



---

## Rapport de visite :

1<sup>er</sup> au 5 mars 2021 – 1<sup>ère</sup> visite

Pôle de santé mentale des  
hôpitaux du Bassin de Thau

*(Sète - Hérault)*



## SYNTHESE

Trois contrôleurs ont effectué une visite inopinée du pôle de santé mentale des hôpitaux du Bassin de Thau (HBT) situé sur le site de l'hôpital Saint-Clair à Sète (Hérault) du 1<sup>er</sup> au 5 mars 2021.

Un rapport provisoire a été adressé le 9 juillet 2021 à la direction de l'établissement, au préfet du département, aux chefs de juridiction et à l'agence régionale de santé Occitanie. Seule la directrice de l'établissement a, par courrier du 6 août 2021, adressé des observations au CGLPL. Ces observations sont intégrées dans le présent rapport.

Le pôle santé mentale compte un service de psychiatrie infanto-juvénile – sans unité d'hospitalisation à temps complet – et un service de psychiatrie adulte qui ne dispose que d'une unité d'hospitalisation de vingt-quatre lits et quatre chambres d'isolement. En dehors de deux ou trois psychiatres libéraux à Sète, il représente l'unique offre de soins en psychiatrie du secteur. Selon les informations et les documents transmis par la direction à la suite de l'envoi du rapport provisoire, un certain nombre de démarches ont d'ores et déjà été mises en œuvre pour se conformer aux recommandations formulées par le CGLPL. De plus, les travaux de restructuration de l'unique unité d'hospitalisation à temps complet qui devaient débuter en octobre 2021, vont être de nature à supprimer certaines atteintes aux droits des patients observées lors du contrôle.

Au moment de la visite, l'unité d'hospitalisation est vétuste et souffre de malfaçons (chauffage et eau chaude) qui semblent heureusement en voie de résolution. Elle manque d'espaces collectifs offrant aux patients confort et convivialité. L'intimité des patients, leur sécurité et celle de leurs biens ne sont pas assurées en raison de l'absence de verrou de confort aux portes des chambres, des sanitaires et des placards. Les chambres d'isolement sont indignes et leur localisation – très éloignée du bureau infirmier – aberrante.

Si la qualité gustative des repas servis ne semble pas poser de problème majeur, les quantités sont nettement insuffisantes et de nombreux patients disent avoir fréquemment faim à l'issue des repas.

La liberté d'aller et venir des patients est entravée. L'unité est fermée, aucun des patients hospitalisés ne peut en sortir seul, y compris ceux en soins libres. Les autres restrictions aux libertés individuelles sont rares et justifiées par l'état clinique du patient.

L'information donnée aux patients sur leurs droits et voies de recours est globalement de qualité et actualisée mais les documents écrits sont insuffisamment remis ou affichés. L'organisation du suivi administratif des mesures de soins sans consentement est insatisfaisante ; la tenue du registre de la loi peu rigoureuse et non conforme aux prescriptions légales.

Les exigences légales relative à l'évaluation médicale approfondie de l'état mental de certains patients, réalisée par le collège de professionnels de santé, ne sont pas connues ; les patients en programme de soins depuis plus d'un an échappent à cette évaluation pourtant obligatoire.

La prise en charge psychiatrique est pluridisciplinaire. Les psychiatres sont en nombre suffisant et très présents dans l'unité. L'organisation des soins est pertinente et adaptée aux besoins. Les activités thérapeutiques sont riches et intégrées dans le projet de soins ; les liens entre l'intra et l'extra favorisés, les réunions cliniques organisées à un rythme opérationnel. L'absence de médecin somaticien attaché au service est en voie de résolution puisque, selon les informations fournies par la direction, un poste a été ouvert et le recrutement en cours.

Au moment du contrôle, l'établissement n'a pas engagé de véritable réflexion institutionnelle sur l'isolement et la contention, qu'il s'agisse tant du recours à ces mesures que des modalités de leur mise en œuvre.

## 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** ..... 40

Au regard de la spécificité de l'attente d'un patient de psychiatrie aux urgences, ceux-ci bénéficient prioritairement d'un test PCR aux résultats rapides.

#### **BONNE PRATIQUE 2** ..... 40

Des réunions soignants-soignés se tiennent chaque semaine.

### 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** ..... 12

L'établissement doit recevoir de ses tutelles les moyens financiers nécessaires à l'exercice de ses missions.

#### **RECOMMANDATION 2** ..... 14

Le comité local d'éthique doit se réunir régulièrement et se saisir de toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux. L'état de ses réflexions doit être diffusé à l'ensemble du personnel.

#### **RECOMMANDATION 3** ..... 15

Le livret d'accueil de l'établissement doit être complété d'une information sur les différents modes d'hospitalisation et formes de prise en charge des soins psychiatriques sans consentement et sur les droits afférents à ce statut.

#### **RECOMMANDATION 4** ..... 27

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 soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

#### **RECOMMANDATION 5** ..... 31

Le CGLPL rappelle que le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui seul justifier la privation de la liberté à l'intérieur de l'établissement. Une réflexion autour d'une surveillance des patients alliant sécurité et liberté d'aller et venir doit être engagée.

#### **RECOMMANDATION 6** ..... 39

Le service d'urgence doit disposer d'un espace d'apaisement destiné aux patients agités, avec du mobilier adapté, permettant d'éviter les contentions.

<b>RECOMMANDATION 7</b> .....	<b>39</b>
Les médecins urgentistes disposant de l'outil <i>Pharma</i> , doivent l'utiliser aussi pour y inscrire et horodater leurs décisions de contention prises en mesure conservatoire. Le psychiatre de l'équipe de liaison doit valider secondairement cette décision.	
<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>40</b>
Un projet médico-soignant de service doit asseoir et pérenniser le fonctionnement et l'organisation des soins pour les patients du service, en précisant les modalités concrètes de prise en compte des droits des patients.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>42</b>
Les activités physiques doivent faire partie intégrante de la réflexion pluridisciplinaire autour du projet de soins des patients.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>42</b>
Les patients doivent pouvoir sortir du service à l'instar de la population générale, dans le respect des mesures sanitaires.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>44</b>
Les moments de l'administration des traitements médicamenteux doivent être confidentiels et être l'occasion de développer l'éducation du patient.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>47</b>
L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme médical l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour cela.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>49</b>
L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.	

## 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.*

<b>RECO PRISE EN COMPTE 1</b> .....	<b>17</b>
Tous les documents concernant un patient (décisions administratives, certificats médicaux en constituant la motivation, fiches de notification) doivent lui être remis ou, en cas de refus de les conserver par devers lui, laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande. Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et mention de cet avis doit être porté dans tous les certificats médicaux. La brochure d'information doit être actualisée sur la référence aux instances judiciaires et affichée dans les lieux de vie.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 2</b> .....	<b>24</b>
L'établissement doit veiller à ce que le suivi administratif des mesures de soins sans consentement (en ce inclus la tenue du registre de la loi et les saisines du JLD) soit assuré par des agents formés aux procédures de soins sans consentement, regroupés dans un service unique, afin de garantir d'une part la régularité de ladite procédure (vérification des certificats médicaux, rédaction des décisions	

administratives, relations avec l'ARS, saisines du JLD), d'autre part une tenue rigoureuse des registres de la loi conforme aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 32**

Le poste de téléphone mis à la disposition des personnes hospitalisées doit être installé dans un espace préservant la confidentialité des appels téléphoniques.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 34**

Les portes des chambres, des sanitaires et des placards doivent impérativement être équipées de verrous afin de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients ainsi que la sécurité de leurs biens.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 35**

Les espaces collectifs doivent être aménagés conformément à leur destination et offrir aux patients confort et convivialité. La salle de télévision doit être isolée des lieux de circulation et équipée de fauteuils ou de canapés.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 37**

Les quantités de nourriture livrées pour les repas doivent permettre de satisfaire les différents appétits des patients hospitalisés.

**RECO PRISE EN COMPTE 7 ..... 43**

Un temps de médecin spécialiste en médecine générale doit permettre au sein de l'unité d'hospitalisation complète, l'accès complet aux soins somatiques.

**RECO PRISE EN COMPTE 8 ..... 45**

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un accès à l'eau potable et aux toilettes 24h/24.

**RECO PRISE EN COMPTE 9 ..... 46**

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant et permettre une orientation temporelle par affichage de l'heure et de la date.

## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....	4
SOMMAIRE .....	7
RAPPORT .....	9
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>9</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>10</b>
2.1 L'établissement assure, de façon quasi exclusive, la prise en charge psychiatrique d'un bassin de population de plus de 70 000 habitants.....	10
2.3 L'organisation des effectifs est adaptée aux besoins de soins des patients.....	12
2.4 Les patients admis en soins sans consentement sont pour l'essentiel hospitalisés sur le fondement d'un seul certificat médical.....	14
2.5 Le comité local d'éthique manque de dynamisme .....	14
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>15</b>
3.1 L'information donnée aux patients est globalement de qualité et actualisée mais les documents écrits sont insuffisamment remis ou affichés .....	15
3.2 Le protocole de déclaration des évènements indésirables est bien connu et son suivi est assuré.....	18
3.3 La personne de confiance est peu désignée .....	19
3.4 L'accès au vote n'est pas organisé.....	19
3.5 L'information sur l'accès aux cultes est lacunaire.....	19
3.6 La protection juridique est effective grâce à des mandataires judiciaires dans l'ensemble réactifs et présents .....	20
3.7 La confidentialité du séjour est respectée et l'anonymat possible.....	20
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>21</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques assure sa mission mais la commission des usagers n'intervient quasiment pas pour l'unité d'hospitalisation de santé mentale .....	21
4.2 Le registre de la loi connaît des omissions et n'est pas conforme aux prescriptions légales .....	23
4.3 Des autorisations de sortie sont fréquemment accordées et les programmes de soins sont nombreux mais sans intervention du collège des professionnels de santé .....	25
4.4 Le contrôle du JLD porte tant sur la procédure que sur l'adhésion du patient aux soins mais souvent hors présence du patient .....	28
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>31</b>
5.1 La liberté d'aller et venir est entravée pour les patients en soins sans consentement comme pour ceux en soins libres.....	31

5.2	Les restrictions de la vie quotidienne sont modérées.....	32
5.3	Les patients disposent des moyens de maintenir les liens avec leurs proches ..	32
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>34</b>
6.1	Les conditions d'hébergement ne garantissent pas le respect de l'intimité des patients .....	34
6.2	Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes.....	35
6.3	Les portions de nourriture servies aux repas sont insuffisantes.....	36
<b>7.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>38</b>
7.1	Les patients sont admis au sein de l'établissement après avoir été examinés par un psychiatre aux urgences .....	38
7.2	Les soins psychiatriques sont organisés mais devraient être formalisés par un projet médico-soignant ; les sorties ne sont pas encore permises.....	40
7.3	Les soins somatiques ne sont pas totalement assurés.....	43
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>45</b>
8.1	Les chambres d'isolement sont indignes.....	45
8.2	Les pratiques d'isolement et contention ne sont pas suffisamment analysées .	47
8.3	Le registre est rigoureusement renseigné mais peu exploité .....	48
<b>9.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>



---

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Bénédicte Piana.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite inopinée du pôle de santé mentale des hôpitaux du Bassin de Thau (HBT) situé sur le site de l'hôpital Saint-Clair à Sète (Hérault) du 1<sup>er</sup> au 5 mars 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement, situé boulevard Camille Blanc, le 1<sup>er</sup> mars à 16h. Ils ont été reçus par le directeur adjoint et l'attaché principal d'administration en charge des affaires juridiques et des relations avec les usagers auxquels ils ont présenté la mission.

Une réunion de restitution s'est tenue le 5 mars à 8h30 en présence de la directrice, de la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), de l'attaché principal, du médecin chef du pôle santé mentale, d'une cadre de santé et de la cadre supérieure du pôle.

La directrice de cabinet du préfet de l'Hérault a été avisée de la visite. Les contrôleurs se sont entretenus téléphoniquement avec la présidente du tribunal judiciaire de Montpellier et avec un des trois juges des libertés et de la détention (JLD) chargés du contrôle des mesures d'hospitalisation en soins sans consentement.

Une salle de travail a été mise à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans l'unique unité d'hospitalisation du pôle.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec les patients qu'avec des membres du personnel de santé et des agents de l'administration.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et n'ont pas sollicité d'entretien.

Un rapport provisoire a été adressé le 9 juillet 2021 à la direction de l'établissement, au préfet du département, aux chefs de juridiction et à l'agence régionale de santé Occitanie.

Seule la directrice de l'établissement a, le 6 août 2021, adressé des observations au CGLPL ; elles sont intégrées dans le présent rapport.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'ETABLISSEMENT ASSURE, DE FAÇON QUASI EXCLUSIVE, LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE D'UN BASSIN DE POPULATION DE PLUS DE 70 000 HABITANTS

Les hôpitaux du Bassin de Thau sont issus de la fusion en 2009 du centre hospitalier de Sète et de l'hôpital local intercommunal d'Agde-Marseillan. Ils déploient leur activité sur plusieurs sites, dont les deux principaux sont situés :

- à Sète : hôpital Saint Clair et la résidence « Le Hameau des Pergolines » qui rassemble des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), une unité de soins de longue durée (USLD) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- à Agde : hôpital Saint-Loup et un EHPAD.

Deux autres EHPAD, situés à Marseillan et à Vias, complètent l'offre d'hébergement des personnes âgées.

Ils prennent en charge une population d'environ 160 000 habitants permanents qui atteint 600 000 personnes au cours des mois de juillet et août.

L'établissement a intégré le groupement hospitalier de territoire (GHT) Est-Hérault/Sud-Aveyron en 2016.

Les hôpitaux du Bassin de Thau sont organisés en huit pôles (médecine, chirurgie-anesthésie-réanimation, urgences, mère-enfant, santé mentale, gériatrie et soins de suite, appui aux fonctions cliniques, diagnostic) et disposent d'une capacité d'accueil de 942 lits et places, dont 57 en psychiatrie (6 %). Le nombre d'hospitalisations (comprenant les hospitalisations à domicile) s'élève à 26 273 en 2019.

Ses ressources humaines sont constituées, au 1<sup>er</sup> juillet 2020, de 120 équivalents temps plein (ETP) médicaux et 1 383 ETP non médicaux.

Le pôle santé mentale compte un service de psychiatrie infanto-juvénile et un service de psychiatrie adulte. Ce dernier est composé de :

- une unité d'hospitalisation de vingt-quatre lits, appelée service médico-psychologique (SMP) ou « Pierres Blanches » ;
- un service de consultation psychiatrique ;
- une structure unifiée centre médico-psychologique (CMP) et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- un hôpital de jour de quinze places situé sur le site Saint Clair ;
- une équipe de psychiatrie de liaison ;
- une équipe mobile de gérontopsychiatrie ;

Le service de psychiatrie infanto-juvénile – qui prend en charge les enfants et adolescents des cantons de Sète, Mèze et Frontignan et ne dispose pas d'unité d'hospitalisation à temps complet – comporte six unités :

- un hôpital de jour de seize places ;
- trois CMP ;
- une équipe de pédopsychiatrie de liaison ;
- des séjours thérapeutiques.

Le service de psychiatrie adulte prend en charge les patients du secteur 34G08 couvrant les communes de Sète, Balaruc, Frontignan, La Peyrade et Vic-la-Gardiole, pour une population d'environ 70 000 habitants. En dehors de deux ou trois psychiatres libéraux à Sète, il représente l'unique offre de soins en psychiatrie du secteur.

## 2.2 LES DOTATIONS ALLOUEES SONT INSUFFISANTES POUR DEVELOPPER DES PRISES EN CHARGE INNOVANTES AMBULATOIRES ET MODERNISER LES LOCAUX

Le pôle de psychiatrie est financé principalement en dotation globale contrairement au reste de l'établissement, financé en tarification à l'activité. Le budget global de l'établissement s'élève à 104 millions d'euros, hors secteur médico-social. Le centre hospitalier fut en plan de retour à l'équilibre (PRE) jusqu'en 2018.

La comptabilité analytique mise en place permet d'analyser les recettes et dépenses propres au pôle de psychiatrie.

Ces recettes étaient en 2019 de 7 533 646 euros (7 474 155 en 2018, soit une augmentation de 0,8 %) dont 6 972 417 euros de dotation annuelle de financement (DAF) (6 876 967 euros en 2018, soit +1,4 %). Parmi ces recettes, 335 308 euros proviennent des forfaits journaliers et 175 778 de l'activité au profit des urgences. En 2020, une dotation supplémentaire de 267 610 euros a été attribuée sur un renforcement ciblé de la pédopsychiatrie.

La DAF était de 6 850 414 euros en 2015 puis est restée stable voire en légère diminution en 2017. La DAF a ainsi été augmentée en cinq ans de seulement 1,8 %.

En 2019, les dépenses totales du pôle étaient de 7 978 369 euros, dont 5 132 840 euros consacrés aux dépenses en personnel (64 %). Ces dépenses sont en augmentation de 1,6 % par rapport à 2018 : 7 849 891 en 2018, dont 5 118 597 en personnel.

Au sein de ces dépenses attribuées au pôle de psychiatrie, celles des services administratifs à caractère général ainsi que celles des services administratifs liées au personnel sont très élevées, respectivement 316 171 euros et 301 949 euros. Les services hôteliers (nettoyage, fluides) sont également élevés à 502 298 euros (au regard des m<sup>2</sup> utilisés par les services de psychiatrie), associés au 343 081 pour l'entretien et maintenance. Enfin la psychiatrie participe aux emprunts globaux de l'établissement à hauteur de 712 319 euros.

Ainsi les coûts indirects affectés à la psychiatrie sont, pour l'exemple, nettement supérieurs à ceux retrouvés pour des centres hospitaliers spécialisés (20 à 25 % des dépenses y sont liés aux coûts indirects contre 36 % ici). La comptabilité analytique montre ainsi un résultat négatif de 440 000 euros alors même que par rapport à la DAF, les coûts de personnel représentent 73,6 %.

L'établissement, tout en sortant d'un plan de retour à l'équilibre, reste freiné dans ses investissements par un niveau très élevé d'endettement, avec 72 millions de dettes à ce jour, même s'il n'y a pas d'emprunt toxique. La capacité d'autofinancement nette est négative.

Plus globalement sur l'organisation de la prise en charge des patients et le respect de leurs droits, ce plan de retour à l'équilibre a conduit l'établissement à supprimer 2,5 ETP de soignants en 2017 et 2018. Le projet médical du projet d'établissement n'aborde le développement de l'ambulatoire de crise que de manière très succincte sans y projeter d'investissement à moyen terme (cf. § 7.1.1). L'aménagement des locaux est spartiate (cf. § 6.1) ; il n'y a pas de budget affecté aux activités internes au service et aux sorties (cf. § 7.2).

En revanche, le projet d'établissement 2019-2023 indique au sein du projet immobilier, les travaux sur le service d'hospitalisation complète : « la séparation des secteurs d'hospitalisation libre et sous

*contrainte, ainsi que le changement du système de chauffage climatisation du secteur de psychiatrie adulte* ». Le plan d'investissement 2021 indique des travaux sur le bâtiment à hauteur de 250 000 euros pour la restructuration de l'unité (cf. § 5.1).

En conclusion, du fait des coûts indirects élevés et de la stabilité de la DAF depuis cinq ans, les dotations ne permettent pas aux soignants d'exercer leur mission dans le total respect des droits des patients au regard des multiples points soulevés dans le présent rapport.

## RECOMMANDATION 1

L'établissement doit recevoir de ses tutelles les moyens financiers nécessaires à l'exercice de ses missions.

### 2.3 L'ORGANISATION DES EFFECTIFS EST ADAPTEE AUX BESOINS DE SOINS DES PATIENTS

#### 2.3.1 Les effectifs

##### a) Effectifs non médicaux

Le pôle de santé mentale comprend 77,35 ETP de personnel non médical (PNM) : 35,7 d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 7,1 d'aides-soignants (AS), 4,5 d'agents des services hospitaliers (ASH), 9,15 de psychologues, 3 de cadres de santé, 1,5 de psychomotricien, 1,8 d'ergothérapeute, 6 de personnels socio-éducatif, 2 d'assistantes sociales et 6,6 d'assistants médico administratif.

Pour l'unité d'hospitalisation complète, on compte 36,9 ETP (mais les temps d'ergothérapeutes affectés sont majoritairement consacrés à l'extra hospitalier) : 1 ETP de cadre, 19,6 ETP d'IDE, 7,1 ETP d'AS, 4,5 d'ASH, 1 psychologue, 0,9 assistant social, un temps des 1,8 ergothérapeute et 1 assistant médico-administratif.

Le plan de retour à l'équilibre a amené en 2018 la suppression de 2,5 ETP d'IDE, 1 ETP d'AS et 1 ETP d'ASH. Le nombre de lits réellement occupés est passé quant à lui de 26 à 24.

Le personnel non médical est quasi exclusivement en CDI.

L'absentéisme est très faible, avec un taux à 1,4 % pour le PNM. Le taux d'absentéisme général de l'établissement est à 7,15 % en 2019, 0,69 % pour le personnel médical et 7,71 % pour le PNM.

L'établissement a recours prioritairement au « pool de remplacement » pour combler les courtes absences ; à défaut, le remplacement est organisé de façon interne au pôle et rémunéré au choix en récupération ou heures supplémentaires ; pour de longues absences, l'établissement procède à un recrutement en contrat à durée déterminée mais indique des difficultés à trouver des candidats. De ce fait, il n'est jamais fait appel à l'intérim.

Les soignants de nuit sont des équipes spécifiques ; et sont toujours trois ; ils sont placés sous l'autorité du cadre de jour.

L'organisation des soins au quotidien dans les services est faite selon les besoins de soins des patients. Les effectifs d'IDE et AS ont fait l'objet d'une définition du besoin de personnel auprès des patients qui méritera d'être pérennisé par une inscription dans le projet médico-soignant. Il y a ainsi chaque jour de la semaine une IDE d'accueil de jour, quatre soignants (dont un AS) le matin, quatre soignants (dont un AS) l'après-midi, et un AS supplémentaire durant la journée lors des besoins spécifiques comme les accompagnements auprès du JLD. La nuit, deux IDE et une AS assurent les soins et la surveillance. Le temps d'ergothérapie et d'art-thérapie est mutualisé au profit de tous les patients du pôle, intra comme extra hospitalier.

L'analyse des plannings des trois derniers mois montre par exemple pour le mois de février 2021, une moyenne d'agents (IDE et AS) présents par demi-journée auprès des patients de 5,25 : six fois sept agents, seize fois six agents, vingt fois cinq agents et quatorze fois quatre agents. L'effectif cible est ainsi toujours respecté et les fluctuations selon les jours adaptés aux charges supplémentaires (JLD par exemple).

### b) Effectifs médicaux

Le personnel médical compte 8,48 ETP, dont 3 de pédopsychiatrie ; il y avait 10,7 ETP en 2015.

Actuellement tous les postes sont pourvus ; il n'y a pas de médecin associé (à diplôme étranger) sans plénitude d'exercice et actuellement pas d'interne mais l'agrément a été demandé.

Seule une période difficile par des départs simultanés de médecins a occasionné, en 2019 et 2020, un recours à plusieurs médecins intérimaires : un médecin dix jours en octobre 2019 et quatre autres durant des périodes de trois mois et demi à cinq mois.

L'absentéisme des médecins est à un taux de 6,84 % (2019).

Aucun praticien n'exerce une activité libérale et un seul psychiatre réalise une activité d'intérêt général au centre de rétention administrative.

### 2.3.2 Le tutorat, la formation, la supervision

Les nouveaux soignants ne bénéficient pas d'un véritable tutorat, mais uniquement d'un doublage durant quelques semaines par un IDE expérimenté auquel il est possible de demander conseil.

De même, il n'y a pas encore de formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste des nouveaux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école. Un module « *actualisation des connaissances* » n'apparaît qu'au programme 2021.

Concernant la formation continue en général, les soignants rencontrés n'ont majoritairement pas exprimé le refus de formation demandée pour des problèmes d'effectifs, de coût ou d'organisation des services. A titre d'exemple, les formations 2019 effectuées au titre du développement personnel continu (DPC) et hors DPC ont bénéficié à quatre-vingt-cinq agents. Les plans de formation des quatre dernières années montrent une offre conséquente et abordent les thèmes comme le secourisme, le repérage en addictologie, la gestion de la violence, le travail avec les familles, la psychiatrie d'urgence, l'entretien infirmier, la prise en charge des jeunes adultes, la réhabilitation psychosociale. Il y a malheureusement peu de formation sur les droits des patients, l'isolement et la contention.

Sur ce point, la directrice écrit dans ses observations au rapport provisoire que « *tous les cadres de santé du service de psychiatrie reçoivent des formations régulières. En effet, le choix a été fait de former en priorité les cadres qui ont, au travers de réunions de travail, transmis les connaissances acquises aux équipes* ». Une liste des formations suivies par les trois cadres du service est jointe mais les dates de ces formations ne sont pas indiquées.

Concernant les médecins, le DPC est en place et prévoit pour 2021 deux médecins en formation sur l'isolement-contention. En 2020, un médecin a suivi une formation sur les soins sans consentement. L'équipe a cependant été sensiblement renouvelée depuis deux ans.

Enfin, les soignants ne disposent pas d'une supervision en psychiatrie adulte ; pour autant, la pédopsychiatrie a bénéficié d'un important programme de formation autour de l'analyse des pratiques en 2020.

## 2.4 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT POUR L'ESSENTIEL HOSPITALISES SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

Selon le rapport d'activité de l'établissement pour l'année 2019, le pôle de psychiatrie a enregistré 342 entrées en hospitalisation complète (-7,6 % par rapport à l'année précédente) pour 265 patients (+3,1 %). En 2020, 358 entrées pour 240 patients. Environ un cinquième des hospitalisations s'effectue dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement (SSC) : soixante-seize séjours en SSC en 2019 (22 %) et soixante-trois en 2018 (17 %). La durée moyenne de séjour est de 23,5 jours et le taux d'occupation de 87,5 %.

Parmi les décisions de SSC édictées en 2019, le nombre de celles émanant d'un représentant de l'Etat (SDRE) est en diminution sur un an : neuf décisions en 2019, contre quatorze décisions l'année précédente. Le nombre de patients admis en soins sur décisions de la directrice d'établissement (SDDE) est quant à lui en hausse pour la période envisagée, passant de quarante-neuf en 2018 à soixante-sept l'année suivante.

Les décisions de SSC prises par la directrice d'établissement sont très majoritairement édictées au titre de l'urgence (article L. 3212-3 du code de la santé publique) : 80,6 % en 2019 et 85,7 % en 2018 ; les décisions résultant d'une demande d'un tiers restant particulièrement peu nombreuses : cinq décisions en 2019 et deux seulement en 2018.

Pour l'essentiel, les procédures de SSC du centre hospitalier résultent donc de décisions de la directrice d'établissement prises sur le fondement d'un seul certificat médical. Cette situation résulte de l'insuffisante disponibilité de compétences médicales locales ; en effet, il n'y a pas de structure type SOS médecin et la maison médicale de garde, tenue par des généralistes, n'est ouverte que de 20h à minuit.

Au premier jour de la visite, quatorze patients étaient hospitalisés au sein de l'unité dont neuf en SSC (quatre SDRE et cinq SDDE en urgence). Selon les informations fournies, ce faible niveau d'occupation est rare ; le lendemain, trois nouveaux patients en soins libres y étaient admis.

## 2.5 LE COMITE LOCAL D'ETHIQUE MANQUE DE DYNAMISME

Un comité local d'éthique composé de trente membres a été créé en 2018 mais n'est guère actif. Il ne se réunit pas de façon régulière, ne s'autosaisit d'aucun sujet, et ne se serait, selon les informations fournies, prononcé sur aucune thématique en lien avec la psychiatrie depuis sa création. Aucun compte-rendu de son travail n'a pu être fourni aux contrôleurs.

### RECOMMANDATION 2

Le comité local d'éthique doit se réunir régulièrement et se saisir de toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux. L'état de ses réflexions doit être diffusé à l'ensemble du personnel.

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

#### 3.1 L'INFORMATION DONNEE AUX PATIENTS EST GLOBALEMENT DE QUALITE ET ACTUALISEE MAIS LES DOCUMENTS ECRITS SONT INSUFFISAMMENT REMIS OU AFFICHES

##### 3.1.1 Information générale des patients

Le règlement intérieur (RI) des hôpitaux du bassin de Thau (HBT), remis aux contrôleurs, est daté de décembre 2017 et comporte en section 2 une partie consacrée à « *l'admission en secteur mental et en EHPAD* » dans laquelle sont expliqués les différents modes d'admission en soins sans consentement, les programmes de soins et les sorties de courtes durées avec, sur ce dernier point, une omission concernant les sorties de moins de 48 heures non accompagnées. Des précisions plus générales sur les droits des patients y sont également énoncées avec toutefois quelques erreurs et incertitudes (par exemple sur la désignation de la personne de confiance).

L'unité d'hospitalisation du pôle de santé mentale a pour sa part établi un règlement intérieur spécifique à l'unité – dernière mise à jour 1<sup>er</sup> février 2019 – dont l'élaboration associe l'équipe pluridisciplinaire et les patients. Il insiste sur la notion de respect (des patients, des soignants, des lieux et du matériel), explique l'inventaire des effets personnels à l'arrivée, l'interdiction de détention de certains objets et stupéfiants, énonce les règles concernant les boissons alcoolisées, le tabac, l'usage du téléphone portable, les denrées périssables, la délivrance des médicaments, le lavage du linge, la gestion du courrier et l'organisation des visites. Ce document est remis à l'arrivée dans l'unité avec le livret d'accueil de l'établissement.

Ce livret de vingt-huit pages donne un certain nombre d'informations pratiques sur les différents thèmes que sont : l'accueil, les droits, le séjour, la vie quotidienne, la sortie. Toutefois, bien qu'énumérant parmi ses services le pôle de santé mentale et son unité d'hospitalisation pour adultes, ce livret ne consacre pas une ligne aux soins sans consentement, aux différents modes d'hospitalisation et formes de prise en charge. Si le livret évoque, de façon relativement complète et lisible, les droits généraux des usagers (personne de confiance, directives anticipées, accès au dossier médical, fichiers informatiques, plaintes et réclamations, CDU<sup>1</sup>, Défenseur des droits), il ne mentionne en revanche pas les droits spécifiques dont bénéficient les patients en soins sans consentement et s'avère donc doublement inadapté pour une partie des patients hospitalisés dans l'unité de santé mentale.

#### RECOMMANDATION 3

Le livret d'accueil de l'établissement doit être complété d'une information sur les différents modes d'hospitalisation et formes de prise en charge des soins psychiatriques sans consentement et sur les droits afférents à ce statut.

Une équipe de deux à trois infirmiers travaille à la réalisation d'un livret d'accueil spécifique à l'unité de psychiatrie, document comportant entre autres un chapitre « vie de service » et un autre « droits des patients ».

La directrice de l'établissement a joint un exemplaire de ce « livret d'accueil hospitalisation complète adulte » à ses observations et précise que les informations sollicitées dans la

<sup>1</sup> CDU : commission des usagers.

recommandation 3 y sont contenues. Or, tel n'est pas le cas puisque ce livret ne détaille en rien les différents modes d'hospitalisation et se limite à expliquer qu'il en existe deux (en soins libres et en soins sans consentement), mais surtout, la liste des droits reconnus aux patients hospitalisés sans consentement prévue à l'article L 3211-3 du code de la santé publique n'y est que très partiellement reprise.

Différents documents ou informations sont affichés dans l'unité : les horaires de sorties, de téléphone et des visites ; planning des médecins et psychologues ; information sur la mise en place d'un atelier thérapeutique (mais sans précision du jour ni de l'heure de cette activité) ; règlement intérieur ; charte de la personne hospitalisée ; commission des usagers (sous son ancien nom de CRUQPC<sup>2</sup>).

Tous les mardis matin se tient une réunion soignants-soignés à laquelle un grand nombre de patients participe ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs. Ce moment permet des échanges sur des thèmes variés (nourriture, activités, fonctionnement du service, etc.) et une transmission orale des informations utiles à la vie quotidienne des patients (cf. § 7.2.1).

### 3.1.2 Information des patients sur leurs droits spécifiques

Deux documents, essentiels à l'information des patients sur leurs droits, ont fait l'objet d'une complète réécriture en septembre-octobre 2020, avec l'aide du magistrat coordinateur du service du JLD au tribunal judiciaire de Montpellier : la fiche de notification des décisions et la brochure d'information. De même le libellé des certificats médicaux a été complété afin que soit insérée la mention du recueil des observations du patient ; il est toutefois apparu, à l'examen du registre de la loi, que cette mention ne figure pas encore sur tous les certificats médicaux récents et n'est pas portée sur les certificats mensuels.

Dès son entrée dans l'unité, en même temps qu'est réalisé l'inventaire de ses effets personnels, une information sur sa situation juridique, ses droits, les voies de recours et garanties est donnée au patient par un infirmier. Ce document est remis contre émargement ; le refus ou l'impossibilité de signer sont attestés par un ou deux soignants. La brochure d'information, rédigée sur trois pages est particulièrement complète et facilement lisible. En effet, elle rappelle en premier lieu le statut d'admission – ou de réintégration – et la forme de prise en charge ; elle décrit ensuite en détail le déroulement de l'hospitalisation, énumère (en les expliquant et en donnant les coordonnées des autorités) les différents droits du patient en soins sans consentement (y compris celui de saisir le JLD pour demander la levée de la mesure sous forme de programme de soins) et ceux de ses parents ou des personnes susceptibles d'agir dans son intérêt, énonce enfin les possibilités de sorties de courte durée durant l'hospitalisation et les modalités de levée de l'hospitalisation à temps complet.

Cette brochure gagnerait néanmoins à être rectifiée sur deux points : substitution du terme tribunal judiciaire à celui de tribunal de grande instance ; suppression de la référence au juge d'instance (autorité non visée à l'article L. 3211 du code de la santé publique (CSP) et au demeurant supprimée par la loi du 23 mars 2019). Par ailleurs un affichage de cette brochure dans les locaux communs de l'unité compenserait utilement l'absence de conservation de ce document par de nombreux patients.

Les décisions d'admission en soins sans consentement, qu'elles émanent du représentant de l'Etat ou de la directrice de l'hôpital, sont quant à elles notifiées au patient par le médecin psychiatre. Cette notification n'a pas lieu concomitamment à l'arrivée du patient dans l'unité, mais dans les

---

<sup>2</sup> CRUQPC : commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.



heures qui suivent, lorsque le psychiatre le reçoit pour l'établissement du certificat médical des 24 heures. Lors de l'entretien, qui se déroule en présence d'un infirmier, le médecin explique au patient les raisons ayant conduit à son admission en soins sans consentement, explications reformulées si nécessaire en fonction de son état. Le document portant notification de la décision est signé du patient ; si celui-ci refuse de signer ou est dans l'impossibilité de le faire pour raison médicale, mention en est portée sur le document qui est alors signé par deux soignants.

La fiche de notification est commune à toutes les décisions administratives (d'admission, de maintien ou de modification de la forme de prise en charge). Elle mentionne – sans les reprendre – que les voies de recours sont précisées dans la décision et qu'il est donné au patient l'information sur ses droits avec l'énumération exhaustive de ceux visés par l'article L. 3211 du code de la santé publique, y compris le droit de donner son avis sur les modalités de soins, celui d'être informé de chaque projet le concernant et celui de demander la possibilité d'avoir accès à son dossier médical. Les coordonnées des différentes autorités ou institutions pouvant être contactées par le patient sont notées dans ce document. Enfin, un emplacement est réservé en bas de la première page pour que le patient y formule librement ses observations.

Si la procédure ainsi mise en place est de nature à assurer une bonne information du patient sur son statut tout au long de sa prise en charge, force est de constater que dans la pratique cette information reste limitée et formelle. En effet, selon les renseignements donnés aux contrôleurs, cette fiche de notification n'est remise au patient que s'il en fait la demande ; il en va de même de l'acte administratif et du ou des certificats médicaux, alors même que, d'une part, les voies de recours offertes au patient sont notées uniquement dans la décision administrative, d'autre part, que les certificats médicaux (dont les termes ne sont d'ailleurs pas repris dans l'acte administratif) constituent les seuls documents expliquant les raisons et circonstances à l'origine de la mesure de soins sans consentement ou de son maintien.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Tous les documents concernant un patient (décisions administratives, certificats médicaux en constituant la motivation, fiches de notification) doivent lui être remis ou, en cas de refus de les conserver par devers lui, laissés à sa libre disposition pour consultation sur simple demande.

Les observations du patient sur les modalités de soins et les projets de décision le concernant doivent être systématiquement recueillies et mention de cet avis doit être porté dans tous les certificats médicaux.

La brochure d'information doit être actualisée sur la référence aux instances judiciaires et affichée dans les lieux de vie.

La directrice de l'hôpital précise dans ses observations au rapport provisoire : « *S'agissant des carences tenant à l'information des patients sur leurs droits spécifiques je vous indique qu'une information écrite est systématiquement délivrée au patient au moment de son admission précisant qu'il a la possibilité d'obtenir l'ensemble des documents le concernant sur simple demande (documents relatifs à l'information du patient joints en annexe). Par ailleurs, les observations formulées par le patient sont recueillies. Toutefois, afin de répondre pleinement à cette recommandation, les supports des certificats médicaux vont être modifiés afin d'intégrer un encart dédié à l'avis du patient. La brochure d'information sera également actualisée* ».

### 3.1.3 L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès au dossier médical sont détaillées dans le livret d'accueil de l'établissement (pages 11 et 13) : demande faite par écrit au directeur des HBT avec copie de la carte d'identité ; consultation sur place, éventuellement en présence d'une tierce personne et d'un médecin ou non ou envoi de copies ; lorsque les informations dont la communication est demandée ont été recueillies dans le cadre de soins sans consentement, l'accompagnement d'un médecin choisi par le patient peut être suggéré et, si cet accompagnement est refusé, la CDU peut être saisie pour donner son avis sur l'opportunité de cet accompagnement ; délai de communication du dossier dans les huit jours à deux mois selon que le dossier demandé à moins ou plus de cinq ans.

Les demandes d'accès au dossier médical sont très rarement faites par des patients présents dans l'unité d'hospitalisation de santé mentale ; quand tel est le cas, la demande est formulée auprès de l'infirmier qui la transmet au cadre de santé. La demande est davantage faite après la sortie de l'hôpital, par le patient lui-même ; celle-ci est alors transmise par la direction à l'unité. Dans les deux cas, le médecin apprécie si des restrictions doivent être faites dans les pièces à communiquer puis les documents du dossier médical sont remis par la mission qualité soit au patient soit au médecin choisi par lui pour l'accompagner dans la consultation.

## 3.2 LE PROTOCOLE DE DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST BIEN CONNU ET SON SUIVI EST ASSURE

La procédure de déclaration des événements indésirables est connue de tous les médecins et soignants de l'unité et utilisée sans difficulté ni restriction. Les déclarations sont établies à partir d'un document détaillé (feuille d'événement indésirable ou FEI) dans le logiciel « Signalweb ». Cet outil mentionne les destinataires de l'événement indésirable mais également les coordonnées de l'agent à l'origine du signalement ce qui permet qu'une réponse lui soit adressée. Les FEI sont dirigées par le bureau de la qualité dans les services concernés selon le type de signalement : par exemple, la direction pour une agression, la pharmacie pour un problème de prescription, etc.).

Un groupe de travail (CREX – comité de retour d'expérience composé de médecins, soignants, des cadres de santé, du personnel, et du responsable qualité) analyse toutes les fiches qui leur sont transmises. Il retient les événements indésirables les plus importants pour une analyse plus approfondie et l'élaboration d'un plan d'action.

Toutes les semaines une réunion « revue des EI », comprenant le président de la CME, deux personnes de la direction et deux personnes de la direction des soins, examine l'ensemble des événements indésirables et vérifie que ceux-ci ont été orientés vers la bonne personne. Par ailleurs elle analyse les retours de CREX ou fait une relance en cas de retard dans le retour d'information.

Selon le responsable qualité, lequel a pris ses fonctions très récemment, trop de personnes reçoivent les FEI et interviennent dans la procédure ce qui risque d'être un facteur d'erreurs ou d'omissions. Il indique souhaiter en conséquence remettre à jour la liste des destinataires mais aussi assurer aux professionnels une nouvelle formation sur les événements indésirables et surtout sur le logiciel ; enfin il souhaite travailler sur les retours d'informations.

En 2020, 1 787 événements indésirables ont été signalés sur l'établissement (contre 1 700 en 2019), dont 71 pour des faits d'agressions. Parmi eux, 40 concernent le pôle de santé mentale pris dans son ensemble (intra et extra hospitalier confondus).

S'agissant de la seule unité de soins d'hospitalisation, trente-deux fiches d'événements indésirables ont été renseignées au cours de l'année 2020 et huit entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 26 février 2021. Le

tableau transmis par le service qualité ne permet pas de recenser la répartition des FEI par métier, mais le contenu de ces fiches démontre que ce sont les professionnels de santé en charge directe du patient qui déclarent le plus d'EI. La plus grande partie des fiches concerne des agressions, violences et dégradations (11/40), suivies par les problèmes de maintenance et de dysfonctionnement des locaux (10/40) ; sont également signalés : des difficultés lors du transport des patients (4), des erreurs de prescription ou délivrance médicamenteuse (3), des fugues (3), des problèmes d'entretien ou de sécurité (4), des difficultés de communication ou d'information (2), l'introduction de stupéfiants (1), une chute d'un patient, un vol dans une chambre. Aucun incident n'a jamais justifié l'application de l'article 40 du code de procédure pénale (CPP) (signalement auprès du procureur de la République).

A la suite de violences, des espaces de régulation sont proposés aux agents avec intervention d'une psychologue. Ces lieux de réflexion et d'échanges peuvent être individuels ou collectifs selon les circonstances et l'importance des faits survenus. Lorsque ceux-ci sont d'une particulière gravité, l'intervention de la psychologue du travail peut être sollicitée.

### 3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST PEU DESIGNEE

Des informations sur la désignation de la personne de confiance figurent dans le livret d'accueil de l'établissement, non reprises dans le règlement intérieur spécifique à l'unité.

Si le personnel paraît parfaitement maîtriser la distinction entre personne de confiance et personne à prévenir, il leur est en revanche souvent difficile de la faire comprendre aux patients surtout pour ceux hospitalisés en soins sans consentement (« *c'est un travail de longue haleine* » est-il dit aux contrôleurs).

Le formulaire de désignation de la personne de confiance est toujours donné au patient lors de son arrivée dans l'unité mais celui-ci n'y donne pas toujours suite ; dans certains cas, la désignation est inexploitable (par exemple celle d'un homme politique, d'un chanteur, ou autre) ; en cas de refus et de désignation inutilisable, les soignants reformulent la question et représentent le document à différents stades de la prise en charge.

Lorsqu'une désignation est faite, le patient est invité à prévenir la personne de confiance et à lui faire signer le formulaire pour matérialiser son acceptation.

Sur les dix-sept patients présents dans l'unité au 2 mars 2021, quatre ont désigné une personne de confiance dont l'intervention est effective.

### 3.4 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS ORGANISE

Aucune information n'est mise à disposition des patients et des soignants, que ce soit sur les inscriptions sur les listes électorales ou sur les modalités de vote quand une élection se profile. Les patients n'ont à disposition que les réseaux d'information classique : radio et télévision.

De mémoire de soignants, il n'a jamais été formulé de demande de sortie pour aller voter pas plus que n'a été sollicitée de demande de procuration.

### 3.5 L'INFORMATION SUR L'ACCES AUX CULTES EST LACUNAIRE

L'information sur l'aumônerie est notée dans le règlement intérieur tant de l'établissement que de l'unité. Elle est cependant limitée à l'aumônerie catholique. Des représentants d'autres religions peuvent être contactés à la demande des patients.

Un patient a récemment demandé à rencontrer l'aumônier catholique. Il a téléphoné et l'aumônier est venu le rencontrer dans l'unité.

### 3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE EST EFFECTIVE GRACE A DES MANDATAIRES JUDICIAIRES DANS L'ENSEMBLE REACTIFS ET PRESENTS

Il n'existe pas de service de protection des majeurs au sein de l'établissement. Les tuteurs ou curateurs sont soit des mandataires privés soit des institutionnels (UDAF<sup>3</sup> – Rerentosud).

Le 2 mars 2021, quatre patients bénéficient d'une protection juridique (trois sous tutelle et un autre sous curatelle renforcée).

Les patients nécessitant une mesure de protection sont repérés par l'assistante sociale très présente sur l'unité ou par les soignants ; une demande peut alors être présentée au juge des tutelles qui désignera le mandataire.

Les tuteurs et curateurs sont décrits comme réactifs (notamment dans les réponses apportées aux demandes d'argent) et sont très souvent sollicités tant par l'infirmière d'accueil que par l'assistante sociale. Il est en revanche indiqué qu'ils sont moins disponibles pour travailler sur les projets, ayant chacun de très nombreux dossiers à gérer. Malgré tout, ils sont systématiquement associés au projet et peuvent être invités aux concertations (réunions de synthèse) pour tout changement du projet de prise en charge, réunions auxquelles ils se présentent.

### 3.7 LA CONFIDENTIALITE DU SEJOUR EST RESPECTEE ET L'ANONYMAT POSSIBLE

Cette question est abordée dans le livret d'accueil et le RI de l'établissement mais non reprise dans le RI de l'unité.

Médecins et soignants connaissent l'existence de ce droit et la question est posée au patient. Lorsque celui-ci souhaite que sa présence dans l'unité reste confidentielle, une mention spécifique est notée en face du nom du patient sur le « panneau d'affichage infirmiers ». Le standard de l'hôpital n'a pas connaissance des noms des patients en psychiatrie. Au niveau de l'unité aucune information n'est donnée au téléphone aux personnes qui appellent, sauf si le patient donne expressément son accord et si la personne qui téléphone est connue de l'équipe.

Lorsqu'un patient demande la délivrance d'un bulletin de situation (pour justifier une absence auprès de son employeur par exemple), ce document ne mentionne ni l'unité ni le service afin précisément de garantir la confidentialité de son séjour.

Le protocole concernant le « patient anonyme » établi par l'établissement ne mentionne pas le service de psychiatrie mais lui est néanmoins applicable : lors de sa prise en charge le patient peut demander son enregistrement de manière anonyme. Les noms de naissance et d'usage sont remplacés par « HBT », le prénom peut être celui du patient ou à défaut un prénom choisi par le service (fleurs, arbres), la date de naissance s'inscrit « 01/01/année de naissance » et le sexe est celui du patient.

---

<sup>3</sup> UDAF : union départementale des associations familiales.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ASSURE SA MISSION MAIS LA COMMISSION DES USAGERS N'INTERVIENT QUASIMENT PAS POUR L'UNITE D'HOSPITALISATION DE SANTE MENTALE

#### 4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques – CDSP

La CDSP a compétence sur l'ensemble du département de l'Hérault, soit sur les centres hospitaliers de Montpellier, de Béziers et du bassin de Thau. Selon arrêté préfectoral du 13 janvier 2020, elle comprend deux psychiatres, un médecin généraliste et deux représentants des usagers (un de la ligue contre le cancer et le second de l'UNAFAM<sup>4</sup>). Ses membres sont donc au complet.

La CDSP visite au moins une fois par an chaque établissement de santé mentale et organise quatre à cinq réunions annuelles pour répondre aux réclamations et examiner les dossiers des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et obligatoirement ceux sans demande de tiers (péril imminent-SPI) ou dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an. En 2020 toutefois, du fait de la crise sanitaire, les visites des établissements ont été annulées. L'unité est informée à l'avance de ces visites et celles-ci sont affichées. Sur les deux dernières années aucun patient de l'unité de Sète n'a demandé à rencontrer les membres de la CDSP.

Selon la responsable de l'unité des soins sans consentement pour l'ARS Occitanie, contactée téléphoniquement par les contrôleurs et dont les propos confirment les observations contenues dans le rapport d'activité 2019, « *le fonctionnement de la CDSP de l'Hérault a été considérablement dégradé depuis la délocalisation de son secrétariat à l'ARS de Toulouse (liée à la régionalisation intervenue en novembre 2018), éloignant de fait les acteurs de terrain des administratifs et délocalisant par la même occasion l'ensemble des dossiers papier héraultais vers la Haute-Garonne* ». Les membres de la CDSP ne pouvant se rendre jusqu'à Toulouse en raison des délais de route, les réunions se font sur un format dématérialisé, ce qui a d'une part généré un travail supplémentaire pour le secrétariat, d'autre part « *réduit les échanges entre les membres* ». Par ailleurs « *la majorité des visites des établissements se sont faites sans le représentant de l'ARS posant la question de la réalisation de la synthèse de ces visites* » et « *la majorité des dossiers retenus par l'ARS n'ont concerné que les SDDE écartant les membres d'une réflexion plus approfondie sur les SDRE* ». La suppression du magistrat dans la composition de la CDSP (loi 2019-222 du 22 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice) a également constitué « *une perte pour la dynamique du groupe formé précédemment* » certains médecins ayant démissionné et les autres membres se montrant moins motivés.

L'examen des neuf comptes-rendus de réunions tenues au cours des années 2019 et 2020 atteste que nonobstant ces récentes difficultés de fonctionnement, la CDSP joue son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes hospitalisées. En effet, elle fait preuve d'une attention particulière sur les décisions d'admission en péril imminent et interpelle les directeurs en cas d'absence de la recherche traçable de tiers ; elle sollicite des éclaircissements quand des incohérences ou contradictions apparaissent dans les certificats médicaux ou entre ces certificats et la décision de maintien du directeur ; elle alerte sur le nombre important de dossiers dans lesquels les certificats médicaux sont de simples copier-coller, sur l'insuffisance de motivation des certificats de non-comparution devant le JLD, sur l'absence des attestations de recueil d'observations

---

<sup>4</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

des patients dans les certificats mensuels ; elle suit les réponses faites aux courriers des patients ; elle n'hésite pas à intervenir, y compris auprès du procureur de la République, quand la situation d'un patient ne lui paraît pas relever d'une hospitalisation en psychiatrie mais d'un accueil en établissement médico-social, ce qu'elle a fait en 2019 pour un patient hospitalisé à Sète depuis 19 ans en secteur fermé, bien qu'en soins consentis, intervention qui a contribué au transfert de ce patient dans une MAS<sup>5</sup> du département.

#### 4.1.2 La commission des usagers

Dans le règlement intérieur de l'établissement il est fait état non de la CDU mais de son ancienne appellation la CRUQPC (Commission des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge). Cette erreur est également contenue dans le livret d'accueil en en-tête de page 12, mais rectifiée dans le texte qui suit et qui décrit le rôle de cette commission et donne le nom de deux des associations représentant les usagers (la VMEH, Association Visite des Malades dans les Etablissements Hospitaliers et l'ADMD, Association Pour le Droit de Mourir Dans la Dignité dont un des membres est président de la CDU depuis 2016). Deux autres associations sont également présentes à la CDU : l'Association des Accidentés de la Route et l'Association de Soins Palliatifs. Les personnes atteintes de troubles psychiques ou leur proches ne sont pas représentés dans cette instance, aucune association en lien avec la psychiatrie n'ayant demandé à participer à la CDU. En revanche le médecin chef du pôle psychiatrie et la cadre supérieure de santé de ce même pôle sont tous deux membres de la CDU en qualité respective de médiateur médical et médiateur non médical.

Cette commission se réunit cinq à six fois par an (toutes les réunions se sont tenues en 2020) et examine toutes les plaintes et réclamations adressées par les usagers et les réponses apportées. En 2019, trois entretiens de médiations ont été réalisés par le médiateur médecin. Pour le pôle de santé mentale, cinq plaintes et réclamations ont été déposées en 2019 concernant la seule unité d'hospitalisation (contre trois en 2018, quatre en 2017, six en 2016 et deux en 2015) dont 40 % sur les aspects médicaux et relationnels, 20 % sur les aspects techniques, 20 % sur l'hôtellerie et 20 % sur l'organisation des transports internes.

Un CREX usagers (CREX de la CDU) a été mis en place pour analyser les plaintes. Les représentants des usagers y sont assez actifs, mais peu de plaintes – voire aucune – concernant le pôle de santé mentale y sont examinées.

Selon les soignants, les associations ne sont pas connues des patients et ne viennent jamais dans l'unité.

Une maison des usagers existe au sein de l'Hôpital, située à proximité de l'entrée des urgences. Les contrôleurs s'y sont présentés à plusieurs reprises au cours de la semaine sans jamais pouvoir y rencontrer quelqu'un. Selon les informations recueillies, son activité est actuellement au ralenti mais la présidente de la CDU a pour projet de la réactiver.

#### 4.1.3 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction (formulaire papier) est remis lors de toute admission dans les hôpitaux du bassin de Thau. Le taux de réponse est assez faible (environ 3 % en 2019) mais le chiffre exact n'a pu être communiqué aux contrôleurs en raison d'un changement de logiciel en janvier

---

<sup>5</sup> MAS : maison d'accueil spécialisée.

2021. Une campagne d'information est lancée par la cellule qualité à destination des patients afin que ceux-ci remplissent le formulaire.

Depuis quatre ans le pôle de santé mentale dispose d'un questionnaire spécifique pour l'unité d'hospitalisation, mais là encore les retours sont peu nombreux (de l'ordre de dix à quinze par an). Quand ils existent ces retours ne sont pas remontés à la cellule qualité de l'établissement.

Les quelques questionnaires retournés portent principalement voire exclusivement sur les conditions matérielles, les principales doléances concernant : la nourriture insuffisante en quantité ; le chauffage qui fonctionne mal ; l'absence d'eau chaude ; les placards cassés ou qui ne ferment pas (cf. § 6.1).

## 4.2 LE REGISTRE DE LA LOI CONNAIT DES OMISSIONS ET N'EST PAS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Les registres ou livres de la loi, un pour les SDRE, un autre pour les SDDE – femmes et hommes, confondus – sont tenus par les agents du bureau des entrées de l'hôpital 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. Ces registres sont parfois paraphés sur la page de garde par la responsable du bureau des entrées. Ils ont été visés sans observation par la CDSP le 12 décembre 2017 et pour la dernière fois le 2 juillet 2019, à l'exclusion de toute autre autorité.

Sur les premières pages du registre normalement prévues pour les visas des autorités figure en fait un récapitulatif manuscrit de toutes les admissions (date, nom du patient, folio de référence). Pour les patients dont la prise en charge se poursuit dans le temps, un renvoi est fait au folio suivant (ex : suite folio 89) lequel reprend le numéro du folio précédent, sans toutefois mentionner le registre concerné par ce renvoi puisqu'aussi bien les registres ne sont pas numérotés, ce qui ne facilite pas la recherche des informations souhaitées.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné les registres en cours : pour les SDRE le registre dont la première inscription date du 24 novembre 2018 et la dernière le 26 janvier 2021, soit quarante-quatre mesures dont vingt-trois nouvelles admissions (deux hommes en 2021, douze hommes en 2020, six hommes et deux femmes en 2019 et une femme en 2018) ; pour les SDDE le registre ouvert le 6 juillet 2020 et comportant quarante-cinq mentions entre le 3 juillet 2020 et le 26 février 2021 (dix SPI, trente-deux SPDTU et trois SPDT concernant dix-sept femmes et vingt-huit hommes).

Chaque premier feuillet prévoit dans une colonne à gauche différentes cases<sup>6</sup> permettant, une fois renseignées, de donner un aperçu rapide et synthétique de la situation du patient et des principales données de sa prise en charge. Ces cases préimprimées ne sont, pour certaines, plus d'actualité (il y est en effet mentionné « hospitalisation d'office » et « sorties d'essai », terminologie et notion disparues respectivement en 2011 et 2013) et sont incomplètes puisque ne faisant aucune référence au contrôle du JLD, attestant du caractère obsolète de ces registres. Force est en outre de constater que, quel que soit le registre, la colonne de gauche n'est jamais renseignée, seuls étant

---

<sup>6</sup> 1 - Identité du patient (nom, prénom, date de naissance, domicile, profession, date d'hospitalisation) – mode d'hospitalisation (avec pour un SDRE désignation de l'autorité ayant pris la mesure, pour un SDDE identité complète du tiers / 2 et 3 - Mesures de protection intervenues avant ou après l'hospitalisation avec précision de la nature de la mesure et date de la décision) / Sorties (dates, durées, modalités) – levée d'hospitalisation (date et modalités) – décès.

notés en haut de la page le nom et le prénom du patient sans aucune autre indication d'identité ou de statut, divers documents étant collés à l'emplacement des autres rubriques.

Les documents reproduits en format réduit sont collés sans suite chronologique ni cohérence. Nombre de ces documents ne sont pas de ceux exigés par la loi (comme par exemple le certificat d'examen somatique aux urgences, l'avis au procureur de la décision administrative, la saisine du JLD, la demande d'avocat en vue de l'audience JLD, la brochure d'information, les bulletins de consultation en service spécialisé de l'hôpital) tandis que d'autres, bien qu'énumérés expressément à l'article L3212-11 du CSP<sup>7</sup>, sont systématiquement absents (tels le jugement de protection juridique, l'arrêté du préfet faisant suite à un arrêté provisoire du maire, les notifications des décisions préfectorales d'admission ou de maintien, le dispositif des ordonnances du JLD et leur notification, l'arrêté ou la décision du directeur de changement de forme de prise en charge).

Il apparaît donc que le registre, bien que renseigné sans retard du moins pour les admissions, ne répond pas aux exigences déclinées par la loi 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.

Les contrôleurs ont pu se convaincre qu'aucune information n'est donnée aux agents quant aux modalités de renseignement de ce registre – ni de façon plus générale sur la procédure de soins sans consentement (cf. § 4.4.1) (un des agents dit « *s'être formée sur le tas et s'être constitué un classeur aide-mémoire* »). Les dispositions légales sus-évoquées (comme celles édictées pour la saisine du JLD cf. § 4.4) sont donc méconnues de l'ensemble du personnel du bureau des entrées en ce compris sa responsable et son adjointe, attachées d'administration ayant délégation de signature pendant les jours ouvrables (de 8h à 18h) aux côtés des directeurs de garde intervenant entre 18h et 8h ainsi que lors des fins de semaine. L'organisation en place pour le suivi administratif des soins sans consentement ne peut d'ailleurs guère conduire le personnel du bureau des entrées à s'intéresser à la procédure administrative des soins sans consentement puisque ce service, aux dires de sa responsable, « *ne joue qu'un rôle de boîte aux lettres* » : le contrôle des certificats médicaux, la préparation des décisions du directeur, la vérification des notifications, les relations avec l'ARS, le suivi d'audience du JLD, sont en effet effectués par les secrétaires médicales de l'unité psychiatrique ; à tous les stades de la procédure, les documents sont apportés au bureau des entrées contre signature d'un registre interne à l'unité de psychiatrie ; les décisions du directeur sont signées sans vérification du contenu des certificats médicaux autre que le nom du patient.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

L'établissement doit veiller à ce que le suivi administratif des mesures de soins sans consentement (en ce inclus la tenue du registre de la loi et les saisines du JLD) soit assuré par des agents formés aux procédures de soins sans consentement, regroupés dans un service unique, afin de garantir d'une part la régularité de ladite procédure (vérification des certificats médicaux, rédaction des

<sup>7</sup> 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 du 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.



décisions administratives, relations avec l'ARS, saisines du JLD), d'autre part une tenue rigoureuse des registres de la loi conforme aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP.

La directrice annonce dans ses observations que « *les différentes remarques relatives à la tenue du registre de la loi (recommandation 5) ont donné lieu à la réalisation d'un audit et une nouvelle organisation visant à garantir le respect des dispositions légales tout en optimisant le processus est en cours de formalisation* ».

L'examen des registres a toutefois permis de relever que :

- les SDRE débutent quasiment toujours par un arrêté du maire, qui n'est cependant pas toujours daté ; l'absence de reproduction de l'arrêté du préfet n'a pas permis de s'assurer que ceux-ci étaient pris dans les délais légaux ;
- les certificats médicaux initiaux, assez descriptifs sur les troubles, ne le sont guère sur l'absence de consentement au soins ;
- les décisions de la directrice visent la date et l'heure de l'admission mais ne sont pas en elles-mêmes datées ni horodatées ; elles ne sont motivées que par visa du ou des certificats médicaux initiaux avec la précision « *dont copie jointe* » ce qui implique que ces certificats doivent impérativement être remis au patient ce qui n'apparaît pas dans la fiche de notification et n'est pas toujours fait ;
- pour les mesures de SPI et SDTU, les certificats des 24h et 72h sont rédigés par des médecins différents ; pour les SPI, la fiche de traçabilité de la recherche d'un tiers ne figure pas toujours ;
- les passages en programme de soins sont en général retranscrits dans le registre, mais le contenu dudit programme n'y figure pas toujours.

### 4.3 DES AUTORISATIONS DE SORTIE SONT FREQUEMMENT ACCORDEES ET LES PROGRAMMES DE SOINS SONT NOMBREUX MAIS SANS INTERVENTION DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

#### 4.3.1 Les sorties de courtes durées

Les médecins sont globalement ouverts aux sorties (qui se font nécessairement à l'extérieur de l'hôpital en l'absence de parc ou de cafétéria) avec comme finalité de permettre aux patients de quitter les murs de l'unité, de faire le lien avec la ville et de faciliter leur autonomie. L'ensemble de l'équipe soignante est dans cette même dynamique d'apprentissage de vie à l'extérieur. La politique de l'unité a été fortement freinée par la crise sanitaire, toutefois des sorties ont néanmoins pu avoir à nouveau lieu à partir de la mi-mai 2020 et pendant l'été.

L'examen de quelques dossiers de patients et celui du registre de la loi, démontre que les autorisations de sorties sont, en temps normal, accordées dès que l'état du patient le permet et assez rapidement après l'admission ; elles le sont sans différence de statut (SDDE ou SDRE) ; le représentant de l'Etat ne s'oppose quasiment jamais à la demande faite par le médecin, y compris lorsque celle-ci n'entre pas dans le strict cadre légal (comme par exemple des sorties de trois heures non accompagnées tous les lundis). Selon les propos recueillis, un refus du préfet est parfois envisagé lorsque le certificat médical n'est pas assez circonstancié ; dans une telle hypothèse l'ARS contacte le secrétariat de l'unité pour l'aviser de la difficulté et un certificat médical additionnel est alors rédigé de sorte que l'opposition du représentant de l'Etat est rarement maintenue.

Il résulte de ce même examen et des échanges avec les soignants et médecins que les permissions de sortie sont dans l'ensemble limitées à quelques heures, la possibilité d'accorder des sorties pour une durée supérieure à douze heures mais inférieure à quarante-huit heures, telle que prévue par l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique résultant de la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011<sup>8</sup>, étant mal connue de l'équipe (un seul patient répertorié). Sur ce point, la directrice note dans ses observations : « *les supports d'autorisations de sortie de courte durée ont été modifiés (modèles en annexe) afin d'intégrer la distinction entre les sorties accompagnées de moins de 12 heures et les sorties non accompagnées de moins de 48 heures* ».

#### 4.3.2 Les programmes de soins

Le certificat médical préconisant un passage en programme de soins (PDS) est suivi d'une décision de la directrice de l'établissement, préparée par le secrétariat de l'unité et signé par une des responsables du bureau des entrées. Pour les patients en SDRE, le certificat médical est adressé par le secrétariat de l'unité à l'ARS pour signature par le préfet de l'arrêté de changement de forme de prise en charge.

Les propositions de passage en programme de soins peuvent intervenir assez rapidement après l'admission : la forme de prise en charge a ainsi été modifiée dans les 15 jours suivants l'admission pour sept patients dont deux SDRE (au bout de 7 jours pour l'un et de 13 jours pour l'autre, un SPI le 8<sup>ème</sup> jour et trois SDTU entre le 11<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> jour), les 17<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> jour pour deux SDTU. Plus généralement les passages en programme de soins interviennent dans un délai d'un mois et demi à six mois.

Selon l'équipe, et ce qu'a confirmé l'examen de quelques dossiers, rares sont les oppositions du représentant de l'Etat, toutefois pour les SDRE judiciaires (c'est-à-dire les patients ayant été déclarés irresponsables pénaux) le préfet sollicite quasiment toujours une expertise avant de se prononcer.

Au moment du contrôle trente patients sont en programme de soins. La plus ancienne mesure de soins sans consentement concernée par cette forme de prise en charge remonte au 14 décembre 2016 ; une mesure date du 19 juillet 2017, une autre du 9 juin 2016 et six autres de 2019 (entre février et décembre). Les programmes de soins les plus anciens datent respectivement du 7 novembre 2018 et 23 décembre 2019. Les programmes de soins consistent exclusivement en soins ambulatoires (consultations médecins et infirmiers) ; rares sont les hospitalisations de jour et désormais inexistantes les hospitalisations séquentielles.

#### 4.3.3 La préparation à la sortie et la levée de la mesure

Pour les patients en SDRE la levée de la mesure est quasiment toujours précédée d'une fin de l'hospitalisation accompagnée d'un programme de soins et un second avis d'un psychiatre est

---

<sup>8</sup> Article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, résultant de la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 : « Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée soit accompagnées n'excédant pas douze heures, soit non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures. Pour les patients en SPDRE, le représentant de l'Etat peut s'opposer à la sortie par décision écrite notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, sans possibilité d'ajout d'aucune mesure supplémentaire ».

souvent sollicité par le préfet, demande qui est systématique pour les SDRE judiciaires (dits également SDRE « irresponsables pénaux »).

Les soignants de l'extra hospitalier viennent toutes les semaines pour la réunion clinique du lundi au cours de laquelle sont évoquées les préparations à la sortie. L'assistante sociale est également très – voire constamment – présente dans l'unité et est très impliquée dans les démarches de préparation à la sortie effectuées dans la mesure du possible avec les tuteurs ou curateurs.

La difficulté de trouver des places dans des structures adaptées peut constituer un frein à la levée de la mesure (tel fut le cas pour le jeune homme resté de très longues années dans l'unité cf. § 4.1.1). Pour pallier les difficultés liées à l'hébergement, l'unité travaille beaucoup d'une part avec la MDPH<sup>9</sup> pour trouver des lits, d'autre part avec l'association Solidarité Urgence Sétoise (SUS) qui dispose d'hébergements en urgence et de lits « halte soins santé » permettant la prise en charge de personnes ayant besoin de soins somatiques.

#### 4.3.4 Le collège des professionnels de santé

Aux termes de l'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 un collège de professionnels de santé composé de deux psychiatres dont un seulement participe à la prise en charge du patient, ainsi qu'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de soins ; cette évaluation est renouvelée tous les ans. L'avis du collège est également obligatoire pour les SDRE judiciaires avant toute décision du JLD (article L 3211-12 du CSP). Cet avis est d'autant plus important pour les patients en programme de soins que la mesure de soins sans consentement dont ils sont toujours l'objet échappe au contrôle de plein droit du JLD.

Les échanges avec l'équipe – médecins, cadre supérieur et cadre de santé, soignants et secrétaires médicales – ont fait apparaître une parfaite méconnaissance des exigences légales sus rappelées, ce qui a été admis sans difficulté notamment lors de la réunion de restitution. De mémoire de l'équipe, seul un collège s'est réuni il y a un ou deux ans pour un SDRE judiciaire. En revanche, aucun collège ne s'est jamais réuni pour des patients en PDS alors même que, pour dix des trente patients sous cette forme de prise en charge au 4 mars 2021, la mesure de soins sans consentement dure depuis plus d'un an ; il est également apparu que la convocation du collège n'est pas toujours organisée pour les patients en hospitalisation complète dont la mesure date de plus d'un an (ce qui au jour de la visite est le cas d'un patient dont la mesure a débuté en septembre 2019).

Dans les très rares cas où un collège est organisé, l'équipe soignante est représentée par le cadre de santé, la réunion des membres du collège est effective et le patient est présent et entendu.

#### RECOMMANDATION 4

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 soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses

<sup>9</sup> MDPH : maison départementale des personnes handicapées.

observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

Sur ce point la directrice précise : « *la définition des modalités de mise en œuvre des réunions du collège est en cours* ».

#### 4.4 LE CONTROLE DU JLD PORTE TANT SUR LA PROCEDURE QUE SUR L'ADHESION DU PATIENT AUX SOINS MAIS SOUVENT HORS PRESENCE DU PATIENT

Trois magistrats du tribunal judiciaire de Montpellier assurent le service du juge des libertés et de la détention tant pour le pénal que pour le civil (contentieux des étrangers et des soins sans consentement). A défaut d'audience concernant l'unité psychiatrique de Sète pendant la semaine de visite, les contrôleurs se sont entretenus téléphoniquement avec la présidente du tribunal judiciaire et la vice-présidente coordinatrice du service du JLD.

##### 4.4.1 Organisation de l'audience

Lorsque le JLD doit se prononcer sur la poursuite de l'hospitalisation en soins sans consentement, le secrétariat de l'unité de psychiatrie transmet au bureau des entrées l'avis motivé du psychiatre. Dès réception, ce service prépare et signe la requête valant saisine du juge qui est adressé au greffe du JLD par fax accompagné des pièces du dossier du patient. Selon le JLD, les dossiers communiqués sont souvent incomplets et le greffe est donc amené à solliciter des documents complémentaires. Questionnées sur ce point, les responsables du bureau des entrées n'ont pu préciser aux contrôleurs la liste des documents devant être joints à la requête ; un des agents en charge des relations avec le JLD a, pour sa part, indiqué « *prendre tous les documents existant depuis l'admission avec le récépissé des envois à l'ARS et au procureur et, si besoin, transmettre à la demande du greffe toutes pièces manquantes* ». Cette méconnaissance de la procédure et l'imprécision dans la préparation du dossier ne peuvent qu'interpeller dans la mesure où, aux dires du JLD, la liste des documents nécessaires selon chaque type de mesure a été adressée par le greffe à leurs interlocuteurs du bureau des entrées (cf. § 4.2). Par ailleurs, toujours selon les JLD, le contenu de la saisine est trop synthétique, sans information suffisante sur la situation du patient et l'évolution de sa prise en charge et gagnerait donc à être amélioré. Une réunion prévue à l'automne 2020 par les JLD avec leurs interlocuteurs du CH de Sète a été différée en raison de la pandémie, mais reste d'actualité.

Une fois la requête parvenue au greffe du JLD, un avis d'audience valant convocation est adressé directement à l'unité pour notification au patient par un infirmier. Cet avis rappelle que le patient peut faire parvenir ses observations écrites au greffe et qu'il peut avoir accès dans l'établissement aux pièces communiquées au juge. Une attestation de demande d'avocat établie par l'unité est également remise au patient l'informant qu'il doit être assisté d'un avocat soit choisi (le patient devant alors communiquer ses coordonnées), soit commis d'office ; alors que cette assistance se fait au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources, l'attestation note en bas de page « *la personne qui fait l'objet de soins est informée que les honoraires seront à sa charge sauf si elle remplit les conditions pour obtenir l'aide juridictionnelle* ». Informé que cette mention, source possible d'inquiétude pour le patient, n'est pas conforme à la réalité et donc parfaitement inutile, le secrétariat de l'unité en a immédiatement pris acte pour procéder à sa suppression sur les trames informatiques.

Le faible nombre de dossiers concernant le CH de Sète a conduit à ne pas envisager l'implantation d'une salle d'audience sur ce site. Les audiences se tiennent en conséquence au CHU de Montpellier, potentiellement les lundi, mercredi et vendredi. Une salle, équipée informatiquement, y est

spécialement aménagée pour les audiences judiciaires ; les locaux disposent également d'une salle d'attente et d'une pièce pour les entretiens confidentiels patients-avocats. Sur place, une équipe est affectée à l'organisation de l'audience qui, aux dires de toutes les personnes contactées, se déroule dans de bonnes conditions. Le JLD s'organise pour prendre en tout début d'audience les patients en provenance de Sète.

Le transport est effectué en ambulance, le patient étant accompagné de l'infirmier d'accueil ou de deux infirmiers quand c'est un SDRE. En général, le départ de l'unité a lieu vers 8h et le retour vers midi.

#### 4.4.2 Déroulement de l'audience

Pour l'audience, certains magistrats portent la robe, d'autres non.

Les tiers demandeurs à la procédure, avisés de l'audience par le greffe par téléphone et par mail, se déplacent quelquefois et sont alors entendus par le juge. Les tuteurs et curateurs, également convoqués, ne se présentent jamais mais envoient parfois des observations écrites.

Un noyau d'avocats assure la permanence pour ces audiences. Les avocats intervenant sur ce contentieux sont assez nombreux mais tous très impliqués et des groupes de réflexion sont organisés à l'initiative de leur coordinateur. Selon le JLD, les avocats ont tendance à soulever de nombreuses nullités et ce quelle que soit la position de leur client, ce qui a conduit à organiser des réunions entre les magistrats et les avocats afin que ces derniers n'aillent plus au-delà des volontés du patient (par exemple soulever un vice de procédure pouvant conduire à la mainlevée de la décision alors que le patient manifeste la volonté de rester encore un temps hospitalisé ou encore faire appel sans avoir de mandat du client).

Dans la mesure du possible, les décisions sont rendues à l'issue de l'audience et donc notifiées immédiatement au patient. Lorsque des nullités sont soulevées ou quand le patient risque de mal réagir, la décision n'est rendue que dans le courant de l'après-midi et est alors notifiée au patient dans l'unité par l'infirmier qui était présent à l'audience. Pour les patients de Sète, la cadre de santé indique avoir demandé au juge de ne plus rendre les décisions à l'audience, le retour dans l'unité (45 mn de route aller) étant pour certains très difficile ; en pratique la notification de la décision se fait donc le plus souvent après l'audience, dans l'unité.

A noter que durant le premier confinement (soit de mars à mai 2020) les décisions ont été rendues uniquement sur dossier : les avocats déposaient systématiquement des conclusions mais ne voyaient pas leurs clients car ne pouvaient entrer à l'hôpital ; ils pouvaient cependant avoir un entretien téléphonique avec eux. Les audiences ont repris en juin 2020.

#### 4.4.3 Les décisions

En 2020, soixante-six patients ont été convoqués à l'audience, mais seulement trente-sept y ont été présents ; pour neuf d'entre eux, la décision a été rendue sans audience (période de confinement) ; vingt autres patients n'ont pas comparu devant le juge, empêchés pour motif médical. Durant les deux premiers mois de 2021, treize patients ont été convoqués à l'audience mais seuls sept ont comparu. Selon les soignants, l'éloignement de la salle d'audience favorise la délivrance de certificats médicaux de « *non auditionnabilité* », ce qui explique pour partie le taux extrêmement important de patients n'ayant pas comparu devant le juge pour raison médicale (29,85 % en 2020 et 46,15 % en janvier et février 2021), les conditions de transport et la durée de route étant chez des patients encore en crise des facteurs de stress.

En 2020, le JLD a prononcé cinquante-sept décisions de maintien de l'hospitalisation complète et six mainlevées avec effet différé à 24 heures (pour permettre si besoin la mise en place d'un programme de soins). En 2021, toutes les décisions rendues ont été des maintiens de l'hospitalisation. Quatre des mainlevées ont été prononcées au motif de l'absence de preuve de la notification des décisions d'admission et de maintien, une pour insuffisance d'élément caractérisant la nécessité de la contrainte, une au motif que le certificat médical des 72h et le certificat médical d'admission pour un SDTU sont rédigés par le même médecin.

En 2020, quinze appels ont été interjetés contre les décisions rendues, deux par l'avocat et treize par le patient ; le parquet n'a pas interjeté appel des décisions de mainlevée. Pour deux de ces appels la cour a infirmé la décision et ordonné la mainlevée de la mesure avec effet différé à 24 heures, dans un cas aux motifs que le risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient n'était pas caractérisé dans les certificats médicaux pour une admission en urgence, dans le second cas pour vice de forme, le curateur n'ayant pas été avisé de la date d'audience de première instance.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST ENTRAVEE POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT COMME POUR CEUX EN SOINS LIBRES

Le centre hospitalier se présente d'un point de vue architectural comme un établissement ouvert sur la rue qui le longe : aucun mur ne l'enserme et les allées et venues des personnes ne font l'objet d'aucune surveillance par un poste de garde ou de sécurité. L'accès au bâtiment de psychiatrie, qui héberge notamment l'unité d'hospitalisation, est fermé au moment du contrôle – en raison de la crise sanitaire – les patients qui viennent en consultation et les visiteurs doivent se signaler à un interphone et attendre qu'un agent vienne leur ouvrir la porte.

La porte d'accès à l'unique unité d'hospitalisation (située au premier étage du bâtiment) qui héberge les patients admis en soins libres et en SSC est en permanence fermée, même hors période de crise sanitaire. L'ouverture de la porte est actionnée depuis le bureau vitré des infirmiers qui donne à la fois sur le palier d'accès à l'unité et sur son espace de vie.

Au moment de la visite, aucun des patients hospitalisés ne peut sortir seul de l'unité, y compris ceux en soins libres qui, même lorsqu'ils se rendent à l'ergothérapie ou à l'art-thérapie dont les locaux sont situés au rez-de-chaussée du bâtiment, doivent être accompagnés par des soignants.

Des travaux de restructuration et de scission de l'unité en une partie ouverte, réservée aux patients hospitalisés librement, et une partie fermée, pour les patients hospitalisés sans leur consentement, devaient initialement débiter en septembre 2020 mais ont été repoussés à septembre 2021.

S'il n'est pas acceptable que des patients en soins libres soient enfermés dans une unité, en aucun cas le code de la santé publique n'impose que ceux en SSC le soient. L'article L.3211-2-1 prévoit uniquement qu'une personne faisant l'objet de soins sans consentement peut être prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement habilité mais pas spécifiquement dans une unité fermée ; la surveillance pouvant être autrement protocolisée que par la fermeture des portes.

Il conviendrait que l'établissement s'inscrive dans une réflexion autour d'une surveillance des patients alliant sécurité et liberté d'aller et venir ; la surveillance pouvant être autrement protocolisée que par la fermeture des portes.

#### RECOMMANDATION 5

Le CGLPL rappelle que le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui seul justifier la privation de la liberté à l'intérieur de l'établissement. Une réflexion autour d'une surveillance des patients alliant sécurité et liberté d'aller et venir doit être engagée.

La directrice note dans ses observations : « *s'agissant de l'atteinte à la liberté d'aller et venir caractérisée par la fermeture des portes du service, il convient de préciser que la porte d'accès au bâtiment était exceptionnellement fermée en raison de la crise sanitaire mais elle est désormais ouverte de 8h30 à 18h30. Par ailleurs, les travaux de sectorisation prévus pour le mois d'octobre 2021 permettront une libre circulation des patients admis en soins psychiatriques libres* ».

A l'intérieur de l'unité, l'accès aux chambres est libre sauf entre 10h et 12h afin qu'il puisse être procédé à leur nettoyage.

L'unité dispose d'un vaste jardin clos – doté de plusieurs terrasses – auquel les patients peuvent librement accéder de 6h30 à 23h30 notamment pour fumer. En dehors de ces horaires, un fumoir (doté d'une fenêtre barreaudée) est à disposition.



*Vues du jardin de l'unité*

## 5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT MODEREES

En dehors de celles posées à la liberté d'aller et venir, il n'existe pas d'autre restriction générale et systématique aux droits des patients dans leur vie quotidienne. Les règles de la vie quotidienne sont marquées par le respect de l'autonomie des personnes dans le respect des règles inhérentes à la vie en communauté. Les restrictions sont rares et justifiées par l'état clinique du patient.

Le 2 mars 2021, l'unité accueillait dix-sept patients (dont trois arrivés le jour même) : quinze étaient autorisés à recevoir des visites, à recevoir ou transmettre des appels et à utiliser leur téléphone portable ; aucun n'avait de prescription de port du pyjama dans l'unité.

## 5.3 LES PATIENTS DISPOSENT DES MOYENS DE MAINTENIR LES LIENS AVEC LEURS PROCHES

Comme le prévoit le règlement intérieur de l'unité, les patients, sauf prescription médicale contraire, peuvent conserver leurs téléphone portable, tablette, ordinateur et lecteur audio. L'hôpital ne dispose pas d'accès Wi-Fi gratuit pour les patients mais un abonnement peut être souscrit pour 3 euros par jour avec un tarif dégressif sur la durée (trente euros par mois).

L'unité dispose d'un téléphone mural qui peut être utilisé par les patients ne disposant pas de téléphone portable. Le patient doit donner le numéro à un soignant qui le compose sur un poste du bureau infirmier puis le transfère sur le téléphone mural. La localisation de ce téléphone, dans « l'atrium » faisant office d'espace de vie, de salon de télévision et de salle d'activités ne permet pas de garantir la confidentialité ni la sérénité des échanges téléphoniques.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

Le poste de téléphone mis à la disposition des personnes hospitalisées doit être installé dans un espace préservant la confidentialité des appels téléphoniques.

La direction de l'établissement répond sur ce point : « *concernant l'atteinte au respect de la vie privée caractérisé par l'absence d'espace préservant la confidentialité des appels téléphoniques, une*



*zone garantissant l'intimité a été identifiée et sera opérationnelle à l'issue de la réalisation des travaux devant être engagés au mois d'octobre 2021 ».*

Le courrier qui arrive quotidiennement par le vaguemestre ne fait l'objet d'aucune surveillance à l'exception des colis qui sont contrôlés en présence de leur destinataire. Les timbres sont normalement à la charge du patient mais les courriers peuvent être affranchis par l'hôpital en cas de besoin.

Hors période de pandémie, les visites des familles sont autorisées tous les jours de 14h30 à 18h30. Au moment de la visite, des plages horaires de visite sont mises en place d'une durée de trente minutes, entre 14h30 et 16h30. Les visites sont organisées sur prise de rendez-vous par téléphone auprès du bureau infirmiers et se déroulent, dans le respect des gestes barrières, dans une pièce située à l'extérieur de l'unité, à proximité immédiate de la porte d'entrée. Selon les propos recueillis, le nombre de plages horaires proposé est largement suffisant pour satisfaire les besoins de visites des patients.



*Salle de visite des familles*

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT NE GARANTISSENT PAS LE RESPECT DE L'INTIMITÉ DES PATIENTS

Les services de psychiatrie sont hébergés dans un bâtiment indépendant construit en 1995 qui souffre de malfaçons depuis sa mise en service. Les problèmes d'approvisionnement en eau chaude, de chauffage et de climatisation sont récurrents mais des travaux effectués en janvier 2021 semblent avoir réglé ces dysfonctionnements.

L'unité dispose de dix-neuf chambres. Il existe trois types de chambre différents : des chambres individuelles avec salle de douche et WC individuels, des chambres individuelles avec sanitaires mutualisés pour deux chambres et cinq chambres doubles dotées d'un WC séparé de la salle de douche (qui comporte deux lavabos). Aucune des portes de ces différents espaces ne dispose de verrou de confort, l'intimité et la dignité des patients n'est nulle part garantie.

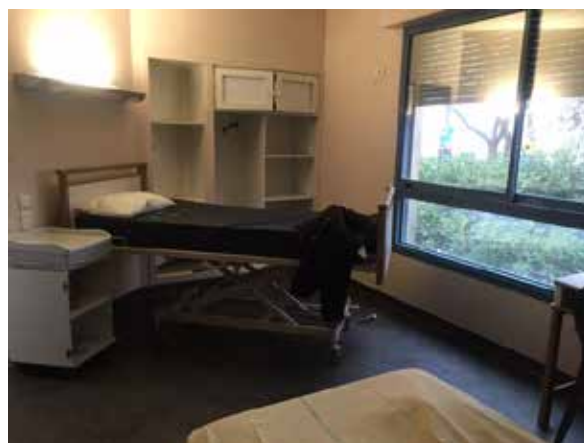
D'autre part, les patients ne sont pas en mesure de protéger leurs biens : les portes de nombreux placards ont été cassées et celles qui demeurent sont dépourvues de verrou. Des problèmes de vol ont été à plusieurs reprises évoqués par les patients rencontrés.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Les portes des chambres, des sanitaires et des placards doivent impérativement être équipées de verrous afin de garantir le respect de l'intimité et de la dignité des patients ainsi que la sécurité de leurs biens.

La directrice note dans ses observations : « des verrous de portes ont été commandés et leur installation est prévue pour le mois septembre 2021. Un système de fermeture par cadenas va également être installé sur les placards situés dans les chambres doubles au mois d'octobre 2021 ».

Les chambres sont dotées d'un bouton d'appel. Leur mobilier n'est pas toujours complet ni en bon état.



Une chambre double



*Une chambre individuelle*

La vie de l'unité s'organise autour d'une vaste pièce, unique espace collectif en dehors de la salle à manger qui n'est accessible qu'au moment des repas. Cet espace, également lieu de circulation et d'accès au jardin, fait office de salle de télévision et d'activités ; doté uniquement de tables et de chaises, il est dépourvu de confort et de convivialité.



*La pièce de vie de l'unité*

## RECO PRISE EN COMPTE 5

Les espaces collectifs doivent être aménagés conformément à leur destination et offrir aux patients confort et convivialité. La salle de télévision doit être isolée des lieux de circulation et équipée de fauteuils ou de canapés.

La direction note dans ses observations que « *cet aménagement est prévu dans le cadre des travaux de sectorisation du mois d'octobre 2021. Les équipements ont d'ores et déjà été commandés et réceptionnés par le service médico-psychologique* ».

### 6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES

Comme indiqué *supra*, les chambres sont dotées de sanitaires équipés d'une douche ; par ailleurs, l'unité dispose de deux salles de bains avec baignoire accessibles aux patients à la demande. Des

réserve de produits d'hygiène – gel douche, protections périodiques, dentifrice, rasoirs, mousse à raser, etc. – sont disponibles pour les patients qui en sont dépourvus.

L'entretien du linge personnel des patients est à la charge du patient lui-même ou de son entourage. Cependant, si le patient est seul ou dans une situation sociale difficile, cette prestation est assurée par l'établissement. L'unité dispose d'une pièce équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge (en panne au moment de la visite) ; cependant depuis la crise sanitaire, le nettoyage du linge de ces patients est externalisé mais la prestation demeure gratuite.

L'ensemble des locaux est propre ; les 4,5 ETP d'ASH permettent d'en assurer l'entretien.

### 6.3 LES PORTIONS DE NOURRITURE SERVIES AUX REPAS SONT INSUFFISANTES

Les repas sont pris à heures fixes, en un seul service (petit-déjeuner à 8h30 ; déjeuner à 12h ; dîner à 19h). Un goûter et une tisane sont par ailleurs servis aux patients qui le souhaitent.

Les repas sont pris dans la salle à manger, les patients s'y installent où ils le souhaitent. Les soignants sont présents pendant le repas pour veiller notamment aux risques de fausses routes.

Les repas, dont le « *menu de la semaine normal hiver* » est affiché, sont livrés chaque jour dans l'unités en barquettes collectives de quatre, où ils sont ensuite réchauffés et servis par les soignants.

Si la qualité gustative des repas servis ne semble pas poser de problème particulier, les quantités sont insuffisantes de l'avis unanime des patients et des soignants et selon les constats effectués par les contrôleurs. Les patients ne disposent que d'un seul petit pain par repas, les instructions de partage des barquettes sont souvent drastiques : une sardine à l'huile et demie par personne, un œuf et demi, etc. Cette situation est d'ailleurs régulièrement dénoncée dans les questionnaires de satisfaction (cf. §. 4.1.3).



*Barquettes de salade pour quatre personnes et unique pain servi pour chaque repas*

## RECO PRISE EN COMPTE 6

Les quantités de nourriture livrées pour les repas doivent permettre de satisfaire les différents appétits des patients hospitalisés.

Dans ses observations au rapport provisoire la direction souligne qu'un « *travail sur l'équilibre des repas a été réalisé et les portions de parts alimentaires ont été augmentées après étude des besoins des patients menée sous la forme d'une enquête de satisfaction* ».

## 7. LES SOINS

### 7.1 LES PATIENTS SONT ADMIS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT APRES AVOIR ETE EXAMINES PAR UN PSYCHIATRE AUX URGENCES

#### 7.1.1 La prise en charge des urgences psychiatriques

L'établissement dispose de structures extra hospitalières (CMP/CATTP, hôpital de jour) mais pas de structure de prise en charge des crises précoces au domicile. Néanmoins, les délais d'obtention de rendez-vous en CMP peuvent être assez rapides pour des urgences et le projet d'établissement indique vouloir à terme « *assurer la permanence d'accueil aux urgences 24h/24 et faciliter l'accès aux consultations ambulatoires semi-urgentes* », sans en préciser la forme concrète.

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services *via* les médecins traitants, les psychiatres du CMP ou de l'hôpital de jour mais le passage par les urgences est favorisé pour que le patient bénéficie d'un examen somatique par l'urgentiste.

L'établissement dispose d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission des personnes en soins sans consentement ou en situation de crise s'effectue ainsi principalement par ce service.

#### 7.1.2 Les urgences du CH

Ces urgences accueillent chaque jour, toutes pathologies confondues, 70 à 100 personnes. L'entrée des patients agités s'effectue (hors période Covid) par le sas des ambulances et ils sont directement amenés à l'intérieur des urgences, dans un box fermé, sans être vus du public.

La prise en charge initiale aux urgences adultes du CH est faite par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) qui dispose d'un petit espace exigu réservé à cet effet mais peut rencontrer la personne dans le box.



*Box individuel des urgences*



*Matériel de contention*

Le patient, s'il est agité ou à risque de déstabilisation, est placé dans une pièce individuelle fermée où il est examiné par un urgentiste. Sinon, il est installé à l'instar des autres patients dans un sas de dix places séparées par des paravents.

Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'infirmière de l'équipe de liaison est appelée et prévient le médecin de garde (un des six médecins de psychiatrie adulte à tour de rôle par demi-journée) ; la nuit, c'est le médecin psychiatre de garde pour tout l'établissement qui assure la mission. L'entretien se fait souvent conjointement avec le médecin et l'infirmier de liaison. Le patient peut ensuite soit retourner à domicile, soit avoir un rendez-vous au CMP, soit être transféré en hospitalisation dans le secteur dont il relève (Sète, Béziers ou Montpellier).

Il n'y a pas de chambre d'isolement aux urgences mais le patient agité est placé dans le box individuel réservé cité *supra*, non fermé à clef, sur un brancard sur lequel des contentions sont alors installées, le cas échéant. Les contentions utilisées sont à verrouillage magnétique quatre points (la ventrale n'est pas utilisée).

Il n'y a pas de protocole à disposition des soignants rappelant les règles d'exception et de surveillance de la contention. Les infirmiers et aides-soignants des urgences n'ont pas bénéficié de formations spécifiques à cette contention. Les patients nécessitant une hospitalisation en SSC ne restent cependant que d'une à trois heures dans le service avant d'être transférés.

#### RECOMMANDATION 6

Le service d'urgence doit disposer d'un espace d'apaisement destiné aux patients agités, avec du mobilier adapté, permettant d'éviter les contentions.

L'installation des contentions pour des patients en soins sans consentement sont décidés, par le médecin des urgences. Ces contentions sont inscrites dans le dossier médical de chaque patient sur DxCare. Il n'y a pas d'analyse régulière de la pratique par les professionnels et pas de registre permettant de tracer ces mesures.

#### RECOMMANDATION 7

Les médecins urgentistes disposant de l'outil *Pharma*, doivent l'utiliser aussi pour y inscrire et horodater leurs décisions de contention prises en mesure conservatoire. Le psychiatre de l'équipe de liaison doit valider secondairement cette décision.

Au sujet des deux précédentes recommandations, la direction de l'établissement précise dans ses observations au rapport provisoire qu'une « *réflexion doit être menée sur les pratiques, les locaux et le matériel afin de satisfaire à ces différentes recommandations* ».

Aucun patient n'est en isolement ou contenu au moment du contrôle.

L'équipe de psychiatrie de liaison a assurée en 2020 (durant neuf mois), 879 actes sur l'ensemble du CH, dont 511 aux urgences et 112 à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), intégrant les consultations avec le psychiatre et l'infirmière de liaison la journée et le psychiatre seul la nuit. Ces chiffres sont désormais à associer à ceux de l'équipe mobile de psychogériatrie qui vient également sur demande examiner des patients aux urgences. Des rendez-vous au CMP sont programmés pour ceux qui ne nécessitent pas un avis de psychiatre en urgence.

Au moment de la visite, les patients relevant de soins de psychiatrie bénéficient prioritairement des tests PCR pouvant être fait localement, car les résultats sont obtenus dans ce cas en une heure contre quarante-huit à soixante-douze heures pour ceux envoyés à Montpellier.

## BONNE PRATIQUE 1

Au regard de la spécificité de l'attente d'un patient de psychiatrie aux urgences, ceux-ci bénéficient prioritairement d'un test PCR aux résultats rapides.

En cas de transfert du patient vers l'unité d'hospitalisation, une IDE du service vient chercher le patient pour l'accompagner avec l'ambulance.

## 7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ORGANISES MAIS DEVRAIENT ETRE FORMALISES PAR UN PROJET MEDICO-SOIGNANT ; LES SORTIES NE SONT PAS ENCORE PERMISES

### 7.2.1 Les pratiques psychiatriques

#### a) Le projet

Il n'y a pas de projet de service médico-soignant permettant de stabiliser et conceptualiser le fonctionnement des services et l'organisation de leurs soins. En revanche, un axe santé mentale existe au sein du projet d'établissement, malheureusement peu développé.

## RECOMMANDATION 8

Un projet médico-soignant de service doit asseoir et pérenniser le fonctionnement et l'organisation des soins pour les patients du service, en précisant les modalités concrètes de prise en compte des droits des patients.

#### b) La prise en charge

Les patients bénéficient d'entretiens réguliers et fréquents avec un médecin psychiatre.

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu régulièrement. Ces réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, psychologues, infirmiers. Les équipes extra hospitalières y assistent aussi en tant que de besoin. Les généralistes comme les pharmaciens n'y assistent pas et ne participent pas à l'élaboration et au suivi du projet de soins. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales.

Les ASH participent aux transmissions avec les IDE. Les consultations de psychiatre s'effectuent en présence d'un infirmier.

Des réunions soignants-soignés se tiennent chaque semaine sans rédaction de compte rendu mais avec une présence forte des patients (huit patients étaient présents lors de la réunion qui s'est tenue pendant la présence des contrôleurs). La parole y est libre, la réunion est animée par une psychologue et deux soignants étaient présents.

## BONNE PRATIQUE 2

Des réunions soignants-soignés se tiennent chaque semaine.

La continuité des soins est assurée par une astreinte opérationnelle de psychiatre de 18h30 à 8h30 sur l'ensemble de l'établissement, réalisée par les six psychiatres et trois pédopsychiatres à tour de rôle.



Les médecins se déplacent pendant l'astreinte pour valider un placement en chambre d'isolement (cf. § 8).

Des prescriptions en « *si besoin* » sont utilisées ; outre les produits administrés sur protocole et consentement (voire demande) du patient (sédatif, antalgique, somnifère), ces prescriptions « *si besoin* » concernent également les produits injectables sur agitation ou refus du patient de prendre son traitement. Toutefois, les infirmiers rapportent ne pas administrer ces traitements sans solliciter un examen physique du patient par le médecin de garde.

Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement *per os* ou injectable n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ». La prescription actuelle permet néanmoins pour un psychiatre ne connaissant pas le patient et moins au fait du traitement approprié, de choisir la thérapeutique adaptée ; elle peut donc être adoptée sous réserve de comporter la mention « *sous réserve de l'examen médical du patient et de la recherche du consentement avant administration* ».

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et le travailleur social. Le projet d'établissement indique vouloir « *formaliser l'accompagnement et le soutien des familles et des aidants* » ; un point famille existe au niveau de l'hôpital de jour et le service intra hospitalier pense mettre en place un groupe famille.

Le temps de psychologue a été augmentée sur l'ensemble du pôle, passant de 1,8 à 3,4 ETP.

### 7.2.2 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Au premier jour du contrôle, trois patients (sur les quatorze hospitalisés) bénéficient d'ores et déjà d'une orientation en maison d'accueil spécialisée (MAS), ou établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec des délais longs pour obtenir une place. Le patient présent le plus longtemps dans le service l'est depuis octobre 2019.

### 7.2.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont globalement intégrées au projet de soins, sur indication ou prescription médicales (pour l'ergothérapie).



Salle d'ergothérapie



Salle d'art-thérapie

En dehors de la télévision, du ping-pong et de jeux de société, quelques activités sont proposées dans l'unité en fonction de la disponibilité des soignants. Un atelier pâtisserie est souvent organisé le week-end. Il n'y a pas d'affichage des activités dans le service. Aucun budget n'est alloué à l'unité pour l'organisation des activités internes (les soignants participent eux-mêmes à certains coûts).

Un budget est cependant alloué aux activités d'ergothérapie et d'art-thérapie qui leur permettent de fonctionner. 1 283 actes ont été réalisés en 2020 par les ergothérapeutes dont 230 pour les patients du service d'hospitalisation complète (soins libres et SSC). Quatre séances d'une heure trente sont proposées chaque jour aux patients du lundi au vendredi, mêlant prises en charge intra et extra hospitalière, avec quatre patients par séances (cinq à six hors Covid). Au moment du contrôle, trois patients du service en bénéficiaient dont deux à raison de deux fois par semaine. L'art-thérapeute est présent trois jours par semaine (0,5 ETP).



*Vitrine du couloir de l'ergothérapie*



*Bibliothèque de l'unité*

Il n'y a pas de salle de sport et le matériel, acheté pour le service, a été retiré peu de temps après, sans qu'il ne soit possible de savoir où et pourquoi. De même, la bibliothèque à disposition des patients est peu fournie.

#### RECOMMANDATION 9

Les activités physiques doivent faire partie intégrante de la réflexion pluridisciplinaire autour du projet de soins des patients.

Sur ce point la directrice précise qu'une réflexion pluridisciplinaire doit être engagée pour faire perdurer les activités physiques.

Malheureusement et sans qu'une explication sanitaire ne soit éclairante, toutes les sorties de l'unité sont toujours impossibles pour les patients y compris en soins libres.

#### RECOMMANDATION 10

Les patients doivent pouvoir sortir du service à l'instar de la population générale, dans le respect des mesures sanitaires.

Le projet d'établissement indique dans son plan d'action maintenir la diversité des soins : art-thérapie, ergothérapie, médiation thérapeutique, équipe de liaison, parentalité, collaboration avec les partenaires extérieurs.

### 7.3 LES SOINS SOMATIQUES NE SONT PAS TOTALEMENT ASSURES

Il n'y a pas de somaticien dans le service ou amené à venir y faire des consultations. Les besoins en soins somatiques sont déterminés par les psychiatries qui font alors appel aux différents spécialistes présents au sein de l'hôpital.

De ce fait, les patients hospitalisés au long cours ne bénéficient pas d'une prise en charge spécifique pour les programmes nationaux de dépistages et de prévention (dépistage du cancer du côlon, mammographie, schéma vaccinal) ou les actions individuelles d'éducation à la santé (MST<sup>10</sup>, contraception avec mise en place d'implant ou de médicament si besoin, règles hygiéno-diététiques). De la même façon, le lien avec les médecins généralistes de ville n'est pas développé, surtout lors de la préparation à la sortie.

Par ailleurs, il n'y a pas non plus d'examen réalisé par un somaticien lors des placements en chambre d'isolement (cf. § 8.2).

L'unité gère ainsi l'accès aux autres soins spécialisés, avec des difficultés d'accès aux soins spécialisés dans certains services qui conditionnent la prise en charge, à la présence permanente d'un soignant de psychiatrie auprès du patient.

En revanche, les patients de l'établissement disposent d'un accès à des soins d'addictologie grâce à l'équipe d'addictologie de liaison qui se déplace dans le service.

De la même façon, un kinésithérapeute vient à la demande y réaliser des prises en charge.

#### RECO PRISE EN COMPTE 7

Un temps de médecin spécialiste en médecine générale doit permettre au sein de l'unité d'hospitalisation complète, l'accès complet aux soins somatiques.

La directrice précise qu'afin « de répondre à la recommandation relative à la présence d'un praticien de médecine générale, un temps de praticien somaticien (0,2 ETP) a été ouvert et le recrutement de celui-ci est en cours ».

L'administration des médicaments ne respecte pas la confidentialité.

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré grâce au logiciel *Pharma*, l'informatisation datant de 2009.

La pharmacie centrale dispose des moyens humains et matériels lui permettant d'assurer ses missions.

100 % des prescriptions de psychiatrie (5 683 lignes d'ordonnance en 2020 en psychiatrie sur un total de 265 700) ont fait l'objet d'une analyse pharmaceutique et 128 opinions pharmaceutiques ont été émises (soit 2,25 %) ; 9 224 le sont à l'échelle de l'établissement soit 12 %.

La pharmacie à usage interne (PUI) livre aux unités la dotation globale d'urgence et les médicaments conditionnés en délivrance nominative par chariots de piluliers journaliers. Outre une dotation de

<sup>10</sup> MST : maladies sexuellement transmissibles.

médicaments d'urgence, la prise en charge des urgences est possible grâce à la présence dans les unités d'une valise d'intervention et d'un défibrillateur.

Dans les unités, les infirmiers vérifient la cohérence entre les médicaments et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients. Cette administration s'effectue cependant, au moment du contrôle, pendant les repas sans confidentialité ni échange autour de la thérapeutique.

### RECOMMANDATION 11

Les moments de l'administration des traitements médicamenteux doivent être confidentiels et être l'occasion de développer l'éducation du patient.

La conciliation médicamenteuse n'est pas mise en place en psychiatrie mais a été débutée fin 2017 en orthopédie et pour certains patients de l'UHCD à l'été 2018. Elle est tracée dans DxCare et la saisie du bilan médicamenteux dans *Pharma* permet de générer des « pré-ordonnances médicales d'admission ». Les contrôleurs regrettent l'absence de cette conciliation en psychiatrie d'autant que le service ne bénéficie pas de l'intervention d'un médecin généraliste.

Par ailleurs, les pharmaciens ne participent à aucune réunion clinique en psychiatrie.

Un comité des anti-infectieux, du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CAIMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit deux fois par an. Il est présidé par un pharmacien, sa composition est pluridisciplinaire et des comptes rendus sont établis ; il n'y a pas eu de sujet relatif à la psychiatrie ces trois dernières années. Un psychiatre en est membre.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT INDIGNES

L'établissement compte quatre chambres d'isolement (CI) spécifiquement réservées à cet usage et situées à distance des lieux de soins. Ces chambres sont regroupées par deux, partageant un même sas. Celui-ci donne accès d'un côté à un WC et de l'autre à une douche, dont les portes ne peuvent se fermer avec verrou. Les douches, WC et lavabos sont en fonctionnement au moment de la visite mais non accessibles en permanence pour le patient.

#### RECO PRISE EN COMPTE 8

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un accès à l'eau potable et aux toilettes 24h/24.

La porte de la chambre comporte, à l'intérieur du sas, un fenestron permettant au soignant de voir l'intérieur de la chambre ; le fenestron de la porte du couloir est occulté.



*Couloir des chambres d'isolement*



*Porte avant les sas et deux chambres*

Les chambres ne comportent qu'un lit métallique fixé au sol pour trois d'entre elles et un matelas au sol pour la dernière ; il n'y a pas de siège ou pouf. Une table à roulettes est amenée pour les repas. La pièce ne peut être aérée.

Le patient ne peut allumer ou éteindre seul la lumière. Il n'y a pas de bouton d'appel mural ou portatif lors des contentions.



*Chambres d'isolement (CI)*



*Toilettes de la CI*

Il n'y a pas d'horloge pour se repérer dans le temps. Les personnes disposent de draps et couvertures.



*CI pré-équipée*



*Douche de la CI dans le sas*

En conclusion les CI ne répondent pas aux critères de respect de la dignité. Elles sont heureusement amenées à disparaître avec le réaménagement de l'unité d'hospitalisation qui prévoit la création de deux nouvelles CI dans la partie fermée.

## RECO PRISE EN COMPTE 9

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant et permettre une orientation temporelle par affichage de l'heure et de la date.

La directrice précise dans ses observations que « *les différentes remarques relatives aux chambres d'isolement seront prises en compte dans le cadre des travaux de sectorisation qui prévoient d'intégrer les équipements et matériels permettant de répondre aux préconisations* ».

## 8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET CONTENTION NE SONT PAS SUFFISAMMENT ANALYSEES

### 8.2.1 La politique menée

L'établissement ne mentionne pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans les axes santé mentale du projet d'établissement. En revanche, le contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS 2019-2023 mentionne deux indicateurs relatifs à la mise en place des règles de bonne pratique d'isolement et de contention : la réalisation de la mise en isolement par un médecin psychiatre d'emblée et la réalisation des transports de malades sous contrainte sans contention.

Le rapport d'isolement et contention présenté lors de la CME en 2019 évoque la politique du service pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention : respect des droits des patients placé au cœur des préoccupations médicale et paramédicale sous la surveillance de la CDSP, appui institutionnel fort dans l'amélioration des conditions d'accueil en psychiatrie en particulier en chambre d'isolement. Des formations sur l'entretien IDE en psychiatrie, sur la gestion du stress et de la violence, sur la prise en charge de la douleur somatique et psychique, et sur l'apaisement, l'isolement la contention sont prioritaires. Enfin des participations de soignants sont indiquées aux « rencontres de Saint-Alban » et celles de l'association des établissements du service public de santé mentale (ADESM). Le rapport indiquait également qu'en 2018, aucun EIG lié à l'isolement et la contention n'avait été constaté.

Comme évoqué *supra*, la formation du PNM est pauvre en la matière et une seule formation de médecin a abordé ce sujet.

### RECOMMANDATION 12

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme médical l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour cela.

### 8.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins renseignent le logiciel de prescription *Pharma* où un item spécifique a été créé.

Un protocole de mise en chambre d'isolement est à la disposition des soignants dans le logiciel *ad hoc* disponible sur l'intranet. Ce protocole daté d'octobre 2016 comportent néanmoins de nombreuses mentions obsolètes ; il évoque encore les recommandations de l'ANAES<sup>11</sup> depuis actualisées par la HAS et une « prescription médicale » (et non une décision) à vocation « thérapeutique ». Néanmoins il mentionne clairement la nécessité de rechercher le consentement. Il n'évoque pas du tout les modalités d'installation du matériel de contention et les éléments à surveiller.

Les procédures de décision sont respectées. Lorsque l'isolement est initié par un IDE de manière conservatoire, la confirmation par le psychiatre est sollicitée et tracée. La chambre du patient est toujours conservée pour qu'il puisse la réintégrer à tout moment et ses affaires personnelles y sont maintenues.

<sup>11</sup> ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, remplacée en 2004 par la HAS : haute autorité de santé.

La surveillance est assurée, tant médicale, avec deux visites physiques par vingt-quatre heures, que soignante par les infirmiers. Cette surveillance est tracée sur l'outil informatique. En revanche, deux soignants sont indiqués comme obligatoires pour entrer dans la chambre d'isolement, quelle que soit la clinique du patient. Les téléphones n'y sont pas permis et le repas est pris en chambre sur une tablette à roulettes ou dans la salle à manger de l'unité. L'accès au tabac est permis, accompagné sur la terrasse avec un IDE, avec proposition de substituts nicotiniques (patches) en isolement.

La sortie de la chambre d'isolement est ainsi parfois réalisée sous un mode d'isolement séquentiel pour quelques heures.

Le matériel de contention utilisé comprend des sangles cinq points avec attache ventrale et aux deux bras et deux chevilles, par le système à aimants. L'attache ventrale n'est quasi pas utilisée. Trois jeux sont disponibles dans le service.

Au moment du contrôle, un patient venait de sortir de la CI et il n'y en a pas eu d'autres pendant la présence des contrôleurs.

### 8.3 LE REGISTRE EST RIGOREUSEMENT RENSEIGNE MAIS PEU EXPLOITE

Les pratiques d'isolement et de contention ne sont pas analysées en termes de pratique générale par les équipes soignantes de manière régulière ; un rapport annuel sur les chiffres 2018 a été présenté en CME et au conseil de surveillance en 2019. Il évoquait soixante-neuf patients isolés et vingt et un contenus, une durée moyenne de 5 jours pour l'isolement et 1,66 jour pour la contention.

Le registre n'existait pas lors de la certification HAS d'avril 2017 et était prévu ; il a été longtemps en version papier puis a intégré dans le logiciel *Pharma*.

Les décisions de placement en isolement et contention sont sérieusement tracées sur le logiciel et le cadre tient à jour un tableur *Excel* de toutes les mesures. La durée est renseignée, mais non le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié). La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

L'analyse du registre montre, sur l'année 2020, les chiffres suivants : sur une file active de 240 patients présents et entrés dans le service, 49 (20,4 %) (la moyenne des établissements contrôlés actuelle est à 14,5 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de 175 mesures pour des durées moyennes de 29,5 heures (la moyenne des établissements contrôlés est de 120 heures) ; la durée maximum de 108 heures correspond à une prise en charge d'un patient particulièrement difficile. Le nombre de mesures supérieures à 48 heures est de 16 (sur les 175, soit 9,1 %).

Le registre actuel ne permet pas de connaître le statut initial des patients, SL ou SSC ; une étude sur les 16 premiers patients isolés de 2020 a montré une seule personne isolée en SL durant deux heures.

Toutes les mesures sont en chambre dédiée et il n'y a pas d'enfermement en chambre d'hospitalisation, selon les soignants.

11 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 12 mesures, soit 22,4 % des patients placés en isolement et 4,6 % de la file active (moyenne des établissements contrôlés à 3,9 %) ; la moyenne des durées de ces contentions était de 19 heures (moyenne des établissements contrôlés à 24h) ; la durée maximale de contention a été de 38 heures.

L'analyse du registre a pu être effectuée grâce à la vérification du cadre de santé qui a pu présenter aux contrôleurs un recensement des mesures réelles d'isolement et de contention pour l'année 2020. Si les chiffres 2018 présentés en CME sont fiables, la pratique a favorablement évolué en deux



ans. Il conviendra par conséquent de diffuser et partager au sein des équipes ces données comparatives de manière régulière.

L'ensemble de ces chiffres montre en effet des pratiques d'isolement et de contention légèrement supérieures aux pratiques observées lors des contrôles. En revanche, la durée de ces mesures est beaucoup plus courte.

### RECOMMANDATION 13

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

La directrice note dans ses observations au sujet des deux dernières recommandations du rapport que « *le registre des isolements et contentions fait l'objet d'une réflexion en vue de l'automatisation de son alimentation pour permettre une analyse régulière des pratiques et leur amélioration* » et qu'une « *réflexion sera conduite sur le protocole de mise en chambre d'isolement et les modalités d'analyse du registre des isolements et contentions vont être formalisées* ».

## 9. CONCLUSION

La prise en charge psychiatrique pluridisciplinaire au sein du centre hospitalier est apparue satisfaisante et bienveillante. Les psychiatres sont en nombre suffisant et présents dans l'unité, les activités thérapeutiques intégrées dans le projet de soins, les liens entre l'intra et l'extra favorisés, les réunions cliniques et autres organisées à un rythme opérationnel. L'organisation des soins est pertinente et adaptée aux besoins en termes de nombre de soignants présents auprès des patients chaque jour. La présence d'un psychiatre 24h/24 aux urgences et la fluidité du fonctionnement avec les médecins urgentistes permettent des passages très brefs au sein de ce service. Les constats relatifs à la prise en charge somatique sont moins positifs en l'absence de somaticien attaché au service. Le registre d'isolement et de contention doit être retravaillé pour permettre une analyse régulière des pratiques et leur amélioration même si l'établissement est à peu près dans la moyenne nationale en fréquence et que les durées d'isolement sont relativement courtes.

L'établissement a récemment considérablement amélioré ses procédures de notification et d'information des patients mais doit regrouper la gestion de l'intégralité des procédures de SSC au sein du secrétariat de la psychiatrie.

L'établissement doit se saisir de l'opportunité que représente le projet de transformation de l'unité d'hospitalisation pour s'interroger sérieusement sur la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés sans leur consentement et assurer des conditions matérielles de prise en charge dignes, notamment lorsqu'il est recouru à des mesures d'isolement et de contention.

16/18 quai de la Loire  
BP 10301  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)