



---

## **Rapport de visite :**

29 novembre au 3 décembre 2021 – 2<sup>ème</sup> visite

Centre hospitalier de la Côte

Basque – Bayonne

*(Pyrénées-Atlantiques)*



## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite annoncée des services de psychiatrie du centre hospitalier de la Côte Basque (CHCB) à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques) du 29 novembre au 3 décembre 2021. Il s'agissait d'une deuxième visite, un précédent contrôle ayant été réalisé en mai 2009. Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été transmis, le 9 mars 2022, au directeur du centre hospitalier, au président du tribunal judiciaire de Bayonne, au procureur de la République près ce même tribunal, à l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine et au préfet des Pyrénées-Atlantiques. Seul le directeur du CHCB a émis des observations qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

Hôpital général membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Navarre-Côte Basque (qui couvre la moitié du département des Pyrénées-Atlantiques, l'autre moitié étant couverte par le centre hospitalier spécialisé de Pau), le CHCB est l'unique hôpital psychiatrique public sur le territoire du GHT. C'est aussi le seul établissement habilité à recevoir des patients en soins sans consentement sur le territoire.

Le pôle de psychiatrie adulte compte 122 lits d'hospitalisation complète. L'organisation du pôle, profondément modifiée en 2013-2014, fonctionne sur le principe de sectorisation et comprend trois secteurs pour un bassin de 304 363 habitants. Cette organisation permet une prise en charge des urgences psychiatriques jour et nuit, sept jours sur sept.

Les patients adultes en soins sans consentement (SSC) sont hospitalisés dans les unités La Rhune, USOP, Urtxoia, Aintzina et UCI, ces deux dernières étant des unités fermées. Les patients détenus sont accueillis à l'UCI. La pédopsychiatrie est rattachée au pôle mère-enfant.

Cette deuxième visite du CGLPL a permis de constater que des efforts ont été portés sur la structure immobilière, avec la rénovation des unités et la création d'une salle d'eau dans chacune des chambres. Néanmoins, les conditions de prise en charge demeurent inadaptées du fait de la structure même du bâtiment, conçu comme un service de médecine générale.

La prise en charge est respectueuse des droits des patients, en dépit d'une information insuffisante, tant sur les droits généraux des patients hospitalisés que sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir et dans la vie quotidienne sont globalement respectueuses de la dignité des personnes, qui fait l'objet d'une attention soutenue des équipes. Toutefois, la philosophie, la configuration et les règles de vie de l'unité contenante intersectorielle (UCI) – qui s'avère davantage sécuritaire que contenante – doivent être réinterrogées, de même que le systématisme de certaines règles dans l'unité pour adolescents.

En dépit d'un déficit global d'organisation et de pilotage de la filière, la prise en charge médicale est de bonne qualité, grâce à une présence médicale importante, sauf dans l'unité pour adolescents, et des soignants impliqués.

Les pratiques en matière d'isolement et de contention sont apparues comme relativement mesurées dans leurs durées mais encore importantes en nombre de mesures. Toutefois, le manque de fiabilité dans leur traçabilité ne permet pas d'en avoir une approche exhaustive et d'alimenter la réflexion interne en la matière. En outre, une grande hétérogénéité est apparue entre les unités sectorielles et l'UCI. Par ailleurs, la proportion importante d'isollements réalisés dans des espaces non dédiés doit inciter à travailler sur les alternatives à l'isolement. Beaucoup de ces mesures concernent les patients « inadéquats » hospitalisés de longue date à Aintzina,

pour lesquels les autorités de tutelle doivent rechercher des solutions adaptées et, dans cette attente, dégager des moyens humains de prise en charge spécifique.

Il ressort de la réponse du directeur du CHCB au rapport provisoire qu'une part significative des recommandations qui pouvaient être prises en compte à court terme l'ont été ou sont en voie de l'être, les autres relevant soit d'actions à plus long terme soit de l'implication d'autres acteurs.

## 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 ..... 20**

Les « réunions d'apports théoriques » mises en place au sein de l'unité Aintzina, à l'initiative de sa cheffe de service, sont de nature à contribuer à la formation continue des soignants et à la consolidation des savoirs.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 37**

La possibilité offerte aux patients, hors période de crise sanitaire, de prendre gratuitement leurs repas au réfectoire du personnel permet de favoriser le lien social et l'autonomie.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 69**

La réunion soignants-soignés organisée dans l'unité pour adolescents permet aux patients d'exprimer leur avis et de poser des questions sur l'organisation du service.

### 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 ..... 18**

La répartition des postes et des tâches entre les différents corps (IDE, AS/AMP et ASH) mériterait d'être réinterrogée pour utiliser aux mieux les compétences et redonner du sens et de l'attractivité au métier d'IDE en psychiatrie.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 18**

L'accompagnement lors des prises de postes et la consolidation des savoirs doivent être améliorés, *a fortiori* lorsque que les renouvellements d'effectifs sont importants.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 20**

Des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, dans un cadre confidentiel non hiérarchique, sur leur vécu et leurs pratiques.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 22**

Le groupe de réflexion éthique existant au CHCB doit s'emparer des questions relatives à la dignité, au respect des droits fondamentaux des patients en psychiatrie, à l'isolement et à la contention. À défaut, un tel espace de réflexion doit être mis en place au niveau du pôle de psychiatrie.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 25**

Aux urgences, les placements de contentions sur des patients relevant de la psychiatrie doivent être validés dans l'heure, par un psychiatre. Un registre de l'isolement et de la contention doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants. La surveillance infirmière, tout comme la réalisation des mesures de désescalade dans la prise en charge initiale des violences, doivent faire l'objet d'une protocolisation et de formations pour les soignants.

<b>RECOMMANDATION 6 .....</b>	<b>26</b>
Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.	
<b>RECOMMANDATION 7 .....</b>	<b>27</b>
Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.	
<b>RECOMMANDATION 8 .....</b>	<b>29</b>
Au même titre que la décision initiale, les décisions mensuelles de maintien en soins sans consentement doivent être systématiquement notifiées et remises aux patients, y compris en programme de soins.	
<b>RECOMMANDATION 9 .....</b>	<b>35</b>
Les espaces dédiés aux fumeurs doivent être conformes aux normes d'hygiène.	
<b>RECOMMANDATION 10 .....</b>	<b>36</b>
Afin de faciliter le nettoyage du linge personnel des patients et de travailler sur leur autonomisation, la mise en place de lave-linges et de sèche-linges doit être envisagée au sein des unités. À défaut, les conditions d'accès aux prestations de l'ESAT doivent être clarifiées et facilitées, notamment pour les patients sans ressources.	
<b>RECOMMANDATION 11 .....</b>	<b>40</b>
L'accès à des espaces extérieurs agréables, aménagés et reposants, doit être rendu possible pour l'ensemble des patients, sans autres restrictions que celles justifiées par la pathologie de chacun.	
<b>RECOMMANDATION 12 .....</b>	<b>41</b>
Les contraintes et restrictions aux libertés individuelles imposées à l'UCI de façon généralisée, systématique, permanente et uniforme, sans lien avec la clinique de chaque patient, doivent être reconsidérées. Ne peuvent être imposées que des restrictions justifiées par l'état clinique du patient, de façon individualisée et régulièrement réévaluée.	
<b>RECOMMANDATION 13 .....</b>	<b>42</b>
Afin de faciliter l'information et les communications, un accès à des postes informatiques reliés à Internet et au Wifi de l'établissement doit être rendu possible pour les patients.	
<b>RECOMMANDATION 14 .....</b>	<b>44</b>
L'attention portée à la sécurité des patients ne peut justifier l'existence de dispositifs permettant de visualiser les sanitaires et WC, intrusifs et attentatoires à l'intimité et la dignité de la personne.	
<b>RECOMMANDATION 15 .....</b>	<b>46</b>
L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement et son projet médical l'objectif d'un recours le plus adapté aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre pour y parvenir.	
<b>RECOMMANDATION 16 .....</b>	<b>47</b>
Les mesures d'isolement et de contention ne doivent être effectuées que dans des espaces dédiés. Les pratiques d'isolement séquentiel ne peuvent s'entendre que sur de courtes durées et non de façon récurrente ou pérenne.	
<b>RECOMMANDATION 17 .....</b>	<b>48</b>
L'établissement doit se doter d'un registre des mesures d'isolement et de contention permettant une analyse des pratiques au plus près de la réalité.	

**RECOMMANDATION 18 ..... 50**

La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée de toute urgence par l'agence régionale de santé et exercer pleinement ses prérogatives de contrôle et de recours pour les patients.

**RECOMMANDATION 19 ..... 52**

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

**RECOMMANDATION 20 ..... 54**

Les décisions de placement à l'isolement et de contention doivent être signalées au JLD, quel que soit l'âge du patient concerné. La loi doit être interprétée de façon protectrice à l'égard des mineurs.

**RECOMMANDATION 21 ..... 57**

Tout doit être mis en œuvre pour obtenir le transfert, dans des établissements plus adaptés, des personnes relevant de prises en charge médico-sociale, actuellement accueillies au sein de l'unité Aintzina. Dans cette attente, les tutelles doivent affecter du temps d'éducateur dans cette unité pour contribuer à leur prise en charge.

**RECOMMANDATION 22 ..... 58**

Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent pouvoir bénéficier à tous les patients quel que soit leur statut juridique et leur unité d'hospitalisation, être diversifiées et intégrées dans le projet de soins des patients dès que possible.

**RECOMMANDATION 23 ..... 59**

Des activités thérapeutiques et occupationnelles, qui contribuent pleinement aux soins psychiatriques et pour lesquelles des ressources existent parmi les soignants, doivent être mises en place au sein des unités, *a fortiori* lorsque les patients ne peuvent accéder aux activités proposées en dehors.

**RECOMMANDATION 24 ..... 59**

Le temps de somaticiens affectés aux services de psychiatrie doit permettre l'exercice de toutes leurs missions. Une organisation pérenne doit être mise en place pour que la réforme de la garde psychiatrique et la baisse subséquente des moyens en médecins généralistes, ne se fasse pas au détriment de la continuité des soins somatiques.

**RECOMMANDATION 25 ..... 60**

Les effectifs de pharmaciens doivent permettre une validation pharmaceutique de toutes les ordonnances délivrées aux patients de psychiatrie ainsi que le développement de séances d'éducation thérapeutique et de conciliation médicamenteuse.

**RECOMMANDATION 26 ..... 61**

Les demandes de sorties extra hospitalières ou de mise en place de programmes de soins, sollicitées par les médecins psychiatres pour des patients en soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) et motivées par des considérations cliniques favorables, ne peuvent être refusées par l'autorité préfectorale pour des motifs de gestion des forces de l'ordre sans rapport avec la situation individuelle du patient.

**RECOMMANDATION 27 ..... 67**

Les chambres de l'unité pour adolescents doivent être équipées d'un verrou de confort ainsi que d'étagères dans la salle de bain.

**RECOMMANDATION 28 ..... 68**

Les restrictions à la liberté d'aller et venir et dans la vie quotidienne ne doivent pas être systématiques et uniformes ; elles doivent être justifiées par l'état clinique des patients, réévaluées

et adaptées à l'âge du patient et à la durée du séjour. Le sujet du tabac doit être abordé avec l'autorité parentale.

**RECOMMANDATION 29 ..... 68**

La présence médicale au sein du service doit être renforcée pour permettre un suivi adapté au besoin de soin.

**RECOMMANDATION 30 ..... 70**

L'isolement des mineurs, hors SPDRE, est actuellement proscrit par la législation. En tout état de cause, l'isolement des mineurs doit être évité par tous les moyens. À cette fin Il est souhaitable de transformer la chambre d'isolement de l'unité pour adolescents en espace d'apaisement. En aucun cas l'isolement d'un mineur ne doit être réalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes. Son suivi doit s'exercer sous le contrôle d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie et doit donner lieu à information du JLD. Le WC et la douche doivent être libres d'accès.

**RECOMMANDATION 31 ..... 72**

La maison d'arrêt de Bayonne doit transmettre sans délai à l'hôpital les informations relatives aux permis de visite et aux autorisations de téléphoner des personnes détenues hospitalisées.

**RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE**

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

**RECO PRISE EN COMPTE 1 ..... 19**

Tous les professionnels amenés à prendre en charge des patients en soins sans consentement doivent être formés sur le statut, les droits et les spécificités de ces patients, ainsi que sur les conditions juridiques et éthiques de la pratique de l'isolement et de la contention.

**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 21**

Les faits de violence doivent faire l'objet d'une déclaration sur le portail de l'observatoire national des violences en milieu de santé.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 24**

Le service d'urgences doit disposer d'un espace d'isolement ou d'apaisement, avec un accès libre aux toilettes et à un point d'eau.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 28**

Le formalisme des décisions prises par le directeur doit être revu pour préciser les modalités de recours et de contrôle du JLD. Les certificats médicaux motivant les décisions de soins sous contrainte doivent être remis aux patients. À défaut, la décision doit, *a minima*, en reprendre *in extenso* les termes motivant la mesure. En cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'identité du tiers doit être communiquée au patient.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 29**

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être prises en temps réel, y compris la nuit, et leur notification doit intervenir sans délai.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 30**

Un affichage, exposant de façon intelligible les droits spécifiques des patients en soins sans consentement et les voies de recours dont ils disposent, doit être apposé dans les unités accueillant ce type de patients.

<b>RECO PRISE EN COMPTE 7</b> .....	<b>32</b>
Afin de permettre le respect de l'intimité des patients, les fenestrons situés sur les portes des chambres doivent être occultés.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 8</b> .....	<b>42</b>
L'exercice du droit de vote doit être facilité en anticipant davantage l'inscription sur les listes électorales et l'établissement des procurations. Des permissions de sortir et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 9</b> .....	<b>45</b>
Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel, accessible également lorsque le patient est contentonné sur le lit.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 10</b> .....	<b>47</b>
Les décisions d'isolement et de contention, les alternatives mises en œuvre pour éviter ces décisions et les mesures de surveillance infirmière des patients isolés ou contenus doivent impérativement être tracées de façon exhaustive.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 11</b> .....	<b>51</b>
La permanence des représentants des familles d'usagers en psychiatrie adulte doit être connue des patients et de leurs proches. La communication au sein des unités sur le rôle des instances représentatives des usagers et des instances de contrôle doit être améliorée.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 12</b> .....	<b>52</b>
Les livres de la loi gagneraient à mentionner les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part. Les décisions du directeur prises au-delà des six mois d'hospitalisation devraient également y figurer.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 13</b> .....	<b>53</b>
Les patients doivent être présentés devant le juge des libertés et de la détention dans des conditions dignes. Il n'est pas admissible qu'ils se rendent à l'audience en pyjama.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 14</b> .....	<b>63</b>
Les décisions du directeur relatives aux autorisations de sortie ou aux transformations d'hospitalisation complète en programmes de soins doivent être signées en temps réel dès la production du certificat médical.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 15</b> .....	<b>69</b>
L'informatisation du dossier patient s'impose pour permettre une meilleure continuité des soins.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 16</b> .....	<b>71</b>
Les modalités de transport d'un patient détenu depuis l'établissement pénitentiaire jusqu'à l'hôpital doivent être individualisées et adaptées à son état clinique.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 17</b> .....	<b>71</b>
Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours, y compris pour les patients détenus ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.	



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>11</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>11</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>14</b>
2.1 L'établissement a développé des structures visant à permettre une prise en charge psychiatrique à tout moment en intra comme en extrahospitalier .....	14
2.2 L'établissement consacre les ressources budgétaires nécessaires à la psychiatrie .....	16
2.3 L'établissement rencontre des difficultés à recruter et fidéliser les infirmiers peu accompagnés dans leur prise de poste et dévalorisés .....	17
2.4 Les événements indésirables donnent lieu à un signalement et un suivi attentif .....	20
2.5 Le groupe de réflexion éthique de l'hôpital ne s'empare pas des sujets relatifs aux droits des patients en psychiatrie .....	21
<b>3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT .....</b>	<b>23</b>
3.1 La prise en charge aux urgences permet une hospitalisation rapide mais la pratique d'isolement et de contention n'y est pas respectueuse des droits des patients .....	23
3.2 Si les soins sans consentement ne représentent qu'un quart des hospitalisations, les procédures dérogatoires prennent une part croissante.....	26
3.3 L'information, tant générale que celle relative aux droits des patients sans consentement, est lacunaire .....	27
<b>4. LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>31</b>
4.1 Les chambres des patients ont bénéficié de travaux mais l'infrastructure immobilière n'est pas adaptée à une prise en charge psychiatrique .....	31
4.2 L'hygiène générale est correcte mais tous les patients ne peuvent pas faire entretenir leur linge personnel.....	35
4.3 À l'exception de l'UCI, où les règles sont restrictives, les patients peuvent conserver et accéder facilement à leurs biens .....	36
4.4 Si les restrictions sanitaires ont suspendu la possibilité pour les patients de se rendre au réfectoire du personnel, la qualité de la restauration est satisfaisante .....	37
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>39</b>
5.1 Le contrôle de la liberté d'aller et venir est géré avec souplesse mais l'accès à des espaces extérieurs pose problème pour les unités situées en étages .....	39
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont rares dans les unités ouvertes mais nombreuses et non motivées médicalement à l'UCI .....	40

5.3	Les communications avec l'extérieur sont souples mais l'accès à internet n'est pas facilité.....	41
5.4	L'accès au vote n'est pas anticipé par l'hôpital.....	42
5.5	Le culte catholique est facilement accessible, l'aumônerie faisant le lien avec les représentants des autres religions.....	43
5.6	En l'absence de réflexion institutionnelle, la vie sexuelle des patients est abordée au cas par cas.....	43
<b>6.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....</b>	<b>44</b>
6.1	Les chambres d'isolement ne sont pas propices à l'apaisement.....	44
6.2	L'isolement et la contention se déroulent majoritairement en dehors des espaces dédiés et les pratiques ne sont pas suffisamment analysées.....	46
6.3	Le registre d'isolement et de contention ne permet pas une analyse des pratiques par les soignants.....	48
<b>7.</b>	<b>LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>50</b>
7.1	La commission départementale des soins psychiatriques n'existe pas et le rôle des représentants des usagers est peu connu.....	50
7.2	Le registre de la loi est à jour et bien tenu mais ne comporte pas, notamment, les dates des notifications des décisions.....	51
7.3	Le contrôle du JLD génère très peu de contentieux relativement aux mesures de soins sans consentement et, pour le moment, aucun en matière d'isolement et de contention.....	52
<b>8.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>55</b>
8.1	Les soins psychiatriques n'intègrent pas suffisamment les activités thérapeutiques pour les patients enfermés.....	55
8.2	Les soins somatiques sont assurés <i>a minima</i> mais les prescriptions de traitements ne font pas l'objet d'une validation pharmaceutique.....	59
8.3	La sortie des patients est préparée mais le préfet refuse des sorties et des programmes de soins sur la base de motivations irrecevables.....	61
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>64</b>
9.1	L'unité pour adolescents propose une prise en charge pluridisciplinaire mais souffre d'une équipe soignante peu stable, d'un déficit de personnel médical et d'un étayage médico-social défaillant.....	64
9.2	Les patients détenus sont systématiquement hospitalisés en chambre d'isolement.....	71
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>73</b>
<b>11.</b>	<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>74</b>

---

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

- Matthieu Clouzeau, chef de mission ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Céline Delbauffe ;
- Hélène Dupif ;
- Jacques Martial.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie du centre hospitalier de la Côte Basque (CHCB) à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques)<sup>1</sup> du 29 novembre au 3 décembre 2021.

Il s'agissait d'une deuxième visite, un précédent contrôle ayant été réalisé du 5 au 7 mai 2009<sup>2</sup>.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 29 novembre 2021 à 15h. Ils l'ont quitté le 3 décembre 2021 à 15h45. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le directeur de cabinet du préfet de Bayonne, la directrice départementale de l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Bayonne ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont été avisés par message électronique dès le début du contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général du CHCB et la directrice adjointe référente du pôle de psychiatrie. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue, en présence de vingt-quatre professionnels dont le directeur général, la directrice adjointe, le directeur des soins (par intérim), la responsable des affaires juridiques, la qualitiennne, la cheffe de pôle de la psychiatrie adulte, le chef du pôle mère-enfant, le chef de service de pédopsychiatrie, le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), plusieurs médecins psychiatres, les cadres des pôles et les cadres de santé (ou faisant fonction) de plusieurs unités d'hospitalisation.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à la disposition des contrôleurs. Des affiches signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

---

<sup>1</sup> Les unités d'hospitalisation complètes pour adultes se situent sur le site « Bellevue », avenue de Cam de Prats. Ont également été visités les services intervenant dans la prise en charge aux urgences, situés sur le site « Saint-Léon », sis 13 avenue de l'interne Jacques Loëb, et l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents située "Foyer Lormand " au 16 chemin Abbé Cestac à Bayonne.

<sup>2</sup> CGLPL, [Rapport de visite du centre hospitalier de la Côte Basque de Bayonne](#), 2009.

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

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD). Le chef de mission a eu un entretien téléphonique avec la présidente du conseil de surveillance (Sylvie Durruty, 1<sup>ère</sup> adjointe au maire de Bayonne).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs ; le chef de mission s’est entretenu, à leur demande, avec des représentants du syndicat LAB (*Langile Abertzaleen Batzordeak*).

Une réunion de restitution a eu lieu, le 3 décembre 2021 à 14h, dans un format équivalent à celui de la réunion de présentation.

Le rapport provisoire a été transmis, le 9 mars 2022, au directeur du centre hospitalier, au président du tribunal judiciaire de Bayonne, au procureur de la République près ce même tribunal, à l’agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine et au préfet des Pyrénées-Atlantiques, afin de leur permettre de faire valoir leurs observations.

Seul le directeur du CHCB a répondu, de façon très complète et argumentée, dans un courrier en date du 13 avril 2022, auquel est joint un tableau valant plan d’action et trente-sept fichiers valant « preuves ». Ces éléments, permettant de transformer certaines recommandations en « recommandations prises en compte », ont été très largement intégrés dans le présent rapport définitif (encadrés grisés sous les recommandations ou paragraphes correspondants).



## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'ETABLISSEMENT A DEVELOPPE DES STRUCTURES VISANT A PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE A TOUT MOMENT EN INTRA COMME EN EXTRAHOSPITALIER

Le centre hospitalier de la Côte Basque est un hôpital général membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Navarre-Côte Basque. Unique hôpital psychiatrique public sur le territoire du GHT (qui couvre la moitié du département des Pyrénées-Atlantiques, l'autre moitié étant couverte par le centre hospitalier spécialisé de Pau), c'est aussi le seul établissement habilité à recevoir des patients en soins sans consentement sur le territoire.

L'offre psychiatrique privée est assurée par trois cliniques (deux à Bayonne et une à Anglet), non habilitées à recevoir des SSC. L'offre psychiatrique libérale est importante pour les adultes mais est essentiellement concentrée sur le littoral. Elle est beaucoup plus rare en pédopsychiatrie.

Le pôle de psychiatrie adulte est l'un des plus importants des dix pôles médicaux du CHCB en termes de lits (122 lits d'hospitalisation complète) et de personnels. La pédopsychiatrie est rattachée au pôle mère-enfant.

L'organisation du pôle de psychiatrie adulte a été fortement modifiée en 2013-2014 et ne correspond donc plus à celle décrite dans le rapport de visite du CGLPL en 2009. La psychiatrie adulte fonctionne sur le principe de sectorisation et comprend trois secteurs pour un bassin de 304 363 habitants :

- 64 G06 : secteur sud (130 676 habitants), qui dispose d'une unité d'hospitalisation (**La Rhune**, vingt-quatre lits<sup>3</sup>), de cinq centres médico-psychologiques (CMP) et de deux hôpitaux de jour (HDJ) de dix places chacun ;
- 64 G07 : secteur centre (80 757 habitants), qui dispose d'une unité d'hospitalisation (**USOP**, unité de soins et d'orientation psychiatrique, vingt lits<sup>4</sup>), et de trois CMP ;
- 64 G08 : secteur nord (92 930 habitants), qui dispose d'une unité d'hospitalisation (**Urtxo**, vingt lits<sup>5</sup>, auxquels s'ajoutent une chambre d'isolement), d'un CMP et d'un HDJ (comptant vingt places équitablement réparties sur deux sites).

Il a été indiqué que cette sectorisation, calquée sur les frontières du département, n'était pas cohérente en termes de bassin de vie, notamment sur la bordure nord : de nombreux patients du sud du département des Landes sont en effet renvoyés vers leur hôpital de secteur (Mont-de-Marsan, Landes), géographiquement bien plus éloigné.

Outre ces structures sectorielles, le pôle psychiatrie adulte comprend des structures intersectorielles localisées sur le site Bellevue (avenue de Cam de Prats) :

- une unité de « transition » dénommée **Aintzina**, qui compte 24 lits (22 opérationnels lors de la visite du fait du choix du chef de service de n'utiliser les deux chambres doubles que comme des chambres simples) en hospitalisation complète ;

<sup>3</sup> Les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie adulte étaient en travaux durant la visite et leur capacité était modifiée en conséquence ; celle de La Rhune était réduite à vingt lits.

<sup>4</sup> Dix-huit lits durant les travaux.

<sup>5</sup> Vingt-trois lits pendant les travaux.

- une « unité de recours en addictologie » (**URA**) qui compte huit<sup>6</sup> lits de sevrage simple et huit lits de sevrage complexes, tous en soins libres ;
- une « unité contenante intersectorielle » (**UCI**) : unité fermée de onze lits (dont un chambre double jamais utilisée comme telle compte tenu du profil des patients, réduisant ainsi la capacité opérationnelle à dix lits) et une chambre d'isolement ;
- une équipe mobile transversale d'activités thérapeutiques dénommée **Etxola** ;
- une centre de réhabilitation psycho-sociale (**CRP**).

D'autres structures intersectorielles sont situées sur le site Saint-Léon (avenue de l'interne Jacques Loëb), notamment :

- un service d'accueil spécialisé et de crise (**SAS**) comptant huit lits en hospitalisation complète, pour les patients à profil suicidaire uniquement en soins libres ;
- une équipe de gestion de la psychiatrie d'urgence dénommé « accueil, crise et orientation » (**ACOR**) ;
- une équipe de psychiatrie « sous main de justice », qui réalise les consultations à la maison d'arrêt de Bayonne ;
- et une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP).

Enfin, s'y ajoutent deux équipes rattachées au « pôle de santé publique » : une équipe mobile d'accès aux soins psychiques et un hôpital de jour d'addictologie (dix places).

Cette organisation permet une prise en charge des urgences psychiatriques jour et nuit, sept jours sur sept (cf. § 3.1).

Les patients adultes en soins sans consentement (SSC) sont hospitalisés dans les unités **La Rhune**, **USOP**, **Urtxoa**, **Aintzina** et **UCI**. Le contrôle a donc porté principalement sur ces unités, ainsi que sur le SAS et le service des urgences. Toutes les unités sont ouvertes, seules Aintzina et UCI étant fermées. Les patients détenus sont accueillis à l'UCI.

La pédopsychiatrie est rattachée au pôle mère-enfant. Répartie sur quatre sites, elle comprend (cf. § 9.1) :

- un service d'hospitalisation complète pour adolescents (12 à 18 ans) de huit lits plus une chambre d'isolement, unité fermée qui a été visitée ;
- trois hôpitaux de jour : un pour les 12-18 ans (douze places), un pour les 6-12 ans (dix places) et un pour les 3-7 ans (dix places) ;
- un centre médico-psychologique pour adolescents et trois pour enfants et adolescents ;
- deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
- une équipe mobile ressource de pédopsychiatrie et un centre d'action médico-sociale précoce.

Le projet médical du pôle de psychiatrie adulte couvre la période 2017-2021. Il fixe six objectifs : l'évolution de l'unité Aintzina avec la création d'un service de gérontopsychiatrie ; le développement d'une filière d'addictologie ; le développement du département des soins psychiatriques (public sous main de justice) ; le développement de l'équipe mobile d'accès aux soins psychiques ; la création d'appartements thérapeutiques et d'hôpitaux de jour ; et la création d'une unité de psychiatrie de liaison. La plupart de ces objectifs ont été atteints.

---

<sup>6</sup> Neuf pendant les travaux.

Toutefois, il a été décidé de ne pas développer de service de gérontopsychiatrie et la réflexion sur l'évolution de l'unité Aintzina a été relancée avec l'arrivée, fin 2020, d'une nouvelle cheffe de service. Les travaux d'écriture du futur projet médical n'avaient pas débuté au moment du contrôle.

Par ailleurs, les nouvelles dispositions législatives relatives aux mesures d'isolement et de contention ont incité l'hôpital à modifier son organisation pour assurer la présence d'un médecin psychiatre 7 jours sur 7 et 24h/24 en instaurant, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, une garde psychiatrique (et non plus une astreinte). Même si cette nouvelle contrainte va donner lieu au recrutement d'un à deux psychiatres supplémentaires (par transformation d'1,6 à 2 équivalents temps plein (ETP) de médecins somaticiens), cette nouvelle organisation des gardes va nécessairement allonger le délai des rendez-vous en CMP, les médecins des unités sectorisées intervenant à la fois en intra et en extrahospitalier. Ce délai est actuellement d'environ 2 mois. Il est toutefois possible d'obtenir un rendez-vous avec une infirmière en moins de 15 jours et, si besoin, l'équipe mobile ACOR peut intervenir en urgence pour une première prise en charge et une amorce de suivi avant que le CMP ne prenne le relais.

## 2.2 L'ETABLISSEMENT CONSACRE LES RESSOURCES BUDGETAIRES NECESSAIRES A LA PSYCHIATRIE

Si l'établissement a longtemps été limité dans sa capacité d'emprunt, il est parvenu, en cédant des biens immobiliers, et grâce à un plan d'apurement des emprunts, à retrouver une certaine marge de manœuvre. Par ailleurs, la situation financière était positive en 2019. Depuis 2020, du fait des charges liées à la crise COVID (dépenses en hausse avec, notamment, l'augmentation des lits de réanimation, et baisse forte des autres activités) et des conséquences des mesures du « Ségur de la santé » (augmentation des charges de personnel), le résultat de l'hôpital est de nouveau déficitaire (entre 6 et 14 millions d'euros en fonction du montant de la compensation des surcoûts liés au COVID).

Dans ce contexte globalement instable, et bien que toutes les ressources de la dotation annuelle de financement (DAF) (15,5 millions d'euros en 2021 en progression) soient intégralement consacrées à la psychiatrie, le pôle de psychiatrie adulte est structurellement déficitaire (934 000 euros en 2019). Il en est de même du pôle mère-enfant (1,8 millions d'euros de déficit, la DAF de 1,4 millions d'euros ne suffisant pas même à couvrir les dépenses en personnel).

Les mesures exceptionnelles du plan Ségur permettent de poursuivre la rénovation des bâtiments de psychiatrie (y compris en extrahospitalier), déjà engagée sur les ressources propres de l'hôpital, et d'augmenter les enveloppes des « investissements du quotidien » (mobilier, petits travaux de peinture, informatique, etc.) avec plus de 2,75 millions d'euros sur cinq ans.

L'ensemble de ces investissements aura permis de rénover les services de psychiatrie adulte en installant des sanitaires dans chaque chambre. Ils ne peuvent toutefois effacer le défaut structurel du bâtiment, inadapté pour une bonne prise en charge en psychiatrie (cf. § 4.1). Le choix de conserver cette implantation s'explique à la fois par des raisons budgétaires et par « *une volonté de maintenir la psychiatrie en centre-ville par souci d'accessibilité* ».



## 2.3 L'ETABLISSEMENT RENCONTRE DES DIFFICULTES A RECRUTER ET FIDELISER LES INFIRMIERS PEU ACCOMPAGNES DANS LEUR PRISE DE POSTE ET DEVALORISES

### 2.3.1 Les effectifs

Contrairement à ce qui est observé dans bien des établissements, l'hôpital ne rencontre pas de difficultés majeures pour recruter des psychiatres. Le pôle de psychiatrie adulte compte 20 psychiatres (pour 18,7 ETP), dont 16 praticiens hospitaliers (PH) (3 PH contractuels et un assistant), qui interviennent tant en intra qu'en extrahospitalier. Comme indiqué précédemment, cet effectif est amené à évoluer à la hausse pour faire face à la modification du système de garde à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

3,6 ETP de médecins généralistes sont prévus dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie adulte (dont 0,6 non pourvu) mais cet effectif va évoluer à la baisse (jusqu'à 2,6 ETP), conséquence directe de la réorganisation de la garde psychiatrique. La présence d'un somaticien ne sera plus assurée que du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi matin. Le reste du temps, il sera dorénavant fait appel à SOS médecins avec qui une convention va être conclue, étant entendu que toutes les admissions seront examinées par un médecin somaticien au service des urgences avant leur admission en psychiatrie.

Deux internes complètent l'effectif médical.

L'unité d'hospitalisation complète pour adolescent dispose de 0,7 ETP de psychiatre et 0,2 de médecin généraliste.

Si la situation est relativement favorable pour le personnel médical, le recrutement de personnels non médicaux s'avère, en revanche, beaucoup plus compliqué, notamment pour les infirmiers diplômés d'état (IDE). La psychiatrie n'est pas jugée comme attractive en sortie d'école et ce d'autant que les nouveaux arrivants sont, pour la plupart, affectés dans un premier temps dans l'unité Aintzina « *où personne ne veut aller* ». Les deux-tiers des arrivées se font donc par mutations, ce qui permet de bénéficier d'agents plus expérimentés mais aussi plus coûteux.

Un important « *turn over* » (près de 12 %) est déploré chez les IDE, notamment au sein de l'unité Aintzina et en pédopsychiatrie.

Les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie adulte (y compris l'addictologie) comptent un peu plus de 178 ETP de personnels non médicaux (4 non pourvus), dont 114 IDE (jour et nuit confondues ; 2 non pourvus) ; 11 aides-soignants/aide médico-psychologiques (tous dans l'unité Aintzina, les autres unités ayant fait le choix de ne pas en avoir), et 28 agents de service hospitaliers. On recense également 3,75 ETP de psychologues, 8 ETP d'assistantes sociales, 1 ETP de personnel socio-éducatif et 7,6 ETP d'assistants médico-administratif.

Il a été décidé de ne pas recruter d'aide soignants, au motif que « *en psychiatrie les soins de base font partie intégrante des soins infirmiers* ». Ce choix est réinterrogé par certains IDE rencontrés qui regrettent d'être « *mobilisés sur des tâches ménagères au détriment de leur cœur de métier* », exprimant même une certaine « *perte de sens* ».

## RECOMMANDATION 1

La répartition des postes et des tâches entre les différents corps (IDE, AS/AMP et ASH) mériterait d'être réinterrogée pour utiliser aux mieux les compétences et redonner du sens et de l'attractivité au métier d'IDE en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Le choix d'avoir des IDE spécialisées en psychiatrie est un choix institutionnel. Les fiches de poste décrivent les activités de chacun. En revanche l'unité Aintzina bénéficie d'AMP<sup>7</sup> au regard de la population accueillie. Un débat sera produit dans le cadre du nouveau projet d'établissement.* »

Au quotidien, chaque unité planifie la présence d'au minimum trois IDE le matin et trois l'après-midi, auxquelles s'ajoutent parfois une IDE en horaire de journée et, à Aintzina, deux aides-soignants/médico-psychologiques et le personnel socio-éducatif. Une équipe mobile d'IDE vient renforcer l'ensemble des unités pour pallier les éventuelles absences. Un ASH est présent dans chaque unité sur chaque demi-journée.

Une équipe d'IDE de nuit, ponctuellement renforcée par des IDE de jour, permet de disposer de deux IDE dans chaque unités chaque nuit.

Même s'il est moins important que sur l'ensemble du CHCB, l'absentéisme est significatif (7,11 % sur l'ensemble du personnel non médical du pôle psychiatrie, pour 9,59 % sur le CHCB), notamment en période de crise sanitaire (personnes positives au COVID, cas contacts, personnes « suspendues » faute de passe sanitaire). Il est recouru aux heures supplémentaires pour compenser les absences, au sein de l'unité, puis du pôle, puis par appel d'offre sur l'ensemble des IDE du CHCB. Il n'est jamais fait appel à du personnel intérimaire.

### 2.3.2 La formation

Il n'est pas mis en place de tutorat lors de la prise de poste, « *tout au plus une doublure sur un jour ou deux* ». Si des formations « arrivants » étaient organisées par le CHCB à la prise de poste jusqu'en 2019, celles-ci ont cessé depuis 2020 du fait de la crise sanitaire.

## RECOMMANDATION 2

L'accompagnement lors des prises de postes et la consolidation des savoirs doivent être améliorés, *a fortiori* lorsque que les renouvellements d'effectifs sont importants.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un tutorat lors de la prise de poste est mis en place. Il existe une formation de prise de poste. Reprise des formations après arrêt lié à la crise sanitaire en 2022.* »

Les informations recueillies par les contrôleurs lors de la visite contredisent l'affirmation selon laquelle un tutorat formalisé est mis en place.

Les priorités arrêtées pour 2022 dans le plan de formation continue sont, outre les formations obligatoires (incendie et gestes et soins d'urgence) :

- la prévention du suicide : formation en 3 jours qui rejoint une priorité nationale ;

<sup>7</sup> AMP : aide médico-psychologique.

- la réhabilitation psycho-sociale : formation (à élaborer) axée sur les soins de rétablissement en intrahospitalier et sur la méditation de pleine conscience en extra ;
- les thérapies cognitives et comportementales (2 semaines) ;
- les approches cliniques en psychiatrie pour les paramédicaux (1 semaine) ;
- les entretiens IDE en psychiatrie (3 jours) ;
- la formation juridique : 1 journée sur les droits des patients, les droits spécifiques des patients en SSC et les nouvelles dispositions sur l'isolement et la contention. La durée de cette formation paraît sous-dimensionnée au regard des enjeux et de la complexité du sujet ;
- la prévention de la violence (1 semaine) : formation à monter sur les techniques de désescalade et l'alternative à l'isolement et à la contention ;
- les notions de base en addictologie (3 jours) ;
- et la prise en charge des troubles du sommeil (à élaborer).

Il a été indiqué que les formations sont intégrées en amont sur les plannings des personnes retenues, garantissant ainsi la disponibilité des agents pour y participer malgré les contraintes de service (sauf impératifs exceptionnels de dernière minute). Chaque agent bénéficie d'au moins une formation tous les deux à trois ans, en plus des formations obligatoires. Il n'a pas été fait état de contraintes budgétaires limitant l'accès à la formation (sauf pour les éventuelles formations diplômantes qui sont onéreuses) ; la principale contrainte demeure la disponibilité des agents notamment en période de crise sanitaire.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Tous les professionnels amenés à prendre en charge des patients en soins sans consentement doivent être formés sur le statut, les droits et les spécificités de ces patients, ainsi que sur les conditions juridiques et éthiques de la pratique de l'isolement et de la contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *La formation des professionnels est prévue. La procédure d'hospitalisation en soins sans consentement est présentée par les cadres.* »

Le plan de formation 2022 joint à la réponse fait état de la formation de 11 agents, sur deux jours, en mars 2022 au « *cadre juridique de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques* ».

De fréquentes évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont réalisées. En revanche, il n'est pas mis en place de supervision depuis plusieurs années, les deux expériences menées (à l'USOP et en pédopsychiatrie) ayant été « *peu concluantes* ». Il est ponctuellement fait appel au psychologue du travail pour des entretiens individuels ou collectifs qui ne peuvent toutefois s'apparenter à une supervision.

### RECOMMANDATION 3

Des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, dans un cadre confidentiel non hiérarchique, sur leur vécu et leurs pratiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB confirme les propos des contrôleurs en indiquant : « *Présence d'un psychologue du travail qui assure les supervisions d'équipe ou individuelles à la demande. Intervention après EIG<sup>8</sup>.* »

Il est toutefois à relever l'instauration, au sein de l'unité Aintzina, d'une formation continue sur site par la tenue, chaque mois, d'une « réunion d'apports théoriques », au cours desquelles la cheffe de service présente à tous les soignants volontaires un sujet théorique (avec remise de documentation).

### BONNE PRATIQUE 1

Les « réunions d'apports théoriques » mises en place au sein de l'unité Aintzina, à l'initiative de sa cheffe de service, sont de nature à contribuer à la formation continue des soignants et à la consolidation des savoirs.

## 2.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES DONNENT LIEU A UN SIGNALEMENT ET UN SUIVI ATTENTIF

La procédure de signalement des événements indésirables (EI) est informatisée sur le logiciel NORMEA depuis 2012. Tous les agents, quel que soit leur statut, sont habilités à effectuer un signalement (en disposant soit d'un code personnel soit d'un code de service). La déclaration peut être anonymisée. Certains agents rencontrés ont toutefois fait état de réticences à remplir une fiche, soit « *parce que cela ne sert à rien* », soit « *parce que c'est source de conflit, notamment si cela met en cause un médecin* », malgré la charte d'incitation à la déclaration signée par l'hôpital.

Les fiches d'événements indésirables (FEI) sont traitées quotidiennement par la direction de la qualité qui y attribue une cotation de gravité et d'occurrence et les oriente vers le service compétent. Le médecin et le cadre du service d'où émane la fiche sont systématiquement informés de sa création, de l'orientation qui lui est donnée puis, à l'issue, de sa clôture. Le signaleur peut consulter sur NORMEA le suivi de sa fiche.

Une réunion hebdomadaire avec le médecin coordonnateur des EI associés au soins, la direction des soins et les qualitiens des différents pôles, permet d'analyser les FEI en cours et de décider, selon la nature de l'évènement, de la mise en place de retours d'expérience en santé (REX), de comités de retour d'expérience (CREX) ou de revues de mortalité et de morbidité (RMM). La direction des soins fait en outre le point chaque semaine sur les FEI en cours avec les cadres d'unités.

Une relance est automatiquement émise une fois par mois pour les FEI restées sans réponse. S'il n'est pas tenu de statistiques sur le délai moyen de traitement, la direction qualité considère que le pôle psychiatrie s'est « *bien approprié la démarche de signalement et répond plutôt bien* ».

<sup>8</sup> EIG : événement indésirable grave.

Le pôle de psychiatrie adulte (intra et extra hospitaliers confondus) effectue environ 250 signalements par an (225 en 2019, 285 en 2020, mais seulement 170 sur les onze premiers mois de 2021), le plus grand nombre émanant des unités Aintzina (104 en 2020) et UCI (55 en 2020). Par nature, le EI les plus déclarés sont : les violences physiques (88 en 2020), les chutes (23), les violences verbales (28), les sorties sans autorisation (21), les parcours de soins non coordonnés (15), les erreurs médicamenteuses (13), les tentatives de suicide (7) et les pertes de clé (5). Quatre EI graves ont été recensés en 2020 : une agression sexuelle entre patients (avec dépôt de plainte), deux tentatives de suicide et une violence grave entre patient et agent (à l'UCI). Trois REX ont été mis en place (deux pour erreur médicamenteuse et un pour un défaut de coordination médicale) et deux RMM (tentatives de suicide).

Aucun décès n'était à déplorer en psychiatrie en 2021 et en 2020 (trois en 2019 et un en 2018).

Le service de pédopsychiatrie n'avait, pour sa part, effectué que six signalements en 2020 alors que vingt-deux FEI étaient enregistrées sur les onze premiers mois de 2021, dont, notamment, douze pour des violences aux personnes, trois pour des sorties sans autorisation et une tentative de suicide. Cette augmentation des événements signalés est expliquée par l'hospitalisation de plusieurs adolescents particulièrement difficiles.

Un bilan des EI est transmis annuellement à la commission des usagers (CDU) et au comité social et économique (ex-comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

Les EI les plus graves sont communiqués à l'ARS. En revanche, il n'est pas fait de déclaration des violences sur le portail de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Les faits de violence doivent faire l'objet d'une déclaration sur le portail de l'observatoire national des violences en milieu de santé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique avoir pris en compte la recommandation par une « *intégration de la déclaration sur le portail de l'ONVS dans la procédure institutionnelle* » en plus de la déclaration systématique des événements indésirables graves à l'ARS.

Il est à noter que, à la suite d'un EI, la commission des produits de santé a réalisé, en 2020, un audit sur les modalités de distribution des médicaments dans toutes les unités. La direction de la qualité réalise également des enquêtes sur le parcours de soins en suivant la méthode du patient traceur. Enfin, devait être engagé fin 2021/début 2022 un audit sur la « *pertinence des prescriptions des isolements et contentions en psychiatrie adulte* » en analysant rétrospectivement trente dossiers médicaux.

### 2.5 LE GROUPE DE REFLEXION ETHIQUE DE L'HOPITAL NE S'EMPRE PAS DES SUJETS RELATIFS AUX DROITS DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE

Il existe un « *groupe de réflexion éthique* » au niveau du CHCB, qui se réunit (presque) mensuellement. Toutefois, ce groupe est peu, voire pas, connu des professionnels du pôle de psychiatrie qui le saisissent très peu. La lecture des comptes-rendus des réunions de ce groupe depuis avril 2018 fait ressortir deux saisines émanant des services de psychiatrie, dont l'une est restée lettre morte (en juin 2019) et l'autre « *a été interrompue suite au transfert du patient* » (janvier 2020). D'une façon générale, la teneur de ces comptes-rendus laisse à craindre que ce

groupe ne produise guère de travaux pouvant étayer les réflexions institutionnelles ni de recommandations pratiques pouvant aider les soignants dans leur exercice quotidien.

Le pôle de psychiatrie avait instauré son propre groupe de réflexion éthique. Mais, celui-ci, dont l'importance est pourtant rappelée dans le projet d'établissement et dans le projet médical de pôle, est inactif depuis 2018, ses membres trouvant que ses travaux « *restaient sans effet* ».

Aucun espace ne permet donc d'aborder les questions éthiques en psychiatrie.

#### RECOMMANDATION 4

Le groupe de réflexion éthique existant au CHCB doit s'emparer des questions relatives à la dignité, au respect des droits fondamentaux des patients en psychiatrie, à l'isolement et à la contention. À défaut, un tel espace de réflexion doit être mis en place au niveau du pôle de psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique « *recommandation prise en compte par l'établissement* » sans aucun autre élément. En l'état, la recommandation est donc maintenue.

### 3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

#### 3.1 LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES PERMET UNE HOSPITALISATION RAPIDE MAIS LA PRATIQUE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'Y EST PAS RESPECTUEUSE DES DROITS DES PATIENTS

##### 3.1.1 La prise en charge des moments de crise en amont des urgences

Il n'y a pas de schéma des urgences psychiatriques à l'échelle du territoire de santé. L'établissement dispose des structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) mais les délais d'obtention de primo rendez-vous en CMP sont souvent supérieurs à deux mois pour rencontrer un médecin, quinze jours pour un infirmier.

Des patients non agités mais nécessitant une hospitalisation peuvent être adressés directement en hospitalisation depuis les CMP ou établissements médico-sociaux.

Le centre hospitalier dispose d'une structure de prise en charge pour les crises précoces au domicile, permettant une première évaluation, la connaissance de l'entourage, et la maîtrise de la sédation éventuelle par les médecins sur place. Cette « équipe mobile » n'est pas médicalisée et seuls deux infirmiers du service « accueil crise orientation (ACOR) » sont mobilisables avec une valise de médicaments. Un rendez-vous en urgence peut être proposé le cas échéant avec un psychiatre d'ACOR au centre hospitalier. Cette équipe mobile est activée sur décision du médecin régulateur, qui mandate un médecin généraliste sur place ou, à défaut, SOS médecin. Ces derniers n'étaient cependant mobilisables que la nuit au moment du contrôle en raison d'un mouvement social. Les infirmiers de psychiatrie peuvent ainsi essayer de convaincre le patient de venir rencontrer un psychiatre aux urgences ou, si besoin, accompagner une hospitalisation sous contrainte.

Concernant le transport vers l'hôpital, le centre 15 est régulièrement confronté à l'absence d'ambulance privée disponible. Les contentions éventuellement posées pendant le transport vers l'hôpital ne sont pas formellement décidées par un psychiatre ni tracées. Les patients en soins sans consentement ou subissant une phase de crise ou d'agitation sont amenés aux urgences générales (accompagnés le cas échéant des infirmiers d'ACOR) où transitent plus de 80 % des admissions en unité fermée de psychiatrie.

Le transport des personnes détenues devant être hospitalisées au centre hospitalier par arrêté préfectoral (par défaut d'admission en UHSA) est effectué par un infirmier d'ACOR et celui de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) en journée ; après 18h, deux infirmiers doivent s'en charger. Les contentions de l'USMP sont alors utilisées.

Le service ACOR regroupe, outre cette équipe mobile, les activités de psychiatrie de liaison pour l'ensemble du centre hospitalier et les avis, infirmier et de psychiatre, aux urgences générales sur mobilisation des urgentistes. Le service comprend, pour toutes ces activités, 12 ETP d'IDE, 0,5 ETP de secrétaire et 2,3 ETP de psychiatre mais 1,2 ETP sont vacants. Il y a ainsi toujours deux IDE la journée et une la nuit ; elles disposent d'un téléphone portable interne mais n'ont qu'un seul téléphone portable en cas de sortie en dehors du CH. Il n'y a pas de psychologue ou de médiateur pair.

Le pôle comprend, outre ACOR, les effectifs assurant les prises en charge de psychiatrie à la prison de Bayonne et le service d'accueil spécialisé (SAS), assurant avec huit chambres individuelles, la prise en charge des personnes suicidaires en soins libres.

### 3.1.2 La prise en charge aux urgences générales

Le service de urgences du CHCB, situé sur le site « Saint-Léon », accueille environ 60 000 passages par an dont 12 000 pédiatriques ; entre cinq et dix patients sont pris en charge chaque jour pour des pathologies psychiatriques. Le service dispose de douze boxes et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de huit places.

L'arrivée des patients agités s'effectue par une entrée spécifique des véhicules (pompiers, police, gendarmerie, ambulance) dans un parking fermé et les patients sont directement amenés à l'intérieur des urgences, dans un premier espace où se trouve l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA), sans croiser le public. L'IOA effectue une évaluation et prévient l'infirmière de psychiatrie si besoin. S'il relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'infirmière de psychiatrie rend compte au psychiatre d'astreinte ou de garde.

Le patient est ensuite amené dans un box des urgences ; il peut ultérieurement, dans l'attente de place, être installé dans une chambre de l'UHCD. L'UHCD se situe à proximité du service et dispose de chambres avec point d'eau et WC. Il est rare que des patients doivent séjourner dans le couloir des urgences ; dans ce cas, ce ne sont jamais les patients agités ou contentonnés.

Le patient est toujours examiné par un urgentiste.

Aux urgences, le psychiatre effectue les démarches relatives aux certificats médicaux liés aux soins sans consentement et demandes de tiers. Les certificats médicaux initiaux de demande de placement en SSC sont parfois établis par le médecin traitant ou par SOS médecin mais souvent par le médecin des urgences ; pour les patients placés en SPI, il est fait appel au médecin de SOS médecin pour le certificat.

Au sein des urgences et de l'UHCD, il n'y a pas de chambre d'isolement ni d'espace d'apaisement. Les patients agités sont installés dans un box des urgences et contentonnés.

#### RECO PRISE EN COMPTE 3

Le service d'urgences doit disposer d'un espace d'isolement ou d'apaisement, avec un accès libre aux toilettes et à un point d'eau.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *La chambre d'apaisement au sein d'Acor est utilisée en journée de 8h00 à 21h00. De 21h00 à 8h00, la chambre d'apaisement est située dans l'emprise des box des urgences adultes.* »

Il n'y a pas de chariot prééquipé de moyens de contention mais le service dispose d'un kit complet de contention (quatre points et une ceinture ventrale) ; le matériel est lavé après chaque utilisation.

L'installation de contentions est décidée par le médecin des urgences, sans validation dans l'heure par un psychiatre. Les mesures de contention sont inscrites dans le dossier papier des urgences, le logiciel médical Trakcare® n'étant pas encore réellement utilisé au service des urgences (sauf pour y inscrire les observations médicales et accéder aux historiques des passages aux urgences). La surveillance est faite aléatoirement en fonction de l'activité du service et n'est pas protocolisée. Aucun registre (papier ou informatique) des contentions n'a été mis en place et il n'y a pas d'analyse de la pratique.



## RECOMMANDATION 5

Aux urgences, les placements de contentions sur des patients relevant de la psychiatrie doivent être validés dans l'heure, par un psychiatre. Un registre de l'isolement et de la contention doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants. La surveillance infirmière, tout comme la réalisation des mesures de désescalade dans la prise en charge initiale des violences, doivent faire l'objet d'une protocolisation et de formations pour les soignants.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB, en précisant que « *les patients aux urgences sont sous la responsabilité médicale des urgentistes et non des psychiatres* », considère la recommandation comme « *prise en compte par l'établissement* » sans en justifier. En l'état, elle est maintenue.

Pour autant, un guide de prise en charge des contentions aux urgences a été établi en février 2021 conjointement entre psychiatre et urgentiste. Il rappelle le dernier recours que constitue cette mesure et précise les conditions de sa mise en œuvre vis-à-vis des indications et contre-indications et les modalités d'installation. Il évoque l'horodatage de la décision médicale et les mesures propices à respecter la dignité du patient, comme la pose d'une couverture pour cacher le corps et les contentions. Ce guide pourrait utilement être complété des recommandations d'avril 2021 de la société française de médecine d'urgence et devra évoquer, pour des patients relevant de soins psychiatriques, la nécessaire validation par le psychiatre des mesures de contention prises par l'urgentiste (*cf. supra*).

### 3.1.3 L'arrivée dans les services de psychiatrie

L'arrivée des patients dans les services de psychiatrie, parfois programmée directement par le médecin traitant ou le psychiatre du CMP ou de l'HDJ, s'effectue majoritairement depuis les urgences. Le cas échéant, un appel est généralement passé au service concerné par les urgences ou par le psychiatre de garde, afin d'informer de l'admission à venir.

À son arrivée, comme les contrôleurs ont pu le constater, le patient est accueilli par un IDE qui le conduit en chambre d'hospitalisation (ou en chambre d'isolement, selon l'état d'agitation du patient). L'IDE réalise un premier entretien d'accueil et d'information, destiné à expliquer sommairement au patient la mesure dont il fait l'objet, à rechercher son adhésion aux soins et à recueillir des éléments d'information sur sa situation personnelle. Si l'état du patient le permet, l'infirmier établit un inventaire contradictoire des biens du patient et lui fait visiter le service. C'est à cette occasion, aussi, qu'il est en principe proposé au patient de désigner une personne de confiance mais la notion est souvent méconnue, principalement dans les modalités d'associations aux soins.

Le patient est par la suite systématiquement examiné par un psychiatre de l'unité, Il est également vu, dans les vingt-quatre à quarante-huit heures, par le médecin généraliste du service.

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés, après un entretien médical, par des médecins ayant la plénitude d'exercice. Le contenu de ces certificats et leur rôle dans la procédure de soins sans consentement sont expliqués au patient.

### 3.2 SI LES SOINS SANS CONSENTEMENT NE REPRESENTENT QU'UN QUART DES HOSPITALISATIONS, LES PROCEDURES DEROGATOIRES PRENNENT UNE PART CROISSANTE

La file active globale en psychiatrie adulte était de 5 489 patients en 2020 (5 697 en 2019), dont 1 104 en hospitalisation complète (1 165 en 2019) et 1 487 séjours (1 609 en 2019).

Il est à noter que le nombre de patients et de séjours en hospitalisation complète est en baisse constante depuis 2011 (où l'on dénombrait 1 369 patients et 2 059 séjours) alors que, dans le même temps, la file active en ambulatoire a progressé fortement (5 164 patients en 2020 contre 4 671 en 2011).

En 2020, selon les données fournies par le DIM (qui diffèrent sensiblement de celles communiquées par le bureau des admissions), les soins libres représentaient 76 % des hospitalisations (1 443 sur 1 897).

Parmi les 454 hospitalisations sans consentement réalisées en 2020 :

- 43 mesures (9,5 %) étaient prises à la demande du représentant de l'État (SDRE), dont plus de la moitié émanant de maires ;
- 318 (70 %) admissions étaient prises à la demande d'un tiers (SDT) ;
- et 89 (19,6 %) relevaient des soins psychiatriques pour péril imminent (SPI) ;
- s'y ajoutaient 4 (0,9 %) ordonnances de placement provisoire (OPP).

Au sein des SDT, la proportion des décisions prises en urgence (SDTU) – c'est-à-dire sur la base d'un seul certificat médical – représente, selon le service des admissions, plus de 92 % des situations. Il est par ailleurs constaté que le nombre de SPI a fortement augmenté entre 2019 et 2020, passant de 54 à 89 (+ 65 %). Il a été avancé, pour expliquer ces évolutions, la difficulté à trouver un deuxième médecin disponible ne relevant pas de l'hôpital et, s'agissant des SPI, la réticence des tiers à assumer une demande d'hospitalisation.

#### RECOMMANDATION 6

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Concernant le recours aux soins en péril imminent, ceux-ci dépendent d'un médecin indépendant de l'établissement et le CHCB est le centre de recours pour la gestion des patients en crise. Concernant les soins à la demande d'un tiers en urgence, la recherche de tiers est systématique et le justificatif est transmis au Juge. Par ailleurs, le CHCB est le seul établissement à réaliser des urgences psychiatriques sur 3 secteurs.* »

La durée moyenne des séjours était, en 2020, de 58 jours en SDRE, de 44,5 jours en SDT, de 26,9 jours en SPI et de 21,8 jours en hospitalisation libre.

Les pathologies les plus fréquentes donnant lieu à hospitalisation complète sont, par ordre décroissant, les troubles affectifs de l'humeur (dont les troubles bipolaires), les troubles schizophréniques et les addictions. Il est à noter la part importante des séjours « au long cours » pour des patients ayant une déficience mentale ou des troubles du développement psychologiques, notamment au sein de l'unité Aintzina qui accueille des patients à profil déficitaire (cf. § 8.1.3)

La suroccupation se gère par re-répartition des patients entre unités sectorisées ou au sein de l'UCI (pour les patients en SSC, cette unité n'accueillant pas de patients en soins libres), ou encore au sein de l'unité d'addictologie (pour les patients en soins libres).

Dans ce cas, fréquent, le patient « hébergé » est suivi par le psychiatre de son unité de secteur, ce qui est facilité par l'unité de lieu. En règle générale, le patient a vocation à rejoindre son unité de secteur lorsqu'une place se libère, sauf si la fin d'hospitalisation est proche.

Il arrive également que la chambre d'isolement de l'unité Urtxoia – très rarement utilisée en tant que chambre d'isolement (cf. § 6.2) – soit utilisée comme chambre d'hospitalisation supplémentaire.

En tout état de cause, il n'est jamais ajouté de lit supplémentaire dans une chambre.

S'agissant de l'UCI, si l'unité n'a plus de lit disponible et doit accueillir un patient en crise, il est, dans toute la mesure du possible, procédé à la libération d'une chambre en transférant un patient stabilisé dans son unité sectorielle ; à défaut le patient arrivant sera orienté vers les hôpitaux psychiatriques de Pau ou de Mont-de-Marsan.

S'agissant des adolescents, les – rares – mineurs (de plus de 16 ans) hospitalisés en SDRE sont, en général, accueillis à l'UCI. Par ailleurs des adolescents suicidaires (de plus de 16 ans) peuvent également être hospitalisés au SAS. A l'inverse, de jeunes adolescents peuvent être hospitalisés en pédiatrie si les huit lits d'hospitalisation complète du service de pédopsychiatrie sont pleins, avec mise en place d'une psychiatrie de liaison.

### 3.3 L'INFORMATION, TANT GENERALE QUE CELLE RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS SANS CONSENTEMENT, EST LACUNAIRE

#### 3.3.1 Les informations générales

L'information générale donnée aux patients est insuffisante, informelle et parfois inexacte. Le règlement intérieur de l'hôpital (qui date de 2017) est inconnu. Les livrets d'accueil – un livret général pour le CHCB et un livret spécifique à la psychiatrie, composés de chemises comprenant des fiches volantes – ne sont pas remis aux patients hospitalisés en psychiatrie adulte. Selon les unités, les règles de vie ne sont pas toujours écrites. L'affichage dans les unités est très disparate et globalement insuffisant. Les tableaux des activités proposées n'existent quasiment pas.

Si l'oralité est évidemment une nécessité pour la transmission de ces informations générales, en ce qu'elle permet d'expliquer des éléments parfois complexes pour les patients, elle ne doit pas faire abstraction de supports écrits que les patients doivent pouvoir consulter à tout moment.

Ce constat doit être modulé s'agissant de la pédopsychiatrie, où un « livret d'accueil et règles de vie » très complet est remis et où il a été constaté un réel effort d'information et d'association des enfants, mais aussi des parents, dans la prise en charge.

#### RECOMMANDATION 7

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un tableau dédié à l'affichage comprenant ces informations a été mis en place la semaine du 6 décembre 2021.* »

Une photo du tableau est jointe, où l'on constate l'affichage des chartes de la personne hospitalisée et de l'enfant hospitalisé et de la charte Romain Jacob. Cet affichage – dont il n'est pas précisé le lieu d'installation – ne saurait suffire à considérer la recommandation comme prise en compte.

### 3.3.2 Les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Les décisions d'admission en SSC (et les renouvellements ou modifications ultérieures) sont notifiées au patient par le cadre de l'unité ou, en son absence, par le cadre d'astreinte. Les éventuelles observations du patient ne sont pas recueillies par le cadre au moment de la notification mais par le médecin lors des différents entretiens réalisés.

Il est remis au patient une copie de la décision, à laquelle est annexé un formulaire d'information qui rappelle les droits prévus à l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP). Ce formulaire mériterait toutefois d'être actualisé : il évoque le président du « *tribunal de grande instance* » au lieu du tribunal judiciaire et mentionne une adresse incorrecte pour le CGLPL. S'agissant du CGLPL, le formulaire restreint d'ailleurs abusivement la possibilité de le saisir uniquement « *par courrier* ». Enfin, le formulaire – tout comme la décision du directeur – rappelle, à juste titre, la possibilité de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), alors même que celle-ci n'existe pas sur le département (*cf.* § 7.1).

Si la décision fait état de la possibilité de former un recours contre celle-ci devant le juge des libertés et de la détention « *du tribunal de grande instance de Bayonne* » (*sic*), les coordonnées du JLD ne sont pas mentionnées. Et ni la décision ni le formulaire annexé n'informent le patient des modalités du contrôle de la mesure exercé par le JLD.

Il n'est pas remis au patient une copie du certificat médical motivant la décision du directeur, alors même que celle-ci n'en cite qu'un très court extrait « *dont [il s]'approprie les termes* » (par exemple : « *troubles du comportement à type de fuite du domicile sur idées délirantes de persécution* »).

Pour les hospitalisations prises à la demande d'un tiers, l'identité de celui-ci n'est pas mentionnée dans la décision et n'est donc pas formellement notifiée au patient. Il a été indiqué que, dans certains cas, cette information était donnée par le médecin lors d'un entretien ultérieur.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Le formalisme des décisions prises par le directeur doit être revu pour préciser les modalités de recours et de contrôle du JLD. Les certificats médicaux motivant les décisions de soins sous contrainte doivent être remis aux patients. À défaut, la décision doit, *a minima*, en reprendre *in extenso* les termes motivant la mesure. En cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'identité du tiers doit être communiquée au patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Le recours au JLD est précisé dans le livret d'accueil remis à chaque patient. Les décisions de soins sans consentement à la demande d'un tiers présentent désormais le nom prénom de celui-ci et indiquent in extenso les termes motivant du certificat médical. Elles présentent maintenant également les coordonnées du JLD comme demandé et nous avons rectifié le terme « Tribunal de Grande Instance » par Tribunal Judiciaire. Pour les modalités de recours et contrôle du JLD tout est expliqué au patient lors de sa notification d'audience ainsi que sur les affiches informatives et les modalités de recours sont toutes précisées sur l'ordonnance rendue par celui-ci ainsi que sur la décision d'admission. L'adresse et les modalités pour saisir le CGLPL ont été modifiées également sur la fiche informative du patient.* » Les modèles modifiés sont joints à la réponse.

Enfin, il est à noter que si les décisions du directeur sont bien rédigées et notifiées en temps réel en journée, y compris les week-end et jours fériés (les cadres de santé d'astreinte préparant alors la décision du directeur en lieu et place du bureau des admissions), il n'en est pas de même la nuit. Bien que le directeur d'astreinte soit informé téléphoniquement de l'admission, la rédaction de la décision et sa signature, et donc *a fortiori* sa notification, sont reportées au lendemain matin.

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être prises en temps réel, y compris la nuit, et leur notification doit intervenir sans délai.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Ceci nécessite la présence d'une secrétaire médicale et d'un cadre 24h/24, 7 jours /7. À ce jour, le financement n'a pas été accordé par l'ARS. Seul le directeur et le psychiatre sont présents 24h/24, 7 jours /7. Une astreinte des cadres a été mise en place sur le temps de fermeture du bureau des admissions le week-end afin de préparer les décisions d'admission et de maintien en soins sans consentement en temps réel. Une notification est faite au patient dès cette décision signée de la direction par les cadres ou un agent prévu à cet effet. Les notifications aux patients sont réalisées dans le respect du sommeil du patient. La réflexion se poursuit au sein de l'établissement pour l'organisation en nuit profonde avec le suivi par les cadres de nuit.* »

Par ailleurs, il a été constaté que les décisions mensuelles de renouvellement n'étaient pas notifiées ni remises aux patients placés en programme de soins, au motif que les patients ne sont pas toujours reçus en entretien au moment où ce renouvellement intervient.

#### RECOMMANDATION 8

Au même titre que la décision initiale, les décisions mensuelles de maintien en soins sans consentement doivent être systématiquement notifiées et remises aux patients, y compris en programme de soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *En hospitalisation complète, les décisions mensuelles de maintien en soins sans consentement sont systématiquement notifiées aux patients. Un agent a été dédié à ces notifications et fait signer au patient un accusé réception lors des notifications. Une réflexion en lien avec le service postal du CHCB [doit être engagée] pour mettre un place un envoi suivi ou envoi par recommandé pour toutes les décisions concernant les patients non présents sur le site (programme de soins).* »

Il n'a pas été vu, dans les unités, d'affichage rappelant les voies de recours et communiquant les coordonnées des instances compétentes (JLD, CDU, CDSP, procureur de la République, CGLPL, tableau de l'ordre des avocats, etc.).

#### RECO PRISE EN COMPTE 6

Un affichage, exposant de façon intelligible les droits spécifiques des patients en soins sans consentement et les voies de recours dont ils disposent, doit être apposé dans les unités accueillant ce type de patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Le bureau des admissions a affiché dans le hall principal et à l'entrée de chaque unité un affichage fourni par la direction répondant à cette recommandation.* » Des photographies de cet affichage sont jointes à la réponse.

## 4. LES CONDITIONS DE VIE

### 4.1 LES CHAMBRES DES PATIENTS ONT BÉNÉFICIÉ DE TRAVAUX MAIS L'INFRASTRUCTURE IMMOBILIÈRE N'EST PAS ADAPTÉE À UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

#### 4.1.1 L'immeuble

L'immeuble Bellevue où se trouvent les trois unités psychiatriques sectorisées et spécialisées, est édifié sur trois étages, chaque étage hébergeant deux unités<sup>9</sup>.

L'architecture d'une quarantaine d'année est vieillissante. Les façades présentent des coulures noirâtres formant un contraste saisissant avec la blancheur des immeubles d'habitations neufs, situés en vis-à-vis. Le ravalement est envisagé sans que la date ne soit encore programmée<sup>10</sup>.



*L'arrière du bâtiment de psychiatrie*

La localisation des unités en étage ne favorise pas l'accès à l'air libre, d'autant que les terrains mitoyens de l'immeuble sont embolisés par des parkings, des immeubles logistiques (restauration, blanchisserie, etc.) et d'autres services hospitaliers (gériatrie), ne réservant aucun espace vert pour les patients. Seule l'unité Aintzina bénéficie d'un petit jardin, accessible, de 7h30 à 22 heures, directement depuis l'unité, pourtant située au 1<sup>er</sup> étage, grâce à un dénivelé du terrain. Il s'agit d'un lieu arboré, permettant notamment aux personnes hospitalisées dans cette unité de fumer. Il est aménagé de bancs et d'une partie abritée.



*Le jardin de l'unité Aintzina*

<sup>9</sup> Comme indiqué précédemment, l'unité pour adolescents et SAS sont localisées sur d'autres sites du CHCB.

<sup>10</sup> Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB précise que « L'établissement a engagé des travaux depuis plusieurs mois. (...) Ceux-ci concernent également les extérieurs et le ravalement de façade, prévus en fin de chantier. »

L'UCI dispose, quant à elle, d'une cour dotée de bancs, mais dont l'accès n'est possible que sur certains créneaux et accompagné par des soignants (cf. § 5.1).

#### 4.1.2 Les chambres des patients

Les quatre-vingt-sept chambres des six unités de soins de l'immeuble Bellevue ont été rénovées. Au moment du contrôle, quelques chambres étaient encore en travaux. Ceux-ci, débutés en 2019, devaient s'achever au début de l'année 2022. Ils ont consisté à équiper toutes les chambres d'une salle de bain individuelle avec douche, lavabo avec tablette, miroir et WC. Cependant, les salles de douche sont dépourvues de patères. Les revêtements des murs et sols ont été refaits en PVC afin de diminuer les nuisances sonores autrefois provoquées par le carrelage. Des isolants thermiques extérieurs en supplément des doubles vitrages, ont été posés afin de réduire les sensations de froid et d'humidité des murs de façade. Des doubles cloisons ont été aussi posées sur les murs à la tête des lits pour isoler phoniquement les chambres les unes des autres. Dans chaque service, une ou deux chambres adaptées aux personnes à mobilité réduite (PMR) ont été conçues avec salle de bain idoine (mais il a été déploré l'absence de barre de soutien et de flexible dans ces salles de bain PMR, cf. § 4.2.1).

La majorité des chambres, d'environ 15 m<sup>2</sup>, sont désormais individuelles (sauf à l'USOP où il subsiste cinq chambres doubles). Des six chambres doubles de l'unité Urtxoia, seules deux seront conservées à la fin des travaux.

Les chambres sont dotées de portes avec un fenestron vitré (sauf à l'UCI), que les patients occultent parfois avec un tissu pour préserver leur intimité. L'accès aux chambres est libre. Elles sont équipées (sauf à l'UCI) de verrous de confort permettant de s'isoler quand on est dans la chambre ; en revanche, les patients ne peuvent pas fermer la porte de leur chambre à clefs lorsqu'ils la quittent. Il n'y a pas de bouton d'appel mais un dispositif d'appel mobile peut être remis au patient dans sa chambre en cas de besoin.

#### RECO PRISE EN COMPTE 7

Afin de permettre le respect de l'intimité des patients, les fenestrons situés sur les portes des chambres doivent être occultés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un film occultant a été posé sur les fenestrons tout en laissant un petit espace permettant la surveillance des patients.* » Les photographies jointes à la réponse. Permettent d'attester de la bonne prise en compte de cette recommandation.





*Portes de chambres avec fenestrons (Aintzina)*



*Photographie d'un fenestron occulté, jointe à la réponse au rapport provisoire*

Dans l'ensemble, les patients ne gèrent pas la fermeture du placard se trouvant dans leur chambre ; toutefois, dans certaines unités et selon la pathologie des patients, ceux-ci peuvent fermer leur placard à clef et la conserver. Les chambres sont meublées d'une table de nuit et d'un fauteuil, sauf à l'UCI où le mobilier n'est constitué que du lit et du placard<sup>11</sup>.

Les chambres sont dépourvues de téléviseur fourni par l'hôpital. Les patients, sauf à l'UCI, peuvent avoir un téléviseur personnel et des appareils hifi.

#### 4.1.3 Les espaces communs

La plupart des unités souffrent d'un manque de salles d'activités et de bureaux d'entretiens. Les espaces communs se limitent, pour la plupart des unités, à la salle à manger qui peut également servir de salle de télévision. Ces salles sont, selon les unités, plus ou moins lumineuses et conviviales.



*Salles communes de l'USOP (à gauche) et d'Aintzina (à droite)*

<sup>11</sup> Certaines chambres de l'unité Aintzina sont également dépourvues de mobilier compte tenu de la pathologie des patients. Elles disposent également de systèmes particuliers de fermeture de la porte.

Il n'existe pas de lieu, au sein des unités, pour pratiquer une quelconque activité sportive. Si une salle d'activité existe à Aintzina, celle-ci est le lieu de passage obligé pour se rendre au jardin, ne facilitant pas la sérénité.



*Salle d'activité d'Aintzina*

Par ailleurs, l'absence d'accès direct à l'air libre pose difficultés s'agissant des fumeurs. À l'USOP, une pièce est réservée à cet usage ; la ventilation mécanique et l'entrebâillement sur quelques centimètres de la fenêtre ne suffisent pas à évacuer l'odeur pestilentielle de tabac. Concernant Urtxoia, le fumoir, fréquenté aussi par les patients de l'unité Rhune située sur le même niveau, est une terrasse aux murs lépreux et aux bannes entièrement recouvertes de mousses qui assurent une protection toute relative contre les intempéries. Les cendriers ne sont pas vidés tous les jours de même que la poubelle dont la transparence du réceptacle révèle l'ensemble des ordures qui y sont déposées. Cet espace est accessible par trois marches qui ne permettent pas aux personnes à mobilité réduite d'accéder à ce fumoir. Les patients en fauteuil se tiennent donc au pied de ces marches et laissent tomber leurs mégots sur le sol du couloir, sur les marches ou à l'intérieur de gobelets abandonnés sur place.



*Fumoir de l'USOP (supra) et d'Urtxoia (à droite)*



## RECOMMANDATION 9

Les espaces dédiés aux fumeurs doivent être conformes aux normes d'hygiène.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Recommandation prise en compte par l'établissement. La remarque est soumise à la réflexion des professionnels pour adapter les espaces.* »

Toutefois, dans l'attente du résultat de cette réflexion, la recommandation ne peut être considérée comme prise en compte en l'état.

### 4.2 L'HYGIENE GENERALE EST CORRECTE MAIS TOUS LES PATIENTS NE PEUVENT PAS FAIRE ENTREtenir LEUR LINGE PERSONNEL

#### 4.2.1 L'hygiène personnelle

Chaque chambre est désormais équipée d'une salle d'eau mais qui n'a ni verrou de confort ni patère. Celles des chambres destinées aux personnes à mobilité réduite ne sont pas équipées de barres de soutien ni de flexible de douche.

Des produits d'hygiène corporelle sont remis aux patients à leur arrivée et renouvelés en cas de besoin au cours de leur séjour.

Un coiffeur et un podologue viennent régulièrement pour plusieurs patients. Ce sont les soignants qui coupent les ongles des mains des patients.

Quant au linge, les services de la blanchisserie viennent récupérer tous les jours le linge sale tels que draps, taies, serviettes de toilette et pyjamas hospitaliers et apportent le linge propre. Les tenues de travail des soignants sont également prises en charge selon la même procédure. Toutefois, les soignants ont signalé aux contrôleurs que des draps lavés portant d'anciennes traces de salissures tenaces étaient régulièrement injectés à nouveau, obligeant les soignants à les détruire.

Le nettoyage du linge personnel est à la charge des familles des patients. Un accord avec un ESAT (établissement ou services d'aide par le travail) qui se trouve à proximité immédiate de l'hôpital, permet aux patients d'y faire nettoyer leur linge personnel pour la somme de 4,15 euros par kilo de linge (et 2,95 euros par robe ou pantalon) déposés. Toutefois, les modalités de facturation (au tuteur de la personne ou au patient lui-même s'il n'a pas de tuteur) n'étaient pas claires pour tous les cadres rencontrés, notamment s'agissant des patients dépourvus de ressources, privant les patients de certaines unités de l'accès à cette prestation.

Le caractère onéreux de ce service pas toujours adapté, amène les soignants à souhaiter la création d'une petite blanchisserie au sein de l'immeuble Bellevue, accessible facilement aux patients qui pourraient ainsi laver et sécher directement leur linge personnel, en lien avec une activité thérapeutique de resocialisation.

### RECOMMANDATION 10

Afin de faciliter le nettoyage du linge personnel des patients et de travailler sur leur autonomisation, la mise en place de lave-linges et de sèche-linges doit être envisagée au sein des unités. À défaut, les conditions d'accès aux prestations de l'ESAT doivent être clarifiées et facilitées, notamment pour les patients sans ressources.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Une recherche fructueuse pour trouver une société de service a été réalisée. La plaquette de cette entreprise "Le spot du linge" est remise au patient expliquant les conditions de prise en charge.* »

Les modalités de cette prise en charge, s'agissant notamment des patients sans ressources, ne sont toutefois pas précisées dans la réponse, obligeant à maintenir cette recommandation.

#### 4.2.2 Les locaux

L'entretien des locaux est réalisé par la présence de deux agents de service hospitalier (ASH) dans chaque unité, un le matin et un l'après-midi. Des cahiers de traçabilité de l'entretien des locaux sont complétés chaque jour par ces personnels.

Il est apparu aux contrôleurs que l'ensemble des locaux est correctement entretenu.

### 4.3 À L'EXCEPTION DE L'UCI, OU LES REGLES SONT RESTRICTIVES, LES PATIENTS PEUVENT CONSERVER ET ACCEDER FACILEMENT A LEURS BIENS

Si, dans la plupart des unités, l'inventaire des biens des patients à leur arrivée est fait contradictoirement, cela n'est pas le cas au sein de l'UCI sauf lorsque le patient reçoit d'une personne de son entourage un sac d'effets personnels. Un exemplaire de l'inventaire est classé au dossier des patients mais n'est que rarement remis directement à la personne hospitalisée.

Les documents d'identité et les valeurs (chèques, cartes bancaires, argent liquide, bijoux, etc.) sont stockés dans des coffres à la régie qui est située au rez-de-chaussée de l'immeuble Bellevue, à proximité immédiate de la porte d'entrée du bâtiment et donc très facile d'accès pour les personnes hospitalisées. Une caisse d'avance permet de remettre des petites sommes aux patients pour leurs besoins quotidiens et lors des sorties.

Dans la majorité des unités, la plupart des effets personnels sont autorisés, à l'exception des objets coupants ou contondants. Toutefois, les personnes hospitalisées à l'UCI se voient retirer au début du séjour tous leurs vêtements, qui seront placés dans le placard de leur chambre fermé à clefs sans accès libre. Même les chaussures sont souvent retirées, le patient restant alors en chaussettes « *afin d'éviter les fugues* ».

Les téléphones portables sont, en principe, laissés aux patients, sauf sur décision médicale motivée par l'état clinique du patient.

S'agissant du tabac, il n'est, en principe, pas retiré sauf, une fois encore, à l'UCI. En règle générale, la gestion de son tabac est laissée sous la responsabilité du patient sauf exceptions préconisées par les médecins (et arrêtées dans le « contrat de soins ») lorsque des abus de consommation sont identifiés. Les briquets sont, le plus souvent, laissés en journée et retirés la nuit.

S'agissant des patients placés sous protection juridique, les relations avec les tuteurs sont établies par l'assistante sociale de chaque unité, qui fait le point sur la situation du patient (sécurité sociale, mutuelle, allocation adulte handicapée, situation patrimoniale et juridique,

etc.). Les relations avec l'association de tutelles SEAPB (sauvegarde de l'enfance à l'adulte du Pays basque) ainsi qu'avec d'autres mandataires privés sont présentées comme fluides. Les tuteurs versent de l'argent lorsqu'il y a des besoins. Pour le tabac, des bons sont remis aux buuralistes qui se font payer par le tuteur.

Ces tuteurs ou curateurs assistent régulièrement aux réunions que les soignants ou l'assistante sociale organisent.

#### 4.4 SI LES RESTRICTIONS SANITAIRES ONT SUSPENDU LA POSSIBILITE POUR LES PATIENTS DE SE RENDRE AU REfectoire DU PERSONNEL, LA QUALITE DE LA RESTAURATION EST SATISFAISANTE

Les repas servis en psychiatrie, identiques à ceux destinés aux autres services de l'hôpital, sont réalisés sur le site Bellevue. Cette cuisine centrale confectionne 3 000 repas par jour. Il est tenu compte des interdits alimentaires, des aversions et des spécificités médicales de chacun. Cinquante variétés différentes de repas sont ainsi conçues quotidiennement pour s'adapter aux besoins et aux goûts des patients. 120 repas sont servis le midi et le soir dans les six unités du site Bellevue.

Le dernier contrôle de la direction départementale de la protection des populations s'est déroulé le 12 décembre 2017. La maîtrise des risques sanitaires était évaluée alors comme satisfaisante. Un prochain contrôle devrait avoir lieu dans le courant de l'année 2022.

Les patients hospitalisés en psychiatrie peuvent avoir besoin de régimes spécifiques qui seront pris en compte tant au point de vue calorique que de la consistance, notamment pour éviter les fausses routes. Une diététicienne a la charge de ces spécificités.

Les repas cuits et refroidis sont fabriqués 24 heures avant la livraison dans les unités. Les plats sont réchauffés au four traditionnel dans chaque unité et servis à l'assiette. Les repas sont servis à des heures « normales » (8h30/9h15 – 12h/12h45 – 19h/19h45) ; un goûter est proposé vers 16h et une tisane vers 21h45. Des repas festifs composés de pizzas et de tapas sont parfois organisés. Très peu de remarques défavorables concernant la qualité ou la quantité des repas ont été émises lors du contrôle.

Jusqu'en avril 2020 la plupart des patients pouvaient se rendre, seuls ou accompagnés, au self du personnel, situé au rez-de-chaussée du bâtiment, et partager gratuitement le même repas que les soignants, midi et soir. Cette possibilité, qui favorisait le lien social et l'autonomie des patients, a été supprimée du fait de la mise en place des restrictions sanitaires en lien avec la crise Covid<sup>12</sup>.

#### BONNE PRATIQUE 2

La possibilité offerte aux patients, hors période de crise sanitaire, de prendre gratuitement leurs repas au réfectoire du personnel permet de favoriser le lien social et l'autonomie.

Les patients prennent désormais leurs repas dans une salle commune de l'unité. Ils se placent à table où ils le veulent ; les soignants restent à leurs côtés pour les aider, tandis que l'ASH sert les

<sup>12</sup> Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique que « depuis l'assouplissement des mesures sanitaires, le restaurant permet d'accueillir à nouveau tous les patients. »

repas. La plupart des personnes hospitalisées peuvent utiliser des couverts en métal. Certains ont des assiettes et verres en plastique lavable.

Pour éviter un nombre trop important de patients concomitamment dans la même salle, deux services sont mis en place aux repas de midi et du soir.

Parfois, certains patients mangent en chambre. Ce sont des mesures ponctuelles motivées par la pathologie du patient. Des barquettes seront alors confectionnées et servies dans cette chambre.

Il est à noter que l'unité Aintzina s'est adaptée à un patient pouvant avoir des comportements agressifs, en l'isolant au sein de la salle à manger par des cloisons placées autour de sa table, permettant à cette personne à la fois de se sentir protégée tout en participant au repas collectif.



*Espace aménagé au sein de la salle de restauration d'Aintzina*

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LE CONTROLE DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST GERE AVEC SOUPLESSE MAIS L'ACCES A DES ESPACES EXTERIEURS POSE PROBLEME POUR LES UNITES SITUEES EN ETAGES

L'entrée sur le site en véhicule ou à pied est d'accès libre. Le portillon piéton qui permet d'accéder depuis la voie publique au bâtiment d'hospitalisation psychiatrique, est fermé de 18h jusqu'à 8h, le lendemain matin. La porte du bâtiment reste ouverte jusqu'à 20 h.

Depuis la mise en place des mesures sanitaires en lien avec la Covid, les visiteurs font l'objet d'un contrôle du passe-sanitaire par l'employé d'une entreprise de sécurité qui assure son service de 10 h à 20 h. Une employée du centre hospitalier est également chargée de contrôler les sorties des patients mais son service ne débute qu'à 13h et se termine à 18h. En dehors de ces heures, l'entrée comme la sortie ne donnent lieu à aucune vérification.

Onze caméras de surveillance sont disposées à l'extérieur des différentes entrées (parking, porte principale, porte logistique, porte du personnel) ainsi qu'à certains endroits stratégiques (terrain de sport, couloirs vestiaire et escaliers). Les enregistrements des images sont conservés pendant 30 jours ; l'extraction de celles-ci est réservée au responsable de la sécurité incendie ainsi qu'au directeur de l'hôpital. L'appareil d'enregistrement ainsi qu'un écran de contrôle se trouvent dans une armoire, fermée à clé, dans un couloir près de l'entrée du bâtiment de psychiatrie. Il existe des écrans de contrôle dans les postes infirmiers de certaines des unités.

Le service de sécurité de l'hôpital est situé sur le site de Saint Léon et il n'existe pas d'équipe dédiée au site de Cam de Prats. Ce service, chargé de la sécurité incendie, n'intervient pas s'il se présente une situation de violence dans un service. Ces problèmes éventuels sont gérés en interne par les soignants qui sont munis d'un appareil électronique PTI (protection travailleur isolé). Avec cet appareil, le soignant en difficulté peut déclencher une alarme auprès de ses collègues des autres services afin qu'une aide lui soit apportée.

L'hôpital délègue à une entreprise de sûreté privée le contrôle de nuit de ses trois sites. Un agent de ce service effectue des rondes de 22 h à 6 heures, au cours desquelles il vérifie la fermeture des portes des accès principaux de l'hôpital et contrôle les informations des centrales incendie et les éventuels incidents signalés. La centrale du bâtiment de psychiatrie est située, comme l'appareil d'enregistrement des images des caméras, dans une armoire du rez-de-chaussée. Le service de sécurité incendie n'est pas informé des personnes qui sont placées sous contention et à l'isolement. Le responsable de la sécurité, ancien pompier, propose des formations à la sécurité incendie à l'adresse des cadres des unités. En raison de la pandémie, il n'a pas dispensé de formation depuis deux ans.

À l'exception de l'UCI, qui est une unité fermée, et d'Aintzina dont la sortie est « contrôlée », les autres unités sont ouvertes. Dans ces unités ouvertes, situées en étage, les patients ne disposent pas d'un accès aisé à l'air extérieur. La porte de l'unité n'est pas fermée mais ils doivent emprunter l'escalier ou l'ascenseur pour sortir du bâtiment ou se rendre à la cafétéria qui dispose d'une petite cour fermée. Cependant la cafétéria n'est ouverte que durant une très courte période, entre 12h30 et 13h15. À proximité de la cafétéria, une bibliothèque, munie de nombreux ouvrages, n'est ouverte que sur demande du patient qui désire s'y rendre pour y choisir un livre. Il est nécessairement accompagné par un soignant pour l'ouverture et la fermeture de la bibliothèque.

Comme indiqué précédemment (cf. § 4.1), le seul espace « extérieur » accessible – sauf aux personnes en fauteuil – est la terrasse, située entre les unités la Rhune et Urtxoia, faisant office de fumoir dans de mauvaises conditions.

Les unités UCI et Aintzina disposent chacune d'une cour ou d'un jardin. Si l'accès au jardin d'Aintzina est libre (cf. § 4.1), les patients de l'UCI ne peuvent y accéder qu'accompagnés, durant neuf périodes quotidiennes de 15 minutes chacune, avec l'autorisation de fumer une cigarette à chaque sortie. Ils ne peuvent jamais sortir seuls de l'unité et aucun patient ne bénéficie d'une autorisation de sortie de courte durée.



L'accès et le jardin de l'UCI

### RECOMMANDATION 11

L'accès à des espaces extérieurs agréables, aménagés et reposants, doit être rendu possible pour l'ensemble des patients, sans autres restrictions que celles justifiées par la pathologie de chacun.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Recommandation prise en compte par l'établissement. Débat à conduire dans le cadre du projet d'établissement.* » Toutefois, dans l'attente du résultat de ce débat, la recommandation ne peut être considérée comme prise en compte en l'état.

## 5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES DANS LES UNITES OUVERTES MAIS NOMBREUSES ET NON MOTIVEES MEDICALEMENT A L'UCI

Les restrictions de la vie quotidienne diffèrent très sensiblement selon que l'unité est ouverte ou fermée.

Dans les unités ouvertes (Rhune, Urtxoia, USOP) ou « contrôlées » (Aintzina), ces restrictions sont peu nombreuses. Le contrôle de la consommation de tabac, de la possession de briquets n'est pas systématique et est individualisé sur prescription médicale. Il en est de même pour l'utilisation du téléphone portable dont la conservation par le patient est le principe. Ainsi, à La Rhune, 16 patients sur 20 sont autorisés à conserver leur téléphone. Ceux qui n'en possèdent pas peuvent être autorisés à utiliser le téléphone du service. Les patients peuvent détenir et utiliser du matériel informatique. La prescription du port du pyjama est exceptionnelle (un seul



patient y était soumis, à Urxoa, au moment du contrôle). Les patients peuvent accéder librement à leur chambre à tout moment de la journée, même pendant le ménage. Ils peuvent se rendre à la régie, située au rez-de-chaussée du bâtiment, pour y déposer ou retirer des fonds ou accéder aux documents ou objets qui y sont déposés. La plupart des patients peuvent sortir librement dans l'enceinte de l'hôpital mais l'espace est occupé essentiellement par des parkings et des bâtiments.

Dans l'unité fermée UCI, en revanche, les restrictions sont très nombreuses. Le patient est systématiquement soumis, à son arrivée, au port du pyjama « *afin de contrôler qu'il ne garde pas des objets dangereux et qu'il ne cherche pas à s'enfuir* ». Pour la suite de son séjour, la durée du port du pyjama est variable. Lors du contrôle deux patients sur les six hospitalisés étaient soumis à son port. Les patients ne peuvent détenir aucun matériel informatique (ordinateur, tablette) ni conserver leur téléphone portable. Ils sont autorisés à utiliser, entre 15h et 20h, le téléphone sans fil du service avec lequel ils peuvent s'isoler dans leur chambre pour s'entretenir confidentiellement avec leur interlocuteur.

### RECOMMANDATION 12

Les contraintes et restrictions aux libertés individuelles imposées à l'UCI de façon généralisée, systématique, permanente et uniforme, sans lien avec la clinique de chaque patient, doivent être reconsidérées. Ne peuvent être imposées que des restrictions justifiées par l'état clinique du patient, de façon individualisée et régulièrement réévaluée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un travail de réflexion médico-soignants est actuellement en cours concernant les contraintes à l'usage du téléphone portable. Le port du pyjama se fait uniquement sur indication médicale. Quant à l'accès sur l'extérieur et les sorties, la réflexion est engagée dans le cadre du nouveau projet médical de service et des contraintes architecturales du service. Des permissions à l'extérieur sont d'ores et déjà accordées dans le cadre d'activités thérapeutiques (foot, musculation).* »

### 5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT SOUPLES MAIS L'ACCES A INTERNET N'EST PAS FACILITE

Dans toutes les unités, ouvertes ou fermées, les visites sont autorisées l'après-midi entre 14h30 et 18h00. La plupart des patients peuvent recevoir des visites, les restrictions à ces visites étant exceptionnelles. Si une affiche, située sur la porte du bâtiment, mentionne que, du fait de la pandémie, les visites sont limitées à une personne par jour et par patient, cette restriction n'est pas appliquée avec rigueur et ne semblait plus à l'ordre du jour lors du contrôle.

Dans les unités ouvertes, les visites peuvent avoir lieu dans la chambre du patient ou dans le salon situé au rez-de-chaussée du bâtiment. Ce salon est toutefois très peu utilisé ; l'une des cadres ignorait même son existence.

Dans l'unité Aintzina, les visites peuvent avoir lieu dans le jardin. Dans l'unité UCI, les visites ont lieu dans la salle de télévision, une seule visite à la fois étant autorisée.

Le courrier arrivant et partant est rare et peu contrôlé. Seuls les colis sont ouverts devant les soignants.

La large utilisation du téléphone personnel des patients ainsi que l'utilisation du téléphone fixe des unités facilitent les relations des patients avec leurs proches. Pendant le premier

confinement (printemps 2020), une tablette pouvait être mise à disposition des patients par le cadre dans les unités la Rhune, USOP et Aintzina afin de leur permettre d'avoir des communications en visiophonie. Elle est encore utilisée, une fois par semaine, par une patiente de l'unité USOP pour communiquer avec ses proches en Russie.

Un accès au Wifi de l'hôpital avait également été rendu possible durant le premier confinement. Cet accès a été supprimé depuis « *pour des raisons de sécurité informatique* » et aucun poste informatique connecté n'est accessible aux patients.

### RECOMMANDATION 13

Afin de faciliter l'information et les communications, un accès à des postes informatiques reliés à Internet et au Wifi de l'établissement doit être rendu possible pour les patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *La direction des services informatiques travaille à la mise en place d'un réseau dédié afin de garantir la sécurité du réseau informatique interne.* »

Cette réponse ne couvre que partiellement le champ de la recommandation qui est donc maintenue.

#### 5.4 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS ANTICIPE PAR L'HOPITAL

La question de l'accès au vote ne constituait pas une préoccupation de l'hôpital au moment du contrôle et les cadres rencontrés ne semblaient pas avoir anticipé le sujet, s'agissant notamment de l'inscription sur les listes électorales. Dans certaines unités, il a été indiqué aux contrôleurs qu'une information par affichage avait été donnée aux patients lors des élections précédentes. Il n'a toutefois pas été possible de savoir ce qui avait été mis en place en pratique ni combien de personnes ont souhaité et pu exercer effectivement leur droit de vote et selon quelles modalités.

### RECO PRISE EN COMPTE 8

L'exercice du droit de vote doit être facilité en anticipant davantage l'inscription sur les listes électorales et l'établissement des procurations. Des permissions de sortir et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Les services réalisent à chaque élection un recensement des patients souhaitant voter par procuration. Les autorisations prennent en compte l'exercice du droit de vote. Un affichage des opérations électorales en cours et des modalités de procuration est réalisé à chaque élection (renouvelé pour les Présidentielles).* »

Bien que cette affirmation semble en décalage par rapport aux constatations effectuées lors de la visite – réalisée il est vrai plusieurs mois avant la période électorale –, la recommandation est considérée comme prise en compte.

### **5.5 LE CULTE CATHOLIQUE EST FACILEMENT ACCESSIBLE, L'AUMONERIE FAISANT LE LIEN AVEC LES REPRESENTANTS DES AUTRES RELIGIONS**

L'hôpital de Bayonne bénéficie d'1,5 ETP pour l'aumônerie catholique. Le prêtre officie sur l'ensemble de l'établissement ; il se rend dans les unités psychiatriques entre trois et quatre fois par mois. Le prêtre responsable de l'aumônerie ne ressent aucune difficulté pour intervenir au sein des unités psychiatriques y compris dans les unités fermées.

Les messes catholiques sont célébrées dans un local de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) situé non loin du bâtiment des unités psychiatriques. Les patients de ces unités peuvent donc y assister, souvent seuls, parfois accompagnés d'un soignant. C'est le responsable de l'aumônerie catholique qui fait le lien avec les autres ministères religieux lorsque les demandes des patients lui sont transmises. Ces demandes sont régulières et sont toujours satisfaites grâce à une liste tenue à jour de personnes disponibles officiant pour les autres cérémonies des religions monothéistes.

### **5.6 EN L'ABSENCE DE REFLEXION INSTITUTIONNELLE, LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS EST ABORDEE AU CAS PAR CAS**

Il n'y a aucune instruction ou recommandation écrite concernant la vie sexuelle des patients. L'absence de comité d'éthique opérationnel (cf. § 2.5) ne permet pas de donner aux équipes un cadre de réflexion sur cette question.

Il a toutefois été indiqué que les médecins psychiatres abordent cette thématique avec les patients car certains traitements nuisent à la possibilité d'avoir une vie sexuelle. C'est ainsi que d'autres molécules peuvent être proposées au patient afin de limiter les difficultés. De même, certains médicaments étant tératogènes, le désir d'une femme hospitalisée d'avoir des enfants est abordé et les molécules adaptées. La contraception est abordée également, compte tenu des risques afférents au caractère vulnérable des personnes hospitalisées. Une discussion peut également avoir lieu concernant la notion de consentement. Le thème des maladies sexuellement transmissibles est également abordé mais aucun préservatif n'est délivré ni accessible.

Les chambres étant d'accès libre, il est arrivé de voir deux patients dans le même lit un matin. Cette situation pourra faire l'objet d'une conversation entre les deux personnes et les soignants. Il n'y a pas d'interdiction de principe. De même, il serait toléré qu'un patient ait des relations sexuelles avec son conjoint venu lui rendre visite.

## 6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS PROPICES A L'APAISEMENT

Le pôle de psychiatrie adulte<sup>13</sup> dispose de deux chambres d'isolement (CI), l'une à l'UCI, l'autre dans l'unité Urtxoia. Il n'est pas doté d'espace d'apaisement.

Selon les informations fournies, la CI d'Urtxoia n'est utilisée qu'en deuxième intention – y compris pour les patients de cette unité – lorsque celle de l'UCI est occupée, l'équipe soignante d'Urtxoia n'étant pas suffisamment nombreuse pour assurer la surveillance nécessaire.

Ces chambres sont précédées d'un sas. À Urtxoia, la porte de la chambre comporte, à l'intérieur du sas, un fenestron permettant au soignant de voir l'intérieur de la chambre ; le mur du sas est également percé d'une ouverture donnant sur les sanitaires et notamment sur les WC. À l'UCI, une large ouverture vitrée dans le mur du sas permet de voir la chambre et l'entrée des sanitaires.

#### RECOMMANDATION 14

L'attention portée à la sécurité des patients ne peut justifier l'existence de dispositifs permettant de visualiser les sanitaires et WC, intrusifs et attentatoires à l'intimité et la dignité de la personne.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un film occultant a été posé sur les fenestrons tout en laissant un petit espace permettant la surveillance des patients.* » Une photographie est jointe à la réponse. Ce dispositif ne permet toutefois pas de préserver l'intimité du patient. Seul un système d'occultation complète, avec ouverture possible après échange avec le patient, concilierait respect de la dignité et sécurité.



*Photographie, jointe à la réponse au rapport provisoire, du dispositif occultant mis en place*

Les CI sont uniquement équipées d'un lit en fer scellé au sol. Des sanitaires (WC, lavabo et douche), sans porte de séparation avec la chambre, sont librement accessibles aux patients placés à l'isolement.

<sup>13</sup> Une chambre d'isolement existe également au sein de l'unité pour adolescents, cf. § 9.1.6.

À Urtxoia, une table à roulettes est amenée pour les repas ; à l'UCI, un plateau à pieds en mousse recouvert d'une toile plastique est directement posé sur le lit.

Les chambres sont climatisées, mais la ventilation n'est guère efficace : lorsque le patient prend une douche, de la buée recouvre les murs et les vitres de la fenêtre comme ont pu le constater les contrôleurs. Les fenêtres ne peuvent être ouvertes que par un soignant ; celle de l'UCI, qui héberge notamment les patients détenus, est barreaudée ce qui lui donne un aspect très carcéral.

Le patient peut allumer ou éteindre seul la lumière. Une horloge placée dans le sas permet de se repérer dans le temps. Les chambres sont dépourvues de bouton d'appel mural.

### RECO PRISE EN COMPTE 9

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel, accessible également lorsque le patient est contentonné sur le lit.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « Une sonnette sans fil est mise à la disposition du patient. » Une photographie est jointe à la réponse.



Chambre d'isolement d'Urtxoia

Chambre d'isolement de l'UCI

## 6.2 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SE DEROULENT MAJORITAIREMENT EN DEHORS DES ESPACES DEDIES ET LES PRATIQUES NE SONT PAS SUFFISAMMENT ANALYSEES

L'établissement ne mentionne pas la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement 2017-2021, pas plus que dans le projet médical spécifique au pôle de psychiatrie adulte.

### RECOMMANDATION 15

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

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique « *recommandation prise en compte par l'établissement* », sans aucune autre précision.

Le rapport sur les pratiques d'isolement et de contention de 2020 évoque quelques éléments de la politique du pôle pour en limiter le recours : « *prise en charge centrée sur le patient et le désamorçage de la crise chaque fois que cela est possible que ce soit à l'admission ou durant l'hospitalisation* » ; l'existence de l'équipe ACOR dont « *une des fonctions est de permettre un recours au soin le plus apaisé possible en favorisant l'alliance thérapeutique, en urgence et lors de la prise en charge pré-hospitalière* » ; l'orientation des patients « *à risque de mise en isolement* » vers l'UCI (unité fermée) sans isolement. Le rapport précise également qu'au vu des chiffres, « *la formation sur le thème des techniques de désescalade pour éviter les isolements et les contentions a été actée comme un axe prioritaire pour les professionnels du pôle de psychiatrie adulte. De même, la formation juridique à destination des personnels sera complétée par le versant isolement et contention intégrant la réforme en cours* ».

Le protocole « *Isolement et contention en psychiatrie générale* » a été modifié pour prendre en compte la réforme de l'isolement et de la contention entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>14</sup> et détaille le circuit d'information du JLD et des proches en cas de renouvellement des mesures. Ce protocole, daté de juin 2021, comporte néanmoins certaines mentions obsolètes : il évoque encore des « *prescriptions médicales* » et non des *décisions* médicales, dans le cadre d'une « *démarche thérapeutique* ». Néanmoins, il mentionne précisément les modalités de mise en œuvre et de surveillance de ces mesures.

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 surveillance est assurée, tant médicale, avec deux visites physiques par vingt-quatre heures, que soignante par les IDE. Les patients isolés ou contenus ne sont pas systématiquement vus par un médecin somaticien.

Ces surveillances sont tracées sur l'outil informatique TrakCare® mais les IDE n'étant pas, selon les informations recueillies, toujours à l'aise avec le logiciel, la traçabilité n'est pas toujours fiable. En revanche, les alternatives mises en œuvre afin d'éviter le recours à l'isolement ou à la contention ne sont pas tracées.

<sup>14</sup> Décret d'application du 30 avril 2021.

**RECO PRISE EN COMPTE 10**

Les décisions d'isolement et de contention, les alternatives mises en œuvre pour éviter ces décisions et les mesures de surveillance infirmière des patients isolés ou contenus doivent impérativement être tracées de façon exhaustive.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Les prescriptions motivées d'isolement et de contention sont tracées par le psychiatre dans le dossier informatisé du patient. La surveillance paramédicale générée par ces prescriptions est elle aussi tracée dans le dossier informatisé du patient. Le questionnaire TrakCare® mentionne les mesures alternatives mises en œuvre préalablement. Réunion de rappel des bonnes pratiques de prescription et d'usage du logiciel réalisée en 03/2022 auprès des équipes : cela a conduit à une harmonisation des pratiques. Un rappel médical concernant la traçabilité des alternatives mises en œuvre pour éviter ces décisions a été réalisé. Cet item sera contrôlé dans le cadre des revues de dossiers patients réalisées par la direction qualité.* »

Le rapport sur les pratiques d'isolement et de contention de 2020 précise : « *comme les années précédentes, une majorité de mesure est réalisée hors d'un espace dédié par manque de lieu d'isolement (2 chambres d'isolement sur 123 lits de psychiatrie). Les mesures sont alors mises en pratique dans les chambres des patients, de préférence à l'UCI* ». De fait, le rapport dénombre quatre-vingt-dix-neuf mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié (contre cinquante-sept en chambre d'isolement), soit 63 % des mesures prises hors CI. En 2021, les chiffres du registre informatisé montrent une proportion encore plus importante d'isolement hors espace dédié : en effet, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> mars, à l'UCI, sur quarante-deux mesures d'isolement, trente-deux se sont déroulées en chambre hôtelière, soit 76 %. Le manque d'espaces dédiés ne peut valablement être mis en avant puisque que la CI de l'unité Urtxoia est extrêmement peu utilisée : quatre mesures d'isolement dans cette chambre enregistrées sur une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2021 (cf. § 6.3).

L'isolement séquentiel semble largement utilisé pour des sorties le temps des repas, parfois pour de plus longues périodes ; il peut durer plusieurs jours, ce qui interroge la pertinence du maintien de la décision d'isolement. Par ailleurs, au moment de la visite, dans l'unité Aintzina, trois patients atteints de pathologies et handicaps relevant de structures spécialisées (cf. § 8.1.3), étaient en permanence isolé de façon séquentielle afin de « *ménager des séquences d'hypostimulation* ».

Comme l'isolement, la contention, s'effectue majoritairement en dehors de la chambre d'isolement. Le rapport 2020 note que sur les soixante-treize mesures de contention mécanique, trente-neuf (53 %) se sont déroulées dans un espace non dédié.

**RECOMMANDATION 16**

Les mesures d'isolement et de contention ne doivent être effectuées que dans des espaces dédiés. Les pratiques d'isolement séquentiel ne peuvent s'entendre que sur de courtes durées et non de façon récurrente ou pérenne.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Les espaces dédiés ont été réinvestis et un rappel a été réalisé. La procédure rappelle aussi ce point. L'établissement envisage la création d'une 3<sup>ème</sup> chambre d'isolement dans le plan de travaux pluriannuel.* »

La réponse apportée n'est pas adaptée à la recommandation qui ne visait pas à accroître le nombre d'espaces d'isolement mais à réduire la pratique de l'isolement et de la contention.

### 6.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE PERMET PAS UNE ANALYSE DES PRATIQUES PAR LES SOIGNANTS

L'informatisation du registre est récente (juin 2021) ; les décisions sont désormais tracées sur le logiciel TrakCare® mais les données ne peuvent être exploitées automatiquement et sont récupérées dans chaque dossier par les cadres des unités. Les informations sont ensuite retranscrites sur des tableurs *Excel*. L'outil informatique est peu fiable (des *bugs* ont été signalés aux contrôleurs), peu ergonomique et peu maîtrisé. La traçabilité demeure, de l'aveu même de plusieurs professionnels, non totalement exhaustive. Le registre édité ne comptabilise donc pas l'ensemble des mesures. En outre, certaines données, comme le statut initial du patient par exemple, sont parfois manquantes, compromettant son exploitation.

#### RECOMMANDATION 17

L'établissement doit se doter d'un registre des mesures d'isolement et de contention permettant une analyse des pratiques au plus près de la réalité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *La direction du système d'information et de l'organisation (DSIO) travaille avec le fournisseur Trakcare® pour que ce dernier puisse intégrer le registre d'isolement et contention.* »

En l'état, la recommandation est maintenue.

Les tableurs *Excel* fournis aux contrôleurs portent sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2021 (dix mois). Ces données sont parcellaires puisqu'elles n'incluent pas l'unité Urtxoa<sup>15</sup>, ne permettant pas d'avoir une vue d'ensemble, d'autant que, comme indiqué précédemment, l'enregistrement des mesures n'est pas considéré comme fiable.

Néanmoins et sous ces réserves, il ressort que sur le pôle adultes (hors Urtxoa donc), 84 patients ont fait l'objet d'une (ou plusieurs) mesure(s) d'isolement, sur 590 entrées quel que soit le mode d'admission (soins libres ou SSC). Rapporté aux seuls patients admis en soins sans consentement, soit 202 (toujours hors Urtxoa), ce sont près de 41,6 % des patients qui ont subi un isolement.

La durée moyenne des mesures d'isolement est de 72 heures, certes inférieure à la moyenne des établissements contrôlés actuellement de cinq jours, mais tout de même supérieure aux 48 heures justifiant d'un caractère exceptionnel.

Par ailleurs, 24 patients ont fait l'objet d'une décision de contention, soit 11,9 % des patients admis en SSC (hors Urtxoa).

L'analyse des tableaux communiqués aux contrôleurs fait ressortir des pratiques variables selon les unités.

<sup>15</sup> Il a toutefois été indiqué par ailleurs que la CI de cette unité n'aurait accueilli que quatre patients en isolement sur la période (dont un venant de l'USOP), pour une file active de 265 patients.



**UCI :**

Sur une file active de 209 patients présents et entrés dans le service sur la période, 75 patients (36 %) ont subi 94 mesures d'isolement, pour des durées allant de 1 heure à 2 232 heures. Si l'on fait abstraction de deux cas exceptionnels liés à des spécificités cliniques (avec des isolements de 2 232 et 2 214 heures), les isolements ont duré de 1 heure à 578 heures. La moyenne des isolements s'établit donc à 72 heures (118 heures en tenant compte des deux cas particuliers).

Les tableaux transmis ne permettent pas de préciser si ces mesures d'isolement sont réalisées dans un espace dédié mais, comme indiqué précédemment, une majorité se déroule hors CI.

Sur les 75 patients isolés, 24 ont subi 27 mesures de contention (9,5 % des patients entrés et 64 % des patients isolés). Les durées de ces contentions vont de 2 heures à 165 heures, pour une moyenne de 32 heures (22 heures en ôtant les deux cas particuliers évoqués *supra*).

Ces chiffres sont toutefois à mettre en perspective, l'UCI prenant en charge la majorité des entrants en soins sans consentement et les patients les plus instables (transférés, le cas échéant, depuis les unités sectorielles).

**Unité Aintzina**

Sur une file active de 27 patients présents et entrés dans le service sur la période, 9 patients (33 %) ont subi 16 mesures d'isolement, pour des durées allant de 18 heures à 3 622 heures en intégrant les trois patients « inadéquats » hébergés dans cette unité (cf. § 6.2 et 8.1.3), qui font l'objet de mesures d'isolement séquentiel au long cours (cumulant à eux seuls 11 457 heures<sup>16</sup> sur les 11 568 heures recensées dans l'unité).

Abstraction faite de ces situations, 6 patients de l'unité ont été isolés (sur des durées allant de 3 à 26 heures), pour un total de 111 heures.

Cette unité étant dépourvue de CI, ces mesures d'isolement ont toutes été pratiquées hors espace dédié.

Les unités **La Rhune** et **USOP** ne pratiqueraient jamais d'isolement, les patients étant transférés en tant que de besoin à l'UCI (ou à Urtxoia dans un cas).

S'agissant enfin de **l'unité pour adolescents**, il n'y est pas tenu de registre d'isolement ; la traçabilité des mesures s'effectue sur le dossier papier du mineur et la durée des mesures n'est retranscrite qu'en jours et non en heures (cf. § 9.1.6). Selon les données communiquées, neuf mineurs ont fait l'objet, sur la période considérée, d'une mesure d'isolement, pour une durée 1 jour à 9 jours.

---

<sup>16</sup> Mais il a été indiqué que, pour des raisons pratiques, le temps passé « hors isolement » n'était pas dégrèvé pour ces mesures séquentielles, gonflant artificiellement la durée des isolements.

## 7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EXISTE PAS ET LE ROLE DES REPRESENTANTS DES USAGERS EST PEU CONNU

#### 7.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

Il n'y a pas de commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) dans les Pyrénées-Atlantiques depuis 2013. L'établissement a sollicité l'agence régionale de santé en ce sens. Pour autant, plusieurs documents administratifs, tels que le livret d'accueil ou le formulaire de notification des droits, mentionnent, vainement, la possibilité de saisir la CDSP.

#### RECOMMANDATION 18

La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée de toute urgence par l'agence régionale de santé et exercer pleinement ses prérogatives de contrôle et de recours pour les patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Cette recommandation concerne l'ARS Nouvelle Aquitaine.* »

Faute de réponse de l'ARS, la recommandation est maintenue.

#### 7.1.2 La place des usagers

Conformément aux textes, une commission des usagers (CDU) est en place. Compétente pour tous les services du centre hospitalier, elle est présidée par la directrice de la qualité, et comprend une bénévole de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) parmi les représentants des usagers.

La CDU se réunit cinq à six fois par an, et présente son rapport annuel à la commission médicale d'établissement. Depuis le début de la crise sanitaire, la CDU a continué de se réunir, mais l'établissement relève toutefois une moindre présence des représentants des usagers, que ce soit dans la CDU ou dans le portage de projets.

La psychiatrie n'occupe pas une place importante au sein de la CDU, car la plupart des réclamations proviennent d'autres services. Les quelques réclamations portant sur la psychiatrie sont relatives à la perte d'effets personnels. Le délai moyen de traitement d'un dossier de réclamation est long car quelques-uns, non clôturés depuis plusieurs années, « faussent » les statistiques.

On relève toutefois qu'en septembre 2020, un rapport sur les pratiques d'isolement et de contention a été présenté devant la CDU. Ce rapport n'est relatif qu'à la psychiatrie adulte, le service des adolescents n'y a pas été intégré.

Par ailleurs, l'UNAFAM, qui représente les familles des patients en psychiatrie, tient une permanence une fois par semaine au sein du service de psychiatrie adulte. Cette permanence est très peu investie par les patients et leurs proches. L'UNAFAM, qui ne se rend pas directement dans les services, a sollicité les équipes soignantes afin qu'elles communiquent sur sa présence, sans résultat.

## RECO PRISE EN COMPTE 11

La permanence des représentants des familles d'usagers en psychiatrie adulte doit être connue des patients et de leurs proches. La communication au sein des unités sur le rôle des instances représentatives des usagers et des instances de contrôle doit être améliorée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un affichage spécifique sur les représentants des usagers a été mis en place. Ce point est aussi rappelé dans le livret d'accueil. Il en est de même pour les associations.* » Des photographies attestant de cet affichage sont jointes.

Il est toutefois regrettable que les modalités de contact des représentants des usagers renvoient au site Internet de l'établissement, auquel les patients en psychiatrie n'ont pas accès (cf. § 5.3).

### 7.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST A JOUR ET BIEN TENU MAIS NE COMPORTE PAS, NOTAMMENT, LES DATES DES NOTIFICATIONS DES DECISIONS

Les registres ou livres de la loi, l'un pour les SDRE, le second pour les soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) sont tenus par les agents du bureau des entrées. Ils ne sont pas visés par l'autorité judiciaire, bien qu'il ait été indiqué que cette dernière les a examinés au cours d'un déplacement à l'établissement effectué en 2021.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné les deux registres en cours s'agissant des deux types de mesures. Leur lecture montre qu'ils sont remplis en temps réel. Un index des patients est tenu par ordre alphabétique, permettant de retrouver facilement la mesure leur correspondant.

Les informations permettant de suivre l'évolution de la mesure de soins sans consentement sont présentes, à l'exception de la date de notification de la mesure au patient, les éventuelles mesures de protection juridique et les noms et coordonnées du mandataire. S'agissant des SDDE, tous les certificats médicaux sont reproduits, ainsi que les avis motivés, initiaux et bout de six mois. En revanche, les décisions du directeur de l'hôpital prises au-delà de six mois d'hospitalisation ne sont pas reproduites à côté des certificats médicaux.

S'agissant des hospitalisations en SDRE, les certificats médicaux et les arrêtés préfectoraux sont tous reproduits.

La date de l'audience du JLD est mentionnée de manière manuscrite sans toutefois que la décision ne soit reproduite ni que soient mentionnées les dates de notification des décisions prises et celle des droits et des voies de recours.

La date de passage en programme de soins est indiquée avec la copie du certificat médical et de la décision administrative.

## RECO PRISE EN COMPTE 12

Les livres de la loi gagneraient à mentionner les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part. Les décisions du directeur prises au-delà des six mois d'hospitalisation devraient également y figurer.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « Depuis le passage du CGLPL nous collons sur le livre de la loi les récépissés signés du patient de la notification de chaque décision du directeur et de son information sur ses droits. Les décisions du directeur sont désormais toutes collées avec le certificat médical associé et non plus seulement les décisions d'admission, de maintien à 72h et de levée. (Nous ne collons jusqu'à lors que les certificats pour les autres décisions). »

Les certificats médicaux sont bien circonstanciés mais ils ne sont pas horodatés, ne permettant pas la vérification précise du respect des délais. Les certificats médicaux, y compris les mensuels, ne comportent aucune mention quant au recueil des observations du patient. Il est indiqué à la fin de chaque certificat médical que « le patient est informé de la mesure ainsi que de ses droits ».

## RECOMMANDATION 19

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

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « Les certificats médicaux d'admission sont horodatés, en revanche, le cadre réglementaire ne prévoit pas l'horodatage des décisions administratives. »

La recommandation n'est donc que partiellement prise en compte.

## 7.3 LE CONTROLE DU JLD GENERE TRES PEU DE CONTENTIEUX RELATIVEMENT AUX MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT ET, POUR LE MOMENT, AUCUN EN MATIERE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

### 7.3.1 Le contrôle des mesures de soins sans consentement

Les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) ont lieu deux fois par semaine, le mercredi et le vendredi, en fonction des dates d'admission et du nombre de dossiers. Elles se tiennent sur site, dans une salle de réunion située au rez-de-chaussée du bâtiment de psychiatrie. Tous les lundis, le bureau des admissions informe le JLD ainsi que les cadres de chaque unité des personnes qui seront convoquées pendant la semaine.

L'avis motivé est toujours rendu au minimum sept jours après l'hospitalisation. Le JLD reçoit les dossiers en version numérisée trois ou quatre jours avant l'audience par le biais d'une messagerie cryptée. Le bureau des entrées notifie les convocations aux patients en se rendant directement dans les services. Il est rare que les convocations soient remises plus de quarante-huit heures à l'avance aux patients. Elles sont envoyées par courrier au tiers dans le même délai et, bien souvent, réceptionnées le jour de l'audience ou le lendemain. Il est rare qu'un médecin indique un état de santé non compatible avec la présentation devant le magistrat.

Les avocats convoqués à l'audience sont ceux qui font partie de la permanence pénale. Ils ne sont pas nécessairement portés volontaires pour traiter de cette matière et tous ne sont pas formés au contentieux relatif aux hospitalisations sous contrainte, bien qu'une formation existe. Certains avocats viennent rencontrer les patients la veille de l'audience, dans les différents services. Cette pratique, rare, mérite d'être soulignée.

Les contrôleurs ont pu assister à une audience du JLD, au cours de laquelle les situations de cinq patients ont été examinées. Le JLD appelle les patients un à un, service après service, ce pour éviter de les faire attendre. Un infirmier ou deux les accompagnent, selon les cas.

Les patients ont été invités à s'exprimer sur leur mesure d'hospitalisation, que certains contestaient. Ils ont indiqué être bien traités dans les services, élément qui revient d'une audience à l'autre. En revanche, il arrive qu'ils déplorent ne pas voir le médecin assez souvent. Dans quelques cas, le JLD a également interrogé les soignants. Le JLD a prononcé le maintien de l'hospitalisation de tous les patients qui lui ont été présentés.

Un patient s'est présenté en pyjama (personnel), trop petit, faisant apparaître une partie de son abdomen. Il a été indiqué au contrôleur qu'il arrive régulièrement que des patients aillent à l'audience en pyjama.

### RECO PRISE EN COMPTE 13

Les patients doivent être présentés devant le juge des libertés et de la détention dans des conditions dignes. Il n'est pas admissible qu'ils se rendent à l'audience en pyjama.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un stock de vêtements de prêt est constitué pour les patients dépourvus de trousseau ; des dispositions sont prises pour que les patients soient en tenue de ville (sauf refus de leur part).* »

Les ordonnances sont rendues sur le siège et communiquées directement au patient. En cas de délibéré, fait rare, la décision est transmise à l'établissement par voie électronique. Il a été indiqué que les patients contestaient peu les mesures d'hospitalisation.

En 2021 il y a eu trois décisions de mainlevée, deux par le JLD et une par la Cour d'appel. En cas de mainlevée, le JLD décale l'exécution de la mesure de vingt-quatre heures, afin de permettre aux médecins de mettre en place un programme de soins le cas échéant.

#### 7.3.2 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Depuis la première loi sur le contrôle judiciaire de l'isolement et la contention, une adresse électronique a été créée afin que les médecins communiquent les mesures d'isolement et de contention au service du JLD. Les protocoles de l'hôpital ont été modifiés et actualisés pour organiser l'information systématique du juge. Un formulaire dénommé « procès-verbal demande en justice formée par déclaration verbale » a été mis en place pour recueillir la volonté du patient isolé ou contenu de saisir le JLD. Au moment de la visite, aucune requête en contestation d'une mesure d'isolement ou de contention n'avait encore été formée.

En revanche, le placement à l'isolement des mineurs, qu'il s'agisse d'un jeune hospitalisé dans le service de pédopsychiatrie ou d'un jeune hospitalisé dans un service pour adultes, n'est jamais signalé au JLD, au motif que ces patients, considérés comme étant en soins libres, échapperaient au contrôle prévu par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

## RECOMMANDATION 20

Les décisions de placement à l'isolement et de contention doivent être signalées au JLD, quel que soit l'âge du patient concerné. La loi doit être interprétée de façon protectrice à l'égard des mineurs.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Le JLD, saisi sur cette question, indique que le cadre légal des mesures d'isolement et contention ne concerne que les mineurs en SDRE. Les autres publics ne relèvent pas de sa compétence.* »

En l'absence de réponse du président du TJ, destinataire du rapport provisoire, la recommandation est maintenue.

## 8. LES SOINS

### 8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES N'INTEGRENT PAS SUFFISAMMENT LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES POUR LES PATIENTS ENFERMES

#### 8.1.1 L'organisation psychiatrique au sein de l'établissement

Le projet médical d'établissement (2017-2021) développe prioritairement, concernant la psychiatrie, la création d'une filière géronto-psychiatrique associant consultations psychogériatriques, équipe mobile de psychogériatrie, et lits de psychogériatrie en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en unité de soins longue durée (USLD).

En matière de pédopsychiatrie, le projet médical d'établissement prévoit de maintenir son positionnement fort en matière de prise en charge des troubles autistiques.

Ces documents n'abordent donc pas le patient en tant que sujet de droits ni la problématique de l'enfermement, de l'isolement et de la contention. Seul le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) 2019 – 2023, signé le 31 décembre 2018 entre l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine et le CHCB, décline l'objectif d'améliorer la pertinence des soins et des prescriptions par le suivi du nombre de mesures d'isolement et de contention prises. Il décline également l'objectif de contribuer à la promotion à la santé de la population par le suivi de la « participation des patients à leur prise en charge (formation, pair-aidance) » ; celui de « développer le virage ambulatoire » en suivant la « part de la file active en ambulatoire en psychiatrie générale dans la file active totale de l'établissement en psychiatrie générale » ; et, enfin, l'objectif d'« assurer la performance interne/organisationnelle de l'établissement » suivi par l'indicateur « taux d'occupation des unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie générale. »

#### 8.1.2 Les pratiques psychiatriques

Au sein de tous les services, les patients bénéficient d'entretiens réguliers et fréquents avec un médecin psychiatre. Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et un médecin est toujours présent en journée dans les unités.

Au moment du contrôle, un des médecins psychiatres (de psychiatrie adulte) était d'astreinte la nuit et le week-end sur l'ensemble de la psychiatrie, des urgences et des services de médecine du CH. Un médecin généraliste assure une garde sur place de premier niveau. À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'astreinte psychiatrique est remplacée par une garde sur place, alors que la garde de médecin généraliste est supprimée la nuit et le dimanche (SOS médecins sera mobilisé en cas de besoin d'avis somatique). Les pédopsychiatres restent quant à eux en astreinte ; ils interviennent, aux urgences, pour toute personne de moins de dix-huit ans.

Des réunions cliniques se tiennent régulièrement chaque matin ou chaque semaine dans toutes les unités, associant l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, psychologues, infirmiers.

Les tâches des IDE sont déterminées chaque matin et tiennent compte des affinités des uns et des autres ; cependant, faute d'organisation formalisées, la surveillance comme le développement d'activités pour les patients au sein de l'unité ne sont faites que par défaut lorsque les autres tâches sont terminées. Les consultations de psychiatre s'effectuent, majoritairement en présence d'un infirmier.

Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient d'un temps dédié. Des réunions associent régulièrement les équipes intra et extrahospitalières pour préparer les sorties des patients.

Des réunions de bureau de pôle pour aborder le fonctionnement des services se tiennent régulièrement et associent le chef de service, les cadres de santé, le directeur adjoint, le médecin DIM, deux IDE et un psychologue. L'unité Aintzina a également instauré une réunion institutionnelle de service chaque mois avec tous les soignants.

Selon les unités, il n'y a pas toujours de réunion formelle abordant entre soignants des cas cliniques complexes.

Le projet de soins individualisé, discuté lors de réunions collégiales, n'est pas formalisé en tant que tel mais uniquement consigné dans le dossier médical informatisé du patient. Seule l'unité Aintzina établit un projet de soins écrit et signé par le patient.

Il n'y a pas de réunions soignants-soignés sauf en pédopsychiatrie et, une fois encore, à l'unité Aintzina. Au sein de cette unité, ces réunions, animées par la psychologue et un infirmier, sont appelées « réunions de convivialité » et sont ouvertes à tous les patients volontaires ; des comptes rendus sont établis.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale et des consultations de patients avec leur famille sont réalisées.

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

Le projet médico-soignant du pôle de psychiatrie, s'il n'aborde pas clairement le fonctionnement des unités intra hospitalières, mentionne le souhait de réduire les hospitalisations au long cours en développant l'offre d'appartements thérapeutiques et de places en hôpital de jour.

Au moment du contrôle, trente-six patients étaient hospitalisés au long cours (plus de 270 jours) dont vingt-deux à Aintzina, six à Urtxoia, quatre à la Rhune et quatre à l'USOP.

Le travail réalisé sur l'offre de prise en charge à l'issue d'un séjour tend à limiter les situations de personnes maintenues en hospitalisation par défaut de structures adaptées. Néanmoins, trois patients étaient, au moment du contrôle, hospitalisés au sein d'un service de psychiatrie (Aintzina) alors même que leurs besoins de santé relèvent d'autres prises en charge. Ces personnes, qui sont enfermées dans leur chambre par séquences pluri-quotidiennes (avec un renouvellement quotidien de ces mesures d'isolement hors espace dédié, enregistrement sur le registre *ad hoc* et information du JLD), n'accèdent pas aux prises en charge spécifiques à la réhabilitation psycho-sociale dont elles pourraient bénéficier dans des établissements sociaux et médico-sociaux.



**RECOMMANDATION 21**

Tout doit être mis en œuvre pour obtenir le transfert, dans des établissements plus adaptés, des personnes relevant de prises en charge médico-sociale, actuellement accueillies au sein de l'unité Aintzina. Dans cette attente, les tutelles doivent affecter du temps d'éducateur dans cette unité pour contribuer à leur prise en charge.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Le PTSM<sup>17</sup> prend en compte le besoin en lits médico-sociaux en aval (mis en avant lors du diagnostic territorial et repris dans les fiches actions). Ce besoin a été confirmé par les recommandations de l'observatoire au long court. Les recrutements d'éducateurs en complément des effectifs actuels nécessitent des réévaluations budgétaires. Cette recommandation concerne l'ARS Nouvelle Aquitaine.* »

En l'absence de réponse de l'ARS, la recommandation est maintenue.

**8.1.4 Les activités occupationnelles et thérapeutiques**

Le service intersectoriel Etxola est une équipe pluri-professionnelle dont la mission est la mise en œuvre d'activités thérapeutiques individuelles ou groupales, pour l'ensemble des patients du pôle de psychiatrie adulte hospitalisés en hospitalisation complète ou en hôpital de jour.

Ce service permet des approches médiatisées (art thérapie, jeux, cafétéria, activités physiques), des ateliers de réhabilitation (psychoéducation, remédiation cognitive, habiletés sociales, autonomie à la vie quotidienne, ergothérapie, sorties) et des soins de dynamisation et de soutien pour les patients hospitalisés au long cours.

Les activités sont développées au profit des patients hospitalisés des unités autres que l'UCI (où une ergothérapeute intervient une demi-journée par semaine). Le service prend également en charge des patients du secteur en hôpital de jour (sept places) ; toutefois, depuis la pandémie et l'impossibilité de prendre en charge les patients pour le repas de midi, les activités sont plutôt de type centre d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

L'équipe compte 1,5 ETP d'IDE, 1,5 ETP d'ergothérapeute, 1 ETP de psychomotricien, 1 ETP d'aide-soignant art thérapeute. Depuis 2020, l'équipe est dotée également d'un temps de psychiatre (0,1 ETP) et d'1 ETP de neuropsychologue. Le temps médical est manifestement insuffisant pour encadrer et conceptualiser une réelle prise en charge de réhabilitation psycho-sociale pour tous les patients le nécessitant. Par ailleurs l'absence de cadre de santé affecté spécifiquement à l'animation de l'équipe empêche le développement d'une prise en charge organisée et harmonisée telle que décrite dans le projet de service daté de juin 2021.

Enfin, l'équipe dispose d'espaces dans le bâtiment du site Bellevue mais qui sont trop exigus aux dires des soignants, ceux-ci devant trouver des salles éparpillées sur le site.

L'indication médicale de participer à ces activités est posée par le psychiatre sur la base d'une fiche renseignée par le service ; un thérapeute rencontre le patient pour établir un programme de prise en charge avec lui. Les bilans et évaluations sont, sauf quelques exceptions, renseignés sur le dossier informatisé du patient par les thérapeutes et intégrés au projet de soins. Il y aurait une liste d'attente de patients ne pouvant être pris en charge mais elle n'est pas connue de tous les thérapeutes. Très curieusement, le projet de service indique qu'« *en aucun cas, les soins dispensés au sein de l'HDJ-Etxola ne peuvent être inclus dans un programme de soin sous*

<sup>17</sup> PTSM : projet territorial de santé mentale.

*contrainte* », alors même que seule la clinique doit permettre d'exclure ou de différer l'accès à ces soins.

Il n'y a pas de bilan d'activité par patient mais un récapitulatif global recense, en 2020, 1 081 actes de kinésithérapie, 897 actes d'ergothérapeutes, 333 actes infirmiers, 305 actes de psychomotricien et 3 actes d'art-thérapeute.

Au moment du contrôle, l'activité de la semaine comprenait : mosaïque, marche, cafétéria, bilan d'ergothérapie, multi-sports, psychomotricité, psychoéducation, estime de soi, sortie autour de l'art, réhabilitation culture, piscine, le tout ayant concerné trente-quatre patients dont deux au titre de l'HDJ.

Il n'y a pas de planning de toutes les activités proposées affiché dans les services ou diffusé et seul un programme est donné en individuel au patient après organisation par les thérapeutes.

Concernant les personnes en soins sans consentement, les activités thérapeutiques ne sont pas suffisamment intégrées au projet de soins et le sont tardivement le cas échéant. En outre, les patients de l'unité fermée UCI sont exclus de ces activités ; ils ont rapporté s'ennuyer et bénéficier trop peu des installations thérapeutiques.

## RECOMMANDATION 22

Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent pouvoir bénéficier à tous les patients quel que soit leur statut juridique et leur unité d'hospitalisation, être diversifiées et intégrées dans le projet de soins des patients dès que possible.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB se contente d'indiquer : « *Recommandation prise en compte par l'établissement* » sans autre élément.

Au-delà de ce qui est proposé à Etxola, une plateforme d'activité physique adaptée a été mise en place au sein du CHCB sur le site de Saint-Léon mais les patients de psychiatrie n'y ont pas accès.

Une cafétéria existe au rez-de-chaussée du service de psychiatrie. Elle est accessible à la plupart des patients (sauf ceux de l'UCI) et est animée par un soignant et un patient et dans le cadre d'une activité thérapeutique. Cette cafétéria n'est cependant ouverte que durant quarante-cinq minutes (de 12h30 à 13h15) du lundi au vendredi.

Comme indiqué précédemment, les patients avaient aussi accès, midi et soir, au self de l'établissement, soit seuls soit accompagnés dans le cadre de repas thérapeutiques, mais cette possibilité a été supprimée compte tenu des mesures sanitaires mises en place depuis la pandémie de Covid.

Au sein des unités, il n'y a que peu d'activités occupationnelles en dehors du salon de télévision. Par manque de disponibilité, la ressource que constituent les compétences et le volontarisme affiché de beaucoup de soignants est sous utilisée. Toutes les unités du pôle disposent d'un budget pour les activités (repas thérapeutiques, sorties, expositions, etc.) mais insuffisant : 1 000 euros par an pour Etxola l'unité des activités thérapeutiques et entre 150 et 400 euros pour les autres unités. Des financements ponctuels peuvent toutefois être débloqués pour des projets spécifiques.

Enfin, la continuité des activités thérapeutiques est prise en charge par les équipes extra hospitalières avec des accompagnements possibles des patients dans leur futur lieu de prise en charge.

**RECOMMANDATION 23**

Des activités thérapeutiques et occupationnelles, qui contribuent pleinement aux soins psychiatriques et pour lesquelles des ressources existent parmi les soignants, doivent être mises en place au sein des unités, *a fortiori* lorsque les patients ne peuvent accéder aux activités proposées en dehors.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Un travail de réflexion est actuellement mené par l'équipe médico-soignante afin d'élaborer deux projets d'activités thérapeutiques : cuisine et peinture. Cependant ces projets requièrent des moyens financiers et humains supplémentaires pour l'UCI. Mise en place d'un atelier esthétique. Achat de jeux de société pour des activités occupationnelles. Intervention de la kiné 1 fois par semaine pour une activité "gym douce". Réflexion en cours dans le projet de service de l'UCI (intégration des ateliers thérapeutiques). Intervention 2 fois par semaine d'une psychologue.* »

Partiellement prise en compte, la recommandation est maintenue.

**8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES A MINIMA MAIS LES PRESCRIPTIONS DE TRAITEMENTS NE FONT PAS L'OBJET D'UNE VALIDATION PHARMACEUTIQUE****8.2.1 Les soins somatiques**

Les soins somatiques sont dispensés au sein de toutes les unités d'hospitalisation complète par trois médecins généralistes pour un total de 2,5 ETP.

Les urgences survenant la nuit et le week-end sont assurées par le généraliste de garde et le psychiatre d'astreinte. Comme indiqué précédemment, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, les psychiatres de psychiatrie adulte seront de garde sur place et appelleront, le cas échéant, le centre 15 pour les problèmes somatiques afin de mobiliser SOS médecins (cf. § 8.1).

Outre une consultation systématique de toutes les admissions (dans les vingt-quatre à quarante-huit heures), le médecin généraliste répond aux demandes d'examens dans les services d'hospitalisation mais ne vient pas examiner les patients admis en chambre d'isolement sauf demande du psychiatre.

Il s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place. Il travaille avec la diététicienne du centre hospitalier pour le suivi nutritionnel. Il ne peut assurer, faute de temps et sauf signe d'appel, le suivi des dépistages populationnels comme celui du cancer du sein ou du colon. Il ne peut pas non plus développer de séances d'éducation à la santé ni participer aux staffs cliniques.

**RECOMMANDATION 24**

Le temps de somaticiens affectés aux services de psychiatrie doit permettre l'exercice de toutes leurs missions. Une organisation pérenne doit être mise en place pour que la réforme de la garde psychiatrique et la baisse subséquente des moyens en médecins généralistes, ne se fasse pas au détriment de la continuité des soins somatiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « Une garde psychiatrique a été mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2022. La permanence somatique est réalisée en journée 7 jours/7 par un somaticien du service. En dehors de ces horaires, les psychiatres et les médecins du service des urgences assurent la continuité des soins somatiques, le cas échéant. La procédure interne est en cours de réactualisation. Les appels à candidatures pour des somaticiens sont toujours en cours. »

En l'absence de garantie quant à la continuité des soins somatiques dans leur globalité, la recommandation est maintenue.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés dispensés au sein du CH. Aucune difficulté en la matière n'est rapportée. Un dentiste est présent sur site et permet des prises en charge rapidement. Un kinésithérapeute est également disponible au sein des unités de psychiatrie.

Les soins d'addictologie sont dispensés par le service d'addictologie qui dispose de médecins, psychologue et infirmiers, et d'une d'équipe de liaison et de soins en addictologie pouvant apporter aux équipes soignantes un appui spécialisé sur ces questions.

### 8.2.2 La délivrance des traitements

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par dix pharmaciens (10 ETP) pour l'ensemble de l'établissement y compris ses établissements médico-sociaux. Il y a deux internes en pharmacie et un externe. Un pharmacien est plus spécifiquement en charge du secteur de psychiatrie (parmi d'autres missions). Les pharmaciens assurent à tour de rôle une astreinte la nuit et le week-end.

Le rapport de certification de 2019 mentionnait à ce sujet : « il a été constaté des prescriptions manuscrites papier de médicaments ne mentionnant pas tous les éléments nécessaires notamment l'absence de la forme galénique et du dosage ; ces omissions peuvent induire des risques d'interprétation par les IDE et engendrer des erreurs d'administration. »

Au moment du contrôle, l'analyse pharmaceutique des prescriptions n'est réalisée que pour une liste de médicaments préétablie à surveiller en particulier. L'informatisation du dossier patient et du logiciel de prescription permet la réalisation d'analyses pharmaceutiques de niveau 2 : le pharmacien a accès à l'ensemble des données médicales du patient (biologie, observations médicales, antécédents, traitement habituel) ; seuls certains services (mais pas ceux de psychiatrie) ont des pharmaciens cliniciens présents aux côtés des équipes médicales et soignantes, permettant une analyse pharmaceutique de niveau 3 (rencontres avec le patient) et le développement de la conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie.

#### RECOMMANDATION 25

Les effectifs de pharmaciens doivent permettre une validation pharmaceutique de toutes les ordonnances délivrées aux patients de psychiatrie ainsi que le développement de séances d'éducation thérapeutique et de conciliation médicamenteuse.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « L'effectif de pharmaciens est suffisant pour assurer une validation pharmaceutique des molécules à risques. Actuellement il n'y a pas de temps dédié à l'éducation thérapeutique ni à la conciliation médicamenteuse. Réflexion institutionnelle conduite sur l'augmentation du temps de pharmacien. »

L'informatisation récente des services de psychiatrie ne permet pas de connaître l'activité pharmaceutique réelle (pourcentage des prescriptions bénéficiant d'une validation pharmaceutique, pourcentage faisant l'objet d'une intervention, nombre de refus de médecin sur les demandes de modifications des pharmaciens).

Dans le logiciel Trakcare® et pour les médicaments faisant l'objet d'un suivi, la fiche d'intervention thérapeutique n'est pas spontanément visible du psychiatre, ce qui oblige les pharmaciens à téléphoner aux médecins. Les prescriptions aux urgences sont toujours sous forme papier.

Une commission des produits de santé se réunit tous les mois, animé par un pharmacien en présence des médecins dont un psychiatre et d'un cadre de santé de psychiatrie.

### 8.3 LA SORTIE DES PATIENTS EST PREPAREE MAIS LE PREFET REFUSE DES SORTIES ET DES PROGRAMMES DE SOINS SUR LA BASE DE MOTIVATIONS IRRECEVABLES

#### 8.3.1 La préparation de la sortie

La sortie est préparée par la délivrance de permissions de sortie, d'une durée de moins de douze heures accompagnées ou de moins de quarante-huit heures non accompagnées.

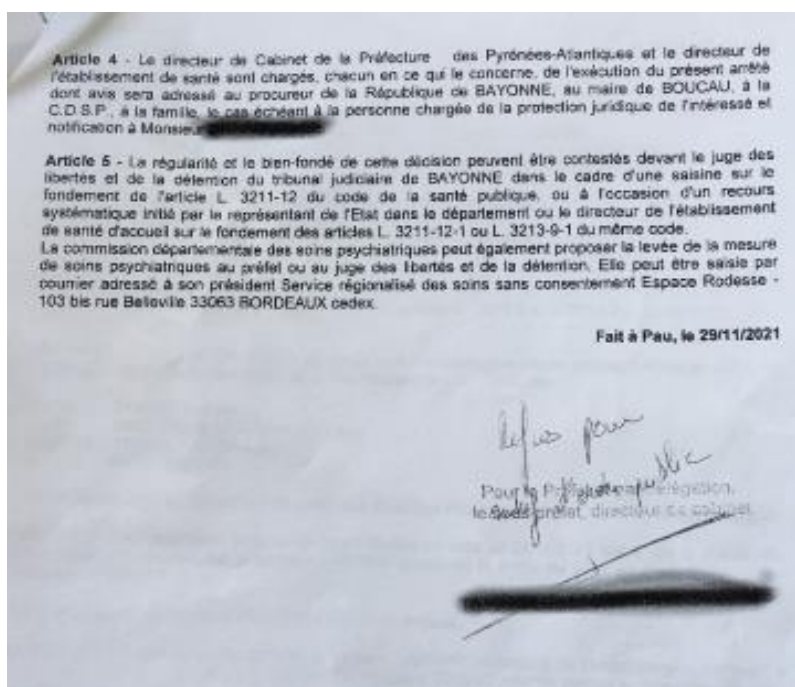
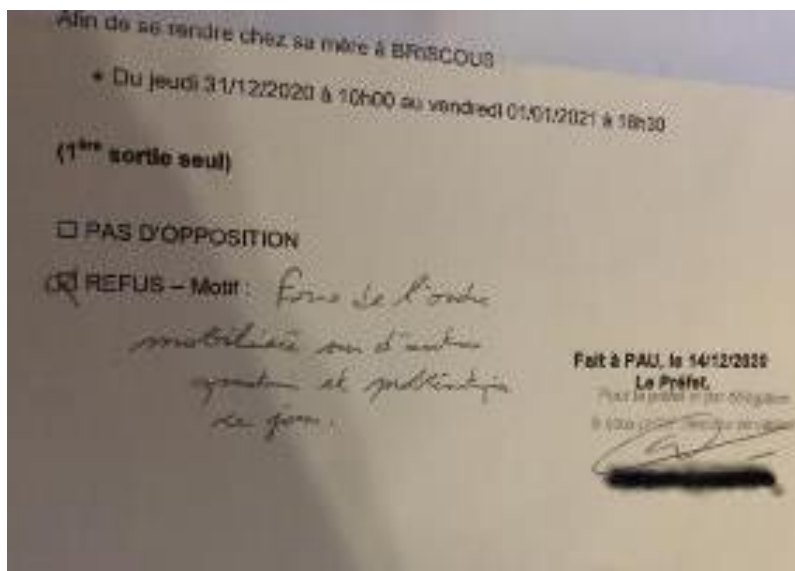
Toutefois, s'agissant des patients admis en SDRE, ces sorties suscitent un refus systématique de l'autorité préfectorale depuis plus d'une année pour des motivations liées à l'absence de force de sécurité disponible (« *force de l'ordre mobilisée sur d'autres opérations et problématiques du jour* »). Des demandes de transformations de la mesure d'hospitalisation complète en programme de soins ont également fait l'objet d'un refus pour un motif sibyllin et hors de propos (« *refus pour motif d'ordre public* »). Or il ne peut y avoir de lien entre des troubles à l'ordre public ponctuels et l'installation d'un programme de soin individuel ne nécessitant aucune force de l'ordre.

#### RECOMMANDATION 26

Les demandes de sorties extra hospitalières ou de mise en place de programmes de soins, sollicitées par les médecins psychiatres pour des patients en soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) et motivées par des considérations cliniques favorables, ne peuvent être refusées par l'autorité préfectorale pour des motifs de gestion des forces de l'ordre sans rapport avec la situation individuelle du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Cette recommandation concerne le Préfet.* »

En l'absence de réponse de ce dernier, destinataire du rapport provisoire, la recommandation est maintenue.



Les autorisations de sorties relevant de la décision du directeur de l'établissement (SDT, SDTU, SPI), sont compliquées par le fait que les demandes doivent être déposées avant 13h, pour des considérations de circuit de signature (note de service du 12 octobre 2021). Cela empêche une réactivité à des besoins spécifiques de certains patients, pour des rendez-vous à honorer par exemple.

Il en est de même pour les transformations d'hospitalisation complète en programme de soins pour les patients en SDT, SDTU et SPI : si un médecin établit un certificat médical en ce sens après 13h, la décision du directeur ne sera signée que le lendemain, différant d'autant la levée d'hospitalisation et privant abusivement un patient de sa liberté en prolongeant une hospitalisation sous contrainte qui n'est plus justifiée par des conditions cliniques.

#### RECO PRISE EN COMPTE 14

Les décisions du directeur relatives aux autorisations de sortie ou aux transformations d'hospitalisation complète en programmes de soins doivent être signées en temps réel dès la production du certificat médical.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *En plus de la signature en personne une fois par jour, nous effectuons de multiples envois dans la journée dès production d'un quelconque certificat mentionné pour une signature électronique immédiate de la direction.* »

Afin de préparer le passage vers l'ambulatoire, les équipes de l'extra hospitalier viennent assister à certaines réunions cliniques ou de synthèse en unité.

Les programmes de soins sont tous extra-hospitaliers et respectent les dispositions légales. Ils sont utilisés comme de réelles alternatives à l'hospitalisation.

#### 8.3.2 L'accompagnement de la sortie

La sortie du patient est accompagnée par les assistants sociaux du service qui se montrent disponibles et impliqués. Outre leur aide dans l'exercice de démarches administratives et l'organisation de visites à domicile, ils œuvrent à permettre le maintien à domicile des patients sortants ou recherchent des places dans des structures médico-sociales de prise en charge d'aval. Ils sont cependant confrontés à un manque de places dans les structures sociales et médico-sociales, notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les maisons d'accueil médicalisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) (cf. § 8.1.3).

Les tuteurs, curateurs et familles sont associés le plus étroitement possible, de même que les CMP de rattachement.

Le collègue des professionnels se tient dans les délais réglementaires, y compris avec des cadres de l'extra-hospitalier lorsque le patient est en programme de soins ; un des psychiatres voit le patient et lui explique que sa situation va être examinée par le collègue.

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 L'UNITE POUR ADOLESCENTS PROPOSE UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE MAIS SOUFFRE D'UNE EQUIPE SOIGNANTE PEU STABLE, D'UN DEFICIT DE PERSONNEL MEDICAL ET D'UN ETAYAGE MEDICO-SOCIAL DEFAILLANT

L'unité pour adolescents, créée en 2009, fait partie du pôle mère-enfants. Elle se situe sur un site à proximité de l'hôpital Saint-Léon et à une dizaine de minutes en voiture du site de Cam de Prats (unités pour adultes). Ce choix, salué par l'équipe, vise à éviter de stigmatiser la pédopsychiatrie en l'assimilant à la psychiatrie pour adultes. L'unité fait partie d'un ensemble qui comprend également un centre médico-psychologique pour enfants ainsi qu'un hôpital de jour. Une équipe mobile destinée à soutenir les foyers de l'aide sociale à l'enfance (ASE) était en cours de création lors de la visite.

L'unité des adolescents accueille des jeunes de douze à dix-huit ans. Un enfant de dix ans était exceptionnellement présent parmi l'effectif au cours de la visite, placement pour lequel l'ARS avait donné son accord. Les hospitalisations en lien avec des troubles psychiatriques classiques sont rares. La plupart des enfants connaissent une situation sociale et/ou familiale dégradée. Plus marginalement, des troubles de type autistique ou un handicap mental peuvent être à l'origine d'un séjour au sein de l'unité.

Ces deux dernières années, les enfants venus de l'ASE représentent 28 % des hospitalisations. L'impact de la pandémie du Covid-19 est décrit comme important avec davantage de placements et de demandes d'hospitalisations. Les données sur les années antérieures n'ont pas été communiquées.

#### 9.1.1 Le personnel

L'équipe de l'unité est composée de la façon suivante :

- 0,7 ETP de psychiatre ;
- 1 ETP de psychologue ;
- 0,5 ETP de cadre de santé ;
- 16,8 ETP d'infirmiers diplômés d'état ;
- 0,5 ETP de psychomotricien ;
- 1 ETP de moniteur-éducateur ;
- 0,25 ETP d'assistante sociale ;
- 4 ETP d'agents de service hospitalier ;
- 0,5 ETP d'assistante administrative.

En novembre 2020, une agression commise par trois jeunes sur le personnel a marqué l'unité. Qualifié de « *mutinerie* », cet événement a provoqué le départ de 80 % des soignants ainsi que de la cadre du service. Cette dernière devait être remplacée de manière pérenne en février 2022, à la suite d'une année d'intérim, dont une période assurée par la cadre supérieure de pôle. Cet événement a renforcé le sentiment d'insécurité de l'équipe, alimenté par l'éloignement géographique de l'unité. Pour y pallier, aux deux infirmiers du matin et de l'après-midi a été ajouté un poste de journée, qui n'est pas toujours couvert en fonction des absences. Par ailleurs, l'équipe de soignants, jeunes et qui n'avaient pour la plupart pas exercé auparavant en



psychiatrie, a bénéficié d'une formation de deux jours, également suivie par les autres membres du personnel.

L'équipe soignante se réunit pour les transmissions deux fois par jour. Un staff et une synthèse ont lieu une fois par semaine, permettant des échanges pluridisciplinaires.

### 9.1.2 L'admission des patients

La plupart des admissions proviennent des urgences. Une astreinte, assurée par sept pédopsychiatres, fonctionne jour et nuit, permettant dans la plupart des cas d'effectuer un examen en vue ou non d'une admission en pédopsychiatrie. Les autres hospitalisations, en provenance de la psychiatrie de ville ou du CMP, sont programmées.

La majorité des admissions sont réalisées à la demande des représentants légaux (94 % des cas entre 2019 et 2021). Dans une minorité de cas, le juge des enfants décide l'hospitalisation de l'adolescent au moyen d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) (6 % des cas).

Lorsque l'hospitalisation est décidée à la demande des représentants légaux, l'autorisation des deux parents est recherchée. Bien que légale, cette démarche questionne parfois les soignants, quand il s'agit par exemple de contacter un père violent, en rupture de liens depuis des années et vivant loin : « *on se demande ce qu'on provoque en allant rechercher un père toxique* ».

Tous les jeunes ne sont pas volontaires pour se faire hospitaliser, mais, en l'absence de texte, il n'y a pas de dispositif leur permettant de l'exprimer de manière officielle. L'équipe recherche l'adhésion du jeune à son hospitalisation, faute de quoi il est indiqué qu'elle sera inutile. Les règles de vie sont signées par le jeune ainsi que par ses parents. Un exemplaire simplifié de ces règles est laissé au patient.

Un inventaire des effets personnels est réalisé, et les effets qui ne sont pas laissés aux jeunes (certains vêtements, le téléphone, les produits de toilette comprenant des sprays, les objets coupants, etc.), sont laissés à la bagagerie ou dans le bureau infirmier.

Un test à la COVID-19 doit être réalisé avant l'intégration dans le service. Dans le cas contraire, le jeune doit rester en chambre, non fermée à clé, dans l'attente du résultat.

### 9.1.3 Les locaux

Les locaux sont clairs, colorés et bien entretenus, contrastant avec ceux de la psychiatrie adulte. L'unité comprend un salon détente, avec un poste de télévision, une bibliothèque et des fauteuils. Il y a également une petite salle de sport avec quelques machines et une salle d'activités destinée à des travaux manuels. Il n'y a pas de salon pour les visites familiales, qui se tiennent dans la salle de restauration.



*La bibliothèque et la salle de détente*

Le poste infirmier a une position centrale par rapport aux chambres. Il donne directement sur la chambre d'isolement par l'intermédiaire d'une porte percée d'un fenestron.

Les chambres sont spacieuses et propres. Elles ne peuvent pas être fermées de l'intérieur, ce qui peut provoquer un sentiment d'insécurité chez certains jeunes, notamment victimes d'agression sexuelle. L'ameublement se compose d'un lit, d'une table de nuit, d'une armoire ne fermant pas à clé, d'une table et d'une chaise. La fenêtre, dont l'ouverture est restreinte, est recouverte de bandes opacifiantes. La salle d'eau dispose d'un revêtement anti-dérapant ; elle est équipée d'un lavabo surmonté d'un miroir, d'un WC, et d'une douche dont le pommeau est fixe. Il n'y a aucune étagère pour entreposer les produits d'hygiène.



*Une chambre et une salle de bain*

## RECOMMANDATION 27

Les chambres de l'unité pour adolescents doivent être équipées d'un verrou de confort ainsi que d'étagères dans la salle de bain.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB se contente d'indiquer : « *Recommandation prise en compte par l'établissement* », sans aucun autre élément.

### 9.1.4 Les règles de vie et restrictions aux libertés

La porte du service est fermée à clé.

La porte permettant d'accéder au jardin est fermée, ce dernier n'est accessible qu'en présence d'un soignant.

Après le déjeuner, un temps en chambre de deux heures est imposé à tout le service, quel que soit l'âge et la durée d'hospitalisation. La salle de détente est fermée pendant ce temps de retrait en chambre.

À l'arrivée, les contacts avec la famille sont interdits pendant quarante-huit heures. Les parents peuvent joindre le service. Puis, les appels téléphoniques ainsi que les visites sont médiatisés, un IDE est toujours présent sauf rares exceptions, généralement en fin de prise en charge. D'après les règles de vie, les appels sont limités à quinze minutes par jour afin que tous les adolescents puissent contacter leur famille de façon quotidienne. En pratique, la durée est adaptée. Des visites sans présence de soignants sont possibles dans le parc de l'établissement, sous la forme de permission signée par les parents. Des week-ends en famille peuvent être autorisés.

Le téléphone portable est interdit, de même que les lecteurs de musique, ordinateurs, ou tout autre objet électronique. Un réveil peut en revanche être prêté par l'équipe soignante. De la musique est accessible sur un ordinateur de l'unité, mais le choix est considéré comme limité par les jeunes.

Le tabac est strictement interdit. Pour les fumeurs, cette mesure est difficilement compréhensible : « *on doit gérer nos problèmes et en plus ceux liés à une addiction* », a indiqué une adolescente. Autorisé il y a quelques années à hauteur de six cigarettes par jour, il a été indiqué qu'il générerait de nombreuses tensions.

Les règles de vie mentionnent l'interdiction des relations sexuelles. Il n'est pas permis de se rendre dans une autre chambre que la sienne. En cas de rapprochement, les règles sont rappelées aux jeunes concernés.

Le systématisme de ces interdictions est principalement justifié par « *le besoin de cadre* » ainsi que par la courte durée des séjours. Toutefois, il arrive que des séjours s'allongent pendant de longs mois (cf. § 9.1.5).

### RECOMMANDATION 28

Les restrictions à la liberté d'aller et venir et dans la vie quotidienne ne doivent pas être systématiques et uniformes ; elles doivent être justifiées par l'état clinique des patients, réévaluées et adaptées à l'âge du patient et à la durée du séjour. Le sujet du tabac doit être abordé avec l'autorité parentale.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Le soin auprès d'un groupe d'adolescents fait que les règles notamment de "circulation" doivent être homogène à l'arrivée dans le service. Les autorisations évoluent cependant inexorablement mais plus ou moins rapidement en fonction de l'état clinique et de l'âge de l'adolescent. Concernant le tabac, il s'agit d'une décision institutionnelle, interdit par la loi aux adolescents dans l'espace public, l'autoriser au sein d'un établissement de santé poserait d'autant plus question. À noter que la délivrance de substituts nicotiques dépend de l'accord parental pour les moins de 16 ans.* »

Le systématisme des interdictions, observé par les contrôleurs, oblige à maintenir la recommandation.

#### 9.1.5 La prise en charge pluridisciplinaire

Les enfants sont vus en consultation au moins une fois par semaine par le psychiatre de l'unité. La présence médicale ne permet pas un suivi plus accru, d'autant que les parents sont également reçus chaque semaine et souvent séparément. La présence régulière d'un interne, ou mieux encore d'un autre pédopsychiatre est souhaitée. Les IDE ne sont généralement pas présents lors des entretiens médicaux. Ils sont décrits comme disponibles, et effectuent des entretiens infirmiers. Ils administrent les traitements, peu nombreux.

### RECOMMANDATION 29

La présence médicale au sein du service doit être renforcée pour permettre un suivi adapté au besoin de soin.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Éléments en cours de réflexion au sein du service de pédopsychiatrie du CHCB mais aussi avec le CHU de Bordeaux, le poste d'interne de psychiatrie étant rarement pourvu.* »

La psychologue rencontre les jeunes en fonction de ce qui ressort des échanges pluridisciplinaires. Il en est de même pour l'assistante sociale, qui fait le lien avec les structures sociales, scolaires ainsi qu'avec le juge des enfants dans le cas des OPP. Elle accompagne les jeunes pour déposer plainte, comme c'était le cas au moment de la visite pour une jeune victime d'une agression sexuelle avant son hospitalisation.

Toutes les données relatives à la prise en charge sont tracées dans le dossier patient papier, il n'y a pas de dossier informatisé, ce qui ne facilite pas les échanges avec l'extérieur et la continuité des soins.

### RECO PRISE EN COMPTE 15

L'informatisation du dossier patient s'impose pour permettre une meilleure continuité des soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Aucune réticence à l'informatisation au sein du service de pédopsychiatrie, elle sera réalisée courant 2022.* »

Les activités thérapeutiques – atelier multimédia, atelier d'écriture, éveil corporel – sont obligatoires, sauf contre-indication médicale. Les jeunes hospitalisés ne peuvent suivre les activités organisées par l'hôpital de jour, sauf s'ils sont déjà suivis en son sein.

Une réunion soignants-soignés, animée par la psychologue de l'unité, permet un échange entre patients et équipe médicale sur l'organisation du service. Lors de la visite, la réunion a été consacrée à la question du tabac, vécue difficilement par deux patientes fumeuses.

### BONNE PRATIQUE 3

La réunion soignants-soignés organisée dans l'unité pour adolescents permet aux patients d'exprimer leur avis et de poser des questions sur l'organisation du service.

Il n'y a pas d'offre de scolarité en intra, l'unité se voulant tournée vers l'extérieur. Dans certains cas, des jeunes peuvent aller suivre des cours, mais la plupart du temps, les durées d'hospitalisation et l'état de santé ne le permettent pas.

Les représentants légaux sont associés de manière soutenue à la prise en charge. Les parents sont informés de l'évolution de l'état de leur enfant de manière régulière par téléphone en plus d'être reçus en entretien une fois par semaine.

La durée moyenne de séjour importante (trois semaines) s'explique par quelques prises en charge s'étalant sur plusieurs mois qui grèvent les statistiques. En effet, pour certains jeunes placés sur le fondement d'une OPP, la sortie est parfois compliquée par le déficit de structures adaptées à l'extérieur. Or l'unité n'est pas faite pour recevoir des hospitalisations aussi longues. Les « *mutins* », dont il a été question supra (cf. § 9.1.1) étaient trois jeunes dont la durée d'hospitalisation se comptait en mois (plus de six pour l'un d'entre eux), faute de structure d'aval, et dont l'hospitalisation n'avait plus de sens. Les jeunes se heurtent à une situation décrite comme très dégradée au sein de l'ASE. Pour une adolescente, il était fait recours à un logement trouvé sur Airbnb®, avec deux éducateurs en permanence à ses côtés.

#### 9.1.6 L'isolement

La procédure applicable relative à l'isolement des adolescents date du 26 novembre 2021.

L'unité comprend une chambre d'isolement, positionnée après un sas et attenante au bureau infirmier. Une surveillance visuelle depuis ce dernier est possible au travers d'un fenestron.

Elle est équipée d'un lit scellé au sol. Une grande fenêtre, recouverte d'un film opacifiant, laisse entrer la lumière naturelle. Il n'y a pas de visibilité sur une horloge. La salle de bain comprenant un WC, un lavabo et une douche, reste fermée pendant les mesures d'isolement. Seuls les soignants peuvent en donner l'accès au jeune isolé.



*Chambre d'isolement de l'unité pour adolescents*

Depuis le début de l'année 2021, il y a eu neuf mesures d'isolement. Il arrive par ailleurs que des jeunes avec des profils particulièrement complexes soient placés à l'isolement en psychiatrie adulte.

Auparavant, la durée des mesures d'isolement était reportée, uniquement par tranche de vingt-quatre heures, par le secrétariat dans le dossier administratif informatisé de chaque patient. Ces données servaient à calculer les durées d'isolement approximatives utilisées par l'unité. Un nouveau logiciel a été installé dans le bureau de la cadre, permettant de reporter de manière plus précise les données relatives à l'isolement.

### RECOMMANDATION 30

L'isolement des mineurs, hors SPDRE, est actuellement proscrit par la législation. En tout état de cause, l'isolement des mineurs doit être évité par tous les moyens. À cette fin Il est souhaitable de transformer la chambre d'isolement de l'unité pour adolescents en espace d'apaisement. En aucun cas l'isolement d'un mineur ne doit être réalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes. Son suivi doit s'exercer sous le contrôle d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie et doit donner lieu à information du JLD. Le WC et la douche doivent être libres d'accès.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB affirme, non sans aplomb, qu'« *il s'agit d'une chambre d'apaisement* ». Il ajoute toutefois : « *Recommandation prise en compte par l'établissement notamment dans le cadre de travaux internes.* »

La nature de la réponse incite à maintenir la recommandation.

## 9.2 LES PATIENTS DETENUS SONT SYSTEMATIQUEMENT HOSPITALISES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Les personnes détenues orientées par les psychiatres de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire de la maison d'arrêt de Bayonne sont exclusivement hospitalisées au sein de l'UCI en SDRE au titre de l'article L 3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D 98 du code de procédure pénale.

La prise en charge de ces patients est évoquée dans le protocole signé en décembre 2019 entre le directeur du CHCB, le procureur de République, le chef du district de sécurité publique de la côte basque et le commandant de la compagnie de gendarmerie départementale de Bayonne ; elle est régie par une procédure (interne à l'hôpital) d'« admission en hospitalisation complète des patients incarcérés (détenus, gardés à vue) relevant de soins psychiatriques », modifiée en août 2018.

Une fois l'arrêté préfectoral reçu par l'établissement, une équipe constituée d'un chauffeur et de deux soignants du service ACOR se déplace à la MA dans une ambulance équipée pour un transport couché. La procédure prévoit que le médecin sollicitant l'admission rédige « une prescription de traitement sédatif, sur laquelle il précise : la nécessité d'une escorte policière ou de gendarmerie en fonction de l'état clinique ou de l'état criminologique (...). Sans escorte, la contention sera systématiquement prescrite. » Cependant, selon les informations recueillies à l'UCI, même sans escorte, les patients détenus n'arrivent pas nécessairement attachés, en fonction de leur état d'agitation et, si une escorte est nécessaire, ils sont en revanche menottés.

### RECO PRISE EN COMPTE 16

Les modalités de transport d'un patient détenu depuis l'établissement pénitentiaire jusqu'à l'hôpital doivent être individualisées et adaptées à son état clinique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « Le transport d'un patient détenu, réalisé dans un véhicule de transport sanitaire, est adapté en fonction de son état clinique. L'escorte policière est mise en place en cas d'agitation ou de dangerosité connue du patient. »

À leur arrivée au CHCB, les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement. Si le protocole précise que « au-delà des 48 premières heures qui se passent en chambre d'isolement, le patient peut, sur avis médical, être pris en charge dans une chambre de l'UCI, autre que la chambre d'isolement », dans les faits, selon les informations fournies, elles y passent toute la durée de leur hospitalisation sauf si la chambre d'isolement est déjà occupée par une personne détenue. Cette dernière sera alors déplacée dans une des deux chambres dites « sécurisées », équipées de fenestrons et de lits scellés. Le dernier détenu hospitalisé à l'UCI au moment de la visite est ainsi resté à l'isolement du 7 octobre au 22 novembre 2021.

Le cas échéant, les patients peuvent être autorisés à fumer une cigarette après chaque repas dans l'espace extérieur sécurisé accessible depuis le sas de la chambre d'isolement (cf. § 6.1) et, si l'hospitalisation se prolonge, à faire un tour, accompagnés, dans le jardin de l'unité.

### RECO PRISE EN COMPTE 17

Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours, y compris pour les patients détenus ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente

du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Suite au passage du CGLPL il a été acté de n'utiliser le recours à la chambre d'isolement qu'en fonction de l'état clinique du patient : une évaluation est réalisée à l'arrivée du patient. La procédure et le projet de service sont en cours de réévaluation.* »

La procédure d'admission des personnes détenues prévoit que « *la maison d'arrêt fera parvenir dans les 48h après l'arrivée en hospitalisation la fiche pénitentiaire du patient* » contenant notamment les documents relatifs au droit de visite et aux numéros de téléphone autorisés. Dans les faits, aucune information n'est jamais transmise par la maison d'arrêt.

### RECOMMANDATION 31

La maison d'arrêt de Bayonne doit transmettre sans délai à l'hôpital les informations relatives aux permis de visite et aux autorisations de téléphoner des personnes détenues hospitalisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHCB indique : « *Cette recommandation concerne la maison d'arrêt de Bayonne.* »

Celle-ci n'ayant pas été destinataire du rapport provisoire, il appartient au directeur du CHCB de se rapprocher de son homologue de l'établissement pénitentiaire pour mettre en place la procédure permettant de répondre à la recommandation.

La sortie s'effectue selon des critères exclusivement médicaux et s'organise en lien avec l'unité sanitaire de la MA. Le retour du patient vers la prison incombe aux services pénitentiaires qui doivent, dès réception de l'arrêté de mainlevée, procéder au rapatriement. Selon les informations fournies, les patients sont menottés dans le sas attendant à la chambre sécurisée et quittent l'unité en passant par le jardin, leur évitant ainsi de traverser le service à la vue des autres patients.

En 2020, quatre détenus ont effectué cinq séjours à l'UCI ; en 2021, trois hospitalisations ont concerné deux patients. Si, selon les informations fournies, « *les durées d'hospitalisation sont généralement courtes, de deux à cinq jours* », il ressort néanmoins qu'en 2021, une hospitalisation a duré vingt jours et une autre quarante-six jours.



## 10. CONCLUSION

Cette deuxième visite du CGLPL a permis de constater que des efforts ont été portés sur la structure immobilière, avec la rénovation des unités et la création d'une salle d'eau dans chacune des chambres. Néanmoins, les conditions de prise en charge demeurent inadaptées du fait de la structure même du bâtiment, conçu comme un service de médecine générale.

La prise en charge est globalement respectueuse des droits des patients, en dépit d'une information insuffisante, tant sur les droits généraux des patients hospitalisés que sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir et dans la vie quotidienne sont globalement respectueuses de la dignité des personnes, qui fait l'objet d'une attention soutenue des équipes. Toutefois, la philosophie, la configuration et les règles de vie de l'unité contenante intersectorielle (UCI) – qui s'avère davantage sécuritaire que contenante – doivent être réinterrogées, de même que le systématisme de certaines règles dans l'unité pour adolescents.

En dépit d'un déficit global d'organisation et de pilotage de la filière, la prise en charge médicale est de bonne qualité, grâce à une présence médicale importante, sauf dans l'unité pour adolescents, et des soignants impliqués.

Les pratiques en matière d'isolement et de contention sont apparues comme relativement mesurées dans leurs durées mais encore importantes en nombre de mesures. Toutefois, le manque de fiabilité dans leur traçabilité ne permet pas d'en avoir une approche exhaustive et d'alimenter la réflexion interne en la matière. En outre, une grande hétérogénéité est apparue entre les unités sectorielles et l'UCI. Par ailleurs, la proportion importante d'isolements réalisés dans des espaces non dédiés doit inciter à travailler sur les alternatives à l'isolement. Beaucoup de ces mesures concernent les patients « inadéquats » hospitalisés de longue date à Aintzina, pour lesquels les autorités de tutelle doivent rechercher des solutions adaptées et, dans cette attente, dégager des moyens humains de prise en charge spécifique.

La réceptivité dont a fait preuve l'ensemble des équipes tout au long du contrôle laisse à penser que les recommandations émises par le CGLPL seront largement mises en œuvre.

## 11. GLOSSAIRE

ACOR :	accueil, crise et orientation
AMP :	aide médico-psychologique
ARS :	agence régionale de santé
ASE :	aide sociale à l'enfance
ASH :	agent de service hospitalier
CDU :	commission des usagers
CHCB :	centre hospitalier de la Côte Basque
CI :	chambre d'isolement
CMP :	centre médico-psychologique
CPOM :	contrat pluriannuel d'objectif et de moyens
CREX :	comité de retour d'expérience
CRP :	centre de réhabilitation psycho-sociale
CSP :	code de la santé publique
CUMP :	cellule d'urgence médico-psychologique
DAF :	dotation annuelle de financement
DIM :	département d'information médicale
EI :	évènement indésirable
EIG :	évènement indésirable grave
EPHAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP :	évaluation des pratiques professionnelles
ESAT :	établissement ou services d'aide par le travail
FEI :	fiche d'évènement indésirable
GHT :	groupement hospitalier de territoire
HDJ :	hôpital de jour
IDE :	infirmier diplômé d'État
IOA :	infirmier d'orientation et d'accueil
JLD :	juge des libertés et de la détention
ONVS :	observatoire nationale des violences en milieu de santé
OPP :	ordonnance de placement provisoire
PH :	praticien hospitalier
PMR :	personne à mobilité réduite
PTI :	protection travailleur isolé
PTSM :	projet territorial de santé mentale
REX :	retour d'expérience en santé
RMM :	revue de mortalité et de morbidité
SAS :	service d'accueil spécialisé et de crise
SDDE :	soins à la demande du directeur de l'établissement

SDRE :	soins à la demande du représentant de l'État
SDT :	soins à la demande d'un tiers
SDTU :	soins à la demande d'un tiers en urgence
SEAPB :	association Sauvegarde de l'enfance à l'adulte du Pays Basque
SPI :	soins pour péril imminent
SSC :	soins sans consentement
TJ :	tribunal judiciaire
UCI :	unité contenant intersectorielle
UHCD :	unité d'hospitalisation de courte durée
UNAFAM :	union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URA :	unité de recours en addictologie
USMP :	unité sanitaire en milieu pénitentiaire
USOP :	unité de soins et d'orientation psychiatrique

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