit : « *la juridiction montoise a organisé le déplacement du juge des libertés et de la détention pour tenir les débats au sein de l'hôpital, voire au sein des différentes unités (unités fermées la Passerelle et Fournière notamment) lorsque la situation l'exige, dans l'intérêt du service et du patient. Cette solution, qui est garante du droit des personnes hospitalisées est visée au titre des bonnes pratiques dans le projet de rapport et continuera de se poursuivre. Nous avons cependant rappelé à la direction de l'établissement que dans certains cas, le respect des droits fondamentaux de la personne (droit à la dignité et à l'intimité de la vie privée) impose de délivrer un avis d'empêchement pour raison médicale (notamment en cas de contention et/ou de confusion extrême du patient). Par ailleurs, dans le cadre de la crise sanitaire et au regard des dispositions de l'ordonnance n° 2020-1400 du 18 novembre 2020, la possibilité de recourir le cas échéant aux débats par visioconférence a été organisée entre l'hôpital et la juridiction aux fins de mise en œuvre éventuelle si la situation sanitaire le justifiait* ».

4.4.3 Les saisines, les décisions, les appels

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement a fortement augmenté entre 2017 et 2018, passant de 295 saisines à 375, augmentation qui semble se stabiliser en 2019 (271 saisines enregistrées au 18 septembre 2019 par le greffe du JLD contre 274 à la même date de 2018).

Les saisines ont lieu très majoritairement dans le cadre du contrôle de plein droit du JLD (à la demande du directeur ou du préfet, à 12 jours ou à 6 mois), beaucoup plus rarement à la demande de tiers dans le cadre d'un recours facultatif qui tend cependant à augmenter : trois saisines de ce type en 2017, quatorze en 2018, neuf entre le 1^{er} janvier et le 17 septembre 2019.

La très grande majorité des décisions ordonne le maintien de la mesure ou le rejet de la demande de mainlevée. Ainsi en 2017, le JLD a prononcé sept mainlevées de la mesure (dont deux différées à 24 heures et deux prononcées sans débat du fait de la sortie effective du patient ; en 2018, ont été rendues : 319 décisions de maintien, 19 mainlevées dont 2 sur demande du patient ou d'un tiers (1 mainlevée, 7 mainlevées différées, 10 sans débat dont 1 pour saisine tardive, 1 du fait d'une décision hors délai) et 8 non-lieu à statuer (patient déjà sorti) ; au 17 septembre 2019, ont été rendues : 229 décisions de maintien pour 6 mainlevées dont 2 différées et 12 non-lieu à statuer.

Les contrôleurs ont pris connaissance de cinq décisions de mainlevées, dont une différée à 24 heures, prononcées en 2018, toutes prononcées pour irrégularité de procédure : certificats médicaux insuffisamment caractérisés sur l'absence de consentement et la nécessité de soins immédiats ; certificats des 24 et 72 heures établis par le même médecin pour un patient admis en SDT en urgence ; absence de preuve de la notification de la décision d'admission et des droits ; pas de certificat médical dans le délai de 24 heures ; incertitude sur la qualité du tiers. En 2019, deux décisions ont ordonné la mainlevée de l'hospitalisation complète de patients en SDRE, les certificats médicaux ne décrivant pas de trouble et, dans un cas, l'avis de maintien étant insuffisant motivé.

Selon les informations données par le bureau des entrées, sept appels ont été interjetés en 2017 et 11 depuis le 1^{er} janvier 2019 sans qu'il ait été possible de savoir par qui (patients ou procureur de la République) ces recours ont été faits (ce chiffre diverge de celui de huit appels communiqué par le

greffe du JLD) ; toutes les décisions du JLD ont été confirmées par la cour. En cas d'appel le patient est accompagné par des soignants jusqu'à la cour d'appel de Pau.

4.5 LES AUTRES CONTROLES SONT INEXISTANTS

A l'occasion de sa visite annuelle de l'établissement, la CDSP ou du moins son président vérifie les livres de la loi et y appose son visa. Toutefois il a été vu ci-dessus (cf. § 4.1) que la CDSP n'a pas effectué de visite de l'établissement depuis janvier 2018.

Les livres de la loi ne portent pas mention d'un contrôle effectué par le président du tribunal ou le procureur de la République.

Si ces registres sont visés par le maire lors de leur ouverture, il apparaît que le maire de la commune ne se déplace pas dans l'établissement. De même le préfet, sauf par l'intermédiaire de l'ARS lors des visites de la CDSP, n'exerce pas la mission de contrôle qui lui est dévolue par l'article L. 3222-1 du code de la santé publique depuis 2015 (visites les 12 octobre 2010 et 1^{er} juin 2015).

RECOMMANDATION 15

Les autorités énoncées à l'article L.3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au centre hospitalier de Mont-de-Marsan afin de vérifier la régularité des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et signer les livres de la loi.

Le président du tribunal judiciaire écrit dans ses observations : « *Si les visites de contrôle annuelles de l'établissement étaient effectuées depuis l'origine de facto par le président du tribunal à travers ses interventions en tant que juge des libertés et de la détention, les partenaires institutionnels visés à l'article L.3222-4 du CSP n'ont pas nécessairement réalisé des visites annuelles. Il a été convenu que ce soit la direction de l'hôpital qui prenne à l'avenir, et ce dès janvier 2021, l'initiative de l'organisation d'une réunion et d'une visite avec lesdits partenaires* ».

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE Y COMPRIS POUR LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

La liberté d'aller et venir est très restreinte : seules trois des neuf unités sont ouvertes, dont une qui n'accueille jamais de patients en SSC. Chaque unité dispose d'un jardin clos, généralement équipé de tables et de chaises et disposant d'une partie à l'abri des intempéries, permettant aux patients de fumer dans la journée mais dont l'accès dépend parfois de la disponibilité des soignants. Le règlement intérieur des unités précise : « *Lorsque l'unité dispose d'un jardin, celui-ci est accessible sous la surveillance du personnel soignant et en fonction de sa disponibilité* ». Ainsi, le jardin de l'unité Fournière n'est ouvert que pendant 1 heure et demie à 2 heures par demi-journée.

Le soir, l'accès à l'extérieur est autorisé aux fumeurs qui le demandent, dans certaines unités, jusqu'à 23h et selon le bon vouloir des soignants de service. Les patients en SDRE sont toujours dans une unité fermée quel que soit leur état clinique ; l'accès au jardin, pourtant clos, n'est possible que sous la surveillance de deux soignants et dépend donc de leur disponibilité. Même dans les unités ouvertes, la fermeture des portes se fait très tôt sans que l'on comprenne ce qui justifie une telle restriction ; ainsi, à Aïrial, l'accès à l'extérieur est impossible dès 17h30 à l'exception d'un espace grillagé sombre et d'aspect carcéral. Par ailleurs, les horaires d'accès au jardin ne correspondent pas forcément à ceux précisés dans les règles de vie affichées dans les unités.

Au moment de la visite du CGLPL, aucun patient de Fournière n'était plus autorisé à sortir de l'unité au motif que certains patients avaient consommé du cannabis, de l'alcool et autres substances prohibées lors de leurs sorties.

RECOMMANDATION 16

La liberté d'aller et venir doit être la règle ; les restrictions doivent être individuelles et dûment motivées par l'état clinique des patients.

Le site n'est pas entouré d'une clôture infranchissable et la porte d'entrée reste ouverte dans la journée, sans contrôle des entrées et sorties. Il a été signalé aux contrôleurs des trafics de stupéfiants dans le parc et à la cafétéria. Il arrive que des voitures de personnes ne travaillant pas à l'établissement y stationnent ; leur signalement par les équipes soignantes entraîne l'intervention de l'équipe de sécurité voire de la gendarmerie.

Le portail d'entrée du site est équipé d'une caméra de vidéosurveillance et d'un interphone relié au PC sécurité. Il est fermé de 21h à 6h. Les agents de sécurité font des rondes la nuit dans le parc.

Le service technique de l'hôpital, qui fait partie du pôle « Ressources matérielles, travaux neufs, planification, affaires juridiques », comporte une équipe de sécurité dirigée par un ingénieur hospitalier et composée d'un adjoint, de neuf agents de sécurité – ils étaient dix-huit en 2017 – et d'un agent « serrurerie ».

Le PC sécurité est implanté sur le site de Layné, à 2 km du site de Sainte-Anne.

Cette équipe, est chargée des fonctions suivantes :

- dépannages techniques simples (par exemple, rebranchement de disjoncteurs) ;
- lutte contre les incendies ; le personnel est qualifié « sécurité incendie assistance aux personnes » (SIAP) ;

- transport de matières dangereuses (DASRI¹⁵, matières radioactives) ;
- prévention malveillance (détection d'une intrusion) en lien avec la gendarmerie ;
- participation à la recherche d'un patient « fugueur » dans le parc de l'établissement ;
- intervention sur un patient agité¹⁶.

A l'unité Passerelle, une « *procédure de découverte des stupéfiants* » est mise en place depuis février 2019. En cas de découverte, la consigne est de détruire le produit face au patient, en présence de deux soignants, et de notifier sur l'intranet de l'établissement la « *découverte de stupéfiants, procédure de destruction effectuée en présence de xxx* ». Si la personne n'est pas identifiée, le produit est détruit et le cadre de santé avisé par un coupon.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT NOMBREUSES

5.2.1 L'accès aux chambres

Dans les unités, les chambres sont peu accessibles le matin entre 9h30 et 12h (ou 13h comme à l'unité Passerelle) en raison du nettoyage par les ASH. Le risque de chute sur le sol mouillé et la difficulté pour les agents d'entretien de devoir zigzaguer entre les patients qui déambulent expliquent ces restrictions.

Mais dans plusieurs unités, l'accès est également impossible l'après-midi et, comme à Sonatine, il faut demander l'autorisation pour s'y rendre. A Fournière, elles sont fermées de 15h à 17h30 et de 18h45 à 20h30, à l'unité Passerelle de 18h à 20h30 sans qu'aucune explication ne vienne justifier ces pratiques : « *on ne sait pas pourquoi, on a toujours fait comme ça* ». A l'unité Caravelle (unité d'admission, séjours courts pour les plus de 70 ans), les patients sont contraints de passer la journée au rez-de-chaussée dans la salle commune ; ils ne peuvent, sauf exceptions rares, faire la sieste après le déjeuner. La raison invoquée est la surveillance « *de visu* » par les soignants des patients âgés dans un bâtiment à étages ainsi que la volonté de les maintenir ensemble dans un lieu de convivialité, or, cet espace ne présente pas cette caractéristique.

Dans l'unité d'hospitalisation pour adolescents, *a contrario*, les patients doivent obligatoirement rester dans leur chambre de 13h à 14h30, de 18h à 19h et le soir après 20h30.

Les chambres sont dépourvues de verrou de confort et sauf prescription médicale, restent ouvertes la nuit.

RECOMMANDATION 17

Les patients doivent pouvoir regagner leur chambre le matin et l'après-midi, notamment pour faire la sieste s'ils le désirent.

5.2.2 Le tabac

Dans toutes les unités, les patients peuvent fumer à l'extérieur, dans le jardin, dans les espaces extérieurs grillagés, ou dans le parc de l'hôpital. Parfois des allume-cigarettes sont installés sur les terrasses mais le plus souvent les patients demandent aux soignants d'allumer leurs cigarettes. Celles-ci sont achetées à l'extérieur par la famille, le tuteur qui les fait livrer ou par les patients qui

¹⁵ DASRI : déchet d'activités de soins à risques infectieux

¹⁶ Cf. *supra* chap. 3.2.1

sortent en ville. Souvent stockées au bureau infirmier, leur distribution est régulée par les soignants pour les patients qui ne contrôlent pas leur consommation.

A l'unité Bastide pour adolescents, l'interdiction de fumer est généralisée.

Des substituts nicotiniques (patchs et gommes) sont proposés ainsi que des cigarettes électroniques mais ces dernières ne rencontrent aucun succès.

5.2.3 Le port du pyjama

Le pyjama déchirable est systématiquement porté en cas de mise en chambre d'isolement (cf. §.8.2). En dehors de ce cas, il n'est pas rare de rencontrer des patients portant un pyjama, mais la pratique varie selon les unités.

Durant la visite, trois patients étaient en pyjama à l'unité Passerelle, deux d'entre eux, un jeune homme de 20 ans et une jeune femme de 21 ans, portaient un pyjama déchirable en raison de leur tendance suicidaire. Cependant, tous deux portaient un pull-over sur leur pyjama et les draps et couvertures de leur chambre étaient identiques à ceux des autres patients, ce qui rendait le dispositif anti suicide d'autant plus inadapté. Une troisième personne était en pyjama d'hôpital en tissu, pour des raisons hygiéniques, afin de faciliter sa toilette.

A l'unité Sonatine, le port du pyjama était imposé à un patient qui souhaitait quitter l'unité.

Il apparaît nécessaire d'harmoniser les pratiques et d'édicter des règles claires respectueuses de la dignité des patients. Le port d'un effet personnel, lorsqu'il est possible, devrait toujours être privilégié.

RECOMMANDATION 18

Le port du pyjama ne doit jamais être décidé pour des motifs sécuritaires mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques et le port d'un vêtement personnel confortable doit être privilégié.

Sur ce point le président du tribunal précise : « *S'agissant du port du pyjama (recommandation 18), l'hôpital nous a indiqué avoir mis en œuvre un protocole en cas de risque de passage à l'acte auto agressif. Lorsque cette mesure s'impose, il importe à notre sens que la personne soit présentée devant son avocat et devant le juge des libertés et de la détention dans des conditions préservant sa dignité et donc avec une protection vestimentaire. Le cas échéant une mention spécifique pourrait être ajoutée en marge de l'avis médical délivré avant les débats* ».

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT SOUPLES MAIS L'UTILISATION DU TELEPHONE PORTABLE DOIT ETRE PROTOCOLISEE

5.3.1 Le téléphone

Le principe de la liberté de l'usage du téléphone portable personnel, sauf contre-indication médicale cliniquement justifiée, n'est pas garanti dans l'ensemble des unités d'hospitalisation de l'établissement.

Les règles de fonctionnement de l'unité Passerelle, fournies aux contrôleurs, précisent que la « *distribution des téléphones portables, si autorisation médicale* » se fait de 10h à 19h. L'interdiction de l'accès au téléphone portable est donc la règle et l'accès, l'exception, sur autorisation médicale. Les patients de l'unité autorisés à conserver leur téléphone ne peuvent cependant y avoir accès

entre 19h et 10h du matin. De plus, dans cette même unité, la carte SIM est parfois retirée du téléphone, le privant de sa fonction d'outil de communication mais permettant au patient d'écouter de la musique. Dans cette unité, au moment de la visite, un patient s'est vu retirer l'usage de son téléphone portable après avoir refusé de prendre ses traitements.

A l'unité Fournières, l'usage d'un téléphone personnel nécessite également une prescription médicale. Lors de la visite, les patients autorisés ne pouvaient disposer que d'un téléphone personnel sans appareil photo inclus, tous les autres modèles étaient interdits d'usage. En effet, quelques jours auparavant, un patient avait pris en photo un soignant (sans faire usage de cette photographie) et une sanction collective d'interdiction de l'usage des téléphones permettant les prises de vues avait été prononcée. De ce fait, tous les patients de l'unité ont été privés de leur téléphone et ceux qui le pouvaient ont dû en racheter un. Par ailleurs, le « règlement intérieur » de l'unité Fournière stipule dans son article 26 que « l'utilisation des téléphones portables n'est pas autorisée à l'intérieur de l'unité de soins ».

L'usage du téléphone portable est également limité au sein de l'unité pour adolescents où les échanges téléphoniques avec la famille font l'objet d'un protocole strict.

Pour les patients qui ne possèdent pas de téléphone portable, l'accès aux appareils du service est possible notamment dans le bureau infirmier ; dans certaines unités un téléphone fixe mural est à disposition des patients. Le nombre d'appels est néanmoins limité à deux conversations quotidiennes ; plusieurs témoignages précisent qu'un appel infructueux est comptabilisé alors même que l'interlocuteur n'a pas décroché. Par ailleurs, les conditions de confidentialité de ces conversations téléphoniques ne sont le plus souvent pas garanties.

RECOMMANDATION 19

L'accès au téléphone portable doit être posé comme principe auquel il ne peut être dérogé que sur avis médical au regard de l'état clinique du patient.

L'hôpital doit par ailleurs garantir aux patients un accès suffisant à un poste téléphonique dans des conditions garantissant la confidentialité des conversations.

Dans ses observations au rapport provisoire le président du tribunal note : « Concernant la liberté d'aller et venir, l'accès au téléphone portable ou à un poste téléphonique confidentiel (recommandations n° 16 et 19), comme les visites des proches et les achats pendant l'hospitalisation (notamment de cigarettes), les doléances de patients sont parfois émises même si la majorité estime faire l'objet d'une prise en charge attentive et consciencieuse. Nous avons sollicité auprès de la direction de l'hôpital, qu'en cas de restriction à ces droits, un avis motivé au juge des libertés et de la détention soit mentionné en marge de l'avis médical précédent le débat afin de mettre l'autorité judiciaire en mesure d'une part d'apprécier la validité de ces restrictions et d'autre part de donner une information précise au patient sur ces thématiques. La direction s'est engagée à mentionner et à motiver les éventuelles restrictions prises sur ces quatre points ».

5.3.2 Presse, courrier, télévision

En dehors du quotidien *Sud-Ouest* auquel est abonné l'hôpital et les magazines que reçoivent les patients il y a peu de journaux dans les unités.

Le courrier n'est pas ouvert ; enveloppes et papier à lettres peuvent être fournis dans les unités mais les timbres sont à la charge des patients. Les courriers adressés au CGLPL, à la CDSP, aux

Défenseur des droits (DDD) et JLD sont pris en charge par l'hôpital. Les patients, qui sortent, postent eux-mêmes leur courrier en ville sinon le vaguemestre s'en charge.

Des salles sont réservées dans chaque unité pour la télévision, une ou deux selon les unités, avec parfois un lecteur DVD comme dans les unités Pastourelle, Aria et Sonatine. La télécommande n'est pas toujours laissée à disposition des patients qui doivent alors trouver des stratagèmes pour changer de programme, notamment quand les postes de télévision sont enfermés dans des caissons de protection.



Patient de l'unité Fournière tentant de changer de chaîne à l'aide d'une chaise

5.3.3 Internet

Les ordinateurs sont autorisés dans les chambres mais les unités ne sont pas équipées de wifi. De fait les contrôleurs ont peu vu d'ordinateurs dans les unités. Une salle d'informatique est accessible à l'unité Passerelle, en étage sous la surveillance d'un IDE. Elle peut être utilisée le soir après 17h30 ou le week-end, si un soignant est disponible.

A l'unité pour adolescents, les mineurs peuvent utiliser dans leur chambre téléphone sans carte SIM, ordinateur et tablette mais sans accès à la wifi.

5.3.4 Visites des familles

Les visites ont lieu l'après-midi de 14h à 18h ou 18h30 les unités mais les soignants se montrent souples. Il n'y a pas d'horaires dans l'unité pour adolescents.

Des salons pour les visiteurs permettent un accueil des proches mais ils sont parfois peu chaleureux (unité récente Passerelle).

Les enfants de moins de 16 ans (qui ne sont pas autorisés à entrer dans les unités de soins) peuvent être reçus dans une salle aménagée dans les locaux administratifs (ancien CMP), en présence d'un soignant au début puis si tout se passe bien, seuls avec le patient.

Il est également possible de rencontrer ses proches dans les jardins des unités, dans le parc ou à la cafétéria.



Deux salons « visiteurs » des unités Pastourelle et Caravelle

5.4 LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS N'EST PAS ABORDEE PAR LA PLUPART DES EQUIPES SOIGNANTES

Les contrôleurs ont constaté une absence totale de réflexion institutionnelle relative à la liberté des patients à vivre leur sexualité : il s'agit là en effet d'un « non-sujet » pour les équipes, ce qui fait notamment qu'aucune action prophylactique n'est mise en œuvre. Si des préservatifs peuvent être remis à la demande des patients, il n'en existe pas en « libre-service ».

De fait, il n'existe pas de règle explicite relative à la sexualité des patients. Sauf à l'unité Aria dont le règlement intérieur précise dans son article 19 que « *les relations sexuelles sont interdites dans les locaux hospitaliers* ». Ailleurs, la règle tacite est de ne pas autoriser les relations sexuelles à l'hôpital et de signifier l'interdiction pour les patients de se rendre dans les chambres des autres patients.

En l'absence de règle et de réflexion institutionnelles, les soignants sont livrés à eux-mêmes quant au positionnement à adopter, qu'il s'agisse des relations sexuelles entre patients ou des relations sexuelles entre patients et visiteurs.

Le principe de l'interdit de toute relation sexuelle est également posé pour l'ensemble de l'unité de pédopsychiatrie qui ne dispose pas de préservatifs ; cependant, à chaque admission en « réhabilitation » le mineur rencontre à trois reprises une personne du planning familial.

RECOMMANDATION 20

L'hôpital doit mener une réflexion institutionnelle sur les questions en lien avec la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles mais aussi les impératifs de santé publique.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LA PLUPART DES UNITES D'HOSPITALISATION SONT VETUSTES ET LES CHAMBRES NE DISPOSENT PAS D'EQUIPEMENTS SUFFISANTS

La plupart des bâtiments sont anciens et pas nécessairement adaptés à l'accueil de patients souffrants de troubles psychiatriques. L'établissement s'efforce cependant de rénover progressivement les unités qui sont pour l'essentiel 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.

La plupart des chambres sont situées au premier étage des bâtiments, la présence d'ascenseurs ne pallie pas cet inconvénient pour les patients les moins autonomes. Chaque unité dispose de quelques chambres doubles (occupées par un seul patient au moment de la visite). En dehors des deux unités récemment réhabilitées (Passerelle et Bastide), les chambres ne sont pas dotées de sanitaires avec douche mais disposent uniquement d'un lavabo et/ou d'un wc ; des sanitaires collectifs sont accessibles aux patients (*cf. infra*).

Les chambres sont meublées de façon spartiate, dans la majorité des unités le mobilier est réduit au strict minimum : un lit, une table de chevet et une chaise ; fauteuils et tables sont inexistantes. Par ailleurs, les portes des chambres sont dépourvues de verrou de confort et la plupart ne disposent pas de bouton d'appel. De plus, l'impossibilité d'ouvrir de plus de quelques centimètres les fenêtres des chambres pose un problème d'aération. A l'unité Fournière, les fenêtres des chambres ne peuvent être ouvertes sans déclencher l'alarme dont est équipée le bâtiment.



Vues de chambres de différentes unités

RECOMMANDATION 21

Toutes les chambres doivent être équipées de boutons d'appel, de verrous de confort et du mobilier nécessaire à des conditions de vie satisfaisantes.

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES

Même dans les unités vétustes, les contrôleurs ont pu constater la propreté des locaux toujours bien entretenus.

Deux ASH par unité sont présentes tous les jours, une le matin, une l'après-midi ; les chambres et espaces communs sont nettoyés quotidiennement.

Dans les unités dont les chambres ne disposent pas de sanitaires privés, quatre à cinq espaces sanitaires collectifs, avec douches et parfois une baignoire, sont accessibles aux patients. Selon les unités, ils le sont tout au long de la journée ou seulement pendant certains créneaux horaires : à l'unité Airial, de 7h30 à 8h30 et de 17h30 à 18h30.

Les produits d'hygiène sont parfois gardés dans des casiers nominatifs comme à Fournière et les rasoirs sont donnés et repris par les soignants.



Salle de bains avec baignoire et coin lavabo-wc dans une chambre (unité Pastourelle)

Les draps sont changés toutes les semaines et parfois comme à Fournière des stocks sont laissés dans le couloir pour permettre aux patients de changer leur lit.

De petites buanderies dotées de lave-linge et de sèche-linge, avec accès par roulement pour la plupart des patients permet de laver le linge personnel et parfois de retrouver des gestes du quotidien : trier, placer dans le tambour, mettre la dose de lessive, retirer le linge, le faire sécher ; les patients, selon leur état d'autonomie, sont accompagnés par les soignants.

Des salons de soins esthétiques et de coiffure sont présents dans les unités Caravelle, Pastourelle, Aria et Airial ; les soignants y encadrent des activités lorsqu'ils sont disponibles.

6.3 LES BIENS DU PATIENT NE SONT PAS SECURISES FAUTE DE PLACARD FERMANT A CLE DANS LES CHAMBRES

Le livret d'accueil conseille au patient de ne pas conserver sur lui ou dans sa chambre « argent, carnet de chèques, cartes bancaires, bijoux, ou objets de valeur. Vous êtes invité à les déposer dans le coffre de l'hôpital au moment de votre admission. Si toutefois vous souhaitez garder ces valeurs, il vous est demandé de signer une décharge. L'établissement décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol ».

Le règlement intérieur des unités stipule : « Lors de l'entrée, il est procédé à un inventaire du contenu des bagages et effets personnels. Il pourra être procédé à des contrôles individuels durant le séjour y compris dans les chambres. Les patients sont invités à déposer leurs papiers personnels, tels que carte d'identité, carte d'assuré social, et carte mutuelle qui sont conservés dans le bureau infirmier. L'argent déposé par les familles et/ou tuteurs est déposé dans un coffre-fort dans le bureau du cadre de santé qui est la seule personne à posséder la clé. Une gestion informatisée est effectuée afin d'assurer la traçabilité. L'hôpital décline toute responsabilité en cas de vol, pour les objets et valeurs gardés par les patients ».

La remise des fonds transmis par les tuteurs se fait par l'intermédiaire d'un agent d'accompagnement, qui va chercher l'argent à la trésorerie municipale de Mont-de-Marsan. Les patients ou les soignants viennent récupérer l'argent auprès de lui ; au besoin, il se déplace pour remettre l'argent aux patients ne pouvant pas se déplacer. Parfois, les tuteurs remettent aux unités des bons d'achat spécifiques à certaines unités.

A l'exception de l'unité "Pastourelle", les chambres ne disposent pas de placard fermant à clé.

RECOMMANDATION 22

Chaque patient doit disposer dans sa chambre d'un placard fermant à clé.

6.4 LA RESTAURATION NE POSE PAS DE DIFFICULTE

Une cuisine centrale liaison froide assure les repas qui sont ensuite apportés dans les unités et réchauffés.

Les repas sont collectifs et pris dans la salle à manger à 8h30, 12h et 19h. Une collation est proposée à 16h. Le placement à table est libre. Ces lieux sont parfois décorés et agréables ouvrant sur les jardins par de larges baies vitrées.

Les soignants sont présents aux repas, ne mangent pas avec les patients, sauf en pédopsychiatrie, mais les aident si nécessaire comme à Aria, Sonatine ou Caravelle.

Les familles ne peuvent pas déjeuner avec leur proche hospitalisé.

On ne peut pas apporter de denrées périssables dans les chambres seulement des boissons fraîches en été.

Les repas sont équilibrés. Une diététicienne se rend dans les unités. Les régimes individualisés sont respectés et réactualisés chaque jour : diabétiques, sans porc, sans sel, pauvres en graisse, etc. Les quelques critiques faisaient état de menus « redondants » pour ceux qui ont des régimes particuliers.

Une collation est proposée à 16h avec gâteau ou pain et chocolat pour les adolescents et parfois sans boissons chaudes à l'unité Passerelle où on ne propose pas forcément ce qui est écrit sur les menus.

Les patients dans certaines unités participent au dressage de la table, ils desservent et rangent. Cela se fait par roulement à l'unité pédopsychiatrique et un tableau indique les responsabilités à prendre à l'unité de réhabilitation Pastourelle.



Salle à manger de l'unité Aria

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LA CREATION DU CAP 24 A POUR BUT D'EVITER LES HOSPITALISATIONS NON JUSTIFIEES ET DE REDUIRE LES PERTES DE CHANCES

Auparavant, les patients étaient amenés directement au bureau de garde sur le site de Sainte-Anne, ce qui, des dires de soignants et médecins, pouvait occasionner des aller et retours avec les urgences ou des hospitalisations inutiles en psychiatrie, du simple fait d'être « sur site ».

7.1.1 La création du CAP 24 aux urgences

Le CAP 24 a été créé en juin 2018 au CH de Mont-de-Marsan, dans le service d'accueil des urgences (SAU), avec pour objectif une meilleure orientation, prise en charge psychiatrique, et éviter les hospitalisations inutiles. Des problèmes de cette sorte avaient été identifiés, de même que des retards de diagnostics somatiques, à l'époque où les urgences étaient amenées directement sur le site de Sainte-Anne.

Le CAP 24 est géré par une cadre de santé, les infirmiers du CAP 24, tous volontaires pour faire partie de ce projet sont expérimentés. Il est ouvert 24h sur 24 et sept jours sur sept. Un médecin psychiatre est présent de 8h30 à 18h30, puis un médecin de garde prend la relève, psychiatre ou pédopsychiatre. Un IDE est présent de 7h à 14h, puis de 14h à 21h puis de nuit ainsi qu'un IDE de journée de 9h30 à 17h30. Le CAP 24 assure également une équipe de liaison au sein du CH. Les médecins du CAP 24 partagent leur temps pour l'un avec l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire, pour l'autre avec un temps d'extra hospitalier.

Dorénavant, le patient présentant *a priori* une problématique psychiatrique est vu par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) du SAU dès son arrivée, ainsi que par un médecin urgentiste. Il l'adresse alors à l'infirmier psychiatrique et/ou le médecin psychiatre du CAP 24, qui procèdent à une évaluation plus complète, notamment des antécédents médicaux et de l'entourage du patient. Selon le tableau clinique, plusieurs scénarios ont été identifiés (consultation, état d'agitation, soins sans consentement, patient venant de l'unité sanitaire), déroulant le rôle de chacun. Si une hospitalisation en psychiatrie est à envisager, la décision revient au psychiatre du CAP 24 ou au psychiatre de garde. Lorsqu'il s'agit d'une admission en soins sans consentement, les démarches sont effectuées à ce moment-là. Le psychiatre se charge en principe d'informer le patient des raisons qui l'amènent à prendre cette décision. Les chiffres montrent que le mode d'hospitalisation pour péril imminent est assez peu utilisé, l'équipe recherchant en priorité l'admission à la demande d'un tiers, avec une proportion importante en urgence. En attendant son transfert dans l'un des pavillons d'hospitalisation, le patient est installé dans un box ou dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). La temporalité de la psychiatrie a été difficile à faire accepter par les urgences, mais dorénavant la cohabitation se passe dans le respect mutuel.

En dehors de l'accueil physique, l'équipe assure également des permanences téléphoniques auprès de patients qui bénéficient d'un suivi en ambulatoire. Par ailleurs, c'est l'IDE du CAP 24 qui répond aux appels des unités pendant les gardes et transmet les consignes du médecin, ce qui n'est pas toujours bien vécu par le personnel soignant du site de Sainte-Anne.

Compte tenu de son ouverture récente, il n'y a pas encore de statistiques fines permettant de mesurer l'impact de la création du CAP 24. Il semble pour l'instant que cette délocalisation aux urgences a eu pour effet d'augmenter la file active, ce qui procéderait d'une déstigmatisation de la démarche, de nombreuses personnes refusant de se rendre directement à Sainte-Anne « chez les fous ». Le centre médico-psychologique (CMP) de Mont-de-Marsan, a également augmenté

significativement son nombre de consultations, car ce dispositif faciliterait les orientations vers le CMP plutôt que vers les unités d'hospitalisation. Le « rapport CAP 24 » du mercredi 11 septembre 2019 a été remis aux contrôleurs. Y sont tracés les appels reçus (famille, médecin généraliste, régulation, une patiente), les consultations qui ont eu lieu, au nombre de huit et la suite donnée (trois hospitalisations en soins libres, un placement en cellule de protection d'urgence pour une personne détenue). Entre juin et décembre 2018, il y a eu 1 337 prises en charge au CAP 24, conjointement avec le SAU dans 666 cas, donnant lieu à 432 admissions en hospitalisation complète sur le site de Sainte-Anne. Ces chiffres sont ceux des six premiers mois d'ouverture du CAP 24 et devront être analysés à la lumière des données récoltées ces prochaines années.

S'agissant des autres sites, pour l'instant seul un CAP existe à Dax, du lundi au vendredi en journée seulement. Dans le projet de groupement hospitalier de territoire (GHT), tous les CH du département seraient équipés d'un CAP 24, et une équipe mobile d'urgence, rattachée au CAP 24 de Mont-de-Marsan.

7.1.2 Situations particulières

Certaines situations échappent à l'évaluation effectuée au niveau du CAP 24. Ainsi, lorsqu'un patient déjà connu est adressé en journée depuis un CMP du département, il se rend directement à Sainte-Anne, dans la mesure où sa situation est déjà connue, et que l'examen somatique peut être réalisé sur place.

Par ailleurs, les patients en SDRE ne passent pas par le CAP 24 depuis qu'une personne en état d'agitation importante a « perturbé » le service des urgences du CH. Dorénavant, le SMUR va chercher la personne avec un IDE du CAP 24, et elle est amenée directement à Sainte-Anne. La nuit, c'est l'interne et/ou le psychiatre de garde qui le voient.

Pour l'instant, Les admissions depuis le Nord du département sont les plus problématiques, le service des urgences le plus proche étant celui d'un autre CH. Seule une équipe de liaison de psychiatrie y est présente, un transfert pour avis psychiatrique au CAP 24 est donc possible, puis éventuellement un retour aux urgences ou à domicile, le cas échéant.

7.2 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST INEGAL D'UNE UNITE A L'AUTRE

7.2.1 L'organisation des soins médicaux

Le site de Sainte-Anne comporte quinze postes de médecins psychiatres. Huit de ces postes sont pourvus, et quatre intérimaires pallient les sept postes restants.

La taille du département rend difficile pour les médecins de partager leur temps entre intra et extra hospitalier, dans un contexte où il manque des médecins. Pour assurer la continuité des soins psychiatriques, compliquée de ce fait, il est essentiel de faire le lien avec les collègues qui interviennent en extra hospitalier. Le lien avec l'extra hospitalier de Dax serait plus difficile, ce n'est pas la même culture qui opère. Le GHT devrait permettre un rééquilibrage des secteurs, certains sont géographiquement plus près de Dax, mais dépendent tout de même de du CH de Mont-de-Marsan.

Un nouveau projet médical est en cours de rédaction, ce qui est une tâche peu aisée quand les médecins manquent. De la même manière, certains projets d'unité ont été portés par des médecins qui entre-temps ont quitté l'établissement, ce qui rend la tâche plus difficile pour les médecins nouvellement arrivés.

Afin d'assurer une continuité des soins psychiatriques, un médecin titulaire de l'établissement est désormais affecté à chaque unité d'hospitalisation. Auparavant, certaines des unités n'étaient gérées que par des intérimaires, ce qui était source d'instabilité pour les équipes soignantes, mais surtout pour les patients. Les médecins se réunissent un lundi matin sur deux, pour discuter des projets et évoquer la prise en charge des patients qui leur posent le plus de difficultés. Un *staff* est organisé chaque semaine dans chaque unité, auquel participent les médecins, le cadre, les soignants, et l'assistante sociale. Le médecin somaticien n'y participe pas.

Les transmissions ont lieu à 6h30, 13h30 et 20h45.

Les postes non pourvus pèsent sur la prise en charge, et lorsque les intérimaires se succèdent chaque semaine, des décisions contradictoires concernant le même patient peuvent être prises, ajoutant à la confusion pour ce dernier. Toutefois, au moment de la visite, l'établissement connaissait une relative stabilité, avec des intérimaires présents pour au minimum un mois.

RECOMMANDATION 23

Il convient de pourvoir les postes vacants de médecin psychiatre afin d'assurer une plus grande stabilité dans la prise en charge médicale.

Sur ce point, le président du tribunal judiciaire écrit dans ses observations : « *S'agissant de la nécessité de pourvoir les postes vacants de médecins psychiatres (recommandation n°23), nous constatons un turnover important dans l'équipe médicale lié à un niveau d'intérim conséquent, l'instabilité des équipes soignantes comme la disponibilité restreinte des praticiens étant régulièrement déplorée par les patients. Sur ce point, nous ne pouvons également que souscrire à la nécessité de pourvoir aux postes vacants et saluer en tout état de cause la qualité du travail et le sens de l'engagement des agents, infirmiers et médecins qui œuvrent au sein de l'établissement dans des conditions éminemment difficiles* ».

La continuité de l'accès aux soins la nuit est assurée par la présence de deux soignants dans chaque unité, dont deux IDE à l'unité Passerelle, et un IDE et un AS dans les autres unités. Il s'agit généralement de personnes affectées à ces postes, bien que des soignants travaillent alternativement de jour et de nuit. Au niveau médical, un interne assure la garde depuis le CAP 24, auquel s'ajoute le psychiatre de garde. La régulation est effectuée par l'IDE du CAP 24 qui fait l'intermédiaire entre son collègue présent dans l'unité et le médecin de garde, ce qui peut être source de crispation pour les IDE du site de Sainte-Anne (cf. *supra* § 7.1.1). L'infirmier du CAP 24 en réfère systématiquement au médecin de garde.

RECOMMANDATION 24

Durant la garde, le médecin doit communiquer directement par téléphone avec les équipes soignantes du site de Sainte-Anne, sans passer par l'intermédiaire de l'IDE du CAP 24.

7.2.2 Accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

a) En unités et à l'extérieur avec les soignants : des activités sans prescription médicale

De façon générale, les patients disent s'ennuyer ; ils déambulent entre les unités, le parc et la cafétéria quand ils peuvent sortir ou restent, somnolents, dans les fauteuils de la salle principale de l'unité.

Quelques-uns se rassemblent dans les patios ou jardins quand il fait beau. L'organisation d'activités est très variable selon les unités. Les soignants ne montrent pas tous la même disponibilité pour les encadrer. Cependant, dans certaines unités ils ne se contentent pas de proposer ping-pong, baby-foot ou jeux de société et des activités pensées et régulières ont lieu selon la disponibilité des équipes.

Ainsi, à titre d'exemples, à Sonatine et Aria, des soignants, accompagnés d'intervenants extérieurs, proposent musicothérapie, médiation animale, gymnastique, cours de flamenco et une fois par an, une journée de compétition où s'affrontent résidents et soignants. Des sorties fréquentes avec deux ou trois patients se font au cinéma, dans les grandes surfaces, à la piscine, au centre équestre, au musée.

A Caravelle (courts séjours) où les patients sont plus âgés, il s'agit de cours de yoga, de marches dans le parc, de coloriage, de belote, d'un peu de jardinage. Un salon de coiffure est installé au premier étage.

A l'unité Passerelle une salle informatique, une salle de sports avec quelques machines, des salles d'activités manuelles, un salon d'esthétique sont à disposition surtout le week-end et le soir mais les soignants, selon les propos recueillis, n'ont que peu de disponibilités pour faire vivre ces ateliers.

A Fournière, une heure de yoga par semaine concerne trois patients, un salon d'esthétique est à disposition, des journées thématiques (espace game, football, parc d'attractions, trampoline) sont organisées ainsi que des randonnées une fois tous les quinze jours, des visites à l'extérieur, des barbecues dans le parc, certains patients en SSC peuvent y participer.

A l'unité Bastide, les mineurs ont cinq heures d'activités thérapeutiques obligatoires chaque jour, deux heures le matin et trois heures l'après-midi (bricolage, jardinage, atelier scolaire, photo langage, pâtisserie, judo, etc.).

Chaque unité dispose d'un budget d'environ 1 000 euros parfois complété par le financement de l'Amicale dont les revenus sont alimentés par la vente des boissons et friandises de la cafétéria.

b) Les séjours thérapeutiques

Plusieurs unités organisent des séjours thérapeutiques ; trois soignants prennent en charge cinq ou six patients durant cinq jours. En 2019, huit séjours avaient ou devaient être organisés dans quatre unités différentes.

c) Le centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP)

Situé dans l'enceinte du site de Saint-Anne, le CATTP, service extra hospitalier, occupe le rez-de-chaussée de bâtiments vétustes installés au fond du parc et dont le premier étage est affecté à la formation. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9h à 16h. Le jeudi après-midi est consacré aux transmissions et aux réunions cliniques.

Il accueille sur prescription médicale des patients hospitalisés ou non au sein d'ateliers thérapeutiques divers : en 2017, sur 228 patients accueillis, 87 étaient hospitalisés ; en 2018, sur 207 patients, 88 étaient hospitalisés et, entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} septembre 2019, sur 110 personnes accueillies, 40 relevaient de l'hospitalisation. On constate une baisse de fréquentation.

Une équipe de huit personnes (sept au moment de la visite pour 5,5 ETP en raison du départ à la retraite de la psychologue non encore remplacée pour 0,2 ETP) composée d'un psychiatre, (0,2 ETP), d'un cadre infirmier (0,3 ETP), de 4 IDE (4 ETP) et d'un éducateur spécialisé (1 ETP) proposent des ateliers médiatisés de :

- gymnastique douce ;
- jardinage ;
- animal-thérapie en lien avec la SPA de Saint-Pierre-du-Mont ;
- esthétique et soins du corps ; toucher/massages ;
- art-thérapie : dessin, collages, peinture ;
- modelage terre ;
- lecture-écriture ;
- arts plastiques (plusieurs techniques à partir de matériaux bruts : papier, carton, végétaux).

Un projet d'atelier sonore se met en place.

Pour être inscrit, une prescription médicale est obligatoire. Après étude et analyse des problèmes de santé posés, le médecin référent et l'équipe du CATTP proposent des actions de soins au niveau des divers ateliers sous forme de planning. La demande de prise en charge au CATTP fait état du diagnostic médical, des antécédents d'hospitalisations, des dates de début de l'hospitalisation actuelle, du motif, du traitement, du diagnostic infirmier, des centres d'intérêt du patient, des objectifs de la prise en charge et de l'avis du médecin référent.

Les groupes sont en général composés de quatre à cinq patients d'unités différentes toujours encadrés par deux intervenants ; les patients peuvent suivre trois activités dont le sport.



Art-thérapie : atelier peinture



salon esthétique et soins du corps

Le sport se décline de plusieurs façons :

- sport en salle omnisport qui se déroule *intra-muros* dans une ancienne salle de cinéma réaménagée en gymnase ;
- natation à la piscine municipale de Mont-de-Marsan ;
- vélo à Mont-de-Marsan et aux alentours ;
- sports collectifs dans les salles municipales mises à disposition par la Ville.

Certaines unités (Sonatine, Aria, Pastourelle, Fournière et Aerial) adressent plus que les autres leurs patients au CATTP, y compris des patients en SSC. Il conviendrait que les activités du CATTP soient mieux connues des patients et qu'un affichage dans les unités puisse leur permettre d'être informés des différents projets en cours.

d) La cafétéria

Située au centre du site, la cafétéria est abritée dans un bâtiment de plain-pied doté d'une terrasse. Elle est ouverte de 9h à 12h et de 13h à 16h du lundi au vendredi. Elle est fermée le week-end et les jours fériés. Cinq agents d'accueil bénéficient d'un poste aménagé (trois AS et deux agents hospitaliers) ; deux d'entre eux étaient en arrêt maladie lors de la visite.

Appelée lieu de convivialité, elle est apparue aux contrôleurs très sinistre : peintures de couleurs tristes et défraîchies, vitrines vides, absence de décoration sur les murs, aucun service au comptoir : boissons et de friandises ne sont accessibles qu'aux distributeurs.

La télévision est allumée en continu et peu d'animations sont proposées sauf le jeudi : belote, parfois loto, crêpes ou chorale. Un présentoir de journaux et de revues est alimenté par l'une des trois personnes en charge de l'accueil. Neuf tables à l'intérieur et deux tables en terrasse accueillent les patients et leurs familles ; entre trente et quarante personnes fréquentent ce lieu tous les jours. Les soignants n'y viennent que pour l'accompagnement de certains patients. On n'y vend plus ni cigarettes, ni timbres mais on peut choisir plus de trente sortes de cafés différents dans un distributeur sophistiqué. Ces distributeurs sont la propriété de l'Amicale et l'argent est reversé pour les activités en unités et pour les séjours thérapeutiques.



Vues de la cafétéria

Fermé durant dix ans, ce lieu a pour projet de développer des animations, expositions et d'expliquer quelques règles diététiques aux patients.

Une intrusion récente de nuit avec vol de la caisse a conduit à poser des grilles sur toutes les ouvertures ce qui accentue l'aspect sinistre du lieu.

e) La bibliothèque

La bibliothèque jouxte la cafeteria. Elle n'est pas signalée.

Une des aides-soignantes de la cafétéria s'en occupe mais elle n'a reçu aucune formation spécifique. 500 ouvrages sont rangés sur les étagères. Au moment de la visite, l'espace était réservé à un cours de yoga, interdisant l'accès à ceux qui souhaitent emprunter un livre. De plus, deux jours par semaine, le vagemestre, reçoit, dans cette bibliothèque, les patients qui ont demandé, *via* leur tuteur, à percevoir une certaine somme pour leurs achats personnels (*cf. supra*).

RECOMMANDATION 25

Il convient de réorganiser complètement les lieux dits de convivialité (cafétéria et bibliothèque) en les indiquant par une signalétique précise, en les rénovant et en développant un réel projet de lieu-relais. La bibliothèque doit être prise en charge par un personnel formé à cet effet.

7.3 LES TRAITEMENTS SONT GENERALEMENT DISCUTES ET EXPLIQUES MAIS DES « SI BESOIN » PERDURENT**7.3.1 Organisation et place des traitements médicamenteux**

C'est la pharmacie centrale du CH de Mont-de-Marsan qui fournit les traitements, car il n'y a plus de pharmacie sur le site de Sainte-Anne depuis l'an 2000.

Les pharmaciens se sont répartis les sites et des thématiques transversales. Le site de Sainte-Anne n'a donc pas l'exclusivité d'un pharmacien, ce qui contribue à créer de la distance entre les médecins, les équipes soignantes et la pharmacie. Cette dernière ne participe plus aux réunions médicales, pratique qu'il conviendrait de rétablir. Une participation même ponctuelle permettrait d'établir un dialogue sur un domaine en évolution constante. Ainsi les nouveaux antipsychotiques ne doivent être pris qu'une fois par jour, or les prescriptions demeurent parfois deux fois par jour, d'autant que certains patients y sont habitués. Les ordonnances sont analysées par la pharmacie, et un logiciel analyse les interactions afin de repérer les contre-indications.

D'après les informations recueillies, les psychiatres intervenant dans l'établissement prescrivent les dernières molécules connues. La présence d'intérimaires peut toutefois créer de l'instabilité, notamment dans les cas où les intérimaires sont courts (une à deux semaines), avec des médecins prenant peu de risques et/ou ayant une approche différente de celle des autres médecins. En pédopsychiatrie, d'après le psychiatre et les soignants, il est peu fait recours aux traitements médicamenteux, et certains enfants n'en ont aucun.

Dans les unités de court et moyen séjour, les traitements sédatifs sont principalement administrés au début de la prise en charge, afin de soulager l'angoisse dans l'attente que le traitement de fond agisse. Toutefois, selon les cas, ils peuvent être relativement peu administrés dans les tous premiers temps, afin de pouvoir apprécier la symptomatologie. Les patients au long cours ont pour leur part des traitements parfois massifs que l'on peut qualifier de « *camisole chimique* ». Des neuroleptiques leur ont été prescrits depuis parfois des décennies, et il s'avère difficile de diminuer les doses.

A l'unité Passerelle, lors de la visite plusieurs patients ne prenaient pas les traitements proposés par les médecins, avec lesquels avait lieu une véritable négociation : « *après on finit zombifié* », a indiqué l'un d'entre eux. Ce patient, contestant le diagnostic et présentant une forte opposition à la prise en charge proposée, a indiqué que son téléphone lui avait été retiré tant qu'il ne prendrait pas son traitement, puis restitué mais sans carte SIM. Ce refus du traitement venait principalement de sa crainte des effets secondaires des médicaments, notamment du fait de grossir. Un changement est toutefois survenu en cours de visite : reçu par la JLD, il a été marqué par la prise en considération dont elle a fait preuve, faisant droit à sa demande d'expertise, et a finalement décidé de prendre son traitement, malgré la décision de le maintenir en hospitalisation complète. Si le retrait du téléphone portable ne peut constituer un levier de négociation satisfaisant, cette situation illustre certains des enjeux permettant de dénouer une situation semblant « *bloquée* ».

7.3.2 Les traitements « si besoin »

Pour les traitements habituels, des administrations « *si besoin* » peuvent être prescrites, notamment pour des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques : le comprimé est prescrit en première intention, puis la solution buvable.

En cas d'agitation ponctuelle, des injections « *si besoin* » peuvent également être prescrites dans certaines unités (Passerelle et Fournière). Ces injections ne seraient utilisées que très rarement en cas de nécessité, mais leur possibilité est vécue par les soignants comme une protection, voire une marque de confiance. Ces prescriptions ont pour objectif de rassurer une équipe relativement jeune et qui peut redouter les situations d'agitation.

RECOMMANDATION 26

Les injections ne peuvent être prescrites que par le médecin psychiatre après avoir tenté d'obtenir le consentement du patient à un traitement médicamenteux. Les prescriptions « *si besoin* » doivent être proscrites.

7.3.3 L'administration des traitements

Le site de Sainte-Anne se prépare à utiliser un nouveau logiciel permettant une dispensation nominative des traitements. Les unités d'hospitalisation Aria, Pastourelle, Sonatine et Fournière, qui hébergent des patients au long cours, reçoivent déjà cette dispensation nominative pour quatorze jours ; dans les autres unités, la dispensation demeure globalisée pour une semaine, mais elles appliqueront bientôt également le nouveau logiciel. Les traitements sont préparés par les IDE de nuit. Lors de l'administration, les IDE contrôlent de nouveau le traitement et le valident sur un ordinateur portable.

Dans toutes les unités, les traitements sont distribués par les IDE au moment des repas, une fois les patients installés à table. Cette modalité de distribution ne permet pas de respecter la confidentialité des soins.

RECOMMANDATION 27

Les modalités d'administration des traitements médicamenteux doivent permettre de respecter la confidentialité des soins.

7.3.4 L'électroconvulsivothérapie

D'après les propos recueillis, l'électroconvulsivothérapie (ECT) s'avère parfois très pertinente pour traiter certaines situations. Certains des médecins sont en train de se former en suivant un diplôme universitaire (DU) sur la question.

Comme dans de nombreux établissements, l'ECT est souvent perçue comme la « *thérapie de la dernière chance* ». Il a été indiqué qu'au vu des séquelles et des effets secondaires potentiels, il faut le consentement du patient et du tiers. Ce traitement est principalement utilisé sur les patients de l'unité Passerelle. Si la famille n'est pas d'accord et que le patient est ambivalent, il est décidé de ne pas procéder aux ECT. Toutefois, les choses peuvent leur être présentée de manière pressante : « *Parfois on insiste lourdement quand on pense que c'est la seule possibilité* ».

RECOMMANDATION 28

La décision de recourir à l'électroconvulsivothérapie doit être prise de manière collégiale, comme cela peut être le cas pour d'autres traitements particulièrement invasifs et dans un contexte permettant de recueillir le consentement libre et éclairé de la personne concernée et de son entourage.

7.4 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST ASSUREE MAIS LES SOMATICIENS NE SURVEILLENT PAS SYSTEMATIQUEMENT LES MESURES DE CONTENTION**7.4.1 L'accès au médecin généraliste**

Trois postes de médecin généraliste sont normalement prévus sur le site de Sainte-Anne. Au moment de la visite, deux médecins généralistes s'étaient répartis les unités d'hospitalisation, permettant d'assurer une présence quotidienne du lundi au vendredi. Ils effectuent également des astreintes à tour de rôle. Tous deux sont praticiens hospitaliers, l'un est à temps plein et intervient depuis des années sur le site de Sainte-Anne, le second était urgentiste et a débuté à ce poste à 0,7 ETP la semaine précédant le contrôle. Auparavant et pendant deux ans, seul un médecin généraliste intervenait sur le site. La situation s'est donc tout récemment améliorée.

La grande majorité des patients transite par le CAP 24 où ils bénéficient d'un examen somatique. Cependant les médecins généralistes examinent de nouveau tous les entrants afin de s'assurer qu'ils aient bénéficié d'un bilan complet (bilan sanguin et électrocardiogramme, ce dernier étant parfois – rarement – réalisé au niveau des urgences). Par ailleurs, il peut arriver qu'un patient « connu » n'ait pas bénéficié d'un examen somatique complet aux urgences du CH.

S'agissant de la continuité des soins, il n'y a plus de médecin somaticien sur le site de Sainte-Anne après 18h30. Par la suite, en cas de besoin, il est fait appel au médecin régulateur du centre 15.

Les médecins généralistes voient les patients en consultation dans les unités, qui disposent toutes d'un bureau équipé de matériel médical et d'une table d'examen. Les bilans biologiques sont acheminés au laboratoire du CH. Les résultats parviennent par voie informatique. Il n'existe pas de difficulté particulière pour les bilans réalisés en urgence ou durant les week-ends. Les patients tabagiques se voient proposer des substituts nicotiniques. Une sérologie est également proposée.

Au cours de l'hospitalisation, les patients sont ensuite suivis en fonction de la connaissance de leurs pathologies, ou à la demande. Certaines unités, où des pathologies somatiques sont souvent associées aux troubles psychiques, comme l'unité de soins au long cours Sonatine, donnent une place prépondérante aux soins somatiques. Ainsi, le rapport d'activité de l'unité en 2018 indique : *« La présence journalière du somaticien est forte. Il assure le suivi cardiovasculaire, le diabète... en lien avec les traitements neuroleptiques. Il suit tous les symptômes dérivés des maladies neurologiques (VIH, Korsakoff, maladies génétiques rares...). Il prescrit les consultations gynécologiques ou urologiques ou les problèmes gastro-intestinaux et de la kinésithérapie. Il évite le passage aux urgences ou aux laboratoires pour tout ce qui est sutures, ou les prélèvements spécifiques pour confirmer les diagnostics comme les cancers... »*.

Les médecins généralistes, rencontrés par les contrôleurs, examinent systématiquement dans les premières 24 heures les patients qui font l'objet d'une mesure d'isolement. En revanche, les mises sous contention ne mobilisent pas les médecins somaticiens systématiquement. Ils n'interviennent qu'à la demande du médecin psychiatre ou des équipes soignantes pour prescrire un anticoagulant.

Au cours de la visite, un médecin généraliste a été sollicité concernant un patient connaissant des mesures d'isolement et de contention dans sa chambre. La sédation était tellement importante qu'il a été décidé de l'alimenter par sonde naso-gastrique. Le généraliste a demandé à ce que la sédation soit diminuée.

RECOMMANDATION 29

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

7.4.2 L'accès aux consultations de spécialité

Il n'existe pas de difficulté particulière pour faire admettre un patient en service de chirurgie et les délais sont courts pour les examens radiologiques. Les soins dentaires de première intention sont réalisés au CH. Les délais de consultation pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste sont raisonnables. Quand les patients ont un médecin spécialiste libéral, un rendez-vous avec lui sera privilégié. Un dermatologue se déplace depuis le CH à la demande. En revanche, aucun kinésithérapeute n'intervient sur le site de Sainte-Anne. A leur arrivée dans l'unité les mineurs sont systématiquement vus par un dentiste et un pédiatre. Les consultations ultérieures de spécialistes se font en cas de besoin à l'hôpital général.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CONDITIONS DE VIE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT SONT INDIGNES

L'établissement compte sept chambres d'isolement et six chambres dites d'apaisement, qui dans les unités Fournière et Aïrial sont en réalité utilisées comme chambre d'isolement et d'ailleurs dénommées ainsi ; les unités Traversée, Aria, Pastourelle et Caravelle sont dépourvues de chambre d'isolement. Au moment du contrôle, aucune chambre d'isolement ou d'apaisement n'était occupée.

La plupart des chambres d'isolement sont équipées d'un sas d'accès et d'un espace sanitaire – doté d'un lavabo, d'un wc et parfois d'une douche – séparé de la chambre par une porte le plus souvent fermée à clé quand un patient est placé en isolement ; les patients sont donc contraints d'utiliser un seau hygiénique ou un pistolet en dehors des passages de l'équipe soignante ou de frapper à la porte de la chambre pour solliciter l'ouverture des sanitaires. Certaines chambres ne disposent même pas de sanitaires attenants (Aïrial, Bastide).

Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière, les fenêtres ne s'ouvrent pas et le système de ventilation mécanique est insuffisant pour assurer une aération satisfaisante ; elles ne sont pas équipées de bouton d'appel ni d'horloge permettant de se repérer dans le temps. Au moment de la visite, la chambre d'isolement de l'unité Passerelle était condamnée depuis une dizaine de jours en raison d'une nauséabonde et persistante odeur d'urine dont était probablement imbibé le linoléum recouvrant le sol et les murs de la chambre.

Le mobilier est uniquement constitué d'un lit scellé ou d'un matelas (parfois de type *Cumbria*) posé au sol ; parfois d'un seau hygiénique. Il n'y a pas de table ni de siège, les repas sont généralement servis sur un plateau et pris sur le matelas sur lequel s'assoient les patients pour se restaurer ; il arrive cependant que les patients soient sortis de la chambre pour prendre leur repas sur une table « *s'ils ne sont pas trop agités* ».





Chambres d'isolement

RECOMMANDATION 30

Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès libre à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre de joindre 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. Enfin, les chambres doivent être équipées de lits adaptés ; table et siège doivent être mis à disposition pour les repas.

Le président du tribunal judiciaire note dans ses observations au rapport provisoire : « *s'agissant des recommandations concernant les améliorations à apporter en matière d'équipement et d'immobilier (recommandations 21,22,25,30), nous ne pouvons qu'y souscrire dans l'intérêt des patients et de l'ensemble du personnel amené à intervenir dans ces lieux, et déplorer le caractère manifestement contraint du budget alloué* ».

Les patients placés en chambre d'isolement sont systématiquement mis en pyjama, le plus souvent déchirable, « *dans un souci d'éviter des passages à l'acte suicidaire* » a-t-il été précisé, alors même que draps et couvertures classiques sont laissés dans la chambre.

RECOMMANDATION 31

Le port de pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il doit être décidé par le psychiatre, le cas échéant, sur des considérations cliniques individuelles.

8.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INSUFFISAMMENT TRACEES

Deux procédures ont été remises aux contrôleurs, l'une relative à la mise en chambre d'isolement, datée du 21 avril 2017, et la seconde portant sur la mise sous contention physique, datée du 16 juillet 2016. La procédure concernant l'isolement n'appelle pas d'observation et reprend les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Elle prévoit en particulier l'intervention systématique d'une décision médicale, au plus tard dans l'heure du placement en isolement, et souligne qu'en cas de renouvellement (à 12 heures puis à 24 heures) l'isolement de plus de 48 heures doit être exceptionnel. Ce protocole prévoit en outre qu'un entretien et un examen somatique sont organisés au moment de l'isolement, que le patient bénéficie au moins de deux visites médicales par 24h et que « *tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté* ».

Enfin, ce document prévoit qu'à « *l'issue d'une mesure d'isolement ou de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle est recommandé* ». La procédure relative à la contention quant à elle est très succincte et ne se réfère aucunement aux recommandations de la HAS et du CGLPL ; il n'est pas précisé qu'elle ne peut être mise en œuvre que dans le cadre d'une mesure d'isolement et elle ne porte aucune mention de limitation de la durée de la mesure.

Les décisions médicales de placement et de suivi des mesures d'isolement et de contention doivent être tracées dans le dossier médical informatisé du patient. Or, le logiciel Crossway® ne permet pas – selon les informations fournies par le DIM – de paramétrer de mesures d'une durée inférieure à 24h, qui devient donc la prescription par défaut ; ce n'est que lorsqu'un médecin pense à cocher la case « *fin de la mesure* » que la durée réelle apparaît mais cette démarche n'est quasiment jamais entreprise. L'ensemble des mesures d'isolement comme de contention sont donc toutes initialement prises pour des durées de 24h *a minima* et la durée réelle de ces mesures ne peut être valablement évaluée.

L'informatisation du dossier patient a permis celle du registre de la contention et d'isolement, élaboré par le DIM, depuis 2017 mais les informations contenues dans ce registre ne font l'objet d'aucune analyse ni évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

L'isolement et la contention ont fait, en 2017 et 2018, l'objet d'un rapport annuel établi sur la base du registre par l'ancienne directrice du pôle de psychiatrie. Ces deux rapports, remis aux contrôleurs, ne rendent que très imparfaitement compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention – pour les raisons évoquées ci-dessus – et n'abordent nullement la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre comme l'impose l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

Il ressort de ces rapports que :

- en 2018, 852 mesures d'isolement et/ou contentions ont été décidées (945 en 2017) au sein des services de psychiatrie. Ces mesures concernent 191 patients soit 13,02 % de la file active en hospitalisation temps plein ; Dans certaines unités ce pourcentage est beaucoup plus élevé, 22,60 % à Fournière, 18,03 % à Passerelle, 20,51 % à Sonatine ;
- le recours à l'isolement et/ou à la contention représente 1,27 % (1,45 % en 2017) des journées d'hospitalisation temps plein ;
- selon les unités, entre 1,59 % (unité Bastide) et 10,25 % (unité Sonatine) des patients placés en isolement ont eu une mesure de contention mécanique associée.

Le registre ne permet pas de connaître de façon précise la durée des mesures d'isolement et de contention.

Selon les chiffres du rapport et selon les propos recueillis, les mesures d'isolement et de contention semblent être utilisées avec modération (aucune chambre d'isolement occupée lors de la visite) mais le registre n'est probablement pas le reflet des pratiques. En effet, selon les informations fournies, des mesures d'isolement en chambre ordinaire ont fréquemment lieu dans la plupart des unités (porte des chambres fermées à clé la nuit notamment) mais ne sont, pour certaines d'entre elles, enregistrées comme telles, dans le dossier des patients que dans deux unités (Passerelle et Aria), dans les autres unités elles ne sont donc pas comptabilisées. Pour les deux unités précitées, les mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié apparaissent d'ailleurs dans le rapport annuel sur l'isolement et la contention. A titre d'exemple, au moment de la visite, quatre patients de l'unité Fournière étaient enfermés à clé dans leur chambre toutes les nuits ainsi qu'au moment de la sieste sans que ces décisions soient enregistrées comme mesures d'isolement. D'autre part, les mesures

d'isolement des patients détenus (cf. § 9.2) ne sont pas non plus comptabilisées alors même qu'ils passent leur séjour enfermés à clé dans une chambre et ne bénéficient que de rares sorties pour les repas et pour fumer une cigarette. En effet, un tableau remis aux contrôleurs par le DIM montre que, en 2017, pour 76 journées de présence de patients détenus au sein de l'unité Fournière, aucun jour d'isolement n'est comptabilisé et qu'en 2018, seuls sont enregistrés 15 jours d'isolement pour 175 journées de présence.

Il en va de même de certaines mesures de contention « *prescrites essentiellement dans un souci de protection de la personne : pour éviter qu'elle tombe* », notamment dans les unités Sonatine et Aria, accueillants des patients déficitaires, qui ne sont pas inscrites dans le registre. Au moment de la visite, neuf patients de l'unité Sonatine étaient systématiquement contentionnés la nuit – dont trois patients au moyen d'un « Sécuridrap® » – l'un d'eux l'était également la journée dans son fauteuil roulant.

Si un groupe de travail a été mis en place en mars 2019 afin d'effectuer un audit interne sur les mesures d'isolement et de contention au sein de l'établissement et de les mettre en conformité avec les recommandations de la HAS, au moment du contrôle, ses travaux étaient encore tout à fait embryonnaires et aucune réflexion institutionnelle globale sur ces mesures n'était mise en œuvre. En pédopsychiatrie cependant, l'équipe – dont le psychiatre et le responsable du pôle infanto-juvénile – a insisté sur l'importance de la réflexion menée dans l'unité sur l'isolement et la contention, réflexion qui a conduit à une diminution très importante de ces mesures. Selon le cadre et les médecins, les soignants ont bien intégré le fait que l'isolement et la contention ne sont pas des soins mais des mesures de dernier recours quand « *paroles et médiation* » n'ont pu apaiser le jeune.

RECOMMANDATION 32

Le centre hospitalier doit engager une réflexion sur le recours aux mesures d'isolement et de contention. Il doit également harmoniser les recueils de données concernant ces mesures, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative grâce à la mise en place d'un registre conforme aux dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 UNE UNITE UNIQUE, BASTIDE, ACCUEILLE DESORMAIS LES ADOLESCENTS EN CRISE OU EN REHABILITATION

Prévue au projet d'établissement 2017-2021 afin de mettre un terme à la cohabitation adolescents-adultes dans certaines unités et d'assurer une prise en charge spécifique des mineurs, l'unité Bastide – transformée en une unité unique d'hospitalisation complète pour jeunes gens de 12 à 18 ans – a ouvert le 7 janvier 2019.

Cette unité comprend deux secteurs : le côté « réhabilitation » (qui existait déjà dans ce bâtiment) et le côté « crise » (pour lequel les adolescents étaient auparavant admis dans l'unité Passerelle puis si besoin répartis dans deux autres unités). Chaque secteur a une capacité de six lits, soit un total de douze jeunes. L'unité peut accueillir des adolescents en soins sans consentement, mais cette situation est rare : en 2019 ni SDRE ni OPP (ordonnance de placement provisoire) ; en 2017 : deux OPP ; En 2018 : une OPP.

Les deux secteurs de l'unité (et l'unité elle-même) sont fermés. Les mineurs peuvent déambuler librement à l'intérieur des locaux du rez-de-chaussée de chacun des secteurs sauf dans les salles d'activités où ils sont accompagnés de même que dans le jardin. Ce jardin est le seul lieu de cohabitation possible entre les deux secteurs.

Les mineurs de plus de 15 ans peuvent bénéficier de permissions de sortie non accompagnés sous réserve de l'accord des parents. Au jour du contrôle deux mineurs sont scolarisés et se rendent seuls au collège. Pour les moins de 15 ans les sorties sont toujours accompagnées. La décision médicale de sortie est validée par les parents. Pour les sorties occasionnelles, une autorisation médicale ponctuelle est signée par le médecin. Au jour du contrôle : côté « réhabilitation » sur les deux mineurs âgés de plus de 15 ans, un seul bénéficie d'autorisation de sortie (le second n'est pas demandeur) ; côté « crise » un seul mineur est dans les conditions pour pouvoir sortir seul.

Les mineurs sont adressés dans l'unité soit par la famille, soit par des établissements ou des structures médicales du département. Ceux admis en « réhabilitation » ne passent pas par les urgences. Une synthèse de préadmission est faite entre l'unité et « l'adresseur » avec un éducateur, un infirmier qui est le référent et les familles détenteurs de l'autorité parentale. Les mineurs admis au secteur « crise » passent quant à eux par les urgences. L'accord des détenteurs de l'autorité parentale est obligatoire, ce qui en général ne pose pas de difficulté ; en l'absence de parents, l'unité se tourne vers le pôle protection enfance du département.

Lorsque l'unité ne dispose plus de place libre, les plus jeunes sont dirigés en service de pédiatrie, tandis que les plus âgés attendent en ambulatoire qu'une place se libère, situation rendue possible grâce à un bon réseau partenarial. En cas d'urgence manifeste, l'unité peut exceptionnellement accueillir un jeune en surnombre, mais sans jamais utiliser la chambre d'isolement comme chambre hôtelière ; de façon très exceptionnelle un jeune de 17 ans et demi ou 17 ans trois quart peut également être hébergé provisoirement chez les adultes.

Les patients du secteur « réhabilitation » sont des adolescents ayant un potentiel de réinsertion. L'hospitalisation est de six mois renouvelables une fois, soit pour une durée maximale d'un an, sauf situation exceptionnelle. A l'issue de cette période les adolescents retrouvent leur condition de vie antérieure (retour à la maison ou en foyer). Des consultations peuvent être maintenues en CMP ou à l'accueil adolescent (hôpital de jour de la psychiatrie infanto-juvénile situé en ville). A l'arrivée dans l'unité, une période d'observation est mise en place afin d'établir un PSI (plan de soins

individualisé) qui est présenté à l'équipe puis au patient pour qu'il le signe ce qui vaut acquiescement. Chaque adolescent a un emploi du temps personnalisé. Au bout de six semaines, les ressources du jeune sont évaluées et ses activités définies. Le PSI est réévalué toutes les six semaines. Les parents sont conviés à la synthèse de préadmission et à la synthèse finale ; au cours de la prise en charge un important travail d'accompagnement et d'information des familles est fait par la psychologue.

Pour les patients en « crise », l'hospitalisation n'excède en principe pas un mois, l'objectif étant de faire un diagnostic au travers notamment d'activités sportives et culturelles. Dans ce secteur de soins aigus, un lit est réservé à l'hospitalisation séquentielle (une semaine toutes les cinq semaines). Au jour du contrôle, cinq adolescents tournaient sur cette possibilité.

L'emploi du temps des mineurs comprend 5 heures d'activités par jour (2 heures le matin et 3 heures l'après-midi). Toutes les activités, dans les deux secteurs, sont faites avec des éducateurs et toute l'équipe de soignants. Elles ont toutes un caractère thérapeutique et donnent lieu à évaluation d'équipe une fois par semaine.

S'agissant des mineurs venant de foyer, un travail partenarial a été mis en place pour communiquer au cours de l'hospitalisation du mineur sur son état clinique afin de « dédramatiser » la situation et ainsi limiter les réticences de ces établissements à reprendre le jeune à sa sortie. Ce travail a également permis de trouver de nouvelles structures d'accueil des mineurs.

9.2 LES PERSONNES DETENUES SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACES EN ISOLEMENT

Les personnes détenues du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan sont prioritairement orientées vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Cadillac (Gironde), ouverte en juillet 2016 ; lorsque leur accueil dans cette unité est impossible – en raison notamment du manque de place – elles sont hébergées dans l'aile dite sécurisée de l'unité Fournière, quelle que soit leur domiciliation antérieure à l'incarcération.

Cette aile sécurisée a été aménagée en 2007 en prévision de l'ouverture du centre pénitentiaire (CP) de Mont-de-Marsan en 2008. Située au rez-de-chaussée et séparée du reste de l'unité par une porte fermant à clé, elle compte six chambres initialement toutes réservées aux patients détenus mais, depuis 2018, seule une (appelée chambre sécurisée) est désormais destinée à les accueillir ; une seconde chambre peut cependant en cas de besoin être attribuée à ce type de patients.

Cette aile est notamment équipée d'un bureau infirmier vitré ouvrant sur un espace doté d'une table et de chaises où les patients peuvent se restaurer, d'un fumoir sécurisé donnant sur une cour également sécurisée. L'ensemble dégage une impression très carcérale.

La chambre « sécurisée » est uniquement équipée d'un lit fixé au sol et d'un poste de télévision enfermé dans une boîte de protection en bois et plexiglas ; elle est dotée d'un cabinet de toilette avec wc et lavabo ; ces deux pièces sont dotées de boutons d'appel. La fenêtre qui ne peut être ouverte par les patients est barreaudée.



Vues du bureau infirmier, du fumoir et de la chambre sécurisée

Ces admissions sont en augmentation depuis 2017, ce dont se plaignent les soignants de l'unité. Selon les chiffres transmis par le DIM, en 2017, huit patients détenus ont effectué neuf séjours à l'unité Fournière ; en 2018, le DIM dénombre dix-neuf patients et vingt-quatre séjours. La traçabilité effectuée dans l'unité¹⁷ fait état de vingt-trois admissions en 2018 pour une durée moyenne de séjour de 10,22 jours. Entre le 1^{er} janvier et le 12 septembre 2019, quinze patients détenus ont été hospitalisés, selon l'étude du registre de la loi.

L'accueil des personnes détenues au centre hospitalier ne fait l'objet d'aucun protocole avec l'administration pénitentiaire.

Une fois l'arrêté préfectoral reçu par l'établissement, une équipe constituée d'un chauffeur et de deux soignants se déplace au centre pénitentiaire dans une ambulance obligatoirement équipée pour un transport couché. Le patient est systématiquement contentonné (contention cinq points) pendant le transport ; une sédation est éventuellement décidée par le médecin de l'unité sanitaire en fonction du comportement de la personne détenue.

¹⁷ Source : bilan annuel d'activité de l'unité Fournière 2018

RECOMMANDATION 33

Les modalités de transport d'un patient détenu par les soignants depuis l'établissement pénitentiaire doivent être adaptées à l'état clinique de celui-ci.

Les personnes détenues sont placées en chambre d'isolement dans la chambre sécurisée à leur arrivée ; préalablement, elles ont été mises en pyjama déchirable « *car elles viennent toutes pour risque suicidaire* » ; les patients ne sont pas autorisés à conserver d'effets personnels dans la chambre.

RECOMMANDATION 34

Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

Les patients détenus ne peuvent sortir de la chambre que lors des repas qui sont pris dans l'espace situé face au bureau infirmier. Selon les informations recueillis, le petit déjeuner est le plus souvent pris dans la chambre car le personnel est occupé à ce moment de la journée. Les fumeurs sont autorisés à fumer une cigarette après chaque repas pendant dix minutes dans le fumoir jouxtant la cour de promenade à laquelle ils n'ont jamais accès par crainte d'une évasion alors même qu'elle est sécurisée. En dehors de la télévision (située dans la chambre), cette « sortie » cigarette est la seule activité proposée aux patients détenus pendant toute la durée de l'hospitalisation alors que la procédure d' « *hospitalisation des détenus sur le site de Saint-Anne* », en date du 14 octobre 2016, pose en préambule que « *le détenu/prévenu hospitalisé à Fournière bénéficie des mêmes droits aux soins et garanties que tout patient hospitalisé* ».

Aucune information n'est systématiquement transmise au CH par l'administration pénitentiaire quant à la situation pénale, au statut et aux droits des patients détenus ; les équipes ne disposent que des informations médicales transmises par l'unité sanitaire. La procédure susmentionnée prévoit que seules les conversations téléphoniques avec l'avocat sont autorisées et que les patients détenus peuvent, à partir de la deuxième semaine d'hospitalisation, recevoir les visites de leurs proches autorisées par l'administration pénitentiaire ou les magistrats. Dans les faits, les patients n'ont accès ni au téléphone, ni aux visites pendant leur hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le rapport provisoire recommandait qu'un protocole d'admission des patients détenus soit signé entre le centre hospitalier et le centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan qui devait transmettre les informations nécessaires au respect des droits des patients ; les droits relatifs aux communications avec l'extérieur (visite, téléphone, courrier) doivent être garantis pendant l'hospitalisation. Le directeur indique dans sa réponse au rapport provisoire que ce protocole a été rédigé et validé par les équipes du Centre Pénitentiaire et de l'ARS DT40 ; il e a adressé copie au CGLPL.

La sortie s'organise en lien avec l'unité sanitaire du centre pénitentiaire ou l'UHSA. Il est dit qu'en pratique, le préfet ne s'oppose pas aux demandes de mainlevée présentées par les psychiatres. Le

retour du patient vers la prison incombe aux services pénitentiaires qui doivent, dès réception de l'arrêté de mainlevée, procéder au rapatriement.

10. CONCLUSION

Le contrôle du CGLPL met en lumière des atteintes injustifiées aux libertés individuelles des patients liées notamment à la fermeture de la majorité des unités visitées qui entrave la liberté d'aller et venir de tous les patients, quel que soit leur état clinique.

Au cours de l'hospitalisation, l'information des patients sur leurs droits – particulièrement pour ceux en soins sans consentement – est lacunaire ; l'offre d'activités ne parvient pas à toucher la majorité d'entre eux et la prise en charge psychiatrique souffre d'un déficit de médecin.

Enfin, concernant l'isolement, force est de constater que l'ensemble des recommandations de bonne pratique de la HAS ne sont pas appliquées ; notamment, les patients détenus sont systématiquement placés en isolement tout au long de leur hospitalisation. Les conditions matérielles de déroulement des mesures d'isolement sont souvent indignes. La mauvaise qualité du registre d'isolement et de contention ne permet pas d'analyser les pratiques.